

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología



Evaluación Cualitativa de la Estrategia de Hospitalización
Domiciliaria en el Hospital de la Florida:
“Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva”

Memoria de Título para optar al Título Profesional de Sociólogo

Autor:

Roque Alfaro Navarro

Profesor Guía:

Manuel Canales Cerón

Santiago, Enero 2022

Agradecimientos

A mi familia. A mi mamá, papá, Diego y Drogon, por estar siempre presentes, por quererme incondicionalmente y apoyarme en todo momento. Sin duda, sus consejos, su amor y contención fueron claves para conseguir entregar esta tesis. Quiero agradecer sobre todo a mi mamá, ya que gracias a ti me involucre en el mundo de salud. Te admiro muchísimo.

A mis amigos de la vida y compañeros de carrera, que aportaron desde sus diferentes conocimientos para la mejora continua de mi tesis.

Al profesor Canales, por confiar en mi trabajo, brindarme su apoyo constante y abrirme las puertas para que pudiera realizar mi seminario junto a él.

Al Hospital de la Florida, especialmente a Hospital de día y Hospitalización Domiciliaria, por permitirme realizar este trabajo evaluativo. Siempre tuvieron muy buena disposición, sobre todo Marina y Barbara. Y también, agradecer al Comité de Ética del Hospital de la Florida que me autorizó para poder llevar a cabo esta evaluación.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	8
Envejecimiento en Chile y su impacto en el Sistema de Salud.	8
Envejecimiento en la comuna de La Florida.	9
Priorización Sanitaria de Adultos Mayores.	11
Hospitalización Domiciliaria en Hospital de La Florida.....	16
Hospital de La Florida – Dra. Eloísa Díaz	16
Hospitalización Domiciliaria HLF	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	20
Pregunta	20
Objetivo general	20
Objetivos Específicos	20
MARCO TEORICO	21
Capítulo I: El envejecimiento poblacional: Impacto en el sistema sanitario y la aparición de nuevas estrategias en Salud.	22
Envejecimiento poblacional: Impacto en la salud y en el sistema sanitario	22
Perspectivas de la Hospitalización Domiciliaria: Dominante -Dominada	24
Importancia del Equipo Clínico y Cuidadores de Pacientes: Actores claves	26
Estudios de Hospitalización Domiciliaria: Experiencias de su implementación	28
Capítulo II: Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva: Instrumento de Evaluación de Programas Sociales y complementario a las Evaluaciones Tradicionales de Programas en Salud.	33
Políticas Públicas y Programas Sociales: ¿Por qué evaluar a una por sobre la otra?	33
Evaluación de Programas en Salud: ¿Por qué Evaluar y no Investigar?	35
Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva: Un instrumento para Evaluar Programas Sociales	38
MARCO METODOLÓGICO	40
Muestreo	42
ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LOS ACTORES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	48
Análisis General Jefaturas Médicas y Técnica	48

Análisis Específico Jefaturas Médicas y Técnica.....	55
Análisis General Pacientes y Tutores	63
Análisis Específico Pacientes y Tutores.....	69
Análisis Comparativo	72
CONCLUSIONES	91
Relacionadas con las Jefaturas	91
Relacionados con el Equipo Clínico.....	91
Relacionadas con los Pacientes	92
Relacionados con los Tutores	92
Generales.....	93
Respecto del Objetivo General y Específicos del Programa de HD	95
Respecto a la Ética en la Evaluación	96
SUGERENCIAS	97
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXO 1: La Hospitalización Domiciliaria y su historia	105
ANEXO 2: Estudios de Atención Domiciliaria “Experiencias de su Implementación”	106

RESUMEN

En la última década, la sociedad chilena ha sido testigo del creciente envejecimiento de su población. Esto ha suscitado la existencia de grandes desafíos para abordar este fenómeno, sobre todo en el área de la salud debido a la mayor tasa de utilización hospitalaria, mayor demanda de atención médica especializada y mayor gasto sanitario. Debido a lo anterior, desde el Modelo de Salud se han impulsado programas y estrategias que permitan dar respuesta a dichos efectos, como es el caso del programa de Hospitalización Domiciliaria. En este contexto se enmarca la presente evaluación, la cual tiene por objetivo comparar las percepciones de los actores participantes del programa en función de sus similitudes y diferencias respecto de la operatividad del programa. Poniendo énfasis en los pacientes adulto mayor, de manera que los resultados no solo mejoren el programa en específico, sino que permita contribuir al mejoramiento de programas sociales y políticas públicas que abordan el fenómeno del envejecimiento poblacional. Los resultados abordaron a) los criterios de evaluación y aspectos de valoración del programa, b) elementos significativos en la construcción de experiencia en los actores participantes y c) los aspectos a mejorar desde las recomendaciones y sugerencias. La estrategia metodológica fue cualitativa y se utilizó un instrumento de evaluación denominado Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva, la producción de información fue a partir de entrevistas semi estructuradas; y la técnica de análisis fue análisis de contenido junto a una aproximación de análisis del discurso. La muestra se compuso por: a) jefaturas médicas y técnicas; b) equipo clínico que ejecuta la atención en los domicilios; c) pacientes adulto mayor y d) tutores responsables/cuidadores de pacientes.

Palabras clave: Envejecimiento poblacional, Hospitalización Domiciliaria, Evaluación Cualitativa, Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva, Adultos Mayores.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que se explica debido a la fuerte caída de la fecundidad y de la mortalidad en las últimas décadas en gran parte de los países del mundo. Este fenómeno implica importantes desafíos para la sociedad desde un enfoque político, económico y social. En lo político, supone avanzar en una agenda legislativa que entienda en su conjunto que todos y todas seremos personas mayores, por lo que las políticas públicas deben tener un enfoque hacia una sociedad envejecida. Ejemplo de ello, es avanzar hacia la asignación y aumento de recursos por parte de la ley de presupuesto nacional, hacia áreas específicas que aborden el fenómeno del envejecimiento como programas que protejan la tercera edad. En lo económico, el impacto en la fuerza de trabajo disminuye el porcentaje de personas ocupadas generando más personas desocupadas, incrementando el gasto en previsión social que a su vez es baja, constituyendo un reto de generar más empleo y apoyo económico. En lo social, aumentar los espacios recreativos, fomentar la existencia de una red social solvente que acompañe la vejez y disminuir las tasas de suicidio de personas mayores. En razón de los enfoques señalados, el envejecimiento poblacional tiene un alto impacto en el bienestar de las personas y, en consecuencia, en su estado de salud.

Los desafíos en salud son múltiples debido a que a que el envejecimiento genera mayores riesgos de adquirir enfermedades crónico-degenerativas, es decir, que el perfil de morbilidad de este grupo etario se asocia a un mayor incremento de no solo la demanda asistencial, sino que de los costes sanitarios (Minardi et al., 2002), es decir, que el grupo de adultos mayores está requiriendo y utilizando una proporción cada vez mayor de los recursos del sistema de salud (Albala et al., 2000). Esta realidad referida a los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad ha obligado a los países que se enfrentan a esta situación a tomar medidas para abordar los desafíos del envejecimiento. Es así, que Chile explícitamente declaró en los objetivos sanitarios de la década 2001 – 2010, específicamente en uno de sus objetivos estratégicos, el “Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad” (Minsal, 2006, p.7). Para el cumplimiento de este objetivo estratégico, se contó durante esa década con nuevas leyes, programas y modelos que permitieron garantizar las patologías asociadas al envejecimiento, asegurando en todos los niveles de atención tanto primaria, secundaria y terciaria la atención de este grupo según su especificidad; esto es programas exclusivos dirigidos a adultos mayores; y leyes tendientes a elevar la eficiencia en la gestión para una mejor entrega de los servicios sanitarios (Ley de Autoridad Sanitaria). Destacan, dentro de los modelos de atención, el Modelo de Atención Integral en Salud y un nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria. La particularidad de estos modelos es impulsar y promover un nuevo paradigma de atención en salud, que refiere a cambiar la concepción de que todas las atenciones y prestaciones de servicios sanitarios deben otorgarse en los establecimientos de salud.

Por consiguiente, en Chile han aparecido y se han difundido nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias (Artaza et al., 2016), las cuales refieren a numerosas opciones institucionales, ambulatorias y domiciliarias de atención en salud. Con respecto a las últimas, se implementan programas -estrategias- de visitas domiciliarias desde la atención primaria y de hospitalización domiciliaria desde la atención secundaria y terciaria. Por supuesto, esto implica un cambio de rol, en el cual la comunidad, ya sea a través de la familia o cuidadores, se constituyen en protagonistas importantes para la recuperación del estado de salud y bienestar de la persona enferma. La finalidad de este tipo de programas es principalmente resolver problemas como el progresivo envejecimiento de la población, que se expresa en una mayor tasa de utilización hospitalaria y mayor gasto sanitario, es decir aportar desde una arista de

optimización de recursos, y disminuir las brechas estructurales del recurso “cama hospitalaria”. Una forma de reducir este déficit es contar con estrategias como el programa de personas postradas y altas hospitalarias precoces, con seguimiento a través de la hospitalización domiciliaria (para liberar camas hospitalarias y aumentar camas domiciliarias). Por ende, la Hospitalización Domiciliaria se posiciona como un programa enfocado al paciente mediante su recuperación en conjunto de la familia y el cuidador en su domicilio, y en paralelo, a la eficiencia en el uso de los recursos debido a la escasez de estos en el sector público de salud, es decir, conviven la dimensión social con la dimensión económica. Así, esta estrategia de atención está adquiriendo cada vez más importancia en las distintas instituciones sanitarias, así como en diferentes actores como lo son, en primer lugar, pacientes y familiares, en segundo lugar, administración sanitaria y finalmente, profesionales y servicios sanitarios (Artaza et al., 2016).

La Hospitalización Domiciliaria consiste en un modelo capaz de entregar un conjunto de atenciones y cuidados profesionales de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. En esta modalidad, el paciente es manejado en su casa con apoyo médico, de enfermería y tecnológico equivalente al manejo que tendría en el hospital, en conjunto con los cuidados de sus familiares y cuidadores. En tal sentido, intervienen más actores en el desarrollo de este programa, es decir, no sólo actúa el personal de salud (equipo de salud), sino también el paciente y su cuidador o familia. Por lo que resulta interesante estudiar este fenómeno desde la sociología, ya que nos permitiría visualizar el todo social, es decir “ver las interacciones existentes entre sus elementos y partes, pudiendo captar la idea de proceso y organización” (Becerra, 2019, p.1) puesto que cualquier cambio en un proceso sanitario afecta a toda la organización de los actores. Por lo tanto, esta visión sistémica (Becerra, 2019) nos permite observar qué rol y función cumplen los actores participantes en el programa de Hospitalización Domiciliaria, con enfoque en los cuidados que recibirá un adulto mayor, resultando importante conocer y analizar cómo funcionan todos en conjunto de manera coordinada. Para conocer y analizar cómo funciona el programa desde los actores participantes, es importante realizar una evaluación que tenga como horizonte no sólo la eficacia en el cumplimiento de los objetivos y eficiencia en el uso de los recursos, sino también dar cuenta de cómo viven, sienten y valoran los servicios recibidos, articulando una perspectiva tanto operativa como social, lo primero orientado al funcionamiento y lo segundo, a las percepciones y experiencias a raíz de ese funcionamiento. Por lo que resulta importante, conocer el grado de participación y adherencia al programa, así como las expectativas, necesidades e implicancias en estos actores a la hora de su implementación.

La evaluación de este programa se orienta a ser un complemento a los tipos de evaluación tradicionales, empleando una metodología cualitativa y creando un instrumento de evaluación denominado “Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva” que consiste en, por un lado, observar, recolectar, sistematizar, analizar y concluir todos los significados, sentires, vivencias y experiencias de los actores participantes del programa. Y, por otro lado, en impulsar una instancia de encuentro entre los participantes del programa donde dialoguen acerca de los resultados y hallazgos que surgen a raíz de las conclusiones de la evaluación, con el objetivo de generar un aprendizaje de las diferentes subjetividades mediante la interacción social. Esto permitiría conocer y aprender de las diferentes realidades que integran el programa, y serviría sobre todo para los actores que permanecerán en este sistema, como lo son jefaturas técnicas (gestores) y equipo clínico (ejecutores) a modo de mejorar el programa en el futuro. Es por esto, que cobra sentido el rol de la sociología puesto que permite evaluar el programa desde una perspectiva integral, abarcando la percepción de todos los actores participantes logrando articular el todo social, es decir dar cuenta de una visión sistémica del programa. En este sentido, el aporte de esta evaluación no solo se orienta a los resultados propiamente tal, y que estos sirvan para la toma de decisiones para mejorar el programa desde una arista operativa y

social, sino que también pretende aportar al mundo de la evaluación en general y en particular. Lo primero refiere a que la invención del instrumento no es exclusiva para evaluar el programa de Hospitalización Domiciliaria, sino que puede aplicarse en el conjunto de evaluación de programas, sobre todo los que empleen un enfoque cualitativo. Y lo segundo, refiere a que los resultados de esta evaluación permiten caracterizar a pacientes adultos mayores, dando cuenta de sus problemas, necesidades y sus realidades en general, otorgando información relevante para futuros diseños e implementación de políticas públicas y programas sociales que aborden el fenómeno del envejecimiento poblacional, apuntando a la obtención de un estado de mayor bienestar en este grupo etario.

Por lo tanto, esta evaluación cualitativa permite conocer, evaluar y analizar las percepciones de todos los participantes del programa de Hospitalización Domiciliaria con el objetivo de comparar las diferencias que existen entre los actores, es decir entender las brechas existentes entre gestores, ejecutores, pacientes y tutores responsables para posteriormente reducir las divergencias en base a las expectativas de cada uno. No obstante, urge realizar o acortar esta brecha de manera importante hacia quienes reciben o ejecutan los cuidados domiciliarios, ya que es importante acercar las políticas públicas hacia las personas. En este sentido, como se ha mencionado antes, se evaluará no sólo la eficiencia del programa en base a parámetros estrictamente sanitarios, sino también respecto de la calidad del entorno de los cuidadores y cómo esta afecta a los pacientes. En otras palabras, a través de la evaluación cualitativa de este programa se podría intervenir adecuadamente tanto en los estándares operativos de la estrategia, como en estrategias que permitan acercarse a las expectativas de los beneficiarios, su entorno familiar y sus cuidadores.

En este sentido, la presente evaluación cualitativa se estructura bajo la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las diferencias y similitudes de las percepciones subjetivas de los actores involucrados en la estrategia de hospitalización domiciliaria? Es imprescindible conocer la subjetividad de todos los participantes, es decir las percepciones, relatos, experiencias, principalmente porque el diálogo entre estos elementos permite un adecuado diagnóstico de la realidad de cómo se ha ido implementando esta estrategia y ver su nivel éxito, es decir a qué tan efectivas son las redes de apoyo entre los actores. Para ello se ha definido trabajar en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz de la Florida (HLF), Región Metropolitana, en sinergia con las personas encargadas del programa de Hospitalización Domiciliaria como son las jefaturas y equipo clínico del HLF y un grupo de 34 actores, 17 pacientes de tercera edad y 17 cuidadores-tutores responsables- de pacientes.

ANTECEDENTES

En el presente apartado, se abordará en primer lugar, datos poblaciones del país y la comuna de La Florida, con el fin de ilustrar el creciente fenómeno del envejecimiento poblacional. En segundo lugar, se caracterizará el modelo de salud chileno, con el fin de contextualizar el cómo este aborda el fenómeno del envejecimiento y que programas han surgido respecto a ello. Y finalmente, se caracterizará el programa de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Eloísa Díaz, dando cuenta de sus objetivos, prestaciones y datos registrados en ocasión del programa, que permiten indicar población beneficiaria y su caracterización.

Envejecimiento en Chile y su impacto en el Sistema de Salud.

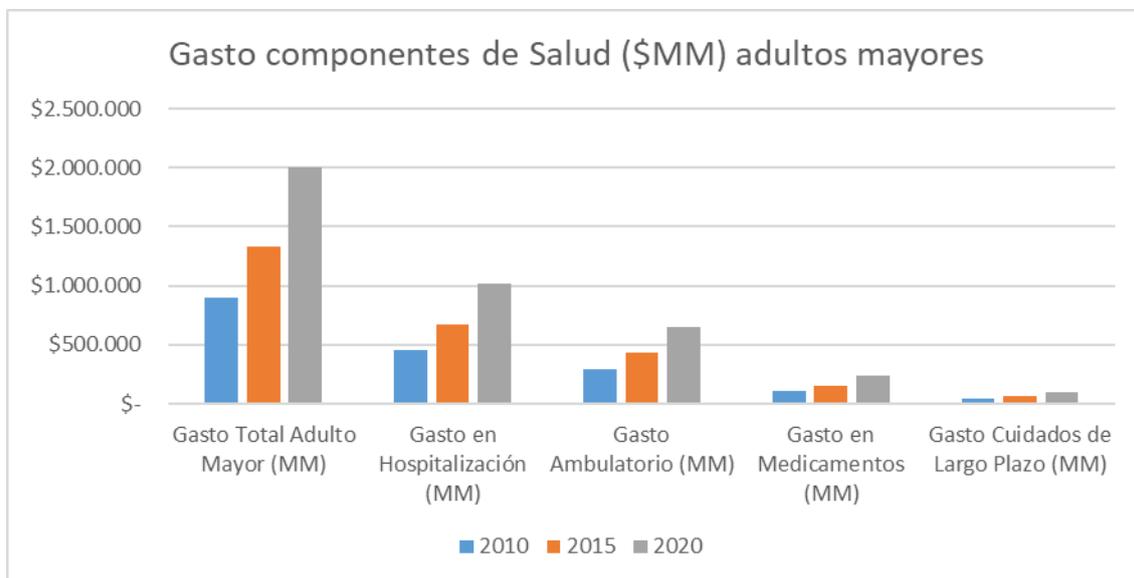
Las proyecciones para 2025 relacionados con el envejecimiento poblacional, en lo que respecta a América Latina, indican que las estructuras por edades de más de la mitad de los países que pertenecen a este continente mostrarán un envejecimiento importante (Albala et al., 2000). De igual forma, en Chile el fenómeno del envejecimiento poblacional adquiere cada vez mayor importancia, ya que el proceso de envejecimiento de la población chilena ha sido más rápido que el proyectado (Godoy,2020). En el censo de 1982 la población mayor de 65 años constituía 5,8% de la población total. Para el año 2000 dicha población alcanza 10,2%. (Godoy,2020). Asimismo, en el censo de 2017 la cifra de adultos mayores alcanza un 11,4%, es decir 2.003.256 habitantes mayores de 65 años de la población total. Más aun, debido a las proyecciones de la población realizadas sobre la base del operativo censal en el año 2019, se estima que el número de este grupo etario es de 11,9%, es decir 2.260.222 adultos mayores de la población total. No obstante, para el año 2035 las proyecciones para este grupo etario aumentan considerablemente estimando 3.993.821 adultos mayores, lo que equivale a un 18,9% del total de la población (Godoy,2020).



Fuente: Elaboración Propia

A raíz del envejecimiento poblacional, una de sus principales consecuencias es el mayor gasto en salud, debido al aumento de la demanda de servicios sanitarios y los costos de la atención médica especializada por parte de los adultos mayores (Granados-García et al., 2018). Lo anterior se asocia a la transición epidemiológica que refiere a tres cambios básicos: sustitución de enfermedades transmisibles por enfermedades no transmisibles y causas externas, desplazamiento de la carga de morbilidad y mortalidad de los grupos más jóvenes a los de mayor edad, y la transformación de una situación en la que predomina la mortalidad a una en la que predomina la morbilidad (Reis, Noronha y Wajnman, 2016). No obstante, también obedece a que los adultos mayores aspiran a “una mayor longevidad y calidad de vida (Minardi et al,2002). En Chile el gasto sanitario refiere a cuatro componentes, en primer lugar, al gasto

hospitalario, en segundo lugar, al gasto ambulatorio, en tercer al gasto en medicamentos y finalmente, el gasto de cuidados a largo plazo. Según Olivares-Tirado y Salazar (2006) las proyecciones del gasto en salud de los 4 componentes en el año 2010 serían de MM \$ 901.994, para el año 2015 de MM \$ 1.329.881 y en el año 2020 alcanzaría un valor de MM \$ 1.998.698. (p.22).



Fuente: Elaboración Propia

En síntesis, la evolución del gasto sanitario referente a la población adulto mayor dependerá en gran medida de como “la sociedad en su conjunto enfrentará la mayor longevidad – mayor expectativa de vida – y la carga de enfermedad o perfil de morbilidad que exhiban los adultos mayores en el mediano o largo plazo” (Olivares-Tirado y Salazar, 2006, p.27).

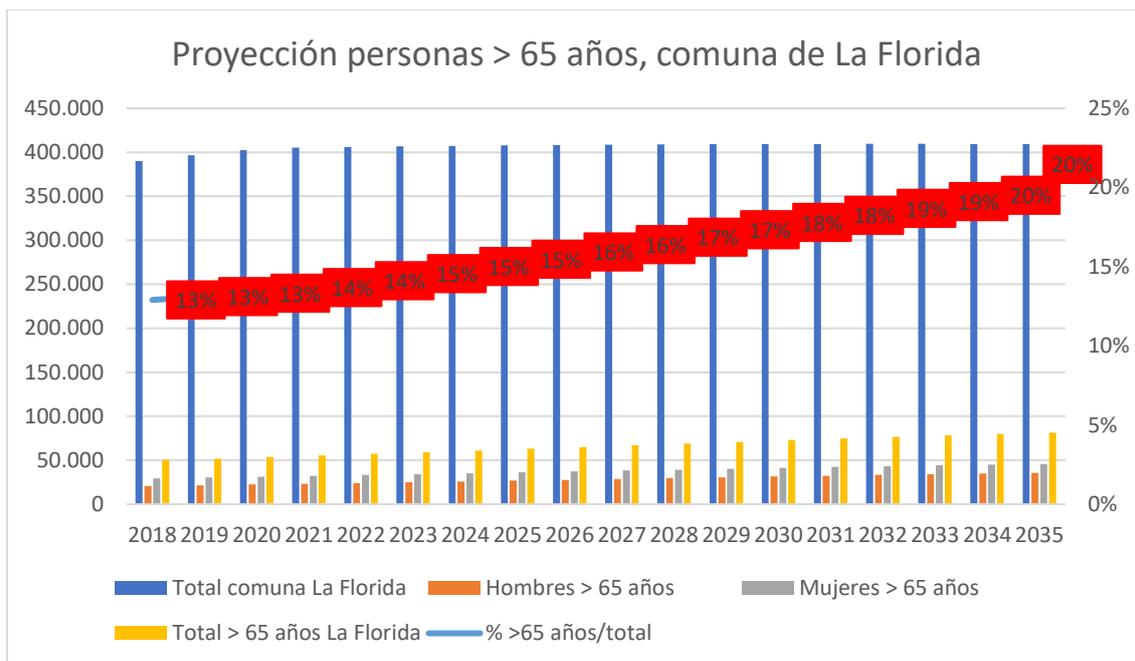
Envejecimiento en la comuna de La Florida.

La comuna de la Florida cuenta con una población inscrita de 308.521 personas (beneficiarios FONASA) y una población censal año 2017 de 402.433 habitantes, es decir el 77% de los flordianos están inscritos en el seguro público. En la tabla siguiente se detalle el tramo etario por población inscrita, dónde el 15% se concentra en población adulta mayor, y la población adulta joven (20 a 64 años) concentra el 61%.

Grupo Etario ambos sexos	Población Inscrita Validada Año 2020	%
< 1 año	2.821	1%
12 a 23 meses	2.941	1%
2 años	2.449	1%
3 años	3.254	1%
4 años	3.833	1%
5 años	3.792	1%
6 años	3.567	1%
7 años	3.759	1%
8 años	3.756	1%
9 años	3.795	1%
10 años	3.924	1%
11 años	3.728	1%
12 años	3.629	1%
13 años	3.491	1%
14 años	3.612	1%
15 - 19 años	19.465	6%
20 - 24 años	22.945	7%
25 - 29 años	25.151	8%
30 - 34 años	22.424	7%
35 - 39 años	20.466	7%
40 - 44 años	18.302	6%
45 - 49 años	18.831	6%
50 - 54 años	18.981	6%
55 - 59 años	20.338	7%
60 - 64 años	19.219	6%
65 - 69 años	16.030	5%
70 - 74 años	13.622	4%
75 - 79 años	9.546	3%
80 y más	10.692	3%
Sin Información	158	0%
Total	308.521	100%

Fuente: <https://ssms.cl/como-me-atiendo/consultorios/estadistica-por-comunas/>

Respecto de la proyección de envejecimiento para la comuna de La Florida, esta se encuentra un punto porcentual por sobre el envejecimiento nacional proyectado al año 2035, con una mayor concentración de mujeres (45.632) por sobre los hombres (35.720).



Priorización Sanitaria de Adultos Mayores.

El abordaje del envejecimiento poblacional en nuestro país se ha realizado desde la implementación de políticas públicas, en todas las reparticiones que deben, a través de distintas estrategias, hacerse cargo de este desafío (Transporte, Turismo; Desarrollo Social, Salud, etc.). Dado que este estudio guarda relación con la hospitalización domiciliaria, se desarrollarán las prioridades desde la perspectiva de salud o perspectiva sanitaria.

En Chile, se establece por cada década objetivos sanitarios, cuyas metas deben cumplirse al final de la década. Para el logro de estos objetivos se establecen diversas estrategias que permiten alcanzar el nivel de salud que se quiere lograr. De esta manera, los Objetivos Sanitarios contienen las metas nacionales en salud que se constituyen como referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema de salud. Estos objetivos dan cuenta de las prioridades del sector, sobre la base de los problemas de salud y de sus intervenciones.

Tomando en consideración los objetivos estratégicos de las últimas 2 décadas, en la del 2001 – 2010, se encuentra de manera explícita el “enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento”, que para el presente estudio constituye el grupo objetivo central de análisis.

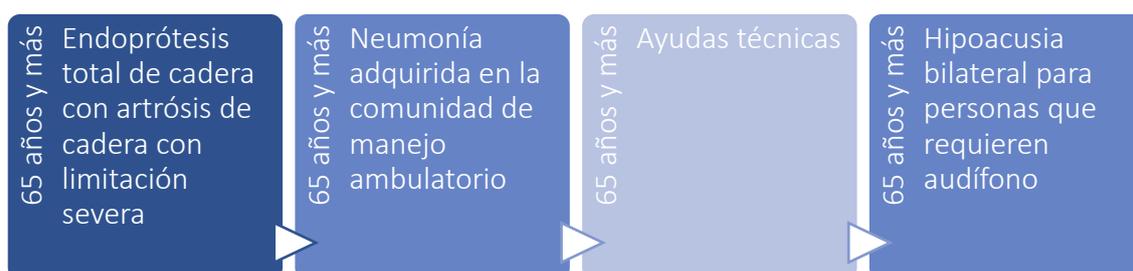
A partir de esta declaración, se han abordado distintas estrategias que han permitido enfrentar los desafíos, y se han podido formular otros objetivos estratégicos para la década siguiente, lo que no significa que el tema haya perdido su relevancia, más bien se ha abordado desde distintas dimensiones de manera más integral.



Para enfrentar los desafíos indicados se implementaron distintas leyes, programas y modelos, que se complementan entre sí para obtener los logros necesarios.

Un ejemplo de aquello es la implementación de la Ley de Garantías Explícitas en Salud en el año 2005 que inicio con 25 problemas de salud a garantizar y a la fecha ha ampliado su cobertura a 85 problemas de salud. Esta ley, permite cumplir con las garantías de “acceso”, que es la obligación de otorgar las prestaciones de salud garantizadas; la de “calidad” que le exige a todos los prestadores que deben estar acreditados ante la Superintendencia de Salud de acuerdo con criterios de calidad; la de “oportunidad”, que estipula plazos máximos para la entrega de prestaciones garantizadas; y la de “protección financiera” que define un techo de copago por año para evitar los gastos catastróficos estableciendo un máximo de contribución por copago de un beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas.

Es así, que se han garantizado patologías AUGE (GES) también para el grupo específico de adultos mayores:



Para el resto de las patologías como el cáncer, enfermedades crónicas y degenerativas también se beneficia a este grupo de adultos mayores, pero no se destaca como exclusivo debido a que el grupo de inclusión es mayor, es decir se benefician a otros grupos etarios como el de jóvenes y adultos jóvenes.

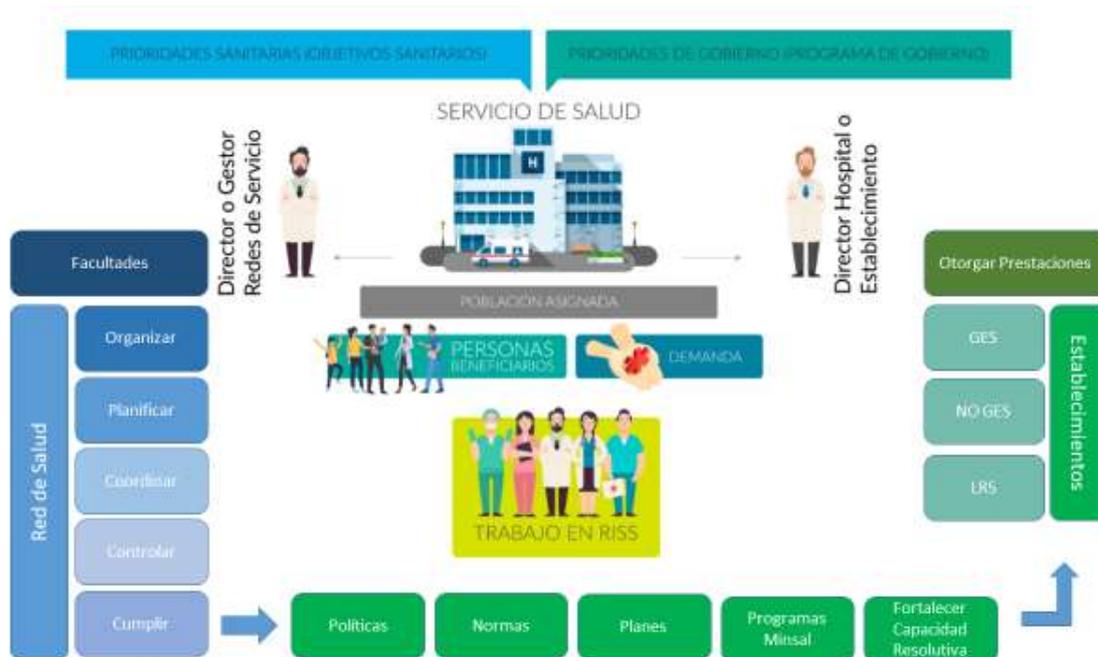
Es así, que se incorporan también en el GES, según la clasificación de la Superintendencia de Salud:



Estas prestaciones se otorgan, según cada patología en distintos niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. Así mismo, cada uno de ellos cuenta con carteras de prestaciones específicas que aparte de las patologías garantizadas permite atender las que no lo están, es decir, las patologías no GES (que según cifras actuales cuentan con aumento en número, pero disminución, hasta la pandemia, de sus tiempos de espera)¹. Para los distintos niveles de atención, las distintas leyes que se han implementado han generado múltiples desafíos y cambios en los modelos de atención, de tal forma que los Servicios de Salud puedan ir alcanzando las metas establecidas en los objetivos sanitarios.

En el ámbito de los Servicios de Salud (29 a lo largo de nuestro país), la Ley de Autoridad Sanitaria (2004) releva la función del Gestor de la Red, para que este coordine todos los establecimientos de su Red; y asegure la provisión de los servicios a los beneficiarios de la población a cargo, como también a los beneficiarios que son derivados dentro de su Macrored. Se le asignan facultades relacionadas con la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia. Lo anterior, para efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes, y programas del Ministerio de Salud. Deberá velar especialmente por el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la red a cargo, conformada por los distintos establecimientos de atención primaria, centros de especialidad y hospitales de baja, mediana y alta complejidad. Determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora.

¹ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/ORD-3476-DIGERA-Glosa-06.pdf>



Fuente: Elaboración Propia

En el ámbito de la atención secundaria (prestaciones ambulatorias de especialidad) y terciaria (establecimientos hospitalarios), existe una herramienta de gestión aplicable a los establecimientos autogestionados en red (EAR) que le exige mayor eficiencia a la gestión hospitalaria, la que se mide a través del cumplimiento de indicadores exigibles y comparables a nivel hospitalario (Herramienta Balance Score Card (BSC)). De manera complementaria, se cuenta con la Ley de Altos Directivos Públicos aplicada, entre otros, a directores de servicios de salud y directores de establecimientos de salud, y cuyos logros se miden mediante convenios de desempeño (convenios de Alta dirección Pública) que comprometen la continuidad en el cargo.

A parte, de los cambios normativos descritos, se ha abordado el déficit estructural. Se trabajó con las distintas universidades de nuestro país para aumentar su capacidad formadora de especialistas y se realizó un plan de inversión muy ambicioso para contar con nuevos establecimientos de salud, que persiguen no sólo establecer condiciones más dignas de atención para la población usuaria, sino que también disminuir el déficit de camas hospitalarias (básicas, intermedias y complejas), y la incorporación de nuevas tecnologías (equipos, equipamiento, sistemas de información). Este déficit, ha impactado de forma importante, en las personas que se encuentra en espera de atención (lista de espera/tiempos de espera).

En el ámbito de la “gestión hospitalaria” se estableció un modelo que permite mejorar el uso de los factores productivos ya existentes. Es decir, por un lado, contar con un monitoreo del uso de camas a través de la implementación de sistemas de información (gestionar las camas en base a indicadores); y la implementación de la estrategia de “ambulatorización” que incluye, entre otros, la realización de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias, implementación de los hospitales de día, y reducir la brecha de camas a través de la implementación de la “Hospitalización Domiciliaria”.

Esta última tiene gran relevancia, ya que constituye una prestación fuera del establecimiento, cambiando el enfoque de que el paciente debe finalizar necesariamente sus cuidados en un establecimiento hospitalario. Asimismo, también se cuenta con iniciativas gubernamentales para la atención primaria en salud, las cuales permiten por un lado abordar déficits estructurales, pero por otro lado también la gestión a través de un nuevo modelo, “Modelo de Atención Integral de Salud”.

La red de establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS), se conforma o la integran consultorios generales urbanos y rurales (CGU; CGR), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) y postas de salud rural (PSR). El Estado ha fortalecido la Atención Primaria aumentando los recursos financieros (aumento del per cápita), invirtiendo en infraestructura que se expresa en la construcción de nuevos dispositivos de salud a lo largo del país, y en el desarrollo de un modelo de atención con enfoque familiar integral, no obstante, aún persisten desafíos. Ahora bien, el Modelo de Atención Integral de Salud se define según Dois et al (2012) como:

“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”. (p.14)

Para la población adulto mayor existen también en la APS algunas prestaciones específicas, dependiendo del plan de salud comunal, pero transversalmente se dispone de:

Consulta de Morbilidad	Consulta Kinésica
Consulta y Control de Enfermedades Crónica	Vacunación Autoinfluenza
Consulta Nutricional	Atención a Domicilio
Control de Salud	Programa Alimentación Complementaria
Intervención Psicosocial	Atención Podológica a Paciente con Diabetes Mellitus
Consulta de Salud Mental	Curación de Pie Diabético
Educación Grupal	

Fuente: Elaboración Propia

De estas prestaciones, es importante destacar la atención a domicilio o visita domiciliaria, ya que constituye una prestación fuera del establecimiento, al igual que la hospitalización domiciliaria. Es decir, se cambia un paradigma de que todas las prestaciones deben realizarse en el establecimiento de salud, involucrando además otros actores protagónicos distintos a los profesionales de la salud, como lo es la familia y/o cuidadores. Por ende, existe un traspaso de roles desde el nivel clínico hacia la comunidad, con mayor involucramiento de las familias u otras personas respecto del cuidado de salud de las personas que requieren cuidados.



Fuente: Elaboración Propia

Por último, hay que destacar el cambio normativo realizado en el año 2006 (Resolución Exenta N°160, que modifica Resolución N°1.717 de 1985, de los ministerios de salud y hacienda) el cual otorga gratuidad a las prestaciones que realizan los prestadores del seguro público a todos los afiliados mayores a 60 años. Esto explicaría, según datos entregados por el director de FONASA; Marcelo Mosso, en su cuenta pública del año de gestión 2018, que cada 9 de 10 adultos mayores se encuentra afiliado al seguro público (Farah, 2019).

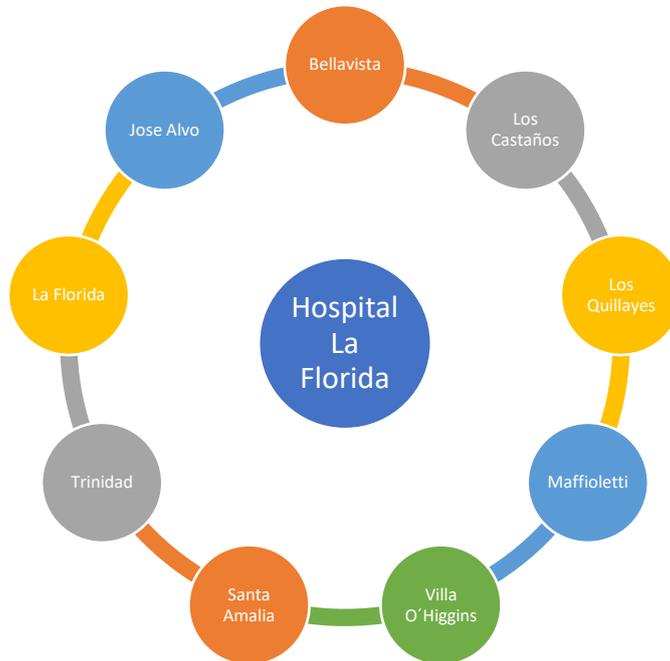
Hospitalización Domiciliaria en Hospital de La Florida

Hospital de La Florida – Dra. Eloísa Díaz

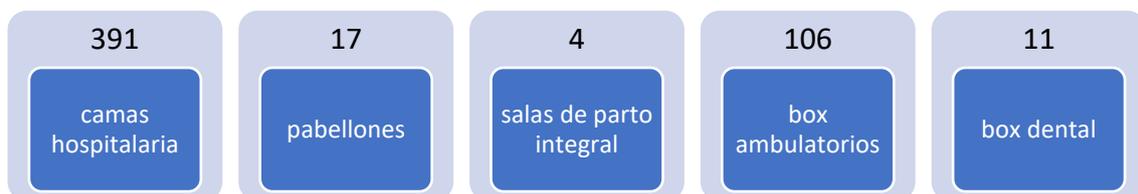
El Hospital Clínico de la Florida, Dra. Eloísa Díaz (HLF), pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Suroriente, que se caracteriza por atender a dos de las comunas con mayor población de Chile, las comunas de Puente Alto y la Florida, y también tiene asignadas las comunas de La Granja, La Pintana, Pirque, San José de Maipo y San Ramón.

El HLF fue inaugurado el 2014, mismo año que inicia la implementación de la estrategia de hospitalización domiciliaria; y es el único hospital de alta complejidad que tiene asignada una única comuna, la cual según el censo del año 2017 corresponde a una población de 402.433 habitantes, de los cuales el 77% se encuentra afiliado al seguro público.

La atención de los beneficiarios de la comuna, no se realiza únicamente en el hospital, sino que entrega prestaciones a través de los 9 consultorios y/o CESFAM que integran la red de salud de la Florida. Estos son los dispositivos que refieren a los pacientes al nivel de especialidad, y también a la inversa, del nivel de especialidad al nivel primario.



El HLF, en sus 63 mil metros cuadrados cuenta con:



Además, cuenta con prestaciones que presta fuera del hospital, como lo es la entrega de medicamentos a adultos mayores a su hogar y la estrategia de hospitalización domiciliaria.

Hospitalización Domiciliaria HLF

La Hospitalización Domiciliaria es una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de entregar un conjunto de atenciones y cuidados profesionales de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. En esta modalidad, el paciente es manejado en su casa en condiciones de apoyo médico, de enfermería y tecnológico equivalente al manejo que tendría en el hospital.

La Hospitalización Domiciliaria se implementa en el HLF en el año 2014, y de ahí en adelante, año a año ha incrementado su producción:

Año	N° Hospitalizaciones Domiciliarias
2017	844
2018	1.284
2019	1.476

Fuente: Elaboración Propia

Durante el segundo semestre del año 2021, según planilla de registro utilizada por los profesionales del programa de Hospitalización Domiciliaria, el programa ha atendido aproximadamente 520 pacientes mensuales, de ellos el 53% corresponde a mujeres y el 47% a hombres. Los adultos mayores corresponden al 68.2% (38.57% mujeres y 29.61% hombres) de los beneficiarios y el 31.8% a personas menores de 60 años. En su mayoría, el 98.2% de los pacientes son beneficiarios de FONASA, y el resto se divide en pacientes Isapres, Dipreca y sin previsión. El 97% de los beneficiarios son chilenos, seguidos en orden de magnitud descendente de población de Venezuela, Colombia, Perú, República Dominicana, Haití, Argentina y Bolivia. El 89% de los usuarios están inscritos en consultorios de la comuna.

Con relación a las patologías más frecuentes por las cuales se tratan los beneficiarios adultos mayores se encuentran las enfermedades respiratorias en un 26.85% (el 63% con diagnóstico COVID), las enfermedades traumatológicas en 19.86%, enfermedades de las vías urinarias 9.29%, enfermedades cardíacas 7.78% y enfermedades cerebrovasculares en un 5.84%.

En relación con los cuidadores se puede indicar que el 90.3% de los beneficiarios cuenta con uno, de ellos el 63% son mujeres y el 34% son hombres. Con relación al parentesco, se concentra en un 46.6% en hijos/as, seguido de 19.63% que son esposos/as. El resto de los cuidadores tiene una relación de parentesco en orden descendente de hermano/a, madre, nieto/a y sobrino/a. Luego en mucho menor proporción se encuentran cuidadores, vecinos/as y amigos/as.

Las altas mensuales corresponden aproximadamente a 320 pacientes, en promedio 170 mujeres y 150 hombres. De las altas el 66.9% corresponde a adultos mayores.

El programa de hospitalización domiciliaria cuenta con un protocolo de funcionamiento, cuya última actualización data del 10/01/2019. En él se encuentran descritos, entre otros, los objetivos, el grupo de inclusión y las prestaciones que se otorgan, las cuales se resumen en los siguientes cuadros:

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA HLF

OBJETIVO GENERAL DE LA UNIDAD

Promover, prevenir y recuperar el estado de salud de los pacientes; en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Cumplir con el actual Modelo de gestión Hospitalaria, comprendiendo la importancia de la familia, y la presencia domiciliaria para una pronta y satisfactoria evolución del paciente.
- ✓ Evaluar pacientes que presentan condiciones de alta precoz por parte del equipo tratante y dar continuidad a su tratamiento en dependencias de sus domicilios.
- ✓ Capacitar a los pacientes, su familia y/o tutor responsable, en los procedimientos básicos necesarios para la recuperación y cuidados del paciente.
- ✓ Monitorear la evolución del paciente durante el periodo de Hospitalización domiciliaria.

PATOLOGÍAS QUE SE ATIENDEN	PATOLOGÍA QUIRÚRGICA	PATOLOGÍA MÉDICA
	Cirugía mayor ambulatoria Cirugía de alta precoz Cirugía infectada	Aguda (NAC – ITU - PNA) Crónica reagudizada o descompensada (EPOC – DIABETES – I. CARDIACA)
CRITERIOS	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
	Edad ≥ 15 años Domicilio en la comuna de La Florida o inscrito en CESFAM de comuna Adulto responsable (tutor o familiar) Evaluación médica, enfermería y/o kinesiológica y social. Condiciones habitacionales básicas – adecuadas para realizar Hospitalización Domiciliaria. Entrevista social de ingreso final, para trámites administrativos.	Paciente que no cumpla criterios médicos o enfermería o kinesiológica o social, respecto lo evaluados por equipo de Hospitalización Domiciliaria. Paciente sin domicilio en la comuna La Florida, y sin inscripción en CESFAM de la comuna de La Florida. Paciente en situación de abandono, sin red familiar o comunitaria. Rechazo del paciente o de la familia para continuar su tratamiento en hospitalización domiciliaria.

Fuente: Elaboración Propia

PRESTACIONES EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA HLF

Antibióterapia hasta cada 8 horas.	Traslape TACO.
Curaciones avanzadas.	Apoyo a requerimientos terapéuticos a Unidad de Cuidados Paliativos.
Educación a paciente y familia.	Hidratación por 5 a 7 días
Kinesiterapia Motora y Respiratoria.	Oxigenoterapia.
Rehabilitación (Traumatológica, Neurológica u otras)	Toma de exámenes de laboratorio.
Ley Ricarte Soto: Nutrición enteral seguimiento de los pacientes según protocolo.	

BENEFICIARIOS QUE RECIBEN LAS PRESTACIONES

Persona no auto valente: debe vivir en la comuna, con un tutor responsable

Persona auto valente: puede ingresar sin tutor, firmar compromiso. Excepción pacientes con indicación de reposo u oxigenoterapia.

Personas inscritas en uno de los consultorios de la comuna, aunque tenga domicilio fuera de la comuna o en los límites de esta.

Fuente: Elaboración Propia

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Esta investigación tiene como propósito realizar una evaluación cualitativa, es decir una evaluación de los fines, procesos y resultantes del programa de Hospitalización Domiciliaria. Interesa conocer la percepción que tienen los distintos actores participantes de manera evaluar el programa, tanto en sus aspectos positivos como negativos, de tal forma de mejorar su funcionamiento. En otras palabras, un monitor cualitativo o monitor de aprendizaje del sistema social, es decir como los actores dicen, viven y evalúan el sistema en su conjunto.

A partir de los resultados de esta evaluación, mediante la observación y análisis de las diferencias y similitudes de las percepciones y experiencias de los actores participantes, se podría verificar su funcionamiento, positivo o negativo, desde el conjunto de realidades y significados. A raíz de lo anterior, el juicio de valor radica en la forma en que se comunican los diferentes actores participantes, asumiendo que, si existe falta de información detallada y oportuna desde jefaturas médicas y técnica, y equipo clínico hacia los pacientes y tutores responsables, generaría expectativas erróneas en estos participantes, provocando malestares psicosociales.

Por lo tanto, la presente evaluación cualitativa tensiona la idea de que una buena política pública o un buen programa social se debe netamente a si cumplen con indicadores de eficiencia y eficacia. Puesto que, si solo se enfocan en dichos componentes, y descuidan la comunicación e interacción entre los actores participantes podría originar vastas falencias. En este sentido, esta evaluación se basa en una forma particular de evaluar programas, abarcando una dimensión social que sigue otro tipo de indicadores, como lo son revelar la interacción social captando la realidad de cada actor participante, su percepción de funcionamiento y su experiencia con los distintos elementos y acontecimientos en el programa. No obstante, no significa que esta evaluación cualitativa pretenda superar a los otros tipos de evaluación, sino más bien se orienta a ser un complemento apuntando a un trabajo colaborativo, esto es: sumarle a los indicadores de eficiencia y eficacia, un indicador que capte al sujeto en su estado emocional y comprenda su realidad, es decir su teoría acerca del funcionamiento del programa.

Pregunta

¿Cuáles son las diferencias y similitudes de las percepciones de los actores participantes en el programa de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz de La Florida?

Objetivo general

Comparar las percepciones de los actores participantes del programa de Hospitalización Domiciliaria, del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz de La Florida.

Objetivos Específicos

1. Identificar los criterios de evaluación y aspectos de valoración del programa por parte de los actores participantes.
2. Determinar los elementos significativos en la construcción de experiencia de los actores participantes en el programa.

3. Explorar las orientaciones a futuro del programa en base a las recomendaciones y sugerencias de los actores participantes.

MARCO TEORICO

El presente marco teórico comprende dos capítulos, el primero hace mención a la aparición de nuevas estrategias que puedan solventar diferentes fenómenos sanitarios en la sociedad, como por ejemplo la transición epidemiológica en el último siglo que refiere a tres cambios básicos: sustitución de enfermedades infecciosas como primera causa de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas, desplazamiento de la carga de morbilidad y mortalidad de los grupos más jóvenes a los de mayor edad, y la transformación de una situación en la que predomina la mortalidad a una en la que predomina la morbilidad. Una de las principales consecuencias que lo anterior conlleva, es el mayor gasto en la atención en salud, debido al aumento de la demanda de servicios sanitarios y los costos de la atención médica especializada por parte de personas mayores. Bajo este contexto, para enfrentar los desafíos han surgido estrategias de gestión hospitalaria relacionadas a la ambulatorización que incluye, entre otros, la hospitalización domiciliaria. En este sentido, en el presente capítulo abordará, en primer lugar, el envejecimiento poblacional y su impacto en el sistema sanitario. En segundo lugar, las perspectivas dominantes y dominadas del programa de Hospitalización Domiciliaria. En tercer lugar, la importancia del equipo clínico y tutores/cuidadores de pacientes es este tipo de programas. Y, por último, dar a conocer estudios -publicaciones- de Hospitalización Domiciliaria, tanto nacionales como internacionales, poniendo énfasis en las experiencias de su implementación.

El segundo capítulo se refiere a explicar y justificar la realización de una investigación evaluativa del programa de Hospitalización Domiciliaria. La particularidad de esta evaluación es que busca ser un complemento a los tipos de evaluación tradicionales, ya que se evaluará mediante un enfoque cualitativo en función de la percepción de los participantes involucrados en el programa, y no mediante el cumplimiento de sus objetivos, e indicadores sanitarios y económicos. Asimismo, se busca problematizar que, en el área de la salud en Chile, las políticas públicas y programas sociales en general no han sido evaluados con un enfoque cualitativo que busque comprender y entender cómo la gente receptiona las soluciones a problemas colectivos diagnosticados y si efectivamente los resultados de las intervenciones sociales conducen al mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Por lo tanto, esta evaluación complementaria busca abrir canales de participación adecuados, involucrando a las jefaturas técnicas y médicas que conocen muy de cerca el programa, al equipo clínico que presta los servicios en el domicilio y a la comunidad usuaria de estos servicios, es decir pacientes y tutores. En este sentido, este capítulo consta de tres apartados, en primer lugar, se aborda la pertinencia de evaluar un programa en específico y no una política pública. En segundo lugar, se señala el cómo se realizan las evaluaciones de programas de salud y se justifica la realización de una evaluación cualitativa, por sobre una investigación tradicional del programa de Hospitalización Domiciliaria. Y, en tercer lugar, se propone la creación de un dispositivo de aprendizaje, que busca observar y captar el conjunto de realidades de los actores participantes, puesto que a medida que se conoce la realidad de cada actor, se conoce la realidad del programa. Dicho de otro modo, este dispositivo busca que aprendan unos de los otros en base a las percepciones y experiencias, permitiendo no solo conocer los diferentes discursos sino,

además, evaluar el programa desde una dimensión más social, y no estrictamente en parámetros sanitarios.

Capítulo I: El envejecimiento poblacional: Impacto en el sistema sanitario y la aparición de nuevas estrategias en Salud.

Envejecimiento poblacional: Impacto en la salud y en el sistema sanitario

La salud del adulto mayor en Chile es considerada prioritaria dentro de la formulación de las políticas públicas, mejorando en las últimas décadas, “el acceso y la protección financiera en el sistema de salud” (Olivares-Tirado y Salazar, 2006, p.2). En este sentido, los distintos gobiernos han resuelto la gratuidad en la atención de salud en los establecimientos públicos para todos los adultos mayores. Sin embargo, el proceso de envejecimiento de la población ha generado que la atención de salud del adulto mayor implique, según Olivares-Tirado y Salazar (2006) “mayores gastos al requerir de una mayor frecuencia de hospitalización, estadías hospitalarias más prolongada, una mayor frecuencia de tecnología, mejor y mayor disponibilidad de medicamentos y una oferta adecuada y suficiente de cuidados de largo plazo (p.24). Lo anterior obedece al efecto de la transición epidemiológica que refiere a una prevalencia mayor de enfermedades crónicas y degenerativas lo que significa que existan mayores limitaciones funcionales, cognitivas o del comportamiento requiriendo no solo atención médica especializada sino “de cuidados domiciliarios ambulatorios, o institucionales, durante un periodo largo de sus vidas” (Olivares-Tirado y Salazar, 2006, p.8).

Sin embargo, Según en Pavlovic, et al (2016) en Chile “existe una evidente falta de recursos coordinados enfocados específicamente a la población adulto mayor a nivel hospitalario” (p.188). Lo anterior, es problemático porque amplia literatura coincide en que han aumentado las enfermedades crónicas no transmisibles² más frecuentes a medida que se produce la transición epidemiológica, “caracterizándose por descompensaciones que obligan a ingresos hospitalarios frecuentes, y no obstante, al estabilizar la patología descontrolada, el adulto mayor no recupera la funcionalidad previa al ingreso, de tal forma que después de muchos ingresos evoluciona hacia la discapacidad y postración” (Morales, 2016). Por este motivo, los hospitales son en gran parte hostiles para el adulto mayor, sobre todo si no cuentan con servicios específicos dirigidos a esta población; ya que como consecuencia de la estancia hospitalaria se genera descondicionamiento físico, declinación funcional, perturbaciones cognitivas y emocionales, infecciones nosocomiales, caídas, broncoaspiración, inmovilidad (Morales, 2016).

Sin ir más lejos, la hospitalización tradicional no solo es contraria a la población de adulto mayor por los argumentos planteados en el punto anterior, sino que también la “estancia hospitalaria suele ser estresante y agotadora, de forma física y emocional para el paciente y la familia”

² Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación. Comprende enfermedades como: padecimientos cardiovasculares, cáncer, diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Salud en Las Américas, 2007).

(Morales, 2016, p.167). Y no solo eso, hospitalizar a los adultos mayores representa no solo una mayor demanda asistencial sino un costo de hospitalización muy alto para el sistema de salud, aumentando sus consecuencias “financieras” cuando la estancia hospitalaria es prolongada. Para hacer frente a esta situación emergió un nuevo modelo de gestión hospitalario en Chile que se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud (Minsal, 2005). Este modelo emerge de la elaboración y ejecución de propuestas innovadoras y de bajo costo respecto a la hospitalización tradicional. Estas propuestas se han planificado en función del incremento de la “demanda de servicios y del gasto en salud derivados de los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad; y las constantes innovaciones en el campo de la tecnología” (Ibarra & Beas, 2012, p.1). Se caracteriza por impulsar nuevas estrategias de atención que vayan en la dirección de disminuir el gasto, utilizando de manera eficiente los recursos sin descuidar una mejor calidad y seguridad en la atención de los usuarios. La principal estrategia es dotar de un nuevo rol a los hospitales en el modelo de atención, esto es contribuir de manera concordante al modelo, es decir que “se oriente a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia” (Artaza et al.,2016, p.1). En este sentido, los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

Respecto a la modalidad de atención cerrada se diferencia entre lo abierto y lo cerrado dependiendo funcional y administrativamente de los establecimientos hospitalarios. La diferencia radica en la duración de hospitalización, pudiéndose establecer “una gradiente que se extiende entre dos extremos, la hospitalización de larga estadía, y en el otro, la hospitalización domiciliaria” (Artaza et al.,2016, p.1). Respecto a la Hospitalización Domiciliaria se orienta principalmente a resolver problemas como el progresivo envejecimiento de la población, expresado en una mayor tasa de utilización hospitalaria y mayor gasto sanitario. En este sentido, este programa tiene tres ejes claves a considerar, en primer lugar, a nivel clínico que apunta a disminuir las complicaciones asociadas a la hospitalización de este grupo etario, a la satisfacción usuaria, y a descongestionar los recintos asistenciales, en segundo lugar, a nivel de costo efectividad y, en tercer lugar, a nivel social contribuyendo a una mayor satisfacción del paciente y del cuidador. (Morales, 2016). Ahora bien, es imprescindible contar nuevos recursos y estructuras para poder dar respuesta a los requerimientos de la población, sobre todo a la adulta mayor en cuanto a patologías y tratamientos médicos abordados desde lo biopsicosocial (Minardi et al,2001).

Por este motivo se requiere describir y analizar las diferentes percepciones sociales de los actores participantes del programa de Hospitalización Domiciliaria, específicamente de los adultos mayores ya que según Chujandama (2019) “En los adultos mayores cualquier problema de índole social o de salud, por mínimo que éste sea, puede provocar un desequilibrio global e irreparable. Sin estar necesariamente enfermos, los adultos mayores pueden vivir situaciones de una gran complejidad. El mantenimiento de la autonomía, la readaptación a las limitaciones propias de la edad o de las consecuencias de las enfermedades, requieren intervenciones adecuadas” (p.18). Teniendo en consideración lo anterior, es menester que los adultos mayores logren un envejecimiento activo y saludable por medio de una atención hospitalaria en el

domicilio que asegure las mejores condiciones de salud posibles, incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento (Chujandama, 2019).

Perspectivas de la Hospitalización Domiciliaria: Dominante -Dominada

Como punto de partida, es menester diferenciar dos conceptos que tienden a confundirse entre sí, estos son la hospitalización y la asistencia domiciliaria. Con respecto a la Hospitalización Domiciliaria se define principalmente como “una modalidad de atención que depende del hospital, con asistencia similar en recursos y complejidad, pero que se da en el domicilio del paciente, ya que el paciente no requiere de la infraestructura hospitalaria” (Minardi, et al. 2004). Y como criterio debe orientarse para “procesos agudos, estables, acotados en el tiempo. Esta atención debería terminar con un alta y una derivación a la atención primaria. Mientras que la atención domiciliaria depende de la Atención Primaria. “Los cuidados son programados a largo plazo, habitualmente con pacientes crónicos. Esta modalidad se destina a la promoción, rehabilitación de pacientes crónicos o terminales” (Fonseca, 2015, p.10).

En lo concerniente a la Hospitalización Domiciliaria, se inserta en un modelo de administración pública moderna que consiste en ofertar servicios que se fundamentan en tres pilares básicos: 1) **eficiencia** enfocada a resolver los problemas de los ciudadanos con habilidad y con alto nivel de éxito razonable, 2) **eficacia** en la resolución de problemas y demandas sin malgastar el presupuesto público y 3) **calidad** que refiere al funcionamiento óptimo de todos los elementos del sistema que ofrece el servicio, tanto los directos como indirectos, para que el índice de satisfacción de los ciudadanos que consumen el producto sea el máximo posible. (del Rosal et al, 2004). De esta forma, en busca de una mayor eficiencia y eficacia, la hospitalización domiciliaria rompe con el esquema tradicional de prestación de servicios hospitalarios. Este modelo da prioridad a la “asistencia ambulatoria y propicia la transferencia del paciente del hospital a su ambiente familiar, con lo cual se logra mejorar la atención y la utilización más eficiente de los recursos” (Bustamante,2006).En este sentido, se pueden identificar dos perspectivas predominantes en la estrategia de Hospitalización Domiciliaria, la primera referida a brindar una atención de calidad al igual que un hospital tradicional, es decir que se ajuste a la máxima calidad científica contemplando la satisfacción del paciente a través de su recuperación en su entorno familiar. Y la segunda, referida racionalizar el gasto sanitario, ya que Chile al no cumplir con el estándar de cama por habitante y, además, de tener una población envejecida ha generado un aumento en la demanda especializada. Por lo que, resulta beneficioso para los financiadores y proveedores del sistema salud racionalizar el gasto, pero bajo la condición de no mermar la calidad de atención al paciente. (Gonzales, Valdivieso y Ruiz, 2002).

No obstante, es la primera perspectiva la dominante puesto que instituciones como la Organización Mundial de la Salud señalan que la Hospitalización Domiciliaria es “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y

paliativos". Para Bustamante (2006), esta definición engloba todos los tipos de atención, los incluye en el contexto del hogar y además introduce la figura del cuidador no formal como parte del modelo, lo cual es de vital importancia para la aplicación de este, pues fomenta el autocuidado y la participación de la familia en el proceso de atención. Sin embargo, Bustamante (2006) va más allá de lo planteado por la OMS y sostiene que una buena definición hospitalización domiciliaria sería: "Trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesarios para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico" (p.1)

Una definición muy similar es la propone López (2003) señalando que esta estrategia obedece al "conjunto de cuidados dispensados en el domicilio del paciente en número e intensidad comparables a los que hubieran sido proporcionados en el marco de la hospitalización tradicional" (p.2). Asimismo, Minardi et al (2004) la define como un "alternativa asistencial que consiste en un modelo organizativo que dispensa cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario en calidad y cantidad cuando ya no se precisa de infraestructura hospitalaria" (p.45). Por otra parte, encontramos la definición de Oterino et al (1998) quien señala que la Hospitalización Domiciliaria es "un sistema de actividades y cuidados que se prestan desde el hospital al domicilio del paciente. Esta actividad se hace con recursos del hospital, sean estos recursos humanos, materiales sanitarios y fármacos. La familia o cuidador del paciente se hace cargo de la alimentación, el aseo, confort y cuidados generales" (p.518). A saber, ambas definiciones propuestas anteriormente incluyen diferentes conceptos que no son sinónimos, es decir existen diferencias en la concepción del significado de Hospitalización Domiciliaria. Principalmente porque la noción de Minardi et. Al (2004) no considera el rol activo de la familia y el cuidador en relación a su función preponderante en el programa. Por otra parte, la concepción de Oterino et al (1998) no alude a la necesidad de no descuidar la calidad y cantidad de los cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, de manera de que no existan brechas entre la atención hospitalaria tradicional y domiciliaria. De todos modos, ambas nociones citadas anteriormente no profundizan en el nivel de complejidad en la prestación de actividades y cuidados médicos, como, por ejemplo: "podemos encontrar pacientes que requieren desde curaciones, requiriendo a solo un funcionario que ejecute la tarea, hasta tratamientos complejos como ventilación mecánica invasiva, nutrición parenteral que requerirá equipos multidisciplinarios para poder llevarlo a cabo" (Fonseca, 2015, p.10).

No obstante, si hay autores como del Rosal, et al. (2004) que, si profundizan en el nivel de complejidad en la prestación de actividades y cuidados médicos de la hospitalización domiciliaria, definiéndola como un "dispositivo asistencial enfocado a proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado. Este servicio se prestará de forma transitoria a pacientes psiquiátricos descompensados psicopatológicamente, supervisados por uno o varios familiares responsables" (p.15). Para cumplir con esta definición abordada desde la salud mental, es de suma relevancia que la cartera de servicios impulsados se integre con la atención domiciliaria realizada desde la atención primaria y junto con ello, con los servicios de ayuda a domicilio realizados por los trabajadores y voluntariado (del Rosal, et al. 2004). Ahora bien, en el caso chileno es bastante complejo lograr lo anterior, es decir que las prestaciones desde la

hospitalización domiciliaria se integren con las de la atención domiciliaria realizada desde la atención primaria, producto de que “no se evidencia continuidad en estos dos modelos de atención. Para lograr esta alianza entre ambos niveles, los equipos deben estar consolidados, coordinados, organizados y financiados” (Fonseca, 2015, p.10). Por lo tanto, se posiciona como un desafío para el devenir de la transformación hospitalaria chilena.

Importancia del Equipo Clínico y Cuidadores de Pacientes: Actores claves

Las nuevas necesidades de salud de los adultos mayores y las nuevas tecnologías y programas asistenciales disponibles como la Hospitalización Domiciliaria “demandan del profesional de enfermería potenciar sus habilidades comunicacionales, asistenciales, educativas y de gestión para proporcionar cuidados de calidad en un contexto de cuidado distinto al tradicional” (Puchi & Jara, 2015). Según la Organización Panamericana de Salud (2012) “Los cuidados de enfermería tienen entonces una importancia vital, tanto por su participación clave en el equipo de salud como por su potencial de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de los adultos mayores en todos los niveles de atención, y en forma especial en la hospitalización domiciliaria donde la enfermera se comporta como el pilar fundamental para lograr la integralidad y continuidad de los cuidados de las personas mayores”. En el programa de Hospitalización Domiciliaria, según De Sosa et al. (2009) “el profesional de enfermería destaca por ser el principal sujeto que otorga orientación y transmisión de información al paciente y a la familia, realiza los procedimientos técnicos, coordina el ingreso y egreso de los pacientes al programa, capacita al personal, evalúa las condiciones socioeconómicas de la familia” (p.15). La definición anterior, deja en evidencia que las funciones que cumple una enfermera son múltiples, complejas, demandan tiempo y significan gran responsabilidad, ya que el paciente, en este contexto de cuidado, no se encuentra bajo la supervisión continua de un equipo de salud como en el hospital (Puchi & Jara, 2015).

Respecto al profesional de kinesiología, brinda prestaciones en el programa de Hospitalización Domiciliaria que refieren a rehabilitación respiratoria, motora y neurorrehabilitación (Marín, Freire y Poblete, 2021). En este sentido, cumplen un rol indispensable en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor puesto que tienen un conocimiento en la fisiopatología del envejecimiento, evalúan kinésica y físicamente teniendo en cuenta los puntos principales de los segmentos del cuerpo, reconocen patologías frecuentes que se dan en este grupo etario y su aplicación del tratamiento kinésico físico (Aquino, 2018). Ahora bien, en Chile, la kinesiología brinda diferentes prestaciones en el domicilio y a los adultos mayores, pero esto surge dependiendo la necesidad de cada hospital y no cuenta con una reglamentación a nivel nacional, por lo que es importante impulsar lineamientos que permitan estandarizar la incorporación de esta profesión a todas las unidades de Hospitalización Domiciliaria (Marín, Freire y Poblete, 2021). En el caso de los profesionales de fonoaudiología y nutricionista, aún no existen lineamientos específicos sobre su incorporación en las diferentes unidades de Hospitalización Domiciliaria. No obstante, cumplen un rol relevante en cuanto a las prestaciones que brindan al adulto mayor, en el caso de los primeros trabajan aspectos como el lenguaje, la disfagia, audición, habla y comunicación (Montoya, 2017). En los segundos, son importantes ya que el envejecimiento de la población se relaciona con una mayor prevalencia de problemas nutricionales. Por lo que es importante incluir estos profesionales porque evitan el riesgo de

malnutrición en los adultos mayores, que puede deberse a factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a problemas psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, entre otros (Varela, 2013).

Asimismo, existe otra profesión que trabaja coordinadamente con el equipo clínico en Hospitalización Domiciliaria y cumple un rol indispensable: El/la trabajador/a social. Una de sus funciones principales en el programa, es el incorporar los datos sociodemográficos y familiares aportando una visión global del paciente, de su entorno y del contexto en que desarrolla su tratamiento. Lo anterior se puede sintetizar en: I) informar al paciente y a su familia acerca del funcionamiento del servicio, II) estudiar la situación sociofamiliar: convivencia y actitudes familiares, III) Coordinar con el/la Trabajador Social precedente del programa, en los casos en que hubiese habido alguna intervención anterior para evitar la duplicidad de datos, IV) estudiar el contexto ambiental realizando visitas al domicilio cuando existan dudas sobre las condiciones del hogar, V) Coordinar con los servicios de atención primaria de salud para la derivación de pacientes cuya continuidad asistencial fuese necesaria. Todo lo anterior, en el marco de que las intervenciones de salud no solo comprenden la dimensión física, sino también la mental y social (Gonzales, Verde y Pastor, 2018).

Al contrario, el cuidado familiar conforma casi en su totalidad el sistema informal de cuidados; frente a este sistema, según Toronjo Gómez (2001) “este término incluye todas las personas que no pertenecen al sistema formal de servicios y que por una u otra razón atienden necesidades de cuidados de otras personas dependientes y no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (p.59). En esta misma línea, autores como Flores, Rivas y Seguel (2012) sostienen que el cuidador familiar es “aquella persona de la familia que asume primordialmente la responsabilidad de proveer acciones de soporte, que asiste o ayuda a un miembro de la familia con necesidades evidentes o anticipadas, objetivando una mejora de la calidad de vida” (p.30). La correspondencia entre ambas definiciones es el apoyo y la realización de actividades cotidianas, originado por un vínculo afectivo, en tanto, quienes lo ejecutan son familiares o allegados a la persona cuidada. Así lo sostiene Carretero, et al (2015) como una “asistencia proporcionada por la familia, los amigos o los vecinos a personas con necesidades de cuidado instrumental o personal, en actividades de la vida cotidiana” (p.45). En síntesis, se trata de una fuente de cuidados no pagados, para que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, las personas discapacitadas u otros grupos, puedan seguir viviendo en su hogar, o en la comunidad y no ser hospitalizadas en una atención tradicional.

Respecto a estos actores, es fundamental conocer su percepción puesto que son claves para el funcionamiento de la estrategia. No obstante, no existe amplia evidencia de estudios que den cuenta de las experiencias de enfermeras y cuidadores luego de la implementación de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria en Chile. Ahora bien, existe literatura que dé cuenta de las relaciones interpersonales entre enfermeras y miembros de una familia (cuidadores). Según Ibarra & Beas (2012) “algunos de estos estudios describen los problemas y tensiones que frecuentemente ocurren entre familiares y el personal de enfermería, pero todos los estudios han sido realizados en el contexto intrahospitalario” (p.10)

A pesar de que estos estudios se han realizado en un contexto intrahospitalario, han producido información relevante en materia de dar a conocer un nuevo vínculo interpersonal, entre la red

de enfermería y los familiares del paciente. En lo que concierne a la visita domiciliaria, Ibarra & Beas (2012) sostienen que “la pérdida de privacidad del hogar es, sin duda, lo más difícil para las familias, ya que deben incorporar en sus rutinas diarias, la visita de diversos profesionales, la presencia constante de asistentes de enfermería, en concomitancia con el estrés de la enfermedad de un ser querido” (p.10).

En resumen, es necesario que exista una comunicación activa entre estos dos actores claves, ya que los cuidadores de pacientes están sometidos a gran angustia y frustración producto de generarse expectativas erróneas respecto de la recuperación de su familiar. EL rol de la enfermera es fundamental para otorgar comprensión de la situación de salud del paciente a las familias y junto con ello, debe potenciar las habilidades de cuidado en el cuidador y, por tanto, debe desarrollar intervenciones específicas para prevenir y tratar la sobrecarga del rol del cuidador. No obstante, cabe mencionar que lo importante tener en cuenta que “el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento” (Giraldo, et al 2005, p.8). Las personas dedicadas a los cuidados de pacientes principalmente son mujeres que pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella.

Estudios de Hospitalización Domiciliaria: Experiencias de su implementación

Respecto al modelo de hospitalización domiciliaria existen publicaciones nacionales e internacionales que evidencian la implementación y resultados de su funcionamiento en el sector público, desde la perspectiva de caracterizar a la población beneficiaria que ingresa a la estrategia, tanto **sociodemográficamente** para ver género y edad, **clínicamente** para identificar las principales prestaciones y causas más frecuentes de ingreso y **socialmente**, para conocer la satisfacción usuaria.

Sin embargo, no hay registros de un estudio que comprenda la visión sistémica, es decir de todos los actores participantes en la estrategia. Lo anterior, refiere a que evalúe, comprenda y analice las distintas percepciones sociales de gestores, ejecutores, usuarios (beneficiarios) y tutores responsables/ cuidadores de manera de conocer las múltiples racionalidades (discursos), el grado de participación y adherencia al programa, como sus expectativas, necesidades e implicancias en estos grupos a la hora de su implementación. A continuación, se presentarán las principales publicaciones nacionales e internacionales respecto a la implementación de Hospitalización Domiciliaria.

Con respecto a publicaciones nacionales, destaca la tesis de Fonseca (2018) quien pretende conocer el desarrollo que ha alcanzado la Hospitalización Domiciliaria en el Hospital San Juan de Dios, desde su implementación, caracterizando tanto a la población beneficiaria como también las principales prestaciones realizadas. En este sentido, describe y analiza las diferentes prestaciones que se otorgan y evalúa si satisfacen las demandas requeridas por la población. La muestra fue no probabilística, es decir se dirigió específicamente a los pacientes derivados desde el hospital San Juan de Dios a la Hospitalización Domiciliaria, cuyos ingresos a la estrategia abarcan el periodo a principios del 2010 a junio 2014. Los principales objetivos fueron caracterizar sociodemográficamente a la población que fue atendida por Hospitalización

Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios. Y también, identificar las causas más frecuentes de ingreso a la Unidad a la Modalidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios. Los principales resultados fueron: en cuanto a género son las mujeres las que demandaron mayoritariamente la modalidad con un 57,02% frente a un 42,98% de hombres, según Fonseca (2018) esto se vincula a que las mujeres viven más años en comparación con los hombres. La edad promedio de la muestra es de 66,9 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 102 años, para trabajar estadísticamente la variable edad, se optó por formar grupos por cuartiles (Q).³ Con respecto a las causas de ingreso o diagnósticos destacan a las infecciones respiratorias (31,93%) como una de las principales y que coincide con la morbilidad presente en los adultos mayores y frente a sujetos que no presentan comorbilidad es factible que se puedan tratar en domicilio. Las infecciones urinarias (26,53%) ocupan el segundo lugar en frecuencia y en mayor proporción en los sujetos más jóvenes. Ambas infecciones son más frecuentes en mujeres, en cambio en los hombres son las afecciones cutáneas y pie diabético. A modo de conclusión, Fonseca (2018) sostiene que la Hospitalización Domiciliaria puede contribuir como una estrategia más para dar soporte al inevitable proceso de envejecimiento de la población. Y, que la Información recopilada de este estudio servirá para realizar sugerencias y propuestas de trabajo, directrices sobre la calidad del servicio, de forma tal que se puedan destinar óptimamente los recursos dispuestos en estos nuevos modelos de atención.

En esa misma línea, se destaca el estudio de Pavlovic et al (2016) quienes realizan un estudio descriptivo de las características de los pacientes mayores de 60 años ingresados a la unidad de Hospitalización Domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río en la comuna de Puente Alto. La justificación que realizaron los autores para realizar este estudio radica en el aumento de la población del adulto mayor en Chile, lo que ha generado que se incrementen las tasas de hospitalización. En este sentido, por la búsqueda de disminuir las complicaciones asociadas a esto, se implementa la unidad de Hospitalización Domiciliaria. El estudio es de carácter descriptivo retrospectivo. Con respecto a la muestra, se construyó a partir de los informes estadísticos mensuales de la unidad de hospitalización domiciliaria del CADSR⁴, de todos aquellos pacientes mayores de 60 años ingresados a la unidad durante el año 2014, pudiendo un mismo paciente tener más de un ingreso durante el año. Se revisaron las fichas de ingreso y de alta recopilando información sobre edad, género, motivo de ingreso, duración de la hospitalización y estado al alta. Se excluyeron ingresos obstétricos. Los resultados de estudio dan cuenta de que se ingresaron 2953 pacientes a la unidad de hospitalización domiciliaria durante el año 2014. 1617 pacientes corresponden a mayores de 60 años (52.8%) y de éstos, 571 eran pacientes de 80 años o más (35.3%). La mediana de edad fue de 63 años. Dentro de las causas más importantes se ubican: enfermedades del sistema respiratorio n=680 (42%), enfermedades del sistema circulatorio n=324 (20%), enfermedades genitourinarias n=313 (19.4%). La principal conclusión de este estudio, según Pavlovic et al (2016) refiere a que la hospitalización domiciliaria podría ser un aporte al sistema de salud público chileno, dado que presenta beneficios probados en la literatura internacional a nivel clínico, satisfacción usuaria, organizativo y a nivel de costo efectividad.

³ El Grupo 1 contiene a 208 pacientes entre 15 y 57 años con un promedio de edad de 41,7 años, el Grupo 2 contiene a 208 pacientes entre 57 y 70 años con un promedio de edad de 63,75 años, el Grupo 3 contiene a 209 pacientes entre 70 y 80 años con un promedio de edad de 75,4 años y el Grupo 4 contiene a 208 pacientes entre 80 y 102 años con un promedio de edad de 87,08 años.

⁴ Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Con respecto a la evaluación de este programa, se puede destacar el estudio de Puchi (2019) quien a través de la producción empírica construye indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de Hospitalización Domiciliaria. El método que utilizó fue una revisión integradora (bibliográfica) en las bases de Pubmed, Web of Science, IBECS, SciELO y Biblioteca Cochrane. El periodo de búsqueda se extendió del año 1990 hasta el 2017. En este sentido, se encontraron 10 documentos, 6 correspondieron a artículos originales y 4 a revisiones sistemáticas. Ahora bien, los resultados indican que solo en 3 de los 6 artículos originales hallados mencionan indicadores relacionados con reingresos hospitalarios no planificados, llamadas telefónicas no planificadas realizadas por los pacientes y/o el equipo de salud de Hospitalización Domiciliaria, negativa de los pacientes a ser ingresados a Hospitalización Domiciliaria y errores en la administración de medicamentos. A modo de concluir, Puchi (2019) sostiene que la investigación de la evaluación de calidad de la atención en salud en Hospitalización Domiciliaria ha tenido un escaso desarrollo, especialmente en enfermería. Junto con ello, la autora señala que los indicadores pesquisados han sido desarrollados solo en algunos países europeos, pero sin reportar bases conceptuales claras y sin asegurar la solidez científica y factibilidad de las medidas.

Finalmente, se puede destacar la tesis de Ortega (2018) quien realiza una caracterización de la implementación del modelo de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital Eloísa Díaz de la Florida. La finalidad de este estudio es sugerir por medio de los resultados obtenidos, que la estrategia de Hospitalización Domiciliaria es una alternativa no tradicional para el manejo de pacientes agudos en un hospital público. Si bien este estudio comprendió varios objetivos, es pertinente enfocarse-dado que se busca la experiencia de actores- en el objetivo de describir la calidad de los servicios realizados, a través de la satisfacción usuaria en cuanto a la percepción de los pacientes y/o su grupo familiar respecto al modelo de atención. El estudio fue de tipo exploratorio- descriptivo, de carácter retrospectivo. La muestra se compuso por todos los pacientes ingresados a la unidad de hospitalización domiciliaria desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, conformando un total de 3220 pacientes que recibieron un tratamiento en esta unidad. Con respecto a la técnica de recolección de datos, se basó en dos instrumentos, la encuesta de satisfacción usuaria⁵ y la ficha clínica. Los principales resultados, de acuerdo con el objetivo seleccionado, indican que los resultados de la encuesta arrojan resultados favorables respecto a la percepción de los distintos usuarios, la valoración que se observa de los atributos de calidad de la prestación es alta y se valora los cuidados del paciente en su domicilio como elemento de reinserción familiar, siendo aconsejable esta modalidad de atención. En este sentido, Ortega (2018) concluye que considerando la existencia de reportes de buena calidad de vida en los adultos mayores que reciben cuidados domiciliarios, se estima que este modelo podría ser útil para mejorar la satisfacción del usuario y de su entorno social, mejorando la calidad asistencial y la optimización de los recursos en salud. Para finalizar, sostiene que este estudio puede aportar herramientas y antecedentes que favorezcan la construcción de políticas sociales en Chile, ya sea en el ámbito de la salud pública, adulto mayor e innovación clínica; y de esta forma que estas bajen a los sectores más desprotegidos y vulnerables

Con respecto a estudios internacionales, destaca el de Alfonsín et al (1997) quienes evaluaron la utilidad del programa "Hospitalización a domicilio en el paciente traumatológico" desde el

⁵ Las variables de respuesta en la encuesta: Excelente, Buena, Suficiente, Normal, Deficiente, Malo, Pésimo.

enfoque de disminuir la estancia media en hospitalización convencional de estos pacientes, así como determinar la carga asistencial domiciliaria que generan. Este estudio se emplaza en la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Juan Canalejo de la Coruña. La muestra de este estudio son los pacientes con patología traumatológica intervenidos quirúrgicamente (fractura de cadera, coxartrosis, gonartrosis) en los seis primeros meses del funcionamiento del programa y que pertenecieran a la ciudad de La Coruña o municipios limítrofes. En este sentido, el método es carácter descriptivo longitudinal, puesto que se realizó mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas que otorgan información y datos tales como: número de pacientes, edad, días de estancia hospitalaria, días de seguimiento domiciliario, número de visitas domiciliarias médicas y de enfermería que precisaron. Los principales resultados indican que es posible disminuir la estancia media de hospitalización convencional de este tipo de pacientes, sin que su seguimiento domiciliario genere sobrecarga asistencial del personal médico y de enfermería. A raíz de lo anterior, los autores concluyen que la calidad de vida de los pacientes que se atendieron en el programa de Hospitalización Domiciliaria mejora de forma importante, puesto que disminuye la morbilidad que la estancia hospitalaria genera y también, porque el paciente permanece en contacto con su entorno habitual durante su convalecencia precoz.

Asimismo, es interesante el estudio de Candal (2019) quien busca conocer las experiencias de los cuidadores principales de pacientes terminales que han recibido cuidados paliativos a domicilio por parte de la Hospitalización Domiciliaria que brinda el área sanitaria de Ferrol, en La Coruña, España. El estudio es de carácter cualitativo, ya que se pretende buscar, comprender e interpretar la realidad, los significados y acciones de las personas con el objetivo final de construir conocimiento nuevo. Lo anterior, fundamentado en los supuestos de la teoría crítica, empleando una estrategia de investigación-acción. La muestra son los cuidadores principales tras el fallecimiento del paciente en cuidados paliativos domiciliarios, por la razón de que es imprescindible identificar posibles elementos de mejora, siendo el fin último promover una intervención adecuada en este campo y lograr un cambio en la práctica clínica si se considerase necesario. Ahora bien, los resultados y conclusiones de este estudio no han sido publicados, puesto que aún está en marcha la investigación. La difusión de estos se realizará mediante publicaciones en revistas relacionadas a las temáticas de cuidados paliativos y hospitalización domiciliaria, y en congresos médicos.

Resulta oportuno también hacer mención del estudio de Mas y Santauegènia (2015) quienes realizan una "revisión de alcance" sobre el interés de desarrollar e implementar la estrategia de Hospitalización Domiciliaria en los servicios sanitarios de España, desde la perspectiva de atender a adultos mayores con condiciones complejas asociadas a procesos agudos de salud. El método que se empleó fue búsqueda bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis de los mismos en Pubmed y Cochrane Library, desde Enero de 1990 a Junio de 2013. La búsqueda incluyó los términos hospital-at-home, Early Supported Discharge, hospital in the home y home hospitalization. El análisis se guió por: modelo de intervención (sustitutivo del ingreso o facilitador del alta), edad, diagnóstico principal, perfiles de pacientes incluidos y tipo de intervención. La conclusión de este estudio, indica que hay diversos modelos de hospitalización domiciliaria con resultados clínicos favorables. Junto con ello, esquemas sanitarios centrados en agudizaciones de enfermedades crónicas en ancianos más jóvenes, mayoritarios en nuestro país, destacan otros esquemas integrales basados en equipos

interdisciplinarios de base geriátrica orientados a intervenciones complejas. En este sentido, para los autores el desarrollo de esquemas de hospitalización domiciliaria integral, con equipos liderados por geriatras, es una oportunidad como alternativa a la hospitalización convencional adaptada a pacientes ancianos en nuestro entorno asistencial.

Finalmente, se puede destacar el estudio de Montoya (2014) quien busca comprender, desde una perspectiva fenomenológica, las experiencias de sí mismo que moviliza la intervención basada en el arte clown (terapia de la risa) en un niño con cáncer bajo la hospitalización domiciliaria en Bogotá, Colombia. El estudio se fundamenta en que para los niños con cáncer la hospitalización, sea clínica o en casa, genera un desequilibrio en el estado emocional y social del niño y su familia. En este sentido, el arte clown aparece como herramienta complementaria que ayuda a incrementar la efectividad de la intervención médica al mejorar la calidad de vida de los pacientes (niños con cáncer) a través de la risa. El estudio es de carácter cualitativo y se utilizaron como instrumentos la observación participante, la entrevista semi estructurada y el dibujo. La muestra fue un niño de 12 años quien se encuentra diez meses en hospitalización domiciliaria, pudiendo ser más tiempo dependiendo si presenta dolor crónico de difícil manejo. Los resultados de este estudio señalan que el arte clown moviliza diversas experiencias del sí mismo y, en efecto, permite sobrellevar mejor la cotidianidad que impone la condición de hospitalización, a tal punto que el niño puede “olvidar” el dolor habitual que padece. A modo de conclusión, la autora destaca que desarrollar el arte clown en pacientes bajo hospitalización domiciliaria pareciera implicar un beneficio adicional, pues además de permitir un tiempo de presentación más prolongado, facilita la participación de más familiares del niño, lo que no se puede dar en un hospital ya que el número de visitantes es limitado. Esta posibilidad de compartir con la familia el arte clown implica tal vez, a juicio de la autora, que también a ellos les dé, como al niño en estudio, “ánimo para seguir adelante”.

Considerando todos los estudios expuestos anteriormente, se puede evidenciar que existen pocas publicaciones que aborden la percepción y experiencia de los actores participantes en el programa de Hospitalización Domiciliaria. En este sentido, solo se identifican estudios que caracterizan la percepción usuaria, pero sin ahondar en una mayor complejidad respecto de sus racionalidades, expectativas y necesidades. En conclusión, en Chile no se han realizado esfuerzos cualitativos, que evalúen y analicen las distintas visiones, experiencias y discursos de los actores participantes del programa de Hospitalización Domiciliaria. Lo anterior, podría contribuir a articular de mejor manera las distintas percepciones, tanto en sus similitudes como en sus diferencias, para ejecutar el programa de forma que abarque la realidad de cada participante. Por lo tanto, el presente estudio cobra mayor relevancia, ya que su propósito se centra en la evaluación de los fines, procesos y resultantes del programa de Hospitalización Domiciliaria, desde la lectura o percepción que tienen los distintos actores.

Capítulo II: Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva: Instrumento de Evaluación de Programas Sociales y complementario a las Evaluaciones Tradicionales de Programas en Salud.

Políticas Públicas y Programas Sociales: ¿Por qué evaluar a una por sobre la otra?

Dentro de la práctica evaluativa suele hablarse indistintamente de evaluación de políticas públicas y de evaluación de programas sociales, sin embargo, convendría utilizar mayor rigor a la hora de utilizar estos términos. Las políticas públicas son una concatenación de actividades, decisiones o de medidas coherentes por lo menos en su intención, y tomadas principalmente por los actores del sistema político-administrativo de un país con la finalidad de resolver un problema colectivo. Estas decisiones dan lugar a actos formalizados, de naturaleza más o menos coercitiva, con el objetivo de modificar el comportamiento de “grupos que conforman blancos”, los cuales se encuentran supuestamente en el origen del problema por resolver (Lurrue, 2000). Por otro lado, los programas sociales son un conjunto de intervenciones sociales agrupadas en el logro de un mismo objetivo, relativo al mejoramiento de la calidad de vida de una población determinada (Peroni, 2014). Es decir, son intervenciones homogéneas con un objetivo concreto, las cuales se enmarcan en una política pública, explicando así la relación entre ambos términos.

Según Merino (2010), la evaluación de políticas públicas engloba la evaluación de programas y ambas comparten procedimientos y técnicas, pero se plantean diferencias importantes en cuanto a las preguntas de la evaluación, criterios y utilidades, que en la evaluación de políticas están en relación a la función superior del gobierno y en la evaluación de los programas en relación, sobre todo, a la función gestora (p.6). En este sentido, los programas y las políticas públicas se estructuran en enfoques diferentes, el primero en un nivel más operativo y micro, y el segundo en un nivel más bien estratégico y macro, por lo que la mayor parte de la práctica evaluativa se dirige a programas, que suponen aspectos más concretos e instrumentales de las políticas. Es decir, al evaluar un programa, se investiga la gestión e implementación de una política pública. Ahora bien, la evaluación no es sólo el cumplimiento de indicadores de la acción pública, sino que debe expresar un juicio de valor sobre los resultados y los impactos de las políticas públicas. El juicio de valor debe extraerse con el mayor rigor y garantías, por lo que resulta indispensable una sólida metodología (Merino, 2010). La evaluación de programas puede utilizar métodos de investigación propios de las ciencias sociales para determinar los efectos reales de una política una vez que ha sido aplicada. Por lo tanto, la elección de los métodos de investigación depende de los criterios científicos que abordan el objeto de estudio y/o de la orientación del tipo de evaluación del programa social seleccionado (Merino, 2010).

En tal sentido, es importante considerar que la evaluación desde sus inicios se relaciona con el paradigma racional-científico que ha dominado esta disciplina y sus principales modelos. Dentro de los enfoques teórico-metodológicos que han influido en la evaluación de programas sociales, destacan los siguientes: la evaluación privada, la evaluación social, el Análisis Costo/Eficiencia (ACE) y la evaluación experimental (Pichardo, 1993). Dentro de este marco, se seleccionaron autores que, por la orientación de sus planteamientos sobre la evaluación de programas, así

como los criterios adoptados para la clasificación de los tipos de evaluación, encajan en uno o varios de los cuatro enfoques señalados anteriormente (Matos Bazó, 2005).

El primer planteamiento por señalar es el de Aguilar y Ander-Egg (1994) quienes sostienen que la evaluación es una forma de investigación aplicada, sistemática, planificada y dirigida. Tiene como lineamientos principales identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información relevante, pudiendo otorgar juicios de valor a los diferentes componentes de un programa tanto en su fase de diagnóstico, programación o ejecución. Lo anterior, con tal de producir efectos y resultados concretos, sirviendo de guía para la toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción. Dejando en manifiesto que el procedimiento general de una evaluación se basa en los requisitos del método científico, vinculándose con los lineamientos de la investigación científica. Realizan una clasificación en base a los aspectos a evaluar, distinguiéndose: Evaluación del diseño y conceptualización del programa, Evaluación de la instrumentación y seguimiento del programa (evaluación del proceso) y Evaluación de eficacia y eficiencia del programa (Evaluación de resultados o efectos); estos tipos de evaluación coinciden con las fases de la intervención social, antes, durante y después de la ejecución (Matos Bazó, 2005).

El segundo planteamiento por señalar es el de Xavier Ballart (1992), quien sostiene que la evaluación de programas refiere tanto a los efectos de un programa sobre sus beneficiarios, como de su implementación y con el proceso de formulación de propósitos generales y objetivos más específicos. Permitiendo así relacionar, conforme al modelo teórico, los resultados finales con la forma en que se administra el programa y se planifica la intervención. Señala una clasificación por fases: Evaluación de la Conceptualización y del Diseño de los Programas, Evaluación de la Implementación de los Programas, Evaluación de la Eficacia o Impacto de los Programas y Evaluación de la Eficiencia de los Programas (Matos Bazó, 2005).

Por último, se rescata el planteamiento de Pichardo (1993), quien sostiene que la evaluación de programas se relaciona con el impacto social, constituyéndose no solo como un criterio de evaluación, sino como un enfoque metodológico que puede aplicarse independientemente del momento en que se encuentre la intervención. Con fines operativos distingue: evaluación ex-ante, concurrente y ex-post según los momentos de la intervención. Afirma que en la fase ex post se puede evidenciar más fuerte el impacto o efecto logrado del programa. Lo anterior, con el objetivo de que la evaluación de impacto social se asuma como un proceso integral y permanente.

En síntesis, este capítulo da cuenta de la diferencia entre las políticas públicas y los programas sociales, resaltando en estos últimos la importancia de su evaluación. En el caso particular de este estudio, se propone evaluar un programa de salud y no una política sanitaria en general. La razón principal de esta decisión se debe a que los programas sociales contribuyen a analizar la gestión e implementación de una política pública, es decir puede medir los efectos e impactos de una política determinada por medio de juicios de valor. En este caso, este estudio pretende evaluar el programa de Hospitalización Domiciliaria, incorporando métodos propios de las ciencias sociales, como lo es el enfoque cualitativo, para medir los efectos reales de su aplicación a través de las diferentes perspectivas de los actores participantes en el programa.

Evaluación de Programas en Salud: ¿Por qué Evaluar y no Investigar?

Para empezar y retomando los planteamientos del apartado anterior, es necesario señalar la forma en que se evalúan los programas en salud. Esta evaluación consiste en un proceso que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la estructura, el proceso y los resultados del programa, siguiendo las corrientes mencionadas anteriormente de evaluación de programas sociales. La evaluación de programas de salud puede ser abordada desde diferentes enfoques, destacándose: I) valoración sistemática y objetiva; II) uso de procedimientos científicos para investigar la efectividad de los programas y III) procedimientos para orientar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de un programa (Naranjo, 2006).

Así mismo, dicha evaluación también puede ser vista desde la perspectiva de conocer la contribución del programa, afectando las variables que contribuyen a explicar el problema de salud que intenta resolver el mismo. En la práctica, la evaluación de programas se basa principalmente en contrastar las actividades programadas versus las actividades cumplidas, poniendo énfasis en lo que el evaluador considera que fueron los logros del programa y enumerando las dificultades que existieron para no alcanzar las metas previstas. Para determinar los resultados de lo anterior, hay que basarse en una evaluación cuantitativa o cualitativa con indicadores de I) estructura, II) proceso y III) resultados (Naranjo, 2006). En cuanto a los indicadores, los primeros buscan medir la oferta básica del servicio que presta en el programa, donde los más utilizados son los indicadores de accesibilidad y disponibilidad. Los segundos, buscan evaluar el funcionamiento y utilización del programa donde lo más utilizados son los que tienen que ver con las actividades del programa, la productividad, el uso, utilización y calidad del mismo. Y finalmente los terceros, buscan conocer cuáles son los logros del programa, donde los indicadores más utilizados son los de cobertura, eficiencia y eficacia (Naranjo, 2006).

El diseño de evaluación en los programas de salud aborda diferentes aspectos, donde se destacan: I) valoración de las necesidades, que se refiere a la necesidad de un programa, II) conceptualización del programa, que alude a la calidad del diseño, III) operatividad del programa, donde se evalúa la implementación, IV) resultados e impactos del programa, que evalúa el cumplimiento de los resultados deseados y la existencia de posibles efectos colaterales positivos o negativos, y V) costo y eficiencia del programa, que indica el costo, efectividad y la sostenibilidad en el tiempo de este. En definitiva, en lo que refiere al proceso de evaluación de programas de salud, es necesario destacar que el diseño de evaluación y el enfoque son importantes para el éxito de una evaluación, pero más relevante aún, el incorporar metodologías de trabajo y la conformación de un grupo riguroso con competencias necesarias para realizar la evaluación.

Ahora bien, antes de justificar la realización de una evaluación cualitativa del programa de Hospitalización Domiciliaria y no una investigación propiamente tal, es pertinente mencionar las similitudes y diferencias que tienen los conceptos. Respecto a las semejanzas entre la evaluación y la investigación, en primer lugar, ambos conceptos son modos de indagación sistemática, es decir que son actividades que se hacen de forma consciente y con un sistema, esto es siguiendo unos pasos o aplicando algún método o forma sistemática de actuación. De

manera que se pueden confirmar públicamente, puesto que permiten explicar la naturaleza de los datos, las fuentes y el contexto en que fueron recogidos, así como los procesos de transformación de los datos en información, por ejemplo, interpretaciones, conclusiones, extrapolaciones y recomendaciones (Bustelo,1999). En segundo lugar, entre el criterio de su naturaleza de indagación y su criterio de finalidad que es lo distintivo de estos conceptos, está su posible carácter básico o aplicado. Tanto la investigación como la evaluación pueden ser de carácter aplicado; pero las evaluaciones siempre son de carácter aplicado, nunca básico. Por el contrario, la investigación puede ser tanto de carácter básico como aplicado. Ahora bien, si existe una investigación aplicada cuyo objetivo sea la solución de un problema o la respuesta a una necesidad concreta, más que el desarrollo de una teoría en abstracto, no la convierte automáticamente en una actividad evaluativa (Bustelo,1999). No obstante, es posible afirmar que muchos avances básicos en las ciencias han sido ocasionados por esfuerzos para resolver problemas prácticos (Lincoln y Guba, 1986). Pero como se ha mencionado antes, la evaluación siempre es de carácter aplicado porque se realiza para valorar el mérito/valor de un evaluando en su contexto, con el propósito de resolver determinadas necesidades de información y con la intención de mejorar el evaluando, rindiendo cuentas sobre el mismo u orientando acciones futuras. Por lo que se puede afirmar, que la evaluación es un tipo de indagación sistemática especialmente aplicada y la investigación una indagación académica.

Respecto a las diferencias entre ambos conceptos, refieren al criterio de finalidad, al objeto, al contexto, al método, a sus destinatarios y resultados. Lo anterior, se pueden sintetizar en diferencias entre aspectos epistemológicos y metodológicos. El conocimiento de estas diferencias proporciona una base más amplia para la distinción entre la investigación y evaluación.

En la investigación su finalidad es la construcción de conocimiento, contribuyendo de manera relevante a la comunidad científica. Además, los tiempos de su desarrollo trascienden temporalmente, es decir los ritmos de la investigación pueden variar dependiendo el investigador. En cambio, las evaluaciones tienen la finalidad de mejorar los programas, rendir cuentas y orientar acciones futuras. Destacándose su sentido de utilidad, es decir que el programa sea utilizado y tenga la capacidad de respuesta ante y cierta lealtad hacia los responsables de los programas. Por último, debe ser oportuna en el tiempo, puesto que se ajusta a la temporalidad del solicitante de la evaluación, y el contexto, ya que una demora de la evaluación puede significar que sus resultados no tengan el mismo impacto. En cuanto al contexto, en la investigación no es determinante, sino más bien es un factor a tener en cuenta, orientándose a un carácter más técnico. Por el contrario, en la evaluación el contexto es determinante, puesto que depende de ello y tiene por objetivo la respuesta a dicho contexto específico. Por lo tanto, si bien la evaluación es una tarea racional, se orienta a un carácter marcadamente político. En lo que respecta al objeto, la investigación refiere a problemas- Qué se aborda- interesándose por la evolución de un problema en abstracto, y se centra en algunos aspectos más concretos. No así las evaluaciones, puesto que refieren a la intervención para abordar dichos problemas -Cómo se aborda- interesándose por la evolución de un problema a consecuencia de la intervención del mismo, centrándose en aspectos globales de intervención. Respecto al método, lo primero se refiere a la selección, recopilación y análisis de la información. Por el contrario, lo segundo se refiere al diagnóstico de la situación evaluativa, la elección del tipo de evaluación, a la definición de criterios de evaluación, a la recopilación y

análisis de información, a los juicios de valor, establecer recomendaciones y a la comunicación de resultados para conseguir una mayor utilidad de la evaluación realizada.

En cuanto a los destinatarios, lo primero va dirigido a grupos abstractos o a la comunidad científica, y de forma secundaria, a la comunidad política o programa. Al contrario, el segundo va dirigido a grupos y personas concretas, por ejemplo: cliente, patrocinadores, responsables, profesionales implicados, beneficiarios y grupo objetivo del programa evaluado. De forma secundaria, se dirige a la comunidad científica. Respecto a los resultados, productos o efectos esperados, la investigación pública sus resultados y con ello aporta a la comunidad científica obteniendo un reconocimiento por parte de esta. En cambio, los resultados de la evaluación aportan en la recomendación para la acción, donde comunican y difunden sus resultados a las partes interesadas, es decir no siempre se publica en canales formales, y cuentan- los resultados- con un grado de utilidad en los procesos de evaluación. Finalmente, en cuanto a los agentes, los investigadores disponen de conocimientos -no en todos los casos- básicos sobre metodología de investigación. Además, deben tener un conocimiento previo y exhaustivo del fenómeno a investigar. Por el contrario, los evaluadores disponen de conocimientos metodológicos amplios y de sus posibilidades de aplicación. El conocimiento del fenómeno a evaluar puede desarrollarse a lo largo del proceso, y además, deben disponer de otras habilidades como por ejemplo: análisis de políticas públicas, conocimiento y capacidad de trato con personas, y habilidades de comunicación (Bustelo, 1999).

En síntesis, ambos conceptos se adscriben un paradigma diferente, mientras que las evaluaciones se inscriben en una perspectiva más constructivista puesto que examina diferentes hechos, observados desde diferentes puntos de vista, las investigaciones se adhieren a una perspectiva más positivista ya que examina un conjunto de hechos sobre los aspectos tangibles de una intervención (Cordray y Lipsey, 1987). A nivel epistemológico, para el positivismo la indagación puede y debe neutralizar los valores del investigador, mientras para el constructivismo el conocimiento y el conocedor forman parte de una misma entidad subjetiva y los hallazgos son el resultado de una interacción. El constructivismo, sin embargo, plantea la identificación, la comparación y la descripción de las construcciones que existen, de forma hermenéutica y dialéctica (Guba, 1990). Las técnicas de recopilación y tratamiento de datos son independientes de la metodología que se emplee, aunque el paradigma positivista tienda a la utilización de técnicas cuantitativas y el constructivista a las cualitativas, aunque esto no tiene por qué ser así (Bustelo, 1999).

Considerando lo anterior, es que justifica la realización de una evaluación del programa de salud "Hospitalización Domiciliaria del Hospital Eloísa Díaz", ya que la evaluación se adscribe a una perspectiva constructivista, puesto que lo busca no solo encontrar hallazgos en base a la interacción con los diferentes actores involucrados en el programa (jefaturas médicas y técnica, equipo clínico, pacientes y tutores responsables), sino que busca identificar, comparar y describir el cómo perciben el programa, y cómo construyen su experiencia en base a este. En este sentido, se realizará una evaluación cualitativa, que al igual que la perspectiva constructivista que es de carácter subjetivo, esta evaluación permite analizar las características y problemas del fenómeno a evaluar desde la perspectiva de los actores involucrados. Se centra en comprender y profundizar los fenómenos que les rodean, ahondando en sus experiencias y

percepciones, de manera de conocer cómo perciben su realidad. Lo anterior, permitiría comprender el conjunto de subjetividades que produce el programa, conociendo el contexto en que se construyen y las diferentes significaciones acerca del funcionamiento del programa.

Dispositivo de Aprendizaje de la Realidad Intersubjetiva: Un instrumento para Evaluar Programas Sociales

Cómo se mencionó en el apartado anterior, el presente estudio se propone realizar una evaluación cualitativa del programa de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Eloísa Díaz. Si bien los procedimientos y técnicas son las mismas que las de una investigación social como lo son la recolección y análisis de datos, criterios como el objeto de estudio, contexto, método, destinatarios, resultados y agentes le otorgan su carácter evaluativo. En este sentido, la propuesta de esta evaluación cualitativa es ser un complemento a los tipos de evaluación existentes, puesto que pretende superar algunas limitaciones de estas últimas. La principal limitación es evaluar frecuentemente el cumplimiento de los objetivos de un programa y su eficacia presupuestaria, o en el caso de la salud, en base a indicadores sanitarios. Sin embargo, no abarcan una dimensión más social, es decir evaluar en función de la percepción de los actores participantes de un programa. Lo cual, permitiría no solo ver el cumplimiento de los objetivos del programa, sino las diferentes significaciones que emanan de su implementación, generando información valiosa para mejorar los programas desde las personas, y no desde los indicadores de medición. Por ejemplo, un indicador pudo haberse cumplido en cuanto a su eficacia, pero no significa que su efecto en los participantes del programa tenga el mismo resultado -positivo-. Por lo tanto, este tipo de evaluación cualitativa de carácter complementaria, ya que no reemplaza a las evaluaciones tradicionales, se propone evaluar el programa de Hospitalización Domiciliaria mediante la creación de un instrumento de evaluación de programas, denominado dispositivo de aprendizaje de la realidad intersubjetiva. Este instrumento no solo busca el cumplimiento de los objetivos de la evaluación, que es observar y analizar las diferentes perspectivas de los participantes acerca del funcionamiento del programa, sino que busca que estos aprendan de la realidad de cada uno para fortalecer los aspectos deficientes de este. Esto permitiría fortalecer los vínculos entre los ejecutores y los beneficiarios, a través de una instancia de discusión de los resultados de la evaluación.

En lo que concierne al dispositivo de aprendizaje de la realidad intersubjetiva, es necesario señalar conceptualmente qué se entiende por dispositivo e intersubjetividad. Uno de los autores que aborda el concepto de dispositivo es Michel Foucault, quien lo entiende como un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no, esto es: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. En otras palabras, los elementos que contienen el dispositivo pertenecen a lo dicho como a lo no-dicho. Por lo tanto, el dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos (García, 2011). Siguiendo en la misma línea, el dispositivo, siempre tiende a una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder (Agamben, 2011). A razón de lo anterior, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y saber. Ahora bien, es evidente que un dispositivo no se reduce exclusivamente a prácticas discursivas sino también a prácticas no-discursivas y que la relación, asociación, interrelación o articulación entre estas resulta un requisito excluyente. En este sentido, García (2011) sostiene que para Foucault los discursos se hacen prácticas por la captura o pasaje de los individuos, a lo largo de su vida, por

los dispositivos produciendo formas de subjetividad; “los dispositivos constituirán a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser. Pero no cualquier manera de ser. Lo que inscriben en el cuerpo son un conjunto de praxis, saberes, instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, controlar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos” (p.2).

Considerando el planteamiento anterior y para los fines de este estudio, se entenderá que la evaluación de programas mediante un dispositivo significa disponer de un diálogo directo con la práctica cotidiana del participante, permitiendo al evaluador advertir la singularidad de los diferentes elementos que conforman la red pensamientos, disposiciones, reglamentos, proposiciones filosóficas y morales y cómo estos interactúan en los diferentes aspectos sociales en los que se ve desenvuelta una persona. En otros términos, significa instalar un dispositivo de observación del sistema, es decir indagar en cómo está funcionando el programa, que sienten los participantes estructurales (grupos) del programa a raíz de su ejecución e implementación, y cuales son el conjunto de significados que construyen su realidad en el programa. Lo anterior, puesto que a medida que se conoce la realidad de cada actor, se puede conocer el programa desde los participantes. La realidad del programa se conoce a medida que se observa la forma en que los participantes piden, reclaman y organizan su estar en el programa. Este instrumento de evaluación de programas tiene dos etapas. La primera etapa, refiere a la recolección y análisis de la información, obteniendo resultados y conclusiones de la evaluación: permitiendo identificar el conjunto de debilidades y fortalezas; riesgos y posibilidades del programa. Permitiendo encontrar “puntos críticos” a raíz de la evaluación, advirtiendo a los participantes acerca de los resultados y hallazgos obtenidos. La segunda etapa refiere a utilizar la información recabada en la primera etapa, impulsando una instancia de diálogo entre los distintos estamentos que integran el programa guiado por un moderador - evaluador- abordando los puntos críticos y conclusiones obtenidas con anterioridad. La finalidad que tiene esta instancia de encuentro entre participantes es la relevancia que tiene el intercambio de percepciones y experiencias respecto del funcionamiento del programa. Este intercambio, sin duda, produce un aprendizaje, pero no solo para el evaluador, sino principalmente para los participantes que permanecen en el sistema, es decir en el caso específico de este programa: las jefaturas médicas y técnica, y el equipo clínico.

En cuanto a la intersubjetividad, uno de los autores que aborda este concepto es Alfred Schutz, quien antes de definir esta noción, toma como punto de partida para su análisis de la estructura significativa el concepto de acción social por Max Weber (sociología comprensiva), y aplica a este el concepto de significado de Husserl (fenomenología), otorgándole a la sociología un fundamento fenomenológico (Hernández y Galindo, 2007). Para este autor, la tarea de la sociología consiste en comprender el modo en que los seres humanos construyen la realidad social en el mundo de la vida cotidiana, puesto que allí se construyen los significados. Es en este marco que aparece la intersubjetividad, que refiere a que los significados conllevan vivencias propias y ajenas, puesto que el significado se construye considerando al otro y en interacción con el otro, precisamente lo que ocurre en la vida cotidiana. Por lo tanto, se basa en la necesidad de analizar las relaciones intersubjetivas a partir de las redes de interacción social. Lo anterior, implica explicar la experiencia de sentido común generada en el mundo de la vida cotidiana, cuyo ámbito de la realidad refiere a la participación continua de formas que son, al

mismo tiempo, inevitables y pautadas. Este mundo de la vida cotidiana es clave para entender el concepto de la intersubjetividad, puesto que allí, en esa realidad, los sujetos pueden intervenirla y modificarla mientras operan en ella, ya que solo dentro de ese ámbito pueden ser comprendidos por sus semejantes, y sólo allí se puede actuar en conjunto a ellos (Rizo, 2007). En este sentido, el dispositivo de aprendizaje de la realidad intersubjetiva pretende captar los diferentes significados que no solo emanan de la relación entre el sujeto y el programa, sino de la interacción entre los participantes del programa, de manera de observar las diferentes realidades que se construyen en el mundo de la vida. Para lograr lo anterior, es necesario una escucha en el análisis de la subjetividad, comprender al sujeto en su estado emocional o su modo de vivir, y por último conocer la teoría de cada uno de los participantes respecto al funcionamiento del programa.

En síntesis, este instrumento de evaluación pretende que los participantes de un programa puedan tener un aprendizaje mutuo a raíz de sus percepciones y experiencias, que emanan de los resultados y hallazgos de la primera etapa, y posteriormente, en un instancia dialogante -horizontal- donde se intercambien dichas significaciones. En otras palabras, a partir de toda la información producida en la primera etapa y la conversación en un espacio neutral (relaciones de horizontalidad) en la segunda etapa, se pueden obtener los aprendizajes. En el caso del programa a evaluar en este estudio, un ejemplo sería como el equipo clínico contribuye a la familia a seguir con el tratamiento del paciente, o como el equipo clínico mejora su desempeño en las casas. Por último, la creación de este dispositivo de aprendizaje pretende ser un aporte innovador a las ciencias sociales en general, y al mundo de la evaluación. La creación de este dispositivo de aprendizaje se basa en que la sociedad, específicamente la comunidad evaluativa, no ha realizado este tipo de procedimientos. Entonces, la sociología le otorga recursos al evaluador para llevar a cabo este instrumento, realizando un ejercicio de observación donde permite identificar “lo nuevo” o lo “no explorado” en la interacción social, generando un aprendizaje en conjunto. En el sentido, de observar una experiencia nueva, evaluar lo que está ocurriendo en el programa y sacar las lecciones de ello. Por lo tanto, este dispositivo no es exclusivo de esta evaluación ni del método empleado, sino que está diseñado de tal forma, que puede aplicarse a la evaluación de programas sociales en general.

MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio es de carácter cualitativo, ya que pretende evaluar la estrategia de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital Eloísa Díaz desde las múltiples racionalidades de los actores que participan. La evaluación cualitativa busca estudiar las opiniones, conductas, actitudes, creencias, percepciones, emociones de las personas, frente a problemáticas que pueden emerger de la implementación de la estrategia, de modo de comprender e interpretar la realidad, los significados y acciones de las personas con el objetivo final de construir conocimiento nuevo que permita mejorar el programa y orientar las acciones futuras mediante los resultados obtenidos. En concordancia con Bedregal et al (2017), el enfoque cualitativo es relevante cuando investigamos fenómenos sociales complejos que son difíciles de capturar numéricamente, como la red de relaciones que se establece en un servicio clínico. Por lo tanto, este método contribuye comprender en profundidad el problema, cuáles podrían ser sus causas

desde la mirada de los actores sociales, permitiendo desarrollar modelos explicativos y de atención en salud considerando perspectivas personales y grupales (Bedregal et al, 2017).

La particularidad del enfoque cualitativo es su objeto de estudio que se basa en estudiar vivencias, esto es, “comprensiones del significado de aquellos hechos para el sujeto que los vive” (Canales, 2014, p. 120). En otras palabras, es la posibilidad única de profundización sobre el objeto de investigación que entrega el habla como unidad de información (Duarte, 2014). La estrategia metodológica utilizada es la investigación social de discursos, cuya decisión se basa en que esta estrategia rescata la posibilidad de reconstruir estructuras colectivas de sentido mediante la opinión y también analizar el relato de las vivencias de los sujetos. En este sentido, es que la capacidad de profundización también se debe a la realización de investigaciones singulares, cuyas principales características son: su carácter situado sobre un contexto social, cultural y económico específico. Y también a la adaptación constante del trabajo investigativo, en base a elementos contextuales que van sobreponiendo y/o emergiendo (Duarte, Canales y Cottet, 2016). El presente estudio, busca estudiar el carácter significativo para un sujeto de lo vivido en el programa de Hospitalización Domiciliaria del Hospital de La Florida. A raíz de lo anterior, se propone realizar una evaluación cualitativa del programa desde la percepción de los actores participantes, poniendo no énfasis en los indicadores sanitarios ni financieros, sino en las vivencias y experiencias de su funcionamiento en las jefaturas técnicas, equipo clínico, pacientes y tutores responsables del programa.

Ahora bien, para conocer y evaluar lo vivido por los pacientes y tutores, se consideraron y examinaron, las recomendaciones de informantes claves⁶, poniendo énfasis en las especificidades sanitarias de la comuna de La Florida, Región Metropolitana. Específicamente en el contexto de los pacientes que recibieron Hospitalización Domiciliaria, cuyos pacientes se encuentran realizando su tratamiento y recuperación en sus hogares, lo que supone un alto obstáculo para realizar conversaciones de forma presencial con este grupo no sólo por razones logísticas y de recursos sino por las restricciones sanitarias en la región y la comuna⁷. En este sentido, se imposibilita la realización de conversaciones colectivas o grupales, coartando la posibilidad de encontrar opiniones que refieren a estructuras sociales de sentido. Asimismo, las conversaciones con las jefaturas técnicas y los equipos clínicos que ejecutan la atención en el domicilio de los pacientes no acostumbran a emitir opinión cuando están en compañía de sus pares o en caso de existir opiniones, no refieren necesariamente a estructuras sociales de sentido, sino que refieren a opiniones posicionadas desde actores que cotidianamente son más dominantes o se encuentran en situaciones de poder o prestigio. Esto puede llevar a un fracaso metodológico, en tanto, no se logran reconstruir las experiencias significativas colectivas y se sobredimensiona la opinión de algunos actores (Buss et al., 2013). De esta forma, se definió que metodológicamente, este estudio no realizará grupos focales o grupos de discusión, sino que construirá sus unidades de información cualitativa, mediante entrevistas en profundidad de manera de comprender el sentido de los relatos de los entrevistados (Gainza, 2006). La información que genera una entrevista es necesaria para dimensionar carencias en áreas de

⁶ Jefatura Técnica- Médica y Asistentes Sociales.

⁷ La Florida estuvo en Cuarentena desde el jueves 18 de marzo hasta pasar de Fase “Transición” el día 24 de junio, es decir un saldo total de 3 meses y 6 días.

difícil detección estadística, como lo son: valores, costumbres, actitudes, creencias, entre otros. Según Peroni (2014) “las entrevistas son una experiencia interpersonal, cuidadosamente planeada, con objetivos determinados” (p.21).

A las entrevistas, se les aplicará un análisis del discurso fundándose en el análisis sociológico del habla que según Canales (2014) se enmarca en tres fuentes, la primera el semiológico de textos con el fin de disciplinar la escucha, reteniendo elemento a elemento para captar significaciones, la segunda en observar desde la sociología comprensiva de manera de reconstruir los modos en que en general un sujeto conoce su mundo y a sí mismo. Y la tercera, de escuchar la escucha anterior para entender las subjetivaciones y construcciones sociales de la realidad de los sujetos en estudio, es decir poner énfasis en las posiciones sociales en las que están situados los hablantes y sus dichos (p.125). Asimismo, se buscará una aproximación al análisis de contenido (Andréu, 2000) para analizar el contenido de los relatos de cada participante del programa para conocer el funcionamiento de este, y no solo los aspectos manifiestos, es decir discursos descriptivos de como percibieron la ejecución y aplicación del programa; sino también para profundizar en el contenido latente de la información producida, como por ejemplo, las condiciones del paciente adulto mayor en su hogar, los aspectos deficientes en la ejecución del programa, el impacto de la pandemia en el programa, la deficiente conexión del programa con la Atención Primaria de Salud, entre otras. De este modo, “el análisis de contenido brinda herramientas necesarias tanto para observar las relaciones y dinámicas sociales legitimadas y/o naturalizadas en el discurso, como también para identificar contradicciones, incomodidades o silencios” (Bodenhofer, 2018, p.23), cuyos elementos son importantes a la hora de evaluar cualitativamente este programa. En definitiva, la técnica de análisis de contenido permite complementar el contenido manifiesto y no manifiesto, en un determinado contexto social, enriqueciendo y densificando el análisis (Andréu, 2000), cuestión fundamental para la comprensión de las distintas percepciones y experiencias de los actores participantes del programa de Hospitalización Domiciliaria. Al incorporar ambos enfoques como es el análisis del discurso y contenido, se podrá realizar una evaluación cualitativa integral.

Respecto al objeto de investigación, es necesario mencionar que se constituye por las percepciones de jefaturas técnicas, equipo clínico, pacientes/beneficiarios y tutores responsables respecto al funcionamiento del programa de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital de La Florida. El estudio sobre percepciones posee diferentes enfoques desde uno totalmente personalista centrado en los sentidos y la individualidad de los procesos de significación de la información sensorial, hasta posicionamientos de orden sociológico, donde el foco se encuentra en la construcción social de las categorías sobre las cuales se percibe (Quijano, 2001; Arias, 2006). Este estudio pone su foco analítico en la existencia de un sinfín de variables personales relacionadas a la evaluación, opinión y valoración del programa y también acerca de las estructuras sociales de sentido.

Muestreo

8 Jefaturas Técnicas, Equipo Clínico, Pacientes y Tutores Responsables.

La recolección de información del área social se realiza mediante un muestreo no probabilístico realizado en base a la técnica de bola de nieve. En este muestreo subyace “la idea de red social y consiste en ampliar progresivamente los sujetos de nuestro campo partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos” (Blanco y Castro, 2007, p.2), por lo que “se solicita a cada entrevistado que sugiera otras personas que entrevistar” (Babbie, 2000, p.456). Lo anterior, en la práctica, se realizó mediante las entrevistas llevadas a cabo al interior del hospital, ya que la jefatura técnica del programa facilitó el que yo como investigador pudiera entrar en contacto con otros supervisores médicos del programa y poder realizarle entrevistas a cada uno de ellos. Asimismo, una de las asistentes sociales del programa me facilitó el que yo pudiera entrar en contacto con el equipo clínico que ejecuta las visitas y la atención en los domicilios de los pacientes. Se realizaron 8 entrevistas semi estructuradas entre jefaturas técnicas, supervisores médicos y equipo clínico que ejecuta la atención. No obstante, la recolección de información respecto al grupo de beneficiarios, es decir pacientes y tutores responsables, se facilitó una base de datos del programa en formato Excel, que contiene toda la información del paciente esto es, edad, sexo, diagnóstico, tratamiento, contacto telefónico, entre otros. Se realizaron 34 entrevistas semi estructuradas vía telefónica, 17⁹ a pacientes y 17 a tutores responsables.

Respecto a la construcción de los criterios de la muestra se organizó desde la regulación de la heterogeneidad y homogeneidad (Canales, 2006). El criterio de heterogeneidad busca la diversidad de las 42 perspectivas abordadas -en este caso el del grupo de jefaturas médicas y técnica, equipo clínico, pacientes y tutores responsables, y su diferenciación de roles, funciones y actividades dentro del programa de Hospitalización Domiciliaria- para conocer una mayor variación de significaciones del problema social investigado (Canales, 2006). El segundo respondió al de homogeneidad, por lo que consideré como criterio que los actores, por un lado, jefaturas y equipo clínico del programa se encontraran activamente ejecutando el programa de Hospitalización Domiciliaria el año 2021 y, por otro lado, pacientes y tutores responsables que hayan sido parte del programa durante los meses de junio a diciembre de 2021. De este modo, busqué que los resultados de la investigación se basaran en experiencias actuales y comunes, donde primara la densidad en el discurso más que la apertura en la extensión y diversidad muestral al interior de cada subconjunto muestral (Canales, 2006).

En síntesis, los criterios de inclusión del grupo de jefaturas médicas y técnica en la muestra es ser miembro activo tanto en el área clínica y social del programa, desempeñando funciones de jefatura técnica, ejecución de la atención en los domicilios y asistencia social. En cambio, los criterios de inclusión a la muestra de pacientes son tres, el primero ser adulto mayor, el segundo haber sido dado alta en los meses de junio a diciembre del 2021, este criterio se sustenta en que la percepción que se busca reconstruir en el estudio debe haber considerado la totalidad del proceso Hospitalización Domiciliaria en su hogar, y el tercero, por diagnósticos médicos. Mientras que para los tutores responsables los criterios de inclusión es que cuiden o realicen cuidados a pacientes adultos mayores del programa y que lo anterior, se haya llevado a

⁹ Este número no quiere decir que solo hubo contacto con 17 pacientes, sino al contrario se interactuó con alrededor de 30 pacientes. Los motivos de no considerar este número en la muestra son, por un lado, razones personales para no acceder a la entrevista telefónica, información significativa pero no suficiente para los objetivos de la evaluación, y otros que habían reingresado al hospital y contestaban sus familiares. Dentro de estos llamados, solo hubo un caso donde el paciente había fallecido.

cabo en los meses de junio a diciembre del 2021. Cabe destacar, que estas entrevistas permiten garantizar una muestra más representativa de diagnósticos y de tutores asociados a estos, logrando mayor diversidad de percepciones del funcionamiento del programa y vivencias de lo que significa recuperarse de una determinada patología, como de lo que es cuidar a un paciente en el hogar.

En síntesis, se realizaron 42 entrevistas semiestructuradas de las cuales se han transcrito todas en su totalidad, no obstante, no se obtuvo la información por parte de las entrevistas al mismo tiempo, por razones de que no todas se han efectuado en la misma temporalidad. A continuación, se presenta un cuadro con la distribución de las entrevistas:

Participantes del Programa de Hospitalización Domiciliaria	Rol o Función en el Programa de Participantes Entrevistados	Cantidad de Entrevistas Realizadas	Modalidad de Aplicación Entrevista
Jefatura Técnica-Médica	<ul style="list-style-type: none"> ● Médico Cirujano y jefa de la Unidad de Hospitalización del Día y Domiciliaria. 	1	Presencial
Supervisores Médicos y Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ● Supervisor del área de Kinesiología (1). ● Supervisora del área de Enfermería (1). ● Supervisora del área Social (1). 	3	Presencial
Equipo Clínico	<ul style="list-style-type: none"> ● Kinesiólogo (1). ● Enfermera (1). ● Fonoaudiólogo (1). ● Nutricionista (1). 	4	Presencial
Pacientes ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> ● 3 pacientes NAC COVID: 	17	Vía Telefónica

¹⁰ En este cuadro el número total sería de 18 pacientes, no obstante, existe un paciente en la muestra que se encuentra con dos patologías a la vez, esta es EPOC Exacerbado junto a una ICC.

	<p>Neumonía por COVID 19</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2 Pacientes con Fracturas (FX) Diafisaria Húmero y Cuello Fémur ● 1 paciente con Insuficiencia Cardíaca Compensada (ICC) ● 1 paciente con Coagulopatía (F/A) ● 2 pacientes con EPOC Exacerbado. ● 1 paciente con Pioderma Gangrenosa. ● 2 paciente con ACV. ● 1 paciente con EAO Crítica. ● 1 paciente con Prótesis de Cadera. ● 1 paciente con TEP-ICC. ● 1 paciente con FA+PNA. 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 paciente con Gonartrosis. ● 1 paciente con CA MAMA y Fijación Profiláctica Fémur. 		
Tutores Responsables	<ul style="list-style-type: none"> ● 3 tutores responsables de pacientes NAC COVID ● 3 tutores responsables de pacientes EPOC Exacerbado. ● 2 tutores responsables de pacientes ACV ● 1 tutor responsable de paciente IRA/ ULCERA EEII ● 1 tutor responsable de paciente Infección Periprotésica ● 1 tutor responsable de paciente ICC+ITU ● 1 tutor responsable de paciente con prótesis de cadera. ● 1 tutor responsable de paciente artritis. ● 1 tutor responsable de paciente 	17	Vía Telefónica

	<p>con tumor maligno.</p> <ul style="list-style-type: none">● 1 tutor responsable de paciente TEP/ATL LOB y medio derecho.● 1 tutor responsable de paciente AMP Dedo Derecho/ PIE Diabético.● 1 tutor responsable de paciente ICC Descomp.		
--	--	--	--

ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LOS ACTORES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Con la finalidad de lograr establecer parámetros de comparación entre los aspectos de valoración del programa que logran ser pesquisados de las entrevistas, se procede a la creación de tablas comparativas¹¹, las cuales están orientadas a clasificar los aspectos relevantes respecto del grupo de actores que los manifiestan, para un posterior análisis general y específico, en que se puntualizan tanto las coincidencias como las diferencias en las apreciaciones de cada actor en particular con respecto a los demás.

El siguiente apartado de análisis, se realizará en función de la generalidad y particularidad. Lo primero, orientado a las similitudes y diferencias, en virtud de los aspectos positivos como negativos del programa. Mediante este juicio de valor, se desprenden los criterios de evaluación, elementos significativos en la construcción de experiencia y sobre los aspectos a mejorar del programa. Lo segundo, se orienta a las similitudes y diferencias, en virtud de cómo señalan la información los participantes del programa, que sienten, sus significados y la tonalidad con la que abordan sus impresiones acerca del programa. Ahora bien, como se ha señalado en la metodología de la presente evaluación, mediante el análisis general nos aproximamos a un análisis de contenido, y mediante el análisis específico a un análisis del discurso.

Posterior a ello, se realizará una comparación entre los cuatro grupos -estamentos- para dar a conocer sus similitudes y diferencias.

Respecto de los aspectos de valoración que se desprenden de las entrevistas efectuadas, resulta posible advertir que tanto jefaturas técnica y médica como los equipos clínicos en sí, coinciden en un relevante número de ellos, ya sean estos positivos como negativos, por ende, procederán a listarse en conjunto a continuación en virtud de agruparlos para discernir de mejor manera en qué difieren y en qué no.

Análisis General Jefaturas Médicas y Técnica

Referentemente a los **aspectos positivos** en que prácticamente la totalidad los actores mencionados coinciden se hallan:

Primeramente, (y el aspecto positivo que comprende el mayor número de menciones por parte de los actores en general) corresponde al entorno propio otorgado al paciente y al hecho de que acudir a atenderlo en su hogar, transforma el proceso de recuperación en una experiencia más personal y amigable, lo que en adición de una buena red de asistencia social permite una evolución y avances inclusive a veces, más efectivos que en el mismo recinto hospitalario

“(…)Lo efectivo que es [el programa], es cuando realmente hay una buena red social generando que el paciente esté en su medio, entonces los resultados son buenos” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

¹¹ Las tablas comparativas se encuentran al final del análisis.

“(…) [Efectividad del programa] Sí, sí absolutamente y sobre todo cuando nos referimos a adultos mayores, ya que al estar en su entorno vuelven un poco a su estado basal por decirlo así, y son los más agradecidos, y la familia es lo mismo, porque hay un apego ahí de cuidado sobre todo del cuidador que lo va a tener en casa y va a poder verlo, escucharlo, independiente de las tareas que ellos tengan asociadas a esos cuidados” (Entrevista Jefatura Social HD).

“(…) El paciente repunta mucho respecto de su condición es su casa, pero va mucho de la red de apoyo de las familias. Digo, si no tienes una buena red de apoyo es difícil. Nos ha pasado que pacientes que los mandamos a casa, y es solamente hay un cuidador, o solamente un adulto mayor que está a su cuidado, entonces, se nos complica mucho” (Entrevista Fonoaudiólogo Equipo Clínico HD).

Otro aspecto frecuentemente mencionado por este grupo de actores en general es la oportunidad otorgada a los tutores responsables de desprenderse de una razonable cantidad de preocupaciones derivadas de tener a su ser querido en un hospital. En relación con lo anterior, todos los profesionales también resaltan como cualidad la oportunidad brindada a los tutores responsables para instruirse y educarse en temas relativos a la salud del paciente en cuestión, otorgando un mayor manejo bajo situaciones específicas.

“(…) La gracia de estos apoyos es que van con una educación a la familia. Entonces, también, tienen un hándicap a favor que no tiene el sistema de hospitalización tradicional” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

“(…) No les dejamos ningún cuidado clínico propiamente tal, a lo más es el aseo y confort, que igual va a tener que hacerlo (...) Nosotros no los dejamos intervenir en el tratamiento del paciente, o sea incluso es una causal de alta nuestra, el hecho de que se metan en las curaciones o asumen ellos una responsabilidad terapéutica o meten terceros a hacer curaciones” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

En desmedro de la ausencia de una planificación administrativa para el programa, tanto los trabajadores de la salud como las jefaturas que llevan a cabo la implementación de este se encargan de generar un clima laboral grato en base a un ambiente de confianza y enfocado a la solución de los problemas, además de, en general, la disposición de canales de comunicación en general directos y eficientes para hacer frente a las contingencias y/o problemáticas que se presenten.

“(…) [Nos reunimos] todas las mañanas, por ejemplo, si tu vienes a las nueve de la mañana, en esa sala vas a encontrar unas docenas de personas, entre los kinesiólogos, está la asistente social, la Nataly administrativa, los kinesiólogos de ruta y los que estamos aquí en el hospital, y como nosotros evaluamos en el hospital y después se le entregan los pacientes a ellos, entonces siempre se va conversando, desde los ingresos hasta los pacientes que han evolucionado de manera negativa en el hogar, entonces lo que se genera ahí es, esa comunicación, la toma de decisiones (...)” (Entrevista Jefatura de Kinesiología HD).

“(…) Nosotras tenemos un grupo en WhatsApp, que es de enfermeras, y ahí nos comunican todo lo que pasa con los pacientes, cuándo es la siguiente curación, si requiere o no alguna otra educación, o curación, si están de alta, si hay algo como más urgente, si necesita algo como más médico, tenemos otro grupo en el que están los médicos, los kinesiólogos y las enfermeras y se publica ahí, ahí tenemos la comunicación, es bien fluida” (Entrevista Jefatura Enfermería HD).

En materia de implementos e insumos necesarios para el correcto otorgamiento del servicio, el programa jamás ha quedado al debe o no ha dado abasto en dicho sentido.

“(…) Al menos como estamos no tenemos restricción de recursos para poder hacer las prestaciones a los pacientes, no hemos tenido un problema de que no podamos ir a ver a alguien porque faltó alguien o que no haya un medicamento y que no haya ninguna solución y no se le pueda administrar al paciente, eso no ha pasado(…)” (Entrevista Jefatura Área Social HD)

Por otra parte, de los aspectos positivos brindados específicamente por alguno de estos actores, o que no coinciden necesariamente con el resto de las partes en su totalidad, cabe señalar:

La evaluación rigurosa por parte de las áreas de trabajo previo a la aprobación de implementación del programa en algún paciente, es decir que se deben cumplir ciertos criterios tanto médicos como sociales para que el paciente pueda ingresar al programa, puesto que lo primero se orienta a si el paciente efectivamente en su condición de salud puede cursar su tratamiento de recuperación en el domicilio, y lo segundo, si las condiciones en el domicilio son las óptimas tanto en equipamiento como si existe una buena red social que acompañe al paciente en su cuidado.

“Mira, en la unidad partimos siendo cuatro grupos que lo hacíamos, por un lado, estaba la parte médica que veía realmente la factibilidad de hacerlo en la casa, las condiciones del paciente. Después está la parte del kinesiólogo que ve las condiciones kinésicas, si no tiene muchas secreciones, si realmente el paciente puede estar en su casa, aunque sea con oxígeno y que no sea un riesgo para el no estar en la casa. Desde el punto de enfermería, que el tratamiento que ellos tengan que administrar se pueda hacer en la casa y la cuarta patita que es la social, que es que las condiciones de la casa, de la familia y del grupo de apoyo lo permita. Cuando las cuatro patitas estamos de acuerdo, ahí se acepta (..)” (Entrevista Jefatura Técnica HD)

Otro aspecto positivo que señalar es la cercanía y aprecio que puede llegar a desarrollarse entre el equipo de trabajo, pacientes y tutores durante el proceso de atención. Lo que constituye una buena experiencia para el equipo clínico a la hora de ir a los domicilios de los pacientes.

“(…) Siempre la experiencia, bueno, personalmente la experiencia va a ser muy linda y enriquecedora, porque uno aprende muchas cosas. Aprendes a ser mucho más empático con los pacientes con relación a lo que es la hospitalización propiamente tal. Porque no conoces solamente al paciente, conoces su núcleo” (Entrevista Enfermera Equipo Clínico HD)

En general, las manifestaciones de gratitud ante el servicio denotan una sensación y percepción positiva del programa, en su mayoría por parte de adultos mayores, los cuales logran considerarse menos relegados por el sistema en general gracias al mismo.

“(…) agradecen hartos los pacientes que se han visitado en domicilio, y, especialmente los adultos mayores, los pacientes adultos que muchas veces piensan que están botados, que están tirados, que como que nadie los pesca, y nosotros los vamos a atender, y los atendemos súper bien y quedan bien contentos. En general, los pacientes quedan súper contentos con nosotros” (Entrevista Kinesiólogo Equipo Clínico HD)

Asimismo, la creación y desarrollo de protocolos y procedimientos médicos en base a las contingencias y/o problemáticas que el programa ha experimentado se reconoce como un aspecto positivo y de mejora del programa.

“(...) Entonces, más que nada hemos hecho varios protocolos, y con eso yo encuentro que nos hemos ido fortaleciendo un poco y estar como parejitos, por decirlo de alguna manera, con los pacientes (...)”.

En contraste, relativo a los **aspectos negativos**, también de parte de ambos grupos de actores se desprenden varias apreciaciones coincidentes y similares, entre las que se señalan:

La mala coordinación en general con otras unidades, la atención primaria de salud y en ocasiones con el mismo hospital, dificultando y haciendo más engorroso el proceso de recuperación y/o derivación de pacientes con algún especialista, etc.

“(...) [Atención Primaria de Salud] En otros casos, por ejemplo en fonoaudiología, o ahora nutrición que se está agregando al equipo, no tienen la posibilidad de la continuación de la atención, por ejemplo la derivación a atención primaria de salud, entonces también se genera eso: no querer dejar a un paciente con secuelas, pero no hay nadie más que lo tome, entonces ahí está el problema que probablemente [su tratamiento] se alargue” (Entrevista Jefatura de Kinesiología).

“(...) Entonces falta esa comunicación del hospital con los CESFAM de la comuna, no sé aquí específicamente qué personal faltaría, quizás un personal que dedique a eso, como, por ejemplo, tampoco sé si es que es uno o más, porque al final todos los pacientes requieren de derivación después posterior a APS” (Entrevista Nutricionista Equipo Clínico HD)

“(...) La contrarreferencia que tenemos a veces no es muy buena, todo depende de cada institución, hay consultorios que la relación es más expedita y uno puede llamar por teléfono a alguien puntual y nos ayuda a solucionar algún problema puntual, como puede haber consultorio que le mandamos correo, llamamos y la vida, y no contestan nunca” (Entrevista Jefatura Social HD).

La necesidad de un mejor marco administrativo y estratégico que establezca de mejor manera los lineamientos para implementar el programa con mayor eficiencia en materia de planificación, rutas, flexibilidad, personal disponible, derivación a medicina, entrega de medicamentos, entre otras.

“(...) estandarizar un poco las atenciones clínicas, que haya quizás una supervisión de lo que se realiza en los hogares, que haya un mejor feedback por parte de los pacientes. La estandarización; la eficiencia del sistema, sobre todo la comunicación entre estamentos; la gestión digital, digamos, de todos los datos de las estadísticas que también están hechas muy a mano y falta un software para eso; el tema de los contratos, de cómo perciben los colegas el cómo están relacionados al hospital, qué más... y creo que esos serían los puntos grandes, como un tema de gestión, de estadísticas, los tipos de contratos, los estándares en los hogares de calidad, y como ellos comunican hacia el hospital todo lo que ellos perciben como presencia” (Entrevista Jefatura Kinesiología HD).

“Yo creo que falta mucho primero estandarizar, protocolizar todo, porque acá somos de muy boca a boca, así como "ya este paciente esto, ya yo lo anoto", pero yo creo que a lo mejor falta un flujo a donde uno tiene que ingresar el paciente, a lo mejor falta una programación más directa, o mejorar el programa computacional que tenemos, definir bien los roles de cada uno, definir los roles de derivación” (Entrevista Fonoaudiólogo Equipo Clínico HD).

La dificultad que representa para los profesionales del programa el monitoreo periódico y el seguimiento de la evolución de cada uno de los pacientes en sus respectivos hogares debido a la logística, tiempo y personal que esto involucra.

Por último, se advierte la necesidad de avanzar en la creación de instancias formales para que tanto pacientes como tutores puedan emitir sus opiniones, dudas, quejas y recomendaciones. Lo anterior, se intentó abordar con una encuesta de satisfacción usuaria, instrumento que más que recoger si se cumplieron ciertos estándares operativos como lo son las visitas y los procedimientos en el domicilio, obvia la complejidad discursiva que existe detrás de aquello. Sin duda, representa un aspecto a mejorar.

“(…) Y en verdad es algo que uno recoge [quejas, dudas o preocupaciones] cuando va a las visitas, a la llegada del hospital pero nuevamente es algo informal, o sea todo es como muy de uno, como uno lo pregunta, después lo gestiona, pero claro, no hay algo, nuevamente, como ese es un poco el círculo: no hay nada establecido que diga esta es como la vía para poder hacer una queja o algún reclamo o alguna sugerencia, no, somos nosotros mismo los que llegamos y nosotros lo comunicamos” (Entrevista Nutricionista Equipo Clínico HD).

“Estuvimos haciendo encuestas, pero nuestro crecimiento después fue exponencial y ya no alcanzamos a aplicarlas a todos. Ahora estamos fabricando una nueva encuesta. Pero si tienen [pacientes y cuidadores] el teléfono de la asistente social, también tienen la vía de la enfermera y el kinesiólogo quienes van al domicilio y allí les manifiestan sus inquietudes, las cuales llegan acá y se resuelven o llegan hasta acá también, pueden llegar a conversar conmigo, tienen las puertas abiertas” (Entrevista Jefatura Técnica HD)

“(…) Se está realizando una encuesta de satisfacción usuaria que sea un poco más efectiva en la toma de datos, porque antes se tabulaba manualmente, pero ahora por la cantidad de flujo de pacientes que hay no se puede hacer de esa manera, y se está digitalizando para que pueda ser mucho más fácil (…)” (Entrevista Jefatura Kinesiología HD).

Aspectos negativos particulares:

Por otro lado, de los aspectos negativos brindados específicamente por alguno de estos actores, o que no coinciden necesariamente con el resto de las partes en su totalidad, cabe señalar:

La juventud del programa, en el sentido del desconocimiento, falta de cultura y, por ende, también de confianza en relación con la implementación del mismo por parte de la población, y aún más por parte de ciertas áreas médicas, existe cierta resistencia.

“(…) Yo diría que sí, pero hay muchos más por construir, o sea, la historia de esto viene de los años 40' en Estados Unidos y aquí en Chile viene de 15, 20 años que se está haciendo. Entonces, yo creo que estamos construyendo en el camino y es una cultura que hay que ir creando, o sea, sacar al paciente de la cultura hospitalaria a veces no es fácil, pero es una cultura que se va dando, o sea, lo que uno nota es que los pacientes frecuentes, que tenemos de repente, están en la urgencia y lo que único que piden es que los vayamos a ver porque se acostumbran a que sea así. Pero es algo que tiene que ir cada vez entrando con mayor fe de la gente en esto. Y yo diría del mismo personal de salud, porque el personal de salud también como que cree que el hospital es el lugar seguro, y no es el lugar más seguro” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

Asimismo, la falta de indicadores establecidos que puedan evaluar el desempeño del programa de forma más concreta, generando así que este solo opere, sin tener indicadores de evaluación constante.

“Mira, datos propiamente tal todavía no los hemos tabulado... estamos haciendo indicadores, o sea, ya estamos en una condición en que ya podemos ponernos a analizar mucho mejor por cantidad y todo, para medir la calidad del trabajo” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

Uno de los aspectos más significativos, fue la delegación excesiva de tareas al equipo clínico que conforma el programa en general a raíz de la contingencia sanitaria, ocasionando en el programa aumentar el rango etario en las atenciones. Afectando la construcción de experiencia en el programa.

“(...) Antes del tema pandemia nosotros atendíamos, la mayoría de nuestros pacientes eran adultos mayores... ahora cambió en el tema pandemia porque ahora ya hemos atendido personas desde los dieciséis años hacia arriba, pero antes de esto, en la normalidad, ya se veía, la mayoría era adulto mayor” (Entrevista Jefatura Enfermería HD)

“Las falencias... son que de repente que obviamente siempre nos falta personal médico. El día de hoy, por ejemplo, tenemos un médico en la mañana que tiene que hacer absolutamente todo, y se va a la 1. Y de repente nosotros llegamos de ruta y necesitamos alguna receta, o alguna extensión, o algún paciente que no le dieron un tratamiento para el dolor, y yo necesito que se lo lleven mañana, y no voy a tener médico para que me dé la receta. Entonces, en esas cosas ahí podría haber falencias, más que nada con la ayuda del médico. Eso es lo que yo te podría decir por el momento, o la falta de técnicos en enfermería, que faltan (...)” (Entrevista Enfermera Equipo Clínico HD).

En cuanto a la Jefatura de kinesiología, esta señala que el sistema de organización de atenciones en base a contraturnos van en detrimento de una recuperación rápida y efectiva.

“De atención clínica yo creo que es súper complejo supervisar lo que se realiza en la casa, a pesar de que están las evoluciones de todos los colegas, yo creo que ahí hay un déficit grande porque depende mucho del kinesiólogo tratante y de su contraturno, de cómo ellos se coordinan seguir con el mismo tratamiento(...)” (Entrevista Jefatura de Kinesiología).

A su vez, los canales de comunicación entre las diferentes áreas del programa funcionan de forma dispareja y parcial, debiendo discutirse aspectos relevantes de manera muy informal. Lo anterior, constituye uno de los aspectos a mejorar en el programa, y no solo entre la interna del programa, sino también respecto de la atención a los pacientes.

“(...) yo creo que nos falta harto porque no hay nada establecido, no hay un perfil, yo misma tengo que crear mi perfil, pero no sé qué es lo que quieren, el perfil de cargo me refiero, el flujograma como entre nosotros, entonces siento que falta comunicación entre nosotros, entre el equipo y la jefatura en cuanto a qué es lo que ellos quieren, en cuanto a cómo quieren que funcione, que nosotros funcionemos...nuestra jefa tiene reuniones en la mañana siempre con los kinesiólogos para ver si hay dudas, si hay nuevos casos, pero con los otros no, no hacemos esas reuniones, solamente con kine, entonces también falta que, no po, este es un equipo multidisciplinario, entonces falta como que no es kine y los demás, sino que el equipo, falta como unirnos más” (Entrevista Nutricionista Equipo Clínico HD).

“(...)Y yo creo que igual falta un sistema comunicacional para ir evolucionando al tiro los pacientes, o tener un programa que nos diga "okey, cargamos esto, tenemos tal solicitud, que se cargue la solicitud y el médico vaya chequeando así como, este sí, este no, este viene para hospital (...)" (Entrevista Fonoaudiólogo Equipo Clínico HD).

Para la Jefatura en área de kinesiología, se percibe que, al no existir presión por liberar plazas para un siguiente paciente, las atenciones deben prolongarse más de lo habitual, sin embargo, para el equipo clínico de la misma área, se percibe que no pueden brindar siquiera atenciones completas, ya que deben acortarse para alcanzar a cumplir con la ruta establecida.

“(…)para estandarizar las atenciones, porque yo creo que el principal problema de atender en domicilio es que las atenciones suelen alargarse un poco, porque no está el apuro de saltar cama, no hay tanta gente encima presionando para eso, por lo tanto, la idea es estandarizar esas mediciones para tener claro que cuando el paciente cumple ciertos criterios, el paciente ya esté de alta (…)” (Entrevista Jefatura de Kinesiología).

Sin embargo, esto contrasta con lo que declara el kinesiólogo del equipo clínico:

“Como te dije al comienzo, las visitas nosotros tampoco (…). Nosotros por hora, nosotros, más o menos nuestro protocolo que tenemos nosotros por hora, la idea es que veamos más o menos 2 pacientes. 25, máximo 30 minutos, porque si les damos muchos minutos, una hora por ejemplo a un paciente, nos va a faltar tiempo durante el día” (Entrevista Kinesiólogo HD).

En materia de recursos humanos, tanto equipos clínicos de enfermería como Jefatura del área social señalan que el programa no dispone de personal suficiente en sus áreas, generando una sobrecarga de trabajo para dar abasto con las demandas. Desde el área de enfermería en particular, se señala que se producen ciertas complejidades de carácter social, debido a que el área de trabajo social no ha podido llevar a cabo sus labores de la manera más efectiva, como, por ejemplo, la evaluación social en base a entrevistas solamente, las cuales ni siquiera toman lugar en el hogar del paciente en cuestión.

“(…) Tal vez, no sé po, más fonoaudiólogos, más nutricionistas que salgan a ruta. Ahora recién se está implementando el tema de la nutri, y es importante po. O los fonoaudiólogos, porque kinesiólogos tenemos un montón, enfermeras tenemos un montón, pero así igual decimos que nos faltan po, pero (…). Más profesionales, por ejemplo, las asistentes sociales no salen a ruta, sería bueno que hubiera una asistente social que saliera a ruta” (Entrevista Enfermera Equipo Clínico).

“(…)más que nada con la ayuda del médico. Eso es lo que yo te podría decir por el momento, o la falta de técnicos en enfermería, que faltan (…). De repente salimos con tres técnicos y salen dos enfermeras solas. No podemos hacer tantas curaciones y sobrecargamos a la otra, a las otras rutas con más curaciones y nos sobrecarga el trabajo. Entonces, ahí también nos falta personal” (Entrevista Enfermera Equipo Clínico).

“Partiendo de la infraestructura, más espacio, partiendo por ahí. Claro, para la cantidad de pacientes que se están atendiendo, quizás más recursos humanos para que no estemos tan atochadas con el trabajo. Insisto, con lo que tenemos se está resolviendo todo, pero si la demanda sigue aumentando yo creo que nos vamos a ver súper apretados, pero ¿qué más que falte? otra asistente social, sí, de todas maneras (…). Como eso, más en recursos humanos e infraestructura, cosas que se pueden mejorar, pero implican dinero, coordinación y ahí está un poco más compleja la cosa” (Entrevista Jefatura Área Social).

Por otra parte, tanto el equipo clínico de Kinesiología como la nutricionista señalan que es necesaria la contratación de personal especialista en ciertas áreas no contempladas en el programa aún. Para kinesiólogía, resulta imperativo contar con terapeutas ocupacionales que orienten la recuperación del paciente a su vida diaria; por otra parte, desde nutrición se señala la necesidad de médicos especialistas que podrían agilizar ciertos procesos de evaluación, derivación, entrega de medicamentos, entre otros.

“(…)Si bien hay ciertos estamentos, por ejemplo, que podrían faltar o están deficientes, por ejemplo un terapeuta ocupacional en el hogar que no hay, que es lugar donde más funcionalidad podría ganar, o podría, o dónde más podría ayudar un terapeuta ocupacional,

más que en el mismo hospital, porque están finalmente, ellos son los que se dedican a la reinserción de las actividades de los pacientes, nosotros somos como la parte más funcional, de recuperar la capacidad física, la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular pero ellos dedican todo hacia la tarea, ellos son ese nexa con la tarea cotidiana” (Entrevista Jefatura Kinesiología HD)

“(…)Yo le agregaría, un terapeuta ocupacional, no sé si uno, o dos quizás. Que nos faltaría como para tener el equipo más completo de medicina. Porque, por lo menos lo que nos faltaría ahora, actualmente en estos momentos, nos falta un terapeuta ocupacional creo yo, para ayudar a la rehabilitación de los pacientes. A educarlos nuevamente, no sé po, en la alimentación, en actividades básicas de la vida cotidiana”

Análisis Específico Jefaturas Médicas y Técnica

Una vez puntualizados los aspectos tanto coincidentes como distintos de los grupos que llevan a cabo la implementación del programa como son equipo clínico y jefaturas, se procede al análisis más específico de las apreciaciones que entregan los actores que componen aquellos grupos ya mencionados. En base a lo anterior, resulta necesario en primer lugar, señalar los estados de ánimo y/o el sentir con que se hace referencia al programa infiriendo tanto en base a lo que se responde, así como en base a cómo se responde.

Dicho lo anterior, desde los actores que componen las jefaturas del programa y equipo clínico, se desprenden sensaciones en general de tranquilidad, y optimismo en cuanto al funcionamiento. Si bien se reconoce perfectibilidad en el programa, se expresa plena confianza en que el rumbo es el correcto y que en general, es implementado de manera correcta.

Estas expresiones por parte de jefaturas y equipo clínico se condicen en gran medida con los criterios de evaluación en que se basan para señalar que el programa en realidad funciona. Entre aquellos criterios es posible señalar, entre otras cosas, la función que cumple el programa de descongestionar el hospital, teniendo más camas disponibles para ingresos de pacientes con mayor complejidad, y por la atención personalizada del paciente en su domicilio.

“(…) [Eficiencia del programa] en término de hospitales se ahorraría camas, y podemos seguir atendiendo más pacientes; desde el punto de vista de las familias y del paciente como tal, también se cumple con el objetivo del programa porque le estamos entregando el mismo servicio, y en general ellos agradecen ese servicio, porque además es súper personalizado, y ellos nos pueden ir comentando cosas (...)” (Entrevista Jefatura Área Social HD)

“El programa es súper bueno. Lo que pasa es que el programa de hospitalización domiciliaria no es que sea de ahora no más, ya viene de hace varios años funcionando. Sirve mucho quizás para los pacientes más que nada. Y, los gastos, la parte económica también es súper importante para el hospital, porque una cama de un hospital es súper cara, una cama en UCI es súper cara. El piso en cuidados intermedios es súper caro tener a un paciente ahí hospitalizado. Entonces, por un lado, económico es súper bueno, porque disminuyen mucho los gastos del hospital, pero, también es bueno para los pacientes” (Entrevista Kinesiólogo Equipo Clínico).

En este sentido, tanto jefatura como equipo clínico tienen en consideración que la existencia de una buena red social que asista y acompañe al paciente en su recuperación en el domicilio funciona como un criterio para evaluar positivamente el programa.

“¿Por qué es bueno para los pacientes? Porque es distinto estar hospitalizados en la casa. En estricto rigor están hospitalizados en la casa. Pero, están acompañados por la familia, están en

una pieza que conocen, están acompañados, y tienen la comodidad de que nosotros los vamos a atender a la casa, a la misma casa. Ahí los atendemos, les damos sus tiempos, y les ayudamos en la rehabilitación, por lo menos la parte de kinesiología les ayudamos mucho a los pacientes a la rehabilitación” (Entrevista Kinesiólogo Equipo Clínico).

“(…) Lo efectivo que es [el programa], es cuando realmente hay una buena red social generando que el paciente esté en su medio, entonces los resultados son buenos” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

“(…) [Efectividad del programa] Sí, sí absolutamente y sobre todo cuando nos referimos a adultos mayores, ya que al estar en su entorno vuelven un poco a su estado basal por decirlo así, y son los más agradecidos, y la familia es lo mismo, porque hay un apego ahí de cuidado sobre todo del cuidador que lo va a tener en casa y va a poder verlo, escucharlo, independiente de las tareas que ellos tengan asociadas a esos cuidados” (Entrevista Jefatura Social HD).

“(…) Entonces, el programa de hospitalización domiciliaria funciona, claramente. ¿Por qué?, uno, porque el paciente está en su sitio de confort, en la mayoría de las ocasiones el paciente está bien cuidado, está con su familia, puede estar en su cama, en su baño, ¿ya?, a los cuidados de las personas que los quieren, de su círculo social cercano, de sus vínculos de familia. Entonces, favorece mucho más rápido la recuperación” (Entrevista Enfermera Equipo Clínico HD).

Resulta de interés la referencia por parte de las jefaturas y el equipo clínico al crecimiento experimentado por el programa desde su implementación como un criterio de evaluación, al traducirse esto en una mayor “aceptación” en general, a la implementación de la Hospitalización Domiciliaria. Lo anterior, fundamentado en que cada vez más se implementa este tipo de programas a lo largo de los hospitales públicos del país, por las externalidades positivas que le otorga al paciente.

“(…) hace siete años teníamos calculado tener 30 pacientes, hoy día tenemos 250. No puedo pedir más todavía” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

“(…) Lo que se ha tomado en consideración hasta el momento, como que está medido, es el tema de cuántos pacientes activos tenemos, cuántas atenciones mensuales se están realizando y de las altas, cuántos pacientes vuelven a reingresar al sistema.” (Entrevista jefatura Kinesiología HD)

“(…) de ahí en adelante la unidad siempre ha ido creciendo, independiente que sea pandemia o contingencia, siempre hemos ido creciendo. La única diferencia que ahora creció, no sé, como decíamos recién, de un 100 a un 200% (...) yo lo recomiendo (...) Quizás todos los hospitales lo están impartiendo ahora. Quizás, no sé si el 100% de los hospitales públicos, pero es súper bueno para la rehabilitación, la parte psicológica, la salud mental del paciente, es súper bueno estar en la casa (Entrevista Kinesiólogo).

En vista de la cita anterior, cabe mencionar también que tanto jefatura técnica como kinesiología, consideran que el bajo índice de re-hospitalización a pacientes bajo el alero del programa también constituye un criterio de evaluación de la eficacia y/o eficiencia de este.

(...) tenemos muy bajo porcentaje de re-hospitalizaciones, y en general, son re-hospitalizaciones que uno piensa que pueden ser porque el paciente quiere irse, pero es un paciente que está en condiciones que podría no ser de las mejores y puede que recaiga. Por lo tanto, en ese sentido, yo lo encuentro bastante efectivo y eficiente” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

Ahora bien, existen distinciones respecto a los resultados de la efectividad del programa, mientras que en pacientes que deben cursar tratamientos con rehabilitación kinesiológica y administración de antibióticos los resultados son altamente positivos, en otros pacientes con patologías más complejas los resultados pueden variar.

(...) “se ha demostrado que [el programa], si es efectivo, para algunos pacientes. Yo diría que es algo bastante personalizado hecho en la casa del paciente, lo que al paciente le acomoda mucho más, especialmente lo que es la rehabilitación y lo que es el tratamiento de antibióticos” (Entrevista Jefatura Técnica HD).

En síntesis, considerando el análisis general y específico, de jefaturas médicas y técnica, y equipo clínico se pueden desprender los criterios de evaluación, los elementos significativos en la construcción de experiencia, y por último los aspectos a mejorar del programa.

Con respecto a los primeros, se identifican similitudes entre ambos grupos, puesto que los criterios que hacen mención son, en primer lugar, a la eficacia y eficiencia del programa, ya que, por un lado, permite una recuperación más rápida del paciente, siempre y cuando el paciente cuente con una red social de apoyo importante, es decir que acompañe activamente su proceso de recuperación en el domicilio. Y, por otro lado, que el programa permite descongestionar el Hospital, específicamente el recurso cama, impactando de gran manera el déficit de recursos que cuenta actualmente la salud pública. En segundo lugar, se hace mención, a la gran valoración que tienen los pacientes acerca del servicio realizado, sobre todo la población adulto mayor. Lo anterior, se expresa en que, en el libro de quejas, no hay quejas, sino más bien hay felicitaciones a la labor realizada. En tercer lugar, si bien el programa no cuenta con indicadores de medición y evaluación continua, sobre todo desde los pacientes y tutores, el indicador de re-hospitalizaciones es muy bajo, lo que constituye sin dudas, en un criterio para evaluar positivamente el programa.

Respecto a los elementos significativos en la construcción de experiencia, se puede indicar en primer lugar, el crecimiento experimentado por el programa a lo largo de los años, lo que constituye en el ingreso de mayor personal para no disminuir la calidad de las atenciones en el domicilio. No obstante, no es suficiente considerando la gran demanda del programa, que se vio agudizada por la pandemia de COVID 19. Sin duda lo anterior, resulta un elemento relevante de sobremanera, al distorsionar totalmente la construcción de experiencia de los equipos clínicos, dado que la sobredemanda a raíz de la contingencia significa para este grupo de actores la delegación y establecimiento de nuevas tareas y/o labores a realizar, resultando muchas veces en sobrecarga laboral. En segundo lugar, es pertinente señalar que el hecho de no tener la certeza de si los pacientes cuentan con una buena red social y familiar, genera incertidumbre y preocupación por parte de estos grupos, sobre todo pensando en la efectividad de la recuperación del paciente. En tercer lugar y relacionándose con criterio de evaluación, es la seguridad de contar con los recursos necesarios, insumos y equipamiento para realizar las visitas a los pacientes en su domicilio. Por último, es importante en la experiencia de estos grupos el mantener una adecuada comunicación entre todos, que, si bien es más de carácter informal, permite agilizar los diferentes procesos que tienen que ver con los pacientes, es decir, se informan unos a otros respecto a problemas observados en las visitas, con el fin de intervenir a la brevedad posible de acuerdo con la necesidad diagnosticada.

En cuanto a los aspectos a mejorar del programa, se pueden señalar en primer lugar, el mejorar la estandarización de las atenciones clínicas por parte del programa, es decir protocolizar los tiempos de atención, las técnicas a aplicar de acuerdo con el diagnóstico y los tiempos de estancia en el programa. En segundo lugar, mejorar la gestión de estadísticas mediante la creación de software que permite digitalizar y categorizar mejor la información de los pacientes,

evitando errores de tipeo e información incorrecta que perjudique al paciente. En tercer lugar, diseñar un criterio que permita estandarizar la calidad de los hogares, y al mismo tiempo de crear instancias formales de comunicación entre el personal del programa y pacientes como tutores. Con el fin de acercar las opiniones y preocupaciones de los pacientes al programa, para ir evaluando constantemente en base a la comunicación entre estamentos. En cuarto lugar, mejorar los tipos de contratos del personal que trabaja en el programa, puesto que hay varios profesionales con contratos COVID, no formando parte del hospital generando el no acceder a ciertos beneficios. En quinto lugar, una mayor articulación con la APS, facilitando la derivación de pacientes posterior a su alta, y de esta manera, que estos puedan continuar su tratamiento de tal manera que no retrocedan en lo logrado en el programa. Por último, avanzar en la contratación e integración de más profesionales al programa, sobre todo terapeutas ocupacionales, médicos generales o especialistas y asistentes sociales.

Finalmente, cabe señalar que las actitudes, sentimientos y forma de comunicar la información se orientan principalmente a la tranquilidad de que hasta el momento se están realizando bien las funciones dentro del programa. Asimismo, esperanza en que el programa se irá perfeccionando y contribuirá a una mejor experiencia para todos los estamentos que están presentes en el programa. Y también, una sensación de confortabilidad debido al constante agradecimiento de los pacientes hacia el equipo clínico, generando una mejor experiencia de este.

Una vez analizados los grupos de actores que se encargan de llevar a cabo la implementación del programa, procede puntualizar para su posterior análisis los aspectos de valoración que entregan los grupos restantes y que también fueron agrupados, valga la redundancia, en base a la similitud general de sus apreciaciones, estos grupos corresponden a pacientes y sus tutores responsables, quienes son los que finalmente experimentan el funcionamiento del programa en cuestión.

Figura 1.1 Aspectos de valoración Jefatura

	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
JEFATURAS TÉCNICA Y MÉDICA:	<ul style="list-style-type: none"> • Rigurosidad respecto del previo consenso entre las jefaturas involucradas (médica, kinesiológica, de enfermería, y social), para la aprobación de la aplicación del tratamiento hospitalario a domicilio. • Existe evidencia de que el programa es efectivo y eficiente, dependiendo de la patología del paciente, así como de la existencia de una buena red social que acompañe al mismo en su domicilio. • El programa otorga - a diferencia del Hospital- un 	<ul style="list-style-type: none"> • Dado el poco tiempo desde su implementación en el sistema de salud, el programa en Chile presenta una gran falta de desarrollo de iniciativas. • También relacionado a lo anterior, existe una falta de confiabilidad en cuanto a la probidad con la que el servicio pueda ser llevado a cabo, esto no tanto por parte de pacientes sino más del personal médico en cierta medida, existe poca cultura sobre los procedimientos clínicos en el domicilio en un ámbito

	<p>servicio más personalizado, interactivo, integrador y promueve un ambiente más grato entre el paciente, y el equipo clínico. Brindando además asesoría en cuanto a las complejidades propiamente derivadas de una hospitalización. (Asesoría profesional técnica y psicológica, o inclusive acompañamiento en situación de duelo, etc)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativo a lo anterior, el programa otorga una mayor tranquilidad a pacientes y a sus cercanos, derivando en los mejores casos, en recuperaciones más eficientes. 	<p>generalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No obstante, se señala una valoración positiva en cuanto a la efectividad del programa, aún no se dispone de indicadores ya debidamente establecidos para realizar una medición concisa y certera de su efectividad.
<p>JEFATURA ENFERMERÍA:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A la fecha, se administran y destinan eficientemente los recursos para llevar a cabo el programa de manera satisfactoria. Disponiendo así de lo necesario en materia de insumos, instrumentación, equipo, entre otros, para llevar a cabo los procedimientos del programa de manera oportuna. • El programa ofrece en su servicio de recuperación una experiencia menos traumática, tanto para el paciente, como para los familiares de estos, en contraste a la hospitalización propiamente tal. • En base a que descongiona las atenciones en el recinto de salud, ha permitido en gran medida sobrellevar el colapso hospitalario debido a la contingencia sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se posee el suficiente control respecto de las redes de asistencia en el domicilio por parte de los asistentes sociales, ya que el filtro para esto hasta el momento consta sólo en la entrevista efectuada en el hospital. • Si bien, el contexto sanitario establece otro tipo de parámetros, el programa se ha visto expuesto a limitaciones de personal profesional para dar abasto con todas las tareas que deben llevarse a cabo entre todo lo que el sistema demanda. • Con relación a lo anterior, el programa deja entrever la necesidad de una mejor planificación y administración estratégica para ser implementado por parte del hospital con un enfoque más holístico. Anteponiéndose a las

		dificultades en vez de responder una vez que ya se presentan.
JEFATURA KINESIOLOGÍA:	<ul style="list-style-type: none"> • Se dispone de reuniones periódicamente, además de los canales necesarios para la evaluación del programa en general, en virtud del correcto flujo de información para las soluciones a las problemáticas que puedan presentarse, y/o las mejoras necesarias que deban ser implementadas. • El mayor grado de personalización del servicio, en comparación a una hospitalización común, permite que el paciente y sus cercanos puedan instruirse y resolver sus dudas con mayor facilidad, al tratar directamente con el profesional que brinda la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • La atención domiciliaria es en base a un sistema de contra turnos, afectando en cierta medida la estandarización del control de la evolución de los pacientes. Se suma a lo ya mencionado respecto de la dificultad para tener un control efectivo sobre lo que pasa en las redes sociales de asistencia propiamente domiciliarias. • Debido a que son llevadas a cabo a domicilio, las atenciones terminan prolongándose de manera moderada, al no existir una presión por liberar una plaza para un siguiente paciente. • Se menciona la necesidad imperante de sistemas de información y/o bases de datos que permitan llevar los procesos administrativos de manera más eficiente, al ser la cantidad de pacientes a tratar un número en aumento sostenido, lo que exige respuestas más rápidas y eficientes. Además de la necesidad de una mejor coordinación con otros sistemas relativos para efectuar la continuación de atenciones que puedan ser necesarias.
JEFATURA ÁREA SOCIAL:	<ul style="list-style-type: none"> • La implementación de atención hospitalaria a domicilio permite al paciente desenvolverse en un ambiente más grato para el mismo, aspecto que toma mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa se ve expuesto a limitaciones al momento de gestionar el talento humano. Principalmente debido a la contingencia sanitaria, el personal

	<p>relevancia para el adulto mayor, y aún más en el contexto de pandemia, en que la gente hospitalizada no puede recibir siquiera visitas, por ejemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el mismo sentido, las familias o cercanos al paciente valoran de gran manera el poder tener a su ser querido cerca, al poder desprenderse de preocupaciones relativas a la atención y cuidados hospitalarios. 	<p>profesional, al menos en esta área debe esforzarse para dar abasto con todas sus tareas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • También se hace mención a la necesidad de mejorar lazos y/o nexos de coordinación con los otros servicios de salud que guardan relación con el programa, a fin de lograr mejores resultados finales, y llevar un mejor seguimiento post- alta o derivación.
--	--	---

Figura 1.2 Aspectos de valoración Equipo Clínico

	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
KINESIÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> • El programa es capaz de otorgar al paciente un entorno más protegido y una atención más personal. • El adulto mayor que se siente en general relegado por el sistema de salud percibe un mayor sentido de atención por los cuidados brindados. • En base a su crecimiento, se han desarrollado una serie de protocolos específicos y generales relativos a la atención, que resultan de gran utilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La hospitalización a domicilio complejiza la capacidad de monitoreo de salud periódica del paciente. • En base al funcionamiento bajo el sistema de ruta, así como la demanda creciente del servicio, las atenciones deben acortarse en materia de tiempo. • El programa no cuenta con la implementación profesionales relativos al área de terapia ocupacional aún, complejizando la recuperación de habilidades para la realización de tareas más cotidianas.
ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente al estar en su sitio de confort, con su círculo social más cercano, favorece una recuperación más 	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de pacientes más demandantes y conflictivos requiere de un alto criterio y grado de

	<p>rápida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa permite al paciente instruirse y educarse de mejor manera respecto de los procedimientos de salud pertinentes. • El programa permite también al personal una mayor cercanía y posterior empatía con el paciente y su núcleo familiar, en contraste al hospital en que la atención es un poco más impersonal. • La atención en el hogar se hace bien y es bastante completa hacia el paciente puesto que se brinda 3 tipos de educaciones al paciente y tutor: ingreso, tratamiento y post alta. • La comunicación interna entre los profesionales que integran el programa es buena y bastante fluida respecto a la atención. El canal WhatsApp es importante para elevar información urgente y hacer eficientes las visitas a los domicilios dependiendo el imponderable del paciente. 	<p>profesionalidad del personal de turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La existencia de condiciones desfavorables en los domicilios de los pacientes, tanto de infraestructura y recursos, genera el enfrentarse a situaciones complejas. • Que los tutores responsables solo firmen y después renuncien a su función con el paciente. • El programa deja entrever falta de personal, generando sobrecarga laboral en las enfermeras de turno. • El programa deja entrever orden administrativo, pero poca conexión con el Hospital propiamente tal, respecto al ingreso de pacientes.
<p>NUTRICIONISTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente al estar en su sitio de confort, con su círculo social más cercano, favorece una recuperación más rápida. • El programa permite al paciente instruirse y educarse de mejor manera respecto de los procedimientos de salud pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala coordinación con APS y hospital en sentido de la atención de enfermedades crónicas, derivaciones con otros profesionales y/o continuidad de tratamientos. • Falta de coordinación entre las unidades de salud del hospital y del programa.

		<ul style="list-style-type: none"> • Los flujos de información son dispares, no todas las áreas disponen de reuniones periódicas con las jefaturas médicas para discutir aspectos relevantes. • La continuidad de la rehabilitación terminada las atenciones quedan en manos del paciente, perdiéndose muchas veces la continuidad de la misma.
FONOAUDIÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente al estar en su sitio de confort, con su círculo social más cercano, favorece una recuperación más rápida. • Se dispone tanto de los canales necesarios como del correcto flujo de información entre las áreas profesionales que integran el programa. • El programa permite al paciente instruirse y educarse de mejor manera respecto de los procedimientos de salud pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se dispone de un flujo organigrama o planificación de carácter estratégico para la implementación de esta área del programa. • En relación con la anterior, el programa posee falencias en materia de sistemas de información o computacionales, en virtud de estandarizar procedimientos, establecer una mayor cantidad de protocolos, entre otras.

Análisis General Pacientes y Tutores

En este apartado se procede a la realización de un análisis general como particular, con la finalidad de puntualizar en criterios de evaluación, así como los sentimientos que se manifiestan hacia el programa por parte de esta agrupación de actores relevantes que restan. Referentemente a los aspectos positivos en que prácticamente la totalidad los actores mencionados coinciden se hallan:

En primer lugar, y al igual que los otros grupos de actores ya analizados, nuevamente el aspecto más valorado corresponde al entorno propio otorgado al paciente y al hecho de que acudir a atenderlo en su hogar, transforma el proceso de recuperación en una experiencia más personal y amigable en comparación a estar internado en el hospital, lo que en adición de una buena red de asistencia social permite una evolución y avances en ciertos casos, más efectivos que en el mismo recinto hospitalario. Particularmente refiriéndonos a esta agrupación de actores con

relación a este punto, es necesario señalar que se posee una percepción muy positiva sobre salir del ambiente hospitalario y continuar el tratamiento en el domicilio, desde el momento en que la situación es aprobada hay mucho optimismo de regresar a la casa desde una perspectiva más psicológica.

“[Hospitalización tradicional] No, igual hay una diferencia, porque acá [Hospitalización Domiciliaria] tengo una comida más sencilla, y también te apoya mucho la parte familiar. El "tira pa arriba, no te quedís acostado, levántate un poco" (...). Todo eso ayuda” (Entrevista Paciente NAC COVID Hombre)

“(...) Exactamente, [En la casa] una muy buena red social. De eso dependió todo, porque no, o sea, yo llegué a mi casa y ellas hicieron todo lo que hacía yo en mi casa, hasta ahora incluso (...)” (Entrevista Paciente FX Diafisaria de Húmero)

“(...) Sí, yo considero que es efectivo en realidad, para serle franco nosotros estamos bastante agradecidos, muy agradecidos de que él haya tenido acceso a este tipo de atención, ya, en términos médicos él ha recibido todo lo que nos parece que se necesita” (Entrevista Tutor Responsable Infección Periprotésica)

“[Tipo de hospitalización] mejor en la casa. Sí, fui bien atendido y que aparte de eso, por ejemplo, los kinesiólogos me trataron re bien los que iban y las enfermeras igual, así que no, ni un problema, prefiero la casa yo” (Entrevista Paciente EPOC Exacerbado)

Otro aspecto en que en general coinciden la totalidad de actores del caso es la oportunidad otorgada a los tutores responsables de desprenderse de las preocupaciones derivadas de tener a su ser querido en un hospital. Así como la oportunidad brindada a los tutores responsables para instruirse y educarse en temas relacionados a la salud del paciente en cuestión, otorgando un mayor manejo ante alguna contingencia.

“(...)yo fui a una charla que me hicieron, inclusive me dijeron como poder inyectar los medicamentos en la guatita, y no tuve ningún problema” (Entrevista Tutor Responsable TEP/ATL LOB y medio derecho).

“(...)De hecho te entregaban hasta folletos con las instrucciones, y te las explicaban más encima. Entonces, fue todo súper claro, como utilizar, por ejemplo, la máquina de oxígeno que está acá en la casa, el tema del ventilador mecánico que está acá en la casa igual. Le explicaron todo, con detalle” (Entrevista Tutor Responsable NAC COVID)

Es posible advertir que tanto tutores como pacientes en general destacan el trato personal, amable y cuidadoso de los equipos que los visitan. Resaltando la buena disposición de los trabajadores, no obstante, de excepciones puntuales relativas a enfermería a detallarse en los aspectos particulares.

“Yo la considero excelente, yo le pondría un 7 realmente, porque fueron muy dedicados, me dieron su tiempo, nada que apúrese, ni cosas por el estilo. Vinieron varias veces, distintos especialistas, lo encuentro bastante bueno, y cada uno me indicó un tipo de ejercicio diferente, lo cual fue bastante bueno. Tengo puras alabanzas no más al servicio, lo encontré muy bueno,

muy dedicado, muy profesional. La gente que vino fue muy amable, muy atenta, además, con cercanía al paciente” (Entrevista Paciente ACV).

“(…) todo lo que nos explican el equipo clínico que tú dices, que nos guían y vienen a visitarlo, nosotros lo seguimos al pie de la letra como ellos nos han dicho… Ellos son como te digo un 7. No te puedo decir otra cosa, es que ellos se han portado un 7 con la familia y con el paciente, no te puedo decir nada más, súper bien” (Entrevista Tutor Responsable Insuficiencia Cardíaca Crónica).

“(…) Yo creo que sí fíjate, porque ella siempre que la venían a ver después ella estaba súper contenta porque decía que siempre que la vinieron a ver la trataron bien y explicaban bien lo que tenía que hacer, tuvieron paciencia con ella cuando no entendía algo, por ejemplo” (Entrevista Tutor NAC COVID)

Ahora bien, en materia de implementos e insumos necesarios para el correcto otorgamiento del servicio, también se coincide de manera general que el programa no ha quedado al debe o nunca se ha visto sobrepasado al punto de no dar abasto en dicho sentido.

Por otra parte, de los aspectos positivos brindados específicamente por alguno de estos actores, o que coinciden con otros, pero no necesariamente con el resto de las partes en su totalidad, cabe señalar:

La frecuencia correcta del número de visitas por parte del equipo tratante, de acuerdo con la necesidad del paciente.

“Estaban bien [las visitas]. Vinieron día por medio, porque era lo que yo necesitaba también” (Entrevista Paciente NAC COVID Mujer)

“No, con las visitas que me hicieron ya es suficiente, no creo que haya sido (…) que se necesitarán más digamos” (Entrevista Paciente ACV)

“Las visitas fueron lo que se necesitó la verdad. (…)Yo tengo claro que las visitas tenían un objetivo puntual que era el tema del antibiótico y eso se cumplió completamente” (Entrevista Tutor Responsable Infección Periprotésica)

En contraste, relativo a los aspectos negativos, también de parte de ambos grupos de actores en general se desprenden varias apreciaciones coincidentes y similares, entre las que se señalan:

El sistema de rotación en los equipos de atención (contraturnos) genera un detrimento en los avances de recuperación de los pacientes. Esto quiere decir que factores como la evaluación y control, instrucción de ejercicios, e inclusive calidad de las curaciones requeridas varían de manera irregular en base al personal que las efectúa, mermando finalmente la experiencia de los actores bajo análisis.

“En cuanto a los kinesiólogos, siempre (…) No fue nunca el mismo, siempre iban variando. Hubo uno que se topó como 2 o 3 veces, el otro como 2 veces, otro que vino una pura vez, pero (…) pero ya los conocíamos, que no es primera vez que se viene con hospitalización domiciliaria” (Entrevista Tutor Responsable NAC COVID)

“Los kinesiólogos, a pesar de que no eran siempre los mismos, atienden bien pero confunden” (Entrevista Tutor Responsable EPOC Exacerbado)

Tanto pacientes como tutores responsables señalan la necesidad de que el equipo clínico que realiza rutas en el día a día debería contar con personal médico, ya que permitiría en gran medida, agilizar procesos como evaluaciones o exámenes que suelen programarse para tiempo después. En general, indirectamente se coincide con la necesidad de un mejor marco administrativo y estratégico que establezca de mejor manera los lineamientos para implementar el programa con mayor eficiencia en materia de planificación, rutas, flexibilidad, personal disponible, derivación a medicina, entrega de medicamentos, entre otras. De los aspectos en que más se repiten las señales negativas es en la mala coordinación con los sistemas de atención primaria, a los que se deriva una vez terminado el número de atenciones.

“Claro, o que me mandaran un diabetólogo, o me mandaran algo para comer, porque en este minuto todo es por, todo lo que hecho, lo hemos hecho por tutorial. Incluso, las inyecciones me las (...) aprendí tutorialmente, porque nadie me explicó” (Entrevista Paciente NAC COVID Hombre),

“(...)La verdad me gustaría que me hicieran exámenes médicos, ya que se basaron en mis exámenes antiguos para determinar mi diagnóstico” (Entrevista Paciente CA MAMA y Fijación Profiláctica Fémur).

“(...) Porque tienen una regla ellos [hospitalización domiciliaria], son siete curaciones y después me pasan a un consultorio. Yo quería quedarme más y me dijeron que no, que había mucha gente que tenían que atender, esa explicación me dieron...porque en el consultorio nunca más le tomaron la presión ni el azúcar. No es tan completo, no me toman la presión ni el azúcar, no sé si tengo la presión alta o me puede pasar algo. Ellos llegan a hacer la curación no más, y ustedes me tomaban la presión antes de empezar a hacerme algo. Ahí hay una diferencia, un punto a favor(...)” (Entrevista Paciente Pioderma Gangrenosa)

“(...) Cuando uno que es diabética, que tiene el pie diabético, ahí en el hospital están los profesionales indicados para eso, y después que a uno la traspasen a otro lado, porque yo le decía a las niñas, yo al consultorio no voy a ir a curarme, porque yo no quiero que me corten mi pies. En el consultorio las dos veces que he estado me han infectado las piernas en vez de sanarmelas... Aunque, como le decía en delante, aunque uno tuviese que ir allá a hacerse las curaciones, en el caso mío, a mí me ponen el traslado, entonces ponerme el traslado yo no tengo problema para ir. Pero si yo tuviera que ir yo por las mías, para mí es difícil, es muy difícil. Entonces, eso pienso yo que podría ser mejorado, que los pacientes puedan, puedan terminar su tratamiento con ellos y les ayuden por parte del programa” (Entrevista Paciente FA Coagulopatía).

Por parte de una gran proporción de estos grupos de actores se coincide en que una vez cumplido el número de atenciones establecido, se deja de realizar un seguimiento del paciente en virtud de comprobar si la recuperación finalmente fue efectiva. Lo anterior constituye en una mala experiencia al paciente, ya que se siente a la “deriva”.

“Me dijeron que podía ir a kine en el hospital [después del alta] pero nunca me volvieron a llamar...Tampoco me dijeron que debía ir al consultorio” (Entrevistas Paciente CA MAMA y Fijación Profiláctica Fémur).

“Lo único que yo encuentro es que me faltó que me hubieran hecho más curaciones, que me hubieran dejado mi pierna más sana no más po (...)” (Entrevista Paciente FA Coagulopatía).

“Pucha, me encantaría [seguimiento por parte del programa], porque estoy desesperado, no sé qué hacer. Me encuentro, me encuentro botado en ese sentido, mal dicha la palabra, pero no tengo otra (...)” (Entrevista Paciente NAC COVID Hombre)

Aspectos negativos particulares:

Por otro lado, de los aspectos negativos brindados específicamente por alguno de estos actores, o que no coinciden necesariamente con el resto de las partes en su totalidad, cabe señalar:

Una pequeña parte de los pacientes, señala haberse llevado malas experiencias, debido a disgustos con respecto a las atenciones brindadas por el equipo de enfermería. Generando una mala experiencia tanto el paciente como en el tutor, puesto que no es comprensible un trato poco respetuoso a los beneficiarios en su domicilio.

“(...) una cosa me pareció muy mal, una actitud de una (...) No sé si era enfermera, pero era muy joven la chica, y la encontré muy grosera realmente. Porque yo estaba leyendo, entró como rayo, me apagó la luz, sin decirme absolutamente nada, ni buenos días ni buenas tardes, le voy a apagar la luz. Yo le pregunté señorita, pero que me van a hacer, y se dio vuelta pero bastante molesta y me anduvo gritando, lo vamos a bañar me dijo, y yo le dije, por favor no son maneras...” (Entrevista Paciente ACV).

“(...)Después de toda la atención excelente que había tenido de la otra enfermera, esta señorita se descuadró digamos, yo consideré que era una falta de respeto, yo soy una persona adulto mayor, y la educación tiene que estar por todas partes” (Entrevista Paciente ACV).

“Lo otro es que la atención que otorgan los enfermeros, técnicos, no sé si son enfermeros o son técnicos, le tocó el último tiempo que en algunas oportunidades personal externo al hospital que entiendo que se contratan para poder cumplir con esta función, ellos no tenían el mismo trato, lo trataban diferente, de repente incluso hubieron un par de ocasiones, pero no fue mucho tampoco en que le pusieron el antibiótico sin haberle tomado los signos vitales” (Tutor Responsable Infección Periprotésica)

“Antes de ellos, fueron unas enfermeras y ellas...yo estuve a punto de poner un reclamo. Porque en primer lugar fueron súper poco empáticas...llegaron como casi dando órdenes y criticando muchas cosas que veían (...) fueron súper violentas en la forma de decirme de que como se me ocurría yo levantar a mi mamá después que ella había tenido un ACV y...casi como que yo estaba haciendo no sé, una tontera... entonces me sentí violentada y ahí les tuve que explicar que era por órdenes del neurólogo(...)” (Tutor Responsable ACV)

Además, ciertos casos particulares también contrastan con la opinión de la mayoría en el aspecto que guarda relación con las instrucciones y entrega de información oportuna, material de guía, entre otros, para educarse en los cuidados que puedan llegar a ser necesarios en el proceso recuperativo.

“No hubo claridad en las instrucciones por parte de las enfermeras, dijeron que iban a venir a los dos días después, pero finalmente volvieron a la semana... a mi mamá eso le generó mucha ansiedad y nerviosismo... A mí también me afectó, porque no podía ni salir a comprar pan por si llegaban a la casa y no había quien les abriera [al equipo clínico]” (Entrevista Tutor Responsable Prótesis de Cadera).

“El kinesiólogo al momento de dar de alta a mi mamá le entregó un papelito con los ejercicios, eso hubiese sido bueno tenerlo desde un principio... de hecho yo tuve que escribir un correo para que nos mandarán los ejercicios, porque si no tienes para anotar, es imposible que todas las instrucciones te queden en la cabeza (...)” (Entrevista Tutor Responsable Prótesis de Cadera).

En general, aquellos pacientes cuyas dolencias demandan curaciones y terapia kinésica, indican que el programa otorga el alta muy prematuramente y que ojalá el número de atenciones pudiese ser con mayor frecuencia. Es más, sienten que no deberían darles el alta, mientras no se recuperen bien de su patología.

“(...) Está con problemas de retención de líquidos, se ahoga, sigue con la tos pero le dijeron que le daban el alta porque se encontraba mejor, por lo que vinieron hacerle más kines, tampoco la nutri ni el fono. La indicación fue de la dra... no sé por qué dijo eso si mi marido sigue mal” (Entrevista Tutor Responsable ICC-ITU).

“La posibilidad de aumentar el número de horas de kinesiólogo sería fantástico porque la verdad es que bueno, aquí también hay problema anímico porque mi hermano la verdad podría haber seguido haciendo ejercicio, y haberse levantado con más regularidad por cuenta de él pero lamentablemente este tipo de pacientes cuando el kinesiólogo va y lo hace moverse, se mueve, y si no, con la familia es un poco más difícil” (Tutor Responsable Infección Periprotésica).

“Bueno, lo que yo pienso (...) Podía haberme dejado el pie más sano, o sea, haberme hecho más curaciones. Aunque yo hubiera tenido que ir allá, porque con hospital día me conseguían la ambulancia para ir. En cambio, en el hospital, no me pasan ambulancia. Y con hospital día me mandaban la ambulancia, entonces, yo no tenía problema” (Entrevista Paciente FA Coagulopatía).

“(...) en el caso de ella, que tiene una herida debió haber sido un poco más largo el proceso, o sea más visitas, porque las visitas que le hicieron parece que son siete prestaciones y dependiendo de cómo está son siete más, entonces pienso que la pudieron haber visitado más veces y hacerle más curaciones” (Entrevista Tutor Responsable IRA ULCERA EEII).

Si bien en general resulta un aspecto coincidente para todos la mejora en la coordinación con la APS, para ciertos pacientes en particular se derivan otras complejidades más serias a partir de esto. Algunos se ven incapacitados para proseguir su tratamiento derivado debido a dificultades de movilizarse en base a sus enfermedades, en base a dificultades de carácter social o pacientes que quedaban a la deriva una vez otorgado el certificado para continuar el tratamiento por sus cuentas.

“(...)Ahora, del CESFAM, que era la idea que me viera el médico del CESFAM, no tengo ninguna probabilidad, porque tengo que estar a las 6 o 7 de la mañana, y con esta neumonía no voy a estar ahí en la calle. Entonces, no puedo po” (Entrevista Paciente NAC COVID Hombre).

“Yo soy sola, tengo que tomar micro, pero en la micro me mareo... Estoy vieja, me canso muy rápido(...) más ahora con la pandemia, afortunadamente tengo una hermana de la iglesia, que de repente me acompaña al consultorio... pero imagínese me vienen a dejar los medicamentos a la casa, mucho mejor...” (Entrevista Paciente TEP ICC).

Análisis Específico Pacientes y Tutores

Una vez puntualizados los aspectos tanto coincidentes como distintos de los grupos que experimentan directamente la implementación del programa como son pacientes y tutores, corresponde nuevamente la realización de un análisis más específico acerca de las apreciaciones que facilitan los actores pertenecientes al cúmulo mencionado. Por lo que, primeramente, se deberá inferir los estados de ánimo y/o el sentir con que se expresan en cuanto al funcionamiento del programa, infiriendo dichas emociones nuevamente tanto en base a lo que se responde, así como en base a cómo se responde.

Si bien, desde el punto de vista general tanto de pacientes como de tutores, es fácilmente perceptible su sentimiento de gratitud hacia el programa, así como también hacia los profesionales que lo hacen posible, sería aventurado declarar que el programa cumple a cabalidad con sus expectativas.

Desde la perspectiva de una importante proporción de los pacientes, se desprenden también grandes sentimientos de frustración ante altas que consideran se realizan de manera prematura y no velando por la plena recuperación del paciente, es el mismo “síntoma” que se hace presente en el sistema de salud convencional en donde se deben liberar camas para atender lo más urgente. Esto denota que, si la problemática se sigue perpetuando no obstante el formato de atenciones es posible que dicha problemática radique en otros aspectos arraigados de un sistema de salud que en general es deficiente. Otro punto importante a señalar es que, para el adulto mayor, principal rango etario de los pacientes del programa, se desprende una considerable sensación de abandono, por parte de un programa que en un principio les hizo sentirse acogidos ante un sistema, que de por sí, ya los relega bastante.

“(…) Mucho mejor de cómo llegué, de todas maneras. Pero, como que me falta fuelle para respirar. No sé si es el corazón, es los pulmones, no tengo idea. Los kinesiólogos que me han visto me dicen que estoy bien. Que ya no escuchan nada en los pulmones, que ya estoy bien. Pero igual, cuando ya hago ejercicio, bueno que también no tengo masa muscular, porque perdí más de quince kilos. Entonces, hay todo un problema ahí” (Entrevista Paciente NAC COVID Hombre)

“(…) Tengo que curarme, oiga y sabe otra cosa que tengo por si tiene tiempo. Que el consultorio me hizo la curación y me dijo en ocho días más vengo a hacerle la otra curación, nunca me ha pasado eso, siempre venían cada tres días de allá del hospital del día, y se me echa a perder la herida po si el parche dura tres cuatro días. Entonces yo quedé preocupado porque muy distanciado ocho días, y eso” (Entrevista Paciente Pioderma Gangrenosa).

“(…) Me dan golpes de corriente, no puedo pisar, me dan crisis seguidas, tengo tiritones en las piernas, muchos calambres, debo tomar pastillas para dormir...maldigo el día de haberme operado, no sabía que sería peor” (Entrevista Paciente CA Mama Fijación Profiláctica Fémur).

Por otra parte, desde el punto de vista de los tutores responsables, también se coincide en que muchas veces las atenciones dejan de efectuarse antes de lo debido, lo que, si bien no deriva en un completo sentimiento de frustración para ellos también, sí denota un grado de inconformidad y la misma percepción o sensación de abandono posterior. Además, el intentar contactar a personal del programa y no recibir respuesta profundiza dicha sensación.

“(…)Mira sabes que hay algo que no nos funcionó nunca del hospital de día...pero no tenía que ver con el personal, sino que cuando queríamos comunicarnos, llamábamos al número y nunca nos contestaron (...)” (Tutor Responsable NAC COVID).

“(…)Solamente eso, que debería ser más tiempo [las atenciones en el domicilio], por eso te explicaba yo, en el caso de mi hermano, que todavía, porque a él le hicieron una cirugía abierta, entonces era complicado estarlo trasladando, en esas condiciones podría haber sido más tiempo” (Entrevista Tutor Responsable AMP Dedo Derecho/ PIE Diabético).

“(…)Pero lo que yo encuentro que lo que le falta a mi hermano es como algo de kinesiología, en el sentido que lo puedan (...) Porque no sabemos, como lo operaron de la espalda, le pusieron fierros en la clavícula, arriba en la cervical para poder afirmarlo, qué ejercicios puede hacer, porque se siente como muy tieso, muy duro. Entonces, nunca después de eso tuvo kinesiología como para ver que lo ayudaran con eso, los movimientos, la flexibilidad que podría tener, nada” (Entrevista Tutor Responsable Tumor Maligno).

“(…) A veces llegaban a las 8 de la mañana y a veces llegaban a las 2 de la tarde, entonces, la persona que cuida al enfermo, pucha termina súper mal porque se levanta todos los días a las 8 y no sabe si van a ir a las 9, si van a ir a las 9, no había un horario. Y eso también perjudica, porque la persona que lo cuida está preocupada y no sabe a qué hora van a ir” (Entrevista Tutor Responsable Tumor Maligno).

Estas expresiones, se condicen en gran medida con los criterios de evaluación en que se basan para evaluar el funcionamiento del programa. Ahora bien, claramente tanto para pacientes como para tutores, el criterio más importante para determinar si el programa es realmente productivo corresponde a la recuperación de la persona que adolece, ya que será la experiencia satisfactoria -o no- la que finalmente se transformará en el juicio crítico hacia el programa. Por otra parte, para aquellos pacientes que anteriormente han debido hospitalizarse de manera convencional, también correrá como criterio de evaluación la comparación entre ambos tipos de hospitalización, en sentido de cuál es más efectiva, guardando las proporciones. Por ejemplo, la evaluación positiva del programa en muchos casos es en base al resultado de la percepción del paciente de encontrarse en un ambiente que le parece más familiar y dónde la experiencia se vuelve más llevadera, por ende, bajo dicho criterio, el programa funciona mejor que una hospitalización convencional.

“(…)El aspecto psicológico es súper importante en la hospitalización a domicilio, para mí es mejor estar en casa, con mi familia. Quizás, el estar hospitalizado en el hospital puedes tener una atención más a mano, pero prefiero en la casa” (Entrevista Paciente Gonartrosis).

“De hecho nos facilitaban también mucho las cosas, el profesional que yo destaco de todo el equipo es el fonoaudiólogo, de hecho dejé una felicitación en el hospital en su nombre porque real fue un apoyo importante y... y el además entregaba material como para hacer las actividades cognitivas con mi mamá. Entonces la verdad es que sí, la verdad es que fueron un gran apoyo y si es fundamental yo creo que para cualquier paciente en su recuperación...” (Entrevista Tutora Responsable ACV).

Luego, ya considerados los análisis general y específico, resulta necesario indicar qué elementos resultan significativos en la construcción de esta experiencia, para por último, proponer las mejoras necesarias a los aspectos negativos del programa.

Por un lado, para los pacientes lógicamente la construcción de la experiencia sienta prácticamente la totalidad de sus bases en el proceso de atención brindado. Esto no sólo hace referencia a los aspectos de contar con personal profesional, amable, con altura de miras y con iniciativa propia, sino también a aspectos administrativos como el cumplimiento de rutas establecidas, cumplimiento oportuno de las citas agendadas, correcta disposición de los insumos necesarios, así como la manera en que se llevan los canales de retroalimentación, por ejemplo, se deja entrever la problemática de que el número de atención del programa no siempre es contestado. Ahora bien, esto no quiere decir que los tutores tampoco jueguen un papel relevante en la experiencia de su ser querido, sino por el contrario, un correcto cuidado por parte de tutores resulta igual o más importante en la construcción de experiencia para el paciente al estar a cargo de este la mayor parte del tiempo.

Para los tutores, resultan similares aquellos elementos que configuran su experiencia, más no por completo, ya que, si bien una buena atención hacia su ser querido resulta un aspecto importante en la construcción, el tutor configura gran parte de su experiencia en el programa en base a las facilidades, recomendaciones y/o instrucciones para hacer sus cuidados más llevaderos. Algunos de los tutores, señalan la necesidad de una capacitación respecto a cuidados básicos del paciente, para poder enfrentar situaciones adversas que puedan emerger. Tanto para pacientes como a tutores, mejora la experiencia en el programa sentir un acompañamiento posterior a la alta médica del paciente, puesto que, en la mayoría de las veces, el paciente sigue requiriendo atención médica. Asimismo, el apoyo del programa en cuanto a insumos, medicamentos y pautas de ejercicios, son elementos importantes para la experiencia tanto de pacientes como tutores. Por último, la falta de proactividad por parte del programa en cuanto a sus canales de comunicación formales complejiza la experiencia en estos actores, generando miedos, incertidumbres y malestares en general.

Tanto tutores como pacientes coinciden indirectamente en que se debiera disponer de más personal para llevar a cabo el programa de manera más eficiente, tanto en áreas ya constituidas desde un inicio del programa hasta las áreas más nuevas que se han ido agregando. Esta falta de personal no sólo se limita específicamente a los equipos clínicos de enfermería o el área social que está al borde de sus capacidades, ya que incluso se denotan, por ejemplo, la falta de personal de medicina para agilizar procesos de evaluación de pacientes, personal ejecutivo que efectúe toma de decisiones en base a planificaciones definidas y personal administrativo eficiente para llevar dichas planificaciones a un funcionamiento correcto. En relación con lo anterior, también las mejoras en los aspectos administrativos servirían para aminorar un poco las descoordinaciones entre el programa, el hospital y la atención primaria de salud, por ejemplo, aspecto que pacientes y tutores consideran al debe.

Por último, es importante revisar exhaustivamente los canales de ayuda y retroalimentación del programa para la propuesta de mejoras, ya que se señala que no funcionan de manera eficiente.

Finalmente, cabe señalar que las actitudes, sentimientos y forma de comunicar la información se orientan principalmente a la preocupación, frustración y tristeza debido a que el paciente no mejora en su estado de salud, y con las visitas estandarizadas por parte del programa se torna muy difícil. No obstante, también hay sentires que refieren al agradecimiento, y bienestar con el servicio entregado. Ahora bien, es transversal la sensación de que el programa cumple con sus objetivos, pero debiese ser más proactivo en asegurarle al paciente continuidad de su

tratamiento, para mejorar sus sensaciones, como la confianza en su recuperación y acompañamiento, es decir que no está solo en su tratamiento.

Análisis Comparativo

Finalmente, se expondrán las similitudes y diferencias entre los cuatro grupos abordados a lo largo del análisis.

Respecto a las similitudes

Todos los grupos coinciden en que el programa de hospitalización domiciliaria es una mejor experiencia, a diferencia de la hospitalización tradicional. Junto con ello, coinciden en que los insumos que se disponen son suficientes y se administran de buena manera a lo largo de la estancia del paciente en el programa.

También, todos los grupos coinciden en que el programa debe realizar una mejora en la gestión administrativa, y en que se debe ir mejorando paulatinamente, sobre todo en ámbitos comunicativos entre los participantes del programa. A raíz de lo anterior, es transversal la percepción de que no basta preguntar en los domicilios el funcionamiento del servicio, sino más bien deben crearse instancias deliberativas o horizontales, donde se dialogue en profundidad de los impactos, aciertos y eventuales cambios del programa. A su vez, se advierte que es necesario avanzar en una mayor articulación con la APS, sobre todo pensando en la continuidad del tratamiento del paciente.

Respecto a las diferencias:

En cuanto a los aspectos a mejorar del programa, se debe señalar en primer lugar, que el paciente espera percibir un servicio de atención más personalizado y menos estandarizado en contraste de lo que proponen Jefaturas y Equipos Clínicos, esto quiere decir que si bien establecer protocolos y lineamientos sirven para darle una guía al funcionamiento del programa, el guiarse en su totalidad por los mismos provoca una problemática, ya que claramente no todos los pacientes presentan las mismas dolencias, los mismos cuidados por parte de los tutores, los mismos avances, entre otros.

Para el grupo compuesto por jefatura se señala que en general se disponen de canales de comunicación tanto internos como externos, que funcionan de forma efectiva para la solución de problemas. Sin embargo, por parte del equipo clínico, se señala que la comunicación es dispareja en los canales internos del programa, dado que sólo se dan espacios de reunión con kinesiólogía y enfermería en general y no con todo el equipo, por lo que la comunicación para la solución de problemas toma un carácter bastante informal y desorganizado.

Prosiguiendo con lo anterior y respecto de los canales externos de comunicación, tanto pacientes como tutores señalan que la atención de estos, para asuntos como retroalimentación y consultas se encuentra al debe.

Si bien, se señaló como similitud una mayor articulación con la APS, los fines son diferentes, mientras que para la jefatura y el equipo clínico apuntan a tener una mayor comunicación e interacción para la derivación de pacientes, los pacientes y tutores apuntan a que no deben ser ellos los que coordinen la atención con el consultorio. Por lo que existe una polaridad entre, atribuir mayor responsabilidad al adulto mayor en su salud personal, y por otro, el desconocimiento por parte del programa respecto de las condiciones personales específicas del

paciente, por ejemplo: falta de movilidad o enfermedades que dificultan al paciente asistir presencialmente al consultorio para coordinar la continuidad de su tratamiento.

Otro aspecto a señalar es avanzar hacia la estandarización de las atenciones médicas por parte de jefaturas y equipo clínico, en contraste de los pacientes y tutores, que plantean avanzar hacia una atención más personalizada que tome en consideración la realidad y la necesidad de cada paciente.

Figura 1.3 Aspectos de valoración Pacientes

	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
3 pacientes NAC COVID: Neumonía por COVID 19	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar del mal pronóstico que significa la intubación en el hospital, el programa fue efectivo en la recuperación. • La experiencia de recuperación en el hogar es positiva, debido al apoyo del hospital por medio de los kinesiólogos y enfermeras, y por la red familiar. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. • La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente. • El programa produce expectativas positivas de recuperación en el paciente. • El programa ofrece prestaciones más allá del diagnóstico de ingreso al programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de algún canal formal para expresar inquietudes o dificultades en el proceso de recuperación. • Canales de comunicación deficientes e insuficientes para la atención demandada por el paciente (hora médica). • Errónea estandarización de los procedimientos del programa, al ser realizado en base a protocolos establecidos y, por ende, en desconocimiento de la realidad particular de cada paciente. • Sensación de abandono, la información elevada al equipo clínico de la situación particular no encuentra respuesta institucional. • Falta de especialistas en las visitas a los domicilios, por ejemplo, diabetólogo. • Nula capacitación de cómo administrar inyecciones, ausencia de explicación por parte del equipo clínico.

	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico es amable, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo reducido por parte del equipo clínico para explicar instrucciones de recuperación. • El equipo clínico no llega a visita domiciliaria, ni tampoco justifica la inasistencia. • Falta de realización de exámenes médicos, para dar más seguridad al paciente respecto de su diagnóstico. • Falta de otorgamiento de insumos al paciente por parte del programa.
<p>2 Pacientes con Fracturas (FX) Diafisaria Húmero y Cuello Fémur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La experiencia de recuperación en el hogar es positiva, debido al apoyo del hospital por medio de los kinesiólogos y enfermeras, y por la red familiar. • El programa produce expectativas positivas de recuperación en el paciente. • Buen trato en la atención en el domicilio por parte de kinesiólogos y enfermeras. • El equipo clínico es amable, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. • El programa es efectivo en la recuperación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nula respuesta de los canales de comunicación formales del programa, por ejemplo, número telefónico. Ocasionando que el paciente quede a la deriva, y deba buscar soluciones privadas para su tratamiento. • Errónea estandarización de los procedimientos del programa, al ser realizado en base a protocolos establecidos y, por ende, en desconocimiento de la realidad particular de cada paciente. • Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia. • Los Kinesiólogos no dejaban minutas ni pautas de ejercicio al paciente, solo indicaciones produciendo el olvido de estas por los pacientes.

		<ul style="list-style-type: none"> • En una visita al domicilio, una enferma no tuvo un trato respetuoso, sino más bien agresivo con el paciente.
Paciente con Insuficiencia Cardíaca Compensada (ICC)	<ul style="list-style-type: none"> • La hospitalización en el domicilio es mejor para el paciente y contribuye a una recuperación más rápida que en el hospital. • Buen trato en la atención en el domicilio por parte de kinesiólogos y enfermeras. • El programa produce expectativas positivas de recuperación en el paciente. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de seguimiento por parte del programa a los pacientes posterior a su alta. • Incumplimiento de la gestión comprometida de parte del programa para coordinar horas médicas. • Nula respuesta de los canales de comunicación formales del programa, por ejemplo, número telefónico. Ocasionando que el paciente quede a la deriva, y deba buscar soluciones privadas para su tratamiento.
Paciente con Coagulopatía (F/A)	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar del mal pronóstico que significa tener gran cantidad de heridas en las piernas, el programa fue efectivo en la recuperación. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. • El equipo clínico es puntual, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información por parte del programa respecto a canales de atención donde pacientes puedan acudir y consultar dificultades en el tratamiento. • Nula ayuda por parte del programa en cuanto al traslado o desplazamiento del paciente para ir al hospital. • Derivación a la APS, sin considerar la traumática experiencia del paciente en estos centros asistenciales. • Errónea estandarización de los procedimientos del programa, al ser realizado en base a protocolos establecidos y, por ende, en desconocimiento de la realidad particular de cada paciente.

		<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia. • Falta de especialistas en las visitas a los domicilios, por ejemplo, nutriólogo y diabetólogo. • Ausencia de educación alimentaria, considerando el potente tratamiento de antibióticos. • Alta prematura a pacientes, es decir sin terminar su tratamiento completo.
<p>2 pacientes con EPOC Exacerbado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa produce expectativas positivas de recuperación en el paciente. • Buen trato en la atención en el domicilio por parte de kinesiólogos y enfermeras. • El programa es efectivo en la recuperación del paciente. • El programa otorga medicamentos al paciente, y posteriormente, coordina con policlínico más cercano para darle continuidad a dicha entrega. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de seguimiento por parte del programa a los pacientes posterior a su alta. • Nula respuesta de los canales de comunicación formales del programa, por ejemplo, número telefónico. Ocasionando que el paciente quede a la deriva, y deba buscar soluciones privadas para su tratamiento
<p>Paciente con Pioderma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La hospitalización en el domicilio es mejor para el paciente y contribuye a una 	<ul style="list-style-type: none"> • Nula comunicación e información por parte del equipo clínico acerca de

<p>Gangrenosa.</p>	<p>recuperación más rápida que en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico es amable, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. • El equipo clínico coordinó rápidamente una ambulancia para traslado de paciente al hospital de día por la presencia de dificultades. • La experiencia de recuperación en el hogar es positiva, debido al apoyo del hospital por medio de los kinesiólogos y enfermeras, y por la red familiar. • El programa produce expectativas positivas de recuperación en el paciente. 	<p>resultados de exámenes realizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala valoración respecto de la atención médica y recuperación del paciente en el Hospital de la Florida, no del programa. • Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia. • Las prestaciones que brinda el consultorio distan significativamente de las que realiza el programa. Provocando en el paciente un cambio significativo en su experiencia, de ser buena en el programa, a ser mala en la APS. • Alta prematura a pacientes, es decir sin terminar su tratamiento completo. • Errónea estandarización de los procedimientos del programa, al ser realizado en base a protocolos establecidos y, por ende, en desconocimiento de la realidad particular de cada paciente. • Ausencia de espacios para que pacientes puedan emitir opiniones respecto del funcionamiento del programa.
<p>2 pacientes con ACV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa permite que el paciente tenga más autonomía y poder de decisión acerca del quehacer. • El programa es efectivo para la recuperación del 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa no brinda una vigilancia o monitoreo diario sobre todo en pacientes que tienen dificultades de movilidad, a diferencia del Hospital. • Cuando el programa no se asegura de que exista una

	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El rol del médico, antes del ingreso al programa, es clave para tener una buena expectativa de recuperación en el paciente. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. • Buen trato -cercano- en la atención en el domicilio por parte de kinesiólogos y enfermeras. • La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente. • El programa otorga medicamentos y equipamiento al paciente cumpliendo una gran función en la recuperación. • Cada integrante del equipo clínico refuerza la educación al paciente, indicando cada integrante de este, ejercicios diferentes para el tratamiento. • El programa es efectivo no solo por la alegría que genera en el paciente al continuar su tratamiento en el domicilio, sino que también libera una cama en el hospital. 	<p>buena red social de apoyo en el domicilio, la experiencia de recuperación se ve afectada por el sentimiento de soledad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canales de comunicación insuficientes entre equipo clínico y paciente, puesto que de un día para otro no va profesional de fonoaudiología, sin explicarle el motivo al paciente. • Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia. • Falta de especialistas en las visitas a los domicilios, por ejemplo, neurólogos. • Mal trato y actitud de enfermeras en la atención en el domicilio. • Poca consideración y empatía por parte de enfermeras con factores externos que ocasionan imponderables en la atención del paciente. • Falta de seguimiento por parte del programa, posterior al alta del paciente. • Ausencia de espacios para que pacientes puedan emitir opiniones respecto del funcionamiento del programa.
<p>Paciente con EAO Crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El entorno que brinda la hospitalización domiciliar resulta en mayor confort y confianza por parte del 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de

	<p>paciente en relación al diario vivir, lo que vuelve la recuperación una experiencia menos desagradable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico más atento, personal y amable en contraste del personal interno del hospital, derivando en percepción o sensación de un personal con mayores aptitudes profesionales. 	<p>atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disconformidad respecto al sistema de turnos para llevar a cabo las atenciones, señalando el perjuicio de la recuperación debido a la rotación entre personal más y menos eficiente en sus labores. • Falta de seguimiento por parte del programa a los pacientes posterior a su alta.
Paciente con Prótesis de Cadera.	<ul style="list-style-type: none"> • El entorno que brinda la hospitalización domiciliar resulta en mayor confort y percepción de confianza por parte del paciente en relación a tareas del diario vivir, lo que vuelve la recuperación una experiencia menos desagradable, permitiendo una evolución más favorable. • Equipo médico más atento, personal y amable en contraste del personal interno del hospital, derivando en percepción o sensación de un personal con mayores aptitudes profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Errores de agendamiento de carácter menor. • Entrega inoportuna por parte del equipo kinesiológico de instrucciones y/o procedimientos para el cuidado propio del paciente.
Paciente con TEP-ICC.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico más atento, personal y amable en contraste del personal interno del hospital, derivando en percepción o sensación de un personal con mayores aptitudes profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Errónea estandarización de los procedimientos del programa o posteriores derivados del mismo, al ser realizado en base a protocolos establecidos y por ende, en desconocimiento de la realidad particular de cada paciente.
Paciente con	<ul style="list-style-type: none"> • El entorno que brinda la hospitalización domiciliar resulta en mayor confort y 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación entre las unidades y/o médicos que realizan atenciones y

<p>FA+PNA.</p>	<p>confianza por parte del paciente con relación al diario vivir, lo que vuelve la recuperación una experiencia mucho más llevable, permitiendo una evolución más favorable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico más atento, personal y amable en contraste del personal interno del hospital, derivando en percepción o sensación de un personal con mayores aptitudes profesionales. 	<p>procedimientos posteriores al programa.</p>
<p>Paciente con Gonartrosis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa es efectivo para la recuperación del paciente, sobre todo porque aborda el aspecto psicológico de este. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. • El programa produce expectativas positivas de recuperación en el paciente. • El equipo clínico es amable, muy capacitado, y visita los domicilios en los días señalados. • Buen trato en la atención en el domicilio por parte de kinesiólogos y enfermeras, quienes contribuyen en una mejor recuperación del paciente. • La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa no indica horarios de visitas a pacientes, dificultando la planificación de este y de su entorno para actividades cotidianas. • Se observa una crítica estructural al modelo de salud en Chile, no propiamente tal al programa. Se espera una atención más rápida, oportuna y de calidad, no así tardía. • Falta de seguimiento por parte del programa a los pacientes posterior a su alta

<p>Paciente con CA MAMA y Fijación Profiláctica Fémur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa, a diferencia de la hospitalización tradicional, permite que la familia tenga un rol activo -apoyo- en la recuperación del paciente. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia. • Cada integrante del equipo clínico refuerza la educación al paciente, indicando cada integrante de este, ejercicios diferentes para el tratamiento. • El programa es efectivo para la recuperación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de realización de exámenes médicos, para dar más seguridad al paciente respecto de su diagnóstico. • Alta prematura a pacientes, es decir sin terminar su tratamiento completo. • Insuficiente resolutivez por parte equipo clínico respecto a soluciones a raíz de dudas del paciente. • Incumplimiento de la gestión comprometida de parte del programa para coordinar horas médicas. • El programa, a diferencia de la hospitalización tradicional, genera más incertidumbre al paciente. Producto de que no hay seguridad respecto al abastecimiento de medicamentos y no hay un especialista monitoreando la recuperación. • Escasa respuesta ante eventuales complicaciones del paciente (parche sucio-necesidad de nueva curación).
---	---	---

Figura 1.4 Aspectos de valoración Tutores Responsables

	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<p>3 tutores responsables de pacientes NAC COVID</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, y a su vez, entregan material didáctico (folletos) para evitar el olvido de estas, generando una mejor experiencia en 	<ul style="list-style-type: none"> • Falla en la manguera del oxígeno que se conecta al ventilador mecánico. • Ausencia de capacitación técnica por parte del programa en el manejo de máquinas o situaciones complejas de salud que pueda presentar el paciente.

	<p>el paciente y tutor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico tiene muy buena disposición para solucionar los problemas que emergen en la recuperación del paciente. • Reforzamiento de las instrucciones médicas por los diferentes integrantes del equipo clínico en las visitas al domicilio. • La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente • Los ejercicios de recuperación por parte del equipo clínico son efectivos, y a su vez, generan mejor comunicación y cercanía con el paciente. • El equipo clínico es puntual, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicancia en la vida laboral, social y educacional del tutor, sobrecarga de tareas. • Disconformidad respecto al sistema de turnos para llevar a cabo las atenciones, señalando el perjuicio de la recuperación debido a la rotación entre personal más y menos eficiente en sus labores. • La rotación de personal genera que la información acerca de la recuperación del paciente no sea la más concisa, generando una sensación de retroceso por parte del tutor. • El programa, por medio del equipo clínico y asistentes sociales, no indican número telefónico de la unidad para resolver dudas emergentes en el tratamiento del paciente. • Aparato de Oximed (oxígeno) no es transportado al domicilio, por la ausencia de coordinación entre el programa y esta institución. • Nula respuesta de los canales de comunicación formales del programa, por ejemplo, número telefónico. • Nula preocupación por parte del programa respecto a patologías emergentes -no por la cual ingresó- en el paciente en su domicilio. • La frecuencia de visita al domicilio por parte de fonoaudiólogos es baja.
--	--	---

<p>3 tutores responsables de pacientes EPOC Exacerbado (Cambio en la disnea/tos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia en el paciente y tutor. • El equipo clínico es puntual, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. • La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente • El programa informa al tutor acerca de sus canales de comunicación, principalmente vía telefónica para comunicar eventuales complicaciones del paciente. • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • La rotación de personal genera un poco de incertidumbre, y sensación de discontinuidad del tratamiento. • Falta de seguimiento por parte del programa, posterior al alta del paciente.
<p>2 tutores responsables de pacientes ACV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. • El equipo clínico es puntual, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras del programa fueron poco empáticas, teniendo una actitud confrontativa. • Las enfermeras tuvieron un trato violento en la comunicación con la tutora. • Las enfermeras realizan procedimientos, sin indicarle al paciente lo que realizarán. • Ausencia de apoyo

	<ul style="list-style-type: none"> Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, entregando material para realizar actividades cognitivas, generando una mejor experiencia en el paciente y tutor. El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente. El equipo clínico se preocupa bastante por el paciente, incluso posterior al alta, dejan sus correos para dudas que puedan emerger. 	<p>psicológico para tutores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mala experiencia con enferma y técnico de enfermería. Ausencia de estimulación al paciente adulto mayor posterior a su alta del programa. Rol de tutor es difícil, en lo físico y mental. Produciendo consecuencias en la convivencia del hogar. Muy poco apoyo a los tutores en el primer periodo del programa, que es cuando el paciente es menos autónomo y no puede valerse por sí mismo.
<p>Tutor responsable de paciente IRA/ ULCERA EEII</p>	<ul style="list-style-type: none"> El programa, a diferencia del consultorio, cuenta con mejores insumos para realizar los procedimientos médicos en el domicilio. Por ejemplo: parches y antibióticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su herida. El programa no otorga capacitación a los tutores, quienes no cuentan con conocimientos médicos. Provocando una sensación de inseguridad, afectando la experiencia. Alta prematura a pacientes, es decir sin terminar su tratamiento de curaciones.

		<ul style="list-style-type: none"> • El programa delega la responsabilidad de que el paciente o tutor coordine su propio ingreso al consultorio, sin tomar en consideración la realidad del paciente.
<p>Tutor responsable de paciente Infección Periprotésica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa realiza exámenes médicos para determinar de mejor manera el diagnóstico del paciente, en este caso su infección. • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. • Los canales de comunicación del programa son efectivos con el paciente y tutor, mejorando la experiencia de ambos. • La frecuencia de visitas por parte del equipo clínico fue apropiada, ya que se realizaron en base a la necesidad del paciente (kinesiología y antibióticos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de apoyo al paciente, y tutor. • En las últimas visitas por parte del equipo clínico no existe puntualidad en las visitas, es decir iban en horarios muy desfasados a diferencia del principio del tratamiento, generando una sensación negativa en el paciente y tutor. • El trato de enfermeras y técnicos de enfermería no fue el más apropiado, realizan procedimientos sin mayor consideración al paciente. • Insuficientes visitas de kinesiología, de acuerdo con la realidad del paciente. • Falta de apoyo de especialistas durante el tratamiento. • El programa delega la responsabilidad de que el paciente o tutor coordine su propio ingreso al consultorio, sin tomar en consideración la realidad del paciente. • Ausencia de orientación a futuro respecto al tratamiento del paciente, posterior a su alta del programa.

<p>Tutor responsable de paciente ICC+ITU</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. • El programa brinda un entorno más seguro para el tratamiento del paciente, contribuyendo a tener mejores expectativas de recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta prematura a pacientes por parte del programa, por indicaciones de médica del Hospital, a pesar de que el paciente no se encuentra en óptimas condiciones. • Insuficientes visitas de kinesiología, de acuerdo con la realidad del paciente. • Nula respuesta de los canales de comunicación formales del programa, por ejemplo, número telefónico. Ocasionando que el paciente quede a la deriva, y deba buscar soluciones privadas para su tratamiento. • Ausencia de soluciones para facilitar el agendamiento o coordinación de hora médico con broncopulmonar. • Ausencia de canales formales por parte del programa, para que pacientes y tutores emitan sus opiniones respecto del funcionamiento de este. • Nula proactividad de ingresar a un paciente que es dado de alta, pero que no está en buenas condiciones.
<p>Tutor responsable de paciente prótesis de cadera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico, específicamente enfermeras, no cumplen con los días de visita al domicilio, acordados previamente con paciente y tutor. Generando incertidumbre, nerviosismo y ansiedad en el paciente. • El programa no señala horarios de atención, solo

		<p>los días de visita, dificultando la planificación del tutor en su quehacer personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información entregada por el equipo clínico no es clara ni precisa, ocasionando confusión en tutores y pacientes. • El equipo clínico no entrega información relevante en el cuidado del paciente, por ejemplo: si puede bañarlo, o si puede hacer tal actividad. Y cuando lo realiza -el equipo clínico- ya es muy tarde. • El programa no otorga una capacitación o conocimientos médicos que generen mayor confianza y certeza al paciente junto al tutor respecto de imponderables que puedan emerger. • El papel de instrucciones de ejercicios para el paciente por parte del kinesiólogo se entrega al final del tratamiento. Generando una sensación de que dicho procedimiento pudo haberse efectuado en la primera sesión.
<p>Tutor responsable de paciente con artritis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa no coordina de buena forma las horas médicas (interconsulta) para el paciente, provocando una mala experiencia. • El programa le señala al paciente que debe acercarse presencialmente a pedir hora médica, sin embargo, no considera su realidad personal y si este, puede trasladarse para ello.

<p>Tutor responsable de paciente con tumor maligno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficientes visitas de kinesiología, de acuerdo a la realidad del paciente. • Ausencia de capacitación o entrega de conocimientos médicos a tutores, para mejorar la experiencia del paciente en el tratamiento. • No existe mayor apoyo por parte del programa a tutores, más aún cuando el diagnóstico del paciente es complejo. • Ausencia de planificación de horarios por parte del programa, generando una mala experiencia al tutor puesto que no puede realizar otras actividades. • Alta prematura a pacientes, es decir, no se asegura el programa de que el paciente vuelva a lo básico (caminar). • Sensación de abandono al paciente, luego de las pocas visitas al domicilio, tampoco existió seguimiento por parte del programa. • El programa no le señala al paciente ni al tutor, que deben continuar el tratamiento en la APS. • El programa no aborda los malestares psicológicos del paciente, sobre todo de los que estuvieron en hospitalización tradicional viviendo experiencias traumáticas.
<p>Tutor responsable de paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente número de atenciones, debido al enfoque orientado al

<p>TEP/ATL LOB y medio derecho.</p>	<p>apoyo al paciente para su recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa realiza capacitación a tutores de cómo administrar medicamentos en el estómago. 	<p>cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de soluciones por parte del programa cuando emerge una nueva patología o dolencia en el paciente. • El programa delega la responsabilidad de que el paciente o tutor coordine su propio ingreso al consultorio, sin tomar en consideración la realidad del paciente. • Sensación de abandono al paciente, luego de las pocas visitas al domicilio, tampoco existió seguimiento por parte del programa. • El programa no cuenta con visitas médicas por parte de especialistas. • La labor de tutor tiene implicancias en la vida personal, laboral y familiar, teniendo poco apoyo por parte del programa en esos puntos. • Las enfermeras no tenían un trato cordial con el paciente, se limitaban solo a labores operativas, descuidando la comunicación.
<p>Tutor responsable de paciente AMP Dedo Derecho/ PIE Diabético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El programa fue efectivo en la recuperación del paciente. • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa no cuenta con el tiempo suficiente para hacer atenciones más personalizadas, generando una sensación negativa en el paciente. • Insuficiente número de

	<p>recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico es puntual, muy capacitado y visita los domicilios en los días señalados. • El programa deriva rápidamente al paciente posterior a su alta en el domicilio, al Hospital de día. 	<p>atenciones, debido al enfoque orientado al cumplimiento de un número determinado de atenciones, en vez de un enfoque en la evolución del paciente respecto de su dolencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa no tiene espacios para emitir opiniones de pacientes ni tutores. • El programa no realiza seguimiento al paciente, posterior a su alta. • Mayor espacio e infraestructura en las dependencias del programa (Hospital de día).
<p>Tutor responsable de paciente ICC Descompensada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo clínico tiene muy buena actitud en la atención y brinda gran apoyo al paciente para su recuperación. • Las instrucciones de recuperación por parte del equipo clínico fueron claras, generando una mejor experiencia en el paciente y tutor. • Los kinesiólogos son bastante proactivos en responder dudas, apoyan al paciente y a su familia, generando una gran experiencia. • El programa es efectivo en la recuperación del paciente, a pesar de las limitaciones de este. 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa no aborda los malestares psicológicos del paciente, sobre todo de los que estuvieron en hospitalización tradicional viviendo experiencias traumáticas.

CONCLUSIONES

Relacionadas con las Jefaturas

Las jefaturas tienen voluntad de hacer cambios en el programa, pero basado en la implementación, medición y seguimiento de indicadores de calidad. Esto permite tener una visión estratégica y centrarse en la satisfacción de los pacientes. Además, busca avanzar en la estandarización de la práctica clínica.

En este sentido, desean mejorar los nexos con la red de atención primaria para que los pacientes puedan continuar su tratamiento, en caso de que lo requieran, en el consultorio o CESFAM respectivo. Junto con ello, impulsar nuevas estrategias de medición -no solo encuesta de satisfacción usaría- para tener una autoevaluación constante de como se está implementando y ejecutando el programa.

También busca mejorar, a través de la implementación de tecnología, un programa que permita llevar un registro y seguimiento acucioso de los pacientes y tutores. Esto es softwares que puedan trabajar gran cantidad de datos y que sistematicen la información a tal modo de evitar errores de tipeo y una mayor eficacia a la hora de estar en conocimiento del tratamiento del paciente.

Por último, instalar una nueva cultura de atención que salga de los hospitalario y sea más bien comunitario. De modo de tensionar el imaginario de que el entorno hospitalario es más eficaz y protegido respecto de un entorno de hospitalización domiciliaria.

Relacionados con el Equipo Clínico

El equipo de salud siente que el programa cumple con sus objetivos. Permite mantener un número constante de pacientes en el programa, y pueden realizar la pauta de tratamiento establecida. No obstante, indican que se debe mejorar la comunicación entre cada entrega de turno, para beneficiar el tratamiento del paciente. Además, proponen mejoras en la dotación clínica del programa, es decir la contratación de profesionales como fonoaudiólogos y trabajadores sociales, contribuiría a una mejor experiencia del paciente en el programa generando un mayor éxito del programa.

Valoran que el programa siempre cuenta con los insumos y profesionales necesarios para realizar su gestión, mejorando no sólo la experiencia del equipo clínico al momento de llevar a cabo la atención, sino que también, contribuye a que los pacientes tengan confianza en los procedimientos que se les realizan.

Al utilizar la planilla Excel de pacientes, proporcionado por el equipo para seleccionar los pacientes para el muestreo, y obtener datos (utilizados en los antecedentes) de los pacientes

promedios del programa, el sexo, grupo etario, diagnóstico, previsión, etc.; se evidenciaron errores de registro.

Relacionadas con los Pacientes

En primer lugar, existe una buena percepción del programa por parte de los pacientes, que se refleja en sus agradecimientos hacia al equipo clínico que los visito en su domicilio. No obstante, existe una sensación de abandono de los beneficiarios adultos mayores, que tiene relación con que concluida las atenciones de hospitalización domiciliaria, no son insertados a su red de atención. Es decir, no quedan las horas de control agendadas para especialistas de acuerdo con su patología y complejidad, sino que es el propio paciente que debe gestionar esta hora, y generalmente cuesta obtenerlas. Esto último implica ir presencialmente al hospital, más aún considerando pacientes con movilidad reducida y a veces sin obtener la hora de manera efectiva.

Otro aspecto y como efecto de lo señalado anteriormente, se produce una pérdida de confianza en el sistema al no cumplirse las promesas por parte del equipo de salud, por ejemplo, “lo llaman” para otorgarle a horas especialista, lo que no sucede en realidad. Y mas complejo aún, la gran mayoría de los adultos mayores entrevistados sostuvieron que no se les indico ningún tipo de número para realizarse seguimiento a las promesas e indicaciones del equipo clínico y mas grave aún, los que sí tenían el número y llamaban, no tenían respuesta por parte del programa.

En general los adultos mayores no se atreven a realizar una evaluación en detalle del programa, valorándolo en primera instancia muy bien, y después de insistir, y ratificar confidencialidad, ellos logran entregar mayores detalles de sus experiencias. Es a partir de ahí que, si ahondan en elementos más críticos del programa, brindando aspectos fundamentales para evaluar y mejorar el programa en sus estándares operativos, como de calidad en el servicio a los beneficiarios.

Relacionados con los Tutores

En primer lugar, y como un aspecto muy relevante, no todos los pacientes cuentan con un cuidador, situación que contradice lo indicado en el programa HD. Entre ellos – cuidadores- se encuentran también adultos mayores. La percepción que tienen del funcionamiento del programa es contradictoria, mas bien agradecen el servicio brindado por el equipo clínico, pero son críticos en la manera de como se lleva a cabo el momento del alta del paciente, y el nulo seguimiento posterior. Además, existen casos particulares de cuidadores-tutores- donde rechazan y critican tajantemente la actitud de personal de enfermería del equipo clínico por tener un trato agresivo.

Un aspecto que indican los cuidadores es que no tienen todas las competencias para atender a los pacientes o a sus familiares, por lo que es importante tener una capacitación al inicio (incluso de reanimación) y con un apoyo y contraparte efectiva. Esto último se destaca, ya que el número de contacto otorgado por el programa para disipar consultas no contesta. Otra área

que mencionan es el apoyo en el ámbito de salud mental, en enfermedades asociadas a traumatismos.

En general, existe una sensación de que no hay acompañamiento hacia los cuidadores, y que el equipo da por sentado que ellos debieran saber todo con relación al cuidado del paciente, lo que no es así. Asimismo, se evidencia una posición más crítica de como se ejecuta el programa, posicionándose desde la exigencia de un derecho que debe cumplirse como es la adecuada atención en salud, y no desde el beneficio que brinda el programa.

Generales

La evaluación cualitativa del programa de Hospitalización Domiciliaria centrado en la percepción de los actores involucrados, otorgo una serie de resultados y hallazgos interesantes para el mejoramiento del programa tanto en sus estándares médicos como sociales. Las conclusiones generales se presentarán, en primer lugar, destacando el vínculo de la presente evaluación cualitativa con el envejecimiento poblacional. En segundo lugar, respecto de la evaluación cualitativa del programa propiamente tal, esto es los elementos más significativos en la experiencia de los actores involucrados en el programa. Finalmente, como la presente tesis, aporta al mundo de la sociología y como lo anterior, abre futuras líneas de investigación que pueden explorarse desde esta disciplina en el mundo de la salud.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que avanza rápidamente en Chile, lo cual sin duda invita al modelo de salud ha replantearse políticas públicas, programas sociales o reformas para abordar de buena manera su impacto. En este marco, la evaluación cualitativa del programa de Hospitalización Domiciliaria del Hospital de la Florida, se propuso ser un aporte al fenómeno indicado, entrevistando solo adultos mayores, que a su vez constituyen el mayor número de pacientes en el programa. Los resultados y hallazgos permiten caracterizar las necesidades, expectativas y carencias de este grupo etario no solo por el servicio brindado por el programa propiamente tal, sino por el mismo modelo de salud. Entre estas es necesario destacar, el asegurar que exista una buena red de apoyo que acompañe al adulto mayor en su tratamiento, tanto en su hogar, como en general.

El asegurar la continuidad de sus tratamientos posterior a cursar un programa en específico, o si necesita una hora médica especializada con relación a su complejidad y patología. Lo anterior debe ir acompañado en una modificación tanto en el programa mismo incorporando médicos especialistas como diabetólogos, nutriólogos, y cardiólogos en las rutas domiciliarias, como en los establecimientos de atención primaria con dichos especialistas, ya que ahí las personas en general continúan sus tratamientos médicos.

Y, además, asegurar un trato respetuoso y digno del equipo clínico hacia la población adulta mayor, en todos sus niveles. Junto con ello, una mayor empatía del modelo de salud hacia la realidad de cada paciente, entendiendo la diversidad de sus complejidades, por lo que es necesario una adecuación al contexto, y no su estandarización.

En suma, es importante impulsar políticas públicas y programas sociales en salud, sobre todo en lo que refiere al envejecimiento poblacional. Lo anterior, puede orientarse desde I) evaluar el impacto de un servicio estandarizado hacia el adulto mayor, para luego impulsar y realizar mejoras al programa y brindar una mejor experiencia a este grupo etario. II) proponer cambios en el modelo de salud, invirtiendo más recursos en prevención de ciertas enfermedades, mayor educación al ciudadano para tener una vida saludable, y vincular al paciente a la red de salud otorgándole facilidades para atenderse en esta. Y III) mayor inversión en la fomentación y creación de cupos para formar especialistas dedicados a las enfermedades que emanan del envejecimiento poblacional, como por ejemplo diabetes, enfermedades respiratorias, cardíacas, cerebros vasculares, úlceras y artritis. En este sentido, urge la necesidad de mayores geriatras, diabetólogos, cardiólogos, neurólogos y nutriólogos.

Respecto a la evaluación del programa mediante la percepción de los actores participantes, existe una buena valoración del programa de todos los involucrados, equipos de salud, beneficiarios y cuidadores. Pese a la buena valoración, se visualizan por parte de todos los involucrados espacios de mejora, que no necesariamente tienen una mirada compartida entre las partes. Por ejemplo, el equipo de salud mira con muy buenos ojos la estandarización de la atención, dado que esto permitiría contar con mejores estándares de calidad en la atención y recuperación de los pacientes; los cuidadores y pacientes indican lo contrario. Es decir, que todos los procesos de recuperación son distintos y que si bien un paciente puede recuperarse con un menor número de atenciones otros pueden demorarse más. Esto se visualiza de mayor forma cuando hay pacientes dados de alta del programa, y sus cuidadores visualizan que no se han recuperado, por ejemplo, que la herida aún no cicatriza. Indican que el acompañamiento debe ser hasta la recuperación del paciente, o en caso contrario que lo deriven a otros dispositivos de salud, pero asegurar que el paciente esté en condiciones reales de ser dado de alta.

Una mirada común, es que debido a la rotación (cambios de turnos) del personal del programa, existe una variabilidad alta en la atención. Es así, que el paciente identifica un trato y atención que la evalúa muy bien, y luego con otro equipo incluso identifica una atención y trato agresivo. El equipo de salud también lo ve como un problema, pero más bien desde la pauta a seguir desde el tratamiento y que incluso a veces el paciente pudiese retroceder desde el punto de vista de su recuperación. Esta situación también la evidencian cuidadores y pacientes, ya que cada vez que son atendidos por otro turno, deben indicar lo que realizó el turno anterior o a veces no perciben que el paciente mejora.

Finalmente, y considerando todo lo anteriormente planteado, esta evaluación cualitativa aporta al mundo de sociología puesto que no solo permite vincularse en el entramado social del programa dando soluciones concretas al mejoramiento de este desde la perspectiva de los actores participantes, sino que aporta conocimientos relevantes para el diseño, gestión e implementación de políticas públicas y programas sociales que aborden el fenómeno del envejecimiento poblacional. Sin duda, mediante los resultados de la presente evaluación, se puede avanzar en la construcción de normas, protocolos y leyes que protejan, y aseguren el bienestar de todos los adultos mayores.

Como línea de estudios futuros, se proponen tres en base a los hallazgos sociológicos encontrados: 1) la población adulta mayor más que exigir un derecho de atención y servicio sanitario, lo percibe como un beneficio el cual debe ser agradecido sin crítica. Lo anterior, constituye algo relevante, puesto que es necesario avanzar hacia un posicionamiento más crítico de este actor, para intervenir de mejor manera los diferentes programas. Por lo tanto, un estudio interesante sería por qué este grupo etario se limita en su formulación crítica, y no exige un derecho. 2) la mayoría de los cuidadores asociados a pacientes son mujeres, por lo que es importante avanzar hacia una mejor caracterización de los impactos y efectos que conlleva esta labor, sobre todo en lo psicosocial. Y 3) avanzar hacia una sociología que explore métodos de vinculación territorial con perspectiva sanitaria, aportando a una mayor cohesión social.

Respecto del Objetivo General y Específicos del Programa de HD

Esta evaluación cualitativa tiene la particularidad de evaluar en función de la percepción de los actores participantes del programa de Hospitalización Domiciliaria. Dicho esto, radica allí su valor complementario a las evaluaciones tradicionales de políticas públicas y programas sociales ya que abarca una dimensión más subjetiva de los procesos y resultantes. No obstante, las evaluaciones en general debiesen evaluar en función de los objetivos concretos y su eficacia presupuestaria. Ahora bien, mediante los resultados y hallazgos de la presente evaluación se puede señalar el cumplimiento o incumplimiento del objetivo del programa, desde una perspectiva cualitativa.

El objetivo general del programa de Hospitalización Domiciliaria del Hospital de la Florida es “Promover, prevenir y recuperar el estado de salud de los pacientes; en ámbitos físicos, psicológicos y sociales, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”. Considerando lo anterior, mediante las entrevistas realizadas a pacientes adulto mayor y tutores responsables/cuidadores, se puede indicar el no cumplimiento del objetivo general del programa. En primer lugar, debido a que no recupera el estado de salud de los pacientes, tanto en lo físico, psicológico como social. En lo físico, algunos de los entrevistados señalan que las atenciones no fueron suficientes para recuperarse de su patología, como también no existió una gestión y coordinación para que los pacientes fueran insertados a la red de atención primaria para continuar su tratamiento. No obstante, existe el agradecimiento por las atenciones y procedimientos clínicos brindados por parte de la unidad de Hospitalización Domiciliaria. Respecto a lo psicológico y social, el programa actualmente no cuenta con indicadores o mediciones que puedan asegurar la recuperación del paciente en dichas dimensiones. Además, existieron entrevistados que señalaron ausencia de apoyo psicológico. En segundo lugar, la aseveración de que, para recuperar el estado de salud de los pacientes, se debe mantener la calidad, el respeto y la dignidad humana, mediante los resultados de esta evaluación se puede indicar que no se cumple en la realidad. Las entrevistas señalan que había profesionales de la salud que visitaban los domicilios que no cumplen con garantizar un trato digno y respetuoso.

Asimismo, se pueden abordar los objetivos específicos del programa de Hospitalización Domiciliaria, y es posible mediante esta evaluación indicar el incumplimiento de alguno de sus objetivos. En primer lugar, respecto al objetivo que refiere en dar continuidad al tratamiento del

paciente en dependencias de su domicilio cuando presentan condiciones de alta precoz, se puede señalar mediante los resultados que hay pacientes que no tienen la oportunidad de continuar su tratamiento, aun cuando no se encuentran recuperados de su patología. En segundo lugar, respecto al objetivo de capacitar a pacientes, familia y/o tutor responsable en los procedimientos básicos para la recuperación y cuidado del paciente, puesto que existe un consenso importante entre los entrevistados que la capacitación debiese ser más efectiva y completa. Y, por último, el objetivo que refiere a monitorear la evolución del paciente durante su estancia en el programa, ya que no existe un seguimiento efectivo por parte del programa puesto que solo se cumple con la visita por parte del equipo clínico, pero no existe un seguimiento telefónico o una contraparte efectiva en el programa que responda las dudas, inquietudes y ayude al paciente.

Por lo tanto, mediante esta evaluación cualitativa que, si bien no indica explícitamente que evaluara en función de los objetivos y definiciones técnicas del programa, si es posible mediante los resultados y hallazgos obtenidos, advertir con certeza el incumplimiento de sus objetivos. Como recomendación, es necesario revisar y reformular los objetivos del programa, puesto que los actuales (general y específicos) son bastante ambiciosos puesto que abarcan diversas aristas, y que, al corroborarlo en la realidad mediante el relato de los participantes, no se cumplen.

Respecto a la Ética en la Evaluación

La presente evaluación cualitativa cumplió con todas las exigencias éticas, puesto que para poder desarrollarse y ejecutarse, requirió la autorización del Comité de Ética del Hospital de la Florida. Se solicitó documentación referida a consentimientos informados para trabajar con personal del hospital, como también con pacientes y tutores responsables. Junto con ello, se presentó un documento teórico y cartas de compromiso. Al aprobarse lo anteriormente mencionado, se inició la evaluación.

Además, y tomando en consideración el texto de Emanuel (1999) que refiere a que consideraciones se deben tener en cuenta para que la investigación clínica sea ética, el autor sostiene que son siete los requisitos éticos: 1) valor social/científico, 2) Validez científica, 3) Selección equitativa de los sujetos, 4) Razón riesgo/beneficio favorable, 5) Evaluación independiente, 6) Consentimiento informado, y 7) Respeto por los sujetos inscritos. Ahora bien, entendiendo que esto aplica a la investigación, es necesario mencionar que tanto la investigación como la evaluación comparten similares procedimientos éticos. En este sentido, la presente evaluación cumple con estos requisitos, donde destaca que la selección de sujetos fue de manera equitativa con potencial beneficioso de participar en la evaluación, y que siempre se respetó la autonomía de los sujetos entrevistados.

SUGERENCIAS

Para abordar la **sensación de abandono del paciente o pérdida de confianza** se sugiere una comunicación periódica hasta el alta con los cuidadores y vincular al programa de HD con instancias o departamentos ya existentes en el hospital, dado que requiere el mismo soporte que los servicios al interior del hospital, es decir, al atender un número de pacientes promedio mensual mayor al número de camas que tiene el hospital, debe tener concordancia con el uso de las unidades de apoyo o soporte existentes. Por ejemplo, trabajar con los gestores de casos que facilitan la toma de hora de especialistas o los que tienen relación con el equipo de atención primaria. También recibir apoyo desde la innovación tecnológica con programas de seguimiento telemático por mencionar un ejemplo.

Revisar el protocolo, en cuanto al **cumplimiento de contar con un cuidador** para ingresar al programa. En base a lo registrado en la planilla de seguimiento, se pueden encontrar en el campo del cuidador varios registros en que el paciente es su propio cuidador. No obstante, esto no fue objeto de esta evaluación, por lo que sería importante que el equipo de salud revise esta situación, y en caso de ser necesario realice cambios en el protocolo

En cuanto a **fortalecer las competencias de los cuidadores**, evaluar con las áreas de apoyo de su hospital (Depto. Comunicaciones o Capacitación) distintas estrategias que permitan transferir los conocimientos necesarios para otorgarles mayor seguridad a los cuidadores. Por ejemplo, en base a diagnósticos y /o tratamientos más frecuentes diseñar capsulas o videos (tipo youtube) que le permitan al cuidador contar con una guía constante, o alertas más frecuentes que él debe observar, para discernir cuales debieran ser reacciones normales.

Del registro y la calidad de los datos que utiliza el equipo clínico para el monitoreo del programa. La herramienta que se utiliza para el seguimiento y evaluación del programa es una planilla excel, sin celdas autoseleccionables que no permiten mantener una consistencia y/o clasificación de los campos en base a los registros nuevos que se van introduciendo. Además, se trabaja en hojas separadas por mes, lo que no permite realizar análisis comparativos mensuales, sin tener que agrupar en otra hoja la totalidad de los datos acumulados a la fecha de corte.

De los campos que se registran, se observan:

- Errores de registro por arrastre o repetición hojas Excel de meses anteriores, las cuales tienen la finalidad de arrastrar a los pacientes que siguen en el programa de un mes a otro. No obstante, esta práctica genera errores en el ingreso de la fecha al programa, pacientes que no corresponden que estén registrados ese mes o la falta de registro. Esto impacta cuando se desea calcular el tiempo de permanencia en el programa, outliers y promedios.
- Los días de permanencia en el programa se registran de forma manual, y no a través de aplicación de fórmula en planilla Excel. Al aplicar fórmula entre fechas de alta e ingreso al programa, se evidencia errores, por ejemplo, otorgando días de permanencias negativos o de sólo unos pocos días
- Respecto de la edad de los pacientes, no existe columna de rangos etarios y de agrupación por “adulto” u “adulto mayor”, lo que no permite utilizar los datos para estrategias de focalización

- Los campos que revisten problemas de registro son el sexo, previsión, tramo, nacionalidad, categoría, CESFAM y parentesco. por lo que, al aplicar filtros, su agrupación se debe revisar y corregir errores para efecto de análisis.
- El campo de mayor dificultad tiene relación con el diagnóstico, que no sigue ninguna estandarización

Se sugiere trabajar o vincularse con el departamento del ámbito de los sistemas de información que apoye con una solución acorde a la necesidad del programa y también con la unidad que codifica diagnósticos.

Finalmente, **respecto a los objetivos, tanto general y específicos del programa**, se solicita a las jefaturas como al equipo clínico del programa, en conjunto con el evaluador afinar y ajustar los objetivos en función de no crear expectativas erróneas tanto para el paciente y el tutor responsable, cuando ingresan al programa. Lo anterior, acompañado de crear instancias participativas entre los distintos estamentos que componen el programa. Otorgando más voz a los pacientes y tutores para que expresen la realidad de cómo se implementa el programa, sobre todo incentivando la participación de adultos mayores, entendiendo que son sujetos de derecho y que deben ser tratados de manera digna, como también, valorar que sus percepciones pueden ser de gran ayuda para la construcción de nuevos programas en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica* (México), 26(73), 249-264.
- Aguilar, M. y Ander-egg, E. (1994). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lumen.
- Albala, C., García, C., & Lera, L. (2000). *Salud, Bienestar y Envejecimiento en Santiago, Chile (SABE)*. Publicación Científica y Técnica No.609.
- Alfonsín, F. L., César, M. A. S., Iraurgi, B. A. E., & Doval, A. G. (1997). Evaluación de una experiencia de hospitalización a domicilio en el paciente traumatológico. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 20(4), 195-197.
- Andréu, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces
- Arias, C. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horizonte Pedagógico*, 8 (1), 9-22.
- Aquino Llave, A. S. (2018). *Plan Global Kinesiología del Adulto Mayor*.
- Artaza, O., & Barría, M. (2016). *Modelo De Gestión De Establecimientos Hospitalarios*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Serie Cuadernos Manual Administrativo N°9. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social/ fundamentals of social investigation*. Ciudad de México, México: Cengage Learning Latin Am.
- Ballart, X. (1992). *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso*. Madrid, España. Ministerio para las Administraciones Públicas. Serie Administración del Estado.
- Barrios, L. (2014). ¿Qué infraestructura necesita la Salud de Chile? IPSUSS. Recuperado de: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/luis-barrios/que-infraestructura-necesita-la-salud-de-chile/2014-10-28/193648.html>
- Becerra, S. (2019). *Visión Sistémica y Origen de la actual crisis social en Chile*. Gerópolis UV. Recuperado de: <https://geropolis.uv.cl/noticias/211-vision-sistemica-y-origen-de-la-actual-crisis-social-en-chile>
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., & Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile*, 145(3), 373-379.

Blanco, M. & Castro, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 27(4). Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/plwllumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>.

Bodenhofer González, C. (2018). Estudiantes trans tensionando el cis-tema escolar. Experiencias de comunidades educativas en transformación. Repositorio U Chile.

Buss, M., López, M., Rutz, A., Coelho, S., Oliveia, I., & Mikla, M. (2013). Focus group: a technique for data collection in qualitative research. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 75-78. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100016>

Bustamante, N. (2006). Descripción y análisis del modelo de Hospitalización Domiciliaria. Administración y TIC en salud. El hospital. Recuperado de : www.elhospital.com/temas/Descripcion-y-analisis-del-modelo-de-hospitalizacion-domiciliaria+8046429

Bustelo, M. (1999). Diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas. *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, 4, 9-29.

Canales, M. (Ed.). (2014). Escucha de la escucha: Análisis e interpretación en la investigación cualitativa. LOM

Candal Pedreira, C. (2019). Experiencias de cuidadores principales de enfermos terminales: hospitalización a domicilio.

Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., & Ródenas Rigla, F. (2015). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención social.

Charmaz, K. 2013. La teoría fundamentada en el siglo XXI: Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social, pp. 270-325. En: N. K. Denzin; Y. S. Lincoln (comps.) *Estrategias de investigación cualitativa: Vol. III*. Buenos Aires: Gedisa.

Chujandama Sangama, L. (2019). Percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital II-2 Tarapoto, marzo-agosto 2018.

Cordray, D. & Lipsey, M. (1987). Evaluation Studies for 1986: Program Evaluation and Program Research. *Evaluation Studies Review Annual* 11 (1986):17-44.

Cottet, P. (2006). "Diseños y estrategias de investigación social. El caso de la ISCUAL". En M. Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp.185-217). Santiago, Chile: LOM Ediciones

Del Rosal, F. M., García-Iturrospe, E. J. A., & Pascual, F. S. (2004). Hospitalización domiciliaria: salud mental. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

De Sosa Silva, J. R., Heck, R. M., Schwartz, E., & Schwonke, C. R. G. B. (2009). El enfermero en el programa de internación domiciliaria: la visión del usuario y de la familia. *Enfermería global*, (15), 0-0

Dois, A, et al., (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Chile Minist Salud: Santiago Chile.

Duarte, K., Canales, M., & Cottet, P. (2016). Youth talking: notes on social research practices and logics. *Cinta de moebio*, (57), 275-284. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300003>.

Duarte, K. (2014). "Construcción de objetos de investigación". En M. Canales (Ed.), *Investigación social. Lenguajes del diseño* (pp.231-245). Santiago, Chile: LOM Ediciones

Emanuel, E. (1999). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 1999, 33-46.

Farah, C. 34.000 personas en edad de jubilar se inscribieron en Fonasa el 2018. Últimas noticias.

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.

Fonseca Figueroa, J. (2015). Caracterización de los usuarios y de las prestaciones de la unidad de hospitalización domiciliaria del hospital San Juan de Dios, desde octubre 2010 hasta junio 2014, Santiago (Doctoral dissertation).

Gainza, A. (2006) "La entrevista en profundidad individual". En M. Canales (Ed.), *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios* (pp.219-261). Santiago, Chile: LOM Ediciones.

García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei*, 74.

García, E. G., Carretero, M. E., Rodríguez, M. Á. P., & Osuna, A. F. (2005). Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica*, 15(4), 220-226.

Giménez, R. (2006). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio de la creación de empresas. XX Congreso anual de AEDEM (pág. 44)

Giraldo, C. I., Franco, G. M., Correa, L. S., Salazar, M. O., & Tamayo, A. M. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2).

Godoy, G. (2020) Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y em qué trabajan? INE. Recuperado de: <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile/>

- Gonzales, R., Verde, C., Pastor, E. (2018). El Trabajo Social en los sistemas de salud: nuevos espacios de intervención. *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*, 8(2), 139-149.
- Goulding, C. (1998). Grounded theory: The missing methodology on the interpretivist agenda. *Qualitative Market Research: An International Journal* 1(1), 50-57.
- Granados-García, V., Sánchez-García, S., Ramírez-Aldana, R., Zúñiga-Trejo, C., & Espinel-Bermúdez, M. C. (2018). Costos por hospitalización de adultos mayores en un hospital general regional del IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(S1), 64-70.
- Guba, E. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park: Sage
- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, Y., & Galindo, R. (2007). El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz.
- Ibarra, C & Beas, L. (2012). LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: UN DESAFÍO PARA LAS ENFERMERAS EN EL PRESENTE. *Revista Horizonte de Enfermería*, 23(1), 9-11.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1986). Research, Evaluation, and Policy Analysis: Heuristics for Disciplined Inquiry. *Policy Studies Review* 5 (February 86) (3): 546-565
- Larrue, C. (2000). *Analyser les politiques publiques d'environnement*, L'Harmattan, París.
- López, F (2003). QUÉ ES LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y LA INTRODUCCIÓN A SU GESTIÓN. *Enfermería Global*, 2(2).
- Maluenda, H. (2015). *Percepciones y expectativas de personas cuidadoras del programa de atención domiciliaria del CESFAM Pablo Neruda de Lo Prado* (Doctoral dissertation).
- Marín-Navarro, V., Freire Figueroa, F., Poblete Figueroa, C., & Montt Garrido, R. (2021). Kinesiología en las unidades de hospitalización domiciliaria en Chile. *Hospital a Domicilio*, 5(1), 17-28.
- Mas, M. À., & Santaeugènia, S. (2015). Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(1), 26-34.
- Matos Bazó, R. (2005). Enfoques de evaluación de programas sociales: Análisis comparativo. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(2), 360-380.
- Merino, M. (2010). *Fundamentos de evaluación de políticas públicas*. Agencia de Evaluación y Calidad. España, 120.

Minardi Mitre Cotta, R., Suárez-Varela, M. M., Cotta Filho, J. S., Llopis González, A., Días Ricós, J. A., & Ramón Real, E. (2002). La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 253-261.

Minardi Mitre Cotta, R., Cotta Filho, S., Morales Suárez-Varela, M. M., Llopis González, A., Real, E. R., & Días Ricós, J. A. (2004). Envejecimiento y hospitalización domiciliaria. *Index de Enfermería*, 13(47), 16-20.

MINSAL, (2005). Modelo de Atención Integral En Salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales: División de Gestión De La Red Asistencial. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

Montoya Moreno, N. C. (2017). Roles, funciones y escenarios en los que se desempeña el fonoaudiólogo en su quehacer profesional con la población adulta mayor.

Montoya Cala, M. C. (2014). Arte clown y experiencias de sí mismo en un niño con diagnóstico de cáncer bajo hospitalización domiciliaria.

Morales, A. (2016). Hospitalización domiciliaria en ancianos. *Acta Médica Colombiana*, 41(3), 167-168.

Naranjo, M. (2006). Evaluación de programas de salud. *Comunidad y salud*, 4(2), 34-37.

Nieto Rincón, M. A. (2018) Percepción de calidad del servicio de atención domiciliaria en los pacientes de Cepain IPS de la ciudad de Tunja (Boyacá).

Olivares-Tirado, P.& Salazar, E. (2006). Impacto del Envejecimiento en Salud: Chile 2002-2020. Departamento de Estudios y Desarrollo. MINSAL. Recuperado de: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4021_recurso_1.pdf.

Ortega Palavecinos, M. (2018). Descripción del modelo de hospitalización domiciliaria de un hospital público de Chile (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano).

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Enfermería. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>

Oterino de la Fuente, D., Peiró Moreno, S., Marchan Rodríguez, C., & Ridao López, M. (1998). Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Revista española de salud pública*, 72(6), 517-527.

Pavlovic, A., Calderón, Ó., Muñoz, E., Cárcamo, M., Triana, J., & Morales, K. (2016). Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile. *Acta Médica Colombiana*, 41(3), 187-190.

Peroni, A. (2014). Diseño Integral de una Intervención Social (programas y proyectos). Núcleo de Evaluación de Políticas Públicas. Santiago, Chile.

Pichardo, A. (1993). Evaluación del impacto Social. El valor de lo humano ante la crisis y el ajuste. Buenos Aires, Argentina. Editorial HVMANITAS.

Puchi Gomez, C. A. (2019). Indicadores para evaluar de forma integral la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria.

Puchi, C., & Jara, P. (2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería universitaria*, 12(4), 219-225.

Quijano, M. (2001) La percepción y los órganos de los sentidos. *Revista Facultad de medicina UNAM*, 55(1), 3-5.

Reis, C. S. D., Noronha, K., & Wajnman, S. (2016). Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 33(3), 591-612.

Rizo, M. (2007). Intersubjetividad, comunicación e interacción. Los aportes de Alfred Schütz a la Comunicología. *Razón y palabra*, (57).

Rocha, M. L. P., López, C. R. G., & Vacca-Casanova, A. B. (2019). Percepción de directivos de programas de atención domiciliaria en el departamento del Meta. *Orinoquía*, 23(1), 95-104.

Salas Saavedra, B. A., & Galiano Galvez, M. A. (2017). Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes. *Ciencia y enfermería*, 23(1), 35-44.

San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y ATLAS.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa* 16(1): 104-122.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Contus.

Toronjo-Gómez, A. (2001). Cuidador formal frente a cuidador informal. ECOS. Rincón Científico. Recuperado de: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/12-2-2001-59.pdf>

Varela, L. F. (2013). Nutrición en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 24(3), 183-185.

Wells, K. (1995). The strategy of Grounded theory: Possibilities and problems. *Social Work Research* 19(1), 33-37

ANEXO 1: La Hospitalización Domiciliaria y su historia

La atención y cuidados domiciliarios han existido a través de la historia, antes del siglo XX era de carácter informal, donde los actores encargados de realizar estas tareas de cuidado eran principalmente la familia, la iglesia o el voluntariado (Fonseca, 2015).

En el siglo XX persiste la atención domiciliaria y se inicia el auge de la institucionalización de atención en salud. Es así como en 1947 en Nueva York surge la Hospitalización Domiciliaria en el hospital Guido Montefiore a cargo del Dr. Bluestone, quien “planteó al paciente como ser social y la importancia de conocer a su familia, su vivienda, su entorno y así lograr comprender los factores sociales en la evolución de la enfermedad” (Fonseca, 2015, p.8). A raíz de lo anterior, en Estado Unidos se crea el programa de Cuidados Domiciliarios que tiene por objetivo descongestionar las salas hospitalarias, y a su vez, brindar a los pacientes cuidados más humanitarios en un entorno favorable y satisfactorio para su recuperación.

En Europa, se crea la primera unidad de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital de Tenon en la ciudad de Paris en 1951, que se define como “una alternativa asistencial del Área de Salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados Médicos y de Enfermería, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja” (Lopez, 2003, p.2). Por añadidura, el modelo francés se centra en la atención y recuperación de enfermos crónicos y terminales prestando servicios de cuidados paliativos. En 1965 nace, en el Reino Unido, el Hospital Care at Home (Desde el Hospital a los cuidados de salud en el Hogar) producto de la elaboración de políticas que promovían alternativas para pacientes institucionalizados y/o con patologías agudas. Y también, como estrategia para reducir el número de camas con pacientes de larga estadía (Fonseca, 2015).

Siguiendo con países europeos, en el Hospital Provincial Gregorio Marañón de España se instala la primera unidad de Hospitalización Domiciliaria en 1981 definida como “aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente” (Lopez, 2003, p.2) Posteriormente, esta estrategia se incorpora en diversos hospitales de España “con diversidad de criterios de funcionamiento y criterios de selección de diagnósticos de ingresos” (Fonseca, 2015, p.9). Las principales prestaciones de servicios iban dirigidas a pacientes que presentaban patologías como VIH, cuidados paliativos, nutrición parenteral, pacientes pos cirugía mayor ambulatoria. Otros países europeos también implementaron la estrategia de Hospitalización Domiciliaria como Suecia “Hospital Based at Home”, Italia “Trattamento a Domicilio o Ospedalizzazione” y Alemania “Haüslische Krankenpflege”.

Con respecto al continente americano, específicamente Canadá, se crea un programa piloto llamado “Hospital Extra Mural”, orientando sus servicios a pacientes postquirúrgico como una opción de alta temprana y requerimientos de tratamientos antibióticos parenterales. Siguiendo esta en Latinoamérica la Hospitalización Domiciliaria existe en países como Argentina, Venezuela, Brasil y Colombia (Puchi,2019).En el caso de Argentina lleva más de 30 años, pero con relevancia mayor en los años 90, principalmente en el sistema privado. Por otra parte, el caso colombiano se remonta al 1993 con la iniciativa de la fundación Santa Fe que impulsa el programa “Home Care” (Cuidados en el Hogar), que posteriormente provocaría el desarrollo de este tipo de programas en el resto del país.

Finalmente, en Chile existen antecedentes de las primeras iniciativas de la instalación del modelo de Hospitalización Domiciliaria en la década de los 60' en el programa medico asistencial domiciliario, en el Hospital Salvador en Santiago (Fonseca, 2015). Pero será recién en 1989 que se institucionaliza esta modalidad a través del sistema de salud privado. Desde ese año, se fue presentando una lenta pero creciente frecuencia de uso favorecida por un dictamen de la 38 superintendencia de Salud que en el año 2005 la validó como un sistema de hospitalización distinto a una clínica tradicional (Puchi,2019).

En el sistema público de salud, la Hospitalización Domiciliaria se comenzó a desarrollar a partir del año 2002 como parte de las estrategias de transformación de la gestión hospitalaria. En el centro y sur de Chile la Hospitalización domiciliaria se implementó en el año 2010 en el Hospital San Juan de Dios y posteriormente en 2011, en 10 Hospitales públicos con el objetivo de ser “una estrategia ministerial innovadora para apoyar la pérdida de camas hospitalarias que se vivió posterior al terremoto del 27 de febrero del año 2010 y que afectó esta zona del país” (Puchi,2019).

ANEXO 2: Estudios de Atención Domiciliaria “Experiencias de su Implementación”

Respecto a la Atención Domiciliaria existe vasta publicación que ahonda en estas complejidades en actores específicos, es decir gestores (directivos), ejecutores (equipo médico), usuarios y cuidadores/familiares. Dado que ambas estrategias, tienen en común de otorgar prestaciones extramuro, es decir fuera del hospital y que el núcleo de los cuidados se realiza en el hogar de la persona enferma con asistencia del grupo familiar o cuidador, se tomaran estas experiencias por su similitud.

Con respecto a estudios nacionales, se puede destacar el de Salas y Galeano (2017) que por medio de su investigación determinaron si existen diferencias entre las enfermeras de pacientes hospitalizados y sus familiares, respecto de la percepción de cuales conducta de cuidado son importantes. Para lograr lo anterior, aplicaron una metodología de tipo cuantitativa. Las unidades de análisis fueron las enfermeras y familiares de pacientes hospitalizados en unidades y servicios de un Hospital de Santiago de Chile. El tipo de muestreo de pacientes y enfermeras fue por conveniencia. Se consideraron todos los pacientes que estuvieron hospitalizados entre marzo y julio del año 2014 en los siguientes 6 servicios: Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, Unidad de Tratamiento Intermedio, Servicio Médico-Quirúrgico, Servicio de Pediatría y Sección de Hospitalizados del Servicio de Urgencia. En relación con las enfermeras, se consideraron todas las de los servicios descritos, por lo que la muestra estuvo constituida finalmente por 54 enfermeras y 96 familiares de pacientes. Con relacion al análisis de las conductas, estas se representan por medio de subescalas cuyas son: a) es accesible, b) explica y facilita, c) conforta, d) se anticipa, e) mantiene relación de confianza y f) monitorea y hace seguimiento. Los principales resultados muestran que las categorías y conductas de cuidados son diferentes para las enfermeras y los familiares de pacientes de los pacientes, evidenciando diversas posiciones de elección observadas en este estudio. No obstante, existe una priorización por la primera conducta en ambos grupos, representada por la subescala “monitorea y hace seguimiento”. A partir de ello, se puede concluir que la priorización de las categorías y conductas de cuidado entre las enfermeras y los familiares de los pacientes son diferentes y como primera selección se enfocan hacia conductas del tipo técnicas, más que al desarrollo de habilidades sociales.

Asimismo, destaca el estudio de Maluenda (2014) quien explora las percepciones y expectativas que tienen las personas cuidadoras de usuarios/as con dependencia severa que pertenecen al programa de atención domiciliaria, cuyo se implementa en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Pablo Neruda De Lo Prado. La metodología que se empleo fue de carácter cualitativo inspirado en la tradición fenomenológica abordando el contexto social de la persona cuidadora y sus percepciones y expectativas de un programa de atención primaria de salud que le ofrece asistencia técnica para cuidar una persona con dependencia severa. En la producción de datos se utilizó entrevistas en profundidad mediante un muestreo intencionado que fueron grabadas en audio y transcritas para su análisis. Respecto de los resultados, refieren a que las principales percepciones de las personas cuidadoras respecto al programa se relacionan con el apoyo técnico y económico que han tenido de éste a lo largo de su quehacer, el aprendizaje logrado gracias a las intervenciones educativas y las visitas domiciliarias; evidenciando una percepción positiva del programa en general. Sin embargo, esperan que aumente el recurso humano en los centros de salud además de aumentar las ayudas para brindar una mejor atención en los hogares. A modo de conclusión, Maluenda (2014) considera que las opiniones de las personas cuidadoras resulta esencial para el funcionamiento de las instituciones con el objetivo de que la política sanitaria derive en un diálogo permanente entre instituciones, comunidades y usuarios/as cumpliendo con la propuesta que plantea las Funciones Esenciales de Salud Pública, específicamente la relativa a la Promoción de la Salud que pretende alcanzar una corresponsabilidad en los cuidados de salud de la población.

Con respecto a estudios internacionales, se puede destacar el de Nieto (2018) quien midió la calidad de la atención brindada en el programa de atención domiciliaria a los usuarios de Cepain IPS de la ciudad de Tunja, Colombia. La IPS cuenta con dos programas de atención: pacientes que presentan patologías agudas y pacientes con patologías crónicas. De estos grupos de pacientes se seleccionó la muestra de 80 participantes a los cuales se les aplicó la encuesta y de allí se interpretó que la gran mayoría de pacientes muestra un alto grado de satisfacción con los servicios prestados, es decir una muy buena percepción de los servicios brindados, así como la calidad en los procedimientos realizados y la calidez humana del personal. En este sentido, disminuyeron los reingresos a las clínicas por las mismas patologías con las cuales ingresaron al programa, como también, existió un aumento de la demanda de los servicios de hospitalización domiciliaria ya que los pacientes manifestaron una más pronta recuperación de sus patologías. Por el contrario, una cantidad pequeña de los encuestados refirió no estar a gusto con los servicios prestados y particularmente con la dotación de artículos de aseo en la IPS. Pudimos evidenciar que se disminuyeron los reingresos a las clínicas por las mismas patologías con las cuales ingresaron al programa, también se observó el aumento de la demanda de los servicios de hospitalización domiciliaria ya que los pacientes manifestaron una más pronta recuperación de sus patologías.

Siguiendo en esta línea, otro estudio internacional a destacar es el de Rocha et al (2019) quienes estudiaron la percepción de los directivos de los programas de Atención Domiciliaria (A.D). A modo de contexto la Atención Domiciliaria existente en la región cuenta con un nivel organizacional que permite identificar un modelo de atención integral con enfoque familiar y diferentes modalidades de atención como hospitalización en casa, atención domiciliaria a demanda o programada y atención de urgencias principalmente. Junto con ello, cuentan con equipos interdisciplinarios competentes y recursos tecnológicos que facilita un cuidado seguro y terapéutico en diferentes situaciones de salud. Ahora bien, analizaron como se constituye la estructura del cuidado desde la perspectiva de las instituciones prestadoras de este servicio en el Departamento del Meta en Colombia. En este sentido, el estudio es de carácter cualitativo, descriptivo con enfoque fenomenológico. La muestra se constituyó de directivos de 8

programas de A.D existentes en los municipios de mayor desarrollo socioeconómico de Villavicencio (municipio capital). Los resultados de este estudio permitieron identificar tres categorías de análisis: Calidad y satisfacción del usuario, Integralidad de la atención y Autocuidado como base del crecimiento personal. A raíz de lo anterior, los resultados concluyen que la percepción encontrada en los directivos está fundamentada en una intencionalidad que favorece el desarrollo de un modelo de atención integral participativo, que facilita el crecimiento personal, el fortalecimiento del autocuidado y el empoderamiento de los usuarios para acompañar diferentes situaciones de salud en el ámbito domiciliario. Todo lo anterior, es fundamental para la organización y prestación de un cuidado seguro y de calidad.

Otro estudio interesante es el de García et al (2005) quienes estudian la opinión y vivencias de las cuidadoras, y las expectativas y demandas con respecto a las profesiones de enfermería que realizan las visitas domiciliarias. El estudio fue de carácter cualitativo realizado en Andalucía, cuya muestra fue mujeres cuidadoras de pacientes de cáncer en fase terminal, ancianos con demencia y enfermos terminales de sida. Para lo cual, se realizaron entrevistas en profundidad y grupos de discusión de análisis de contenido. En lo que respecta a los resultados, se identificaron 6 tipos de cuidados realizados por las cuidadoras- familiares: higiene, alimentación, eliminación, movilidad, realización de curas y administración de medicación. Las cuidadoras manifestaron su satisfacción con la competencia técnica y la comunicación de las enfermeras. Sin embargo, la valoración es deficiente respecto a la frecuencia de las visitas hospitalarias y a la formación que reciben, puesto que las cuidadoras demandaron actividades formativas en técnicas específicas para realizar curas y pautas de alimentación y en actividades de prevención y promoción de la salud como cambios posturales y ejercicios de movilidad. A raíz de lo anterior, el estudio concluye, por un lado, que la labor realizada por cuidadoras supone una sobrecarga emocional y de trabajo que afrontan, en muchos casos, sin tener la competencia técnica adecuada, y por otro, que es necesario aumentar la frecuencia de visitas domiciliarias de enfermería y la formación más integral de las cuidadoras.