

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“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”**

JÉSSICA FONSECA FIGUEROA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: MAG. HERMINIA SALINAS GÁLVEZ

Santiago, Julio 2015

INDICE DE CONTENIDOS:

Capítulo I: Introducción	5
Justificación del Estudio	6
Capítulo II: Marco Teórico de Referencia	8
Reseña Histórica	8
Definiciones de Hospitalización Domiciliaria	9
Aspectos Legales y/o normativos	11
Objetivos de la Hospitalización Domiciliaria	12
Ventajas de la Hospitalización Domiciliaria	12
Desventajas de la Hospitalización Domiciliaria	13
Tipos de Pacientes y Diagnósticos Asociados	14
El Hospital	14
El Hospital San Juan de Dios y la Unidad HD	15
Ámbito de Acción	17
Capítulo III: Objetivos	20
General	20
Específicos	20
Capítulo IV : Metodología	21
Diseño de Estudio	21
Definición de la Población en Estudio	21
Definición de Muestra	21
Tipo de Muestra	21
Tipo de Muestreo	22
Unidad de Análisis	22
Criterios de Inclusión	22
Variables en Estudio	22
Instrumento de Recolección de Datos	25

Fuentes de Datos	25
Análisis de los Datos	25
Forma de Representación de los Datos	26
Limitaciones del Estudio	26
Aspectos Éticos	26
Capítulo V : Resultados	
Gráfico N°1: Distribución de la muestra según sexo	27
Gráfico N°2: Distribución de la muestra según edad en grupos por cuartiles.	28
Gráfico N°3: Distribución de la muestra según sexo por grupos de edad.	28
Gráfico N°4: Distribución de la muestra según previsión.	29
Gráfico N°5: Distribución de la muestra según previsión.	29
Gráfico N°6: Distribución de la muestra según tutor responsable.	30
Gráfico N°7: Distribución de la muestra según tutor responsable por grupos de edad.	30
Gráfico N°8: Distribución de la muestra según diagnóstico.	31
Gráfico N°9: Distribución de la muestra según comuna por grupo de edad.	31
Gráfico N°10: Distribución de los diagnósticos según sexo.	32
Gráfico N°11: Distribución de las intervenciones según diagnósticos.	32
Gráfico N°12: Distribución de la muestra según número de visitas por diagnóstico.	33

Gráfico N°13: Promedio de días de hospitalización según diagnóstico.	33
Gráfico N°14: Días hospitalizados totales	34
Gráfico N°15: Distribución de la muestra según criterio de egreso	35
Capítulo VI: Discusión y Comentarios.	35
Capítulo VII : Conclusiones	38
Capítulo VIII : Bibliografía	42

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN:

El fenómeno demográfico del envejecimiento mundial, del cual Chile no está quedando ajeno, nos lleva a reflexionar en el rediseño de estrategias de las políticas públicas en el ámbito financiero, político y social.

La mayor esperanza de vida, con condiciones sociales y culturales que han fomentado cambios significativos en los estilos y conductas de vida, como es el sedentarismo, el efecto del stress, la alimentación, los hábitos como el alcohol y el tabaco, los que constituyen factores de riesgo para la aparición de pacientes con más comorbilidades y con un incremento de los costos de la atención intrahospitalaria¹, ocasionando en nuestro país un aumento del requerimiento de servicios sanitarios. En consecuencia, se intensifican las listas de espera para atención de especialistas, listas de espera quirúrgica y la saturación de las unidades de urgencia de los hospitales públicos. Se suma a esto, un déficit estructural por falta de camas, lo que provoca una sobredemanda, que el sistema intrahospitalario no puede satisfacer.

Considerando lo anterior, es que se crean distintas estrategias para dar respuesta a los requerimientos de atenciones en salud y así surgen hace unos años la Cirugía Mayor Ambulatoria, la Hospitalización Diurna para patologías mentales y la Hospitalización Domiciliaria (HD).

En el año 2005, la Superintendencia de Salud define a la Hospitalización Domiciliaria: *“Es una alternativa a la hospitalización tradicional en un hospital o clínica, que permite mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes y que contribuye a la contención de costos mediante la utilización racional de los recursos hospitalarios. Las atenciones brindadas al paciente deben corresponder a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, en atención a*

lo exigido por su estado de salud y a que las atenciones estén indicadas y controladas por un médico tratante”².

Respecto a este modelo existen pocas publicaciones nacionales que evidencian la implementación y resultados de su funcionamiento en el sector público y privado, siendo este último el que lleva más tiempo de implementación en el país, desde el año 1989³. En el sector público se han publicado algunas experiencias como el hospital San José, donde el proyecto comienza el año 2001, en que esta modalidad contribuyó a mejorar la calidad de vida de los pacientes y se aprovechó el recurso cama con pocos costos y alto rendimiento para la institución⁴.

El año 2004, el Hospital de Talagante, dependiente del Servicio de Salud Occidente, y como producto de la alta demanda de camas de Medicina, crea la unidad de hospitalización domiciliaria. Para el año 2009 la cantidad de pacientes atendidos equivalía al 25% de los egresos del servicio Médico quirúrgico adulto del hospital⁵.

El presente estudio pretende conocer el desarrollo que ha alcanzado la HD en el Hospital San Juan de Dios, desde su implementación, caracterizando tanto a la población beneficiaria como también las principales prestaciones realizadas.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La justificación básica de este estudio es la carencia de investigación y documentación relevante en el tema. Hasta ahora, existen variadas experiencias en nuestro país que dan cuenta de la implementación de esta modalidad de HD, sin embargo no es posible conocer a través de estudios rigurosos el desarrollo e impacto que significa para las instituciones de salud y en especial para el paciente y su familia, la implementación de esta estrategia.

En el hospital San Juan de Dios, esta modalidad nace como una iniciativa local el año 2010. Posteriormente, el año 2011, el Ministerio de Salud definió que se implementaría un piloto en 10 hospitales públicos (Gustavo Fricke de Valparaíso, Herminda Martín de Chillán, Guillermo Grant Benavente de Concepción, Las Higueras de Talcahuano, Hernán Henríquez Aravena de Temuco, Base de Puerto Montt, Barros Luco Trudeau, San José, San Juan de Dios de y Sótero del Río, estos 4 últimos de Santiago). Cuyo objetivo sería entre otros: Elaborar Modelo de HD, implementación del Modelo de HD consensuado, asegurar financiamiento, capacitación de equipo de profesionales y técnicos, cuidadores familiares y comunitarios, involucrar a las organizaciones del nivel local, diseñar protocolos en conjunto con todos los niveles de salud, establecer indicadores de proceso y resultado⁶. Sin embargo esta estrategia no tuvo lineamientos formales y seguimiento periódico desde el nivel central.

Por este motivo se requiere describir y analizar las diferentes prestaciones que se otorgan y evaluar si satisfacen a las demandadas requeridas por la población. Por otra parte, la HD podría contribuir como una estrategia más para dar soporte al inevitable proceso de envejecimiento de la población. La información obtenida 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.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

RESEÑA HISTÓRICA

Los cuidados domiciliarios han existido informalmente a través de la historia, estando estos principalmente a cargo de la familia, la iglesia o el voluntariado.

La Hospitalización domiciliar surge en Nueva York, en 1947, posterior a la Segunda Guerra Mundial, en el Hospital Guido Montefiore, bajo la Dirección del Dr. Bluestone, quien planteó al paciente como un ser social y la importancia de conocer su familia, su vivienda, su entorno y así lograr comprender la importancia de los factores sociales en la evolución de la enfermedad. Como consecuencia de esta filosofía, se desarrolla la idea de un hospital sin muros. Se crea el programa de *Cuidados Domiciliarios*. Su finalidad fue descongestionar los hospitales, entregando además cuidados más humanitarios en un entorno satisfactorio y su vez, intentar disminuir los costos sanitarios ⁷.

En Europa, la primera unidad de Hospitalización Domiciliar se desarrolla en el Hospital de Tenon (Paris, 1951), centrado principalmente en enfermos crónicos y terminales⁸.

En la década de los 60, en Europa Occidental y los países nórdicos comienzan a elaborar estrategias para reducir el número de camas con pacientes de largas estadías. Se elaboran políticas promoviendo alternativas para aquellos pacientes institucionalizados y/o con patologías agudas. Estos cambios tuvieron diferentes tiempos y ritmos⁹. Producto de este desarrollo irregular, en 1996 la oficina Europea de la OMS coordina el programa "From Hospital to Home Health Care" (Desde el Hospital a los cuidados de salud en el Hogar)

En España la primera unidad se instala en Madrid en 1981, en el Hospital Provincial Gregorio Marañón. Posteriormente se incorpora en diversos hospitales de España con diversidad de criterios de funcionamiento y criterios de selección de diagnósticos de ingresos. (VIH, cuidados paliativos, nutrición parenteral, pacientes pos cirugía mayor ambulatoria)⁸.

En 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. El año 1987 en Montreal se incorporan pacientes con patologías agudas ⁸.

En América Latina la Hospitalización Domiciliaria se ha implementado en diversos países, por ejemplo en Argentina lleva más de 30 años, pero con relevancia mayor en los años 90, principalmente en el sistema privado ¹⁰.

En Colombia en 1993, la primera iniciativa fue realizada por la Fundación Santa Fe con su programa “Home Care” (Cuidados en el Hogar), posteriormente se desarrolló en el resto del país¹¹.

En Chile existen antecedentes de las primeras iniciativas de la instalación del modelo de Hospitalización Domiciliaria en los años 60 en el programa medico asistencial domiciliario, en el Hospital Salvador, Santiago¹².

DEFINICIONES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

“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”¹³.

“La Hospitalización Domiciliaria se define como un sistema de actividades y cuidados que se prestan desde el hospital al domicilio del pacientes. 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”^{8,14}.

Ambas definiciones incluye diferentes conceptos, que no siempre son sinónimos y no especifican nivel de complejidad, 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, etc que requerirá equipos multidisciplinarios para poder llevarlo a cabo.

Se hace importante diferenciar la hospitalización domiciliaria de la atención domiciliaria. Como se ha definido, la *hospitalización domiciliaria* es 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. Esta debe ser para procesos agudos, estables, acotados en el tiempo. Esta atención debería terminar con un alta y una derivación a la atención primaria^{13, 15}.

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.

Sin embargo 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.

ASPECTOS LEGALES Y/O NORMATIVOS

Como se ha señalado la HD, ha tenido un desarrollo irregular en diversos países. Por este motivo algunos de ellos han regulado esta actividad a través de normativas. En Europa la regulación de este tipo de modalidad se instala a través del programa “From Hospital to home health Care”. (Desde el Hospital a los Cuidado de Salud en el Hogar)⁹.

En España, en el año 1989 se realizaron las primeras jornadas de HD, auspiciada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se acordó una serie de requisitos mínimos, en cuanto a recursos, organización y funcionamiento, que deberían cumplir las unidades de HD a cargo de la Dirección General de Planificación Sanitaria y el INSALUD, (Instituto Nacional de la Salud). En la actualidad además existe la Sociedad de Hospitalización Domiciliaria, que reúne a profesionales que se desempeñan en esta área¹⁶.

En Estados Unidos las unidades son certificadas por la Health Care Financing Administration¹⁷, que regulan los criterios de ingreso y permanencia en la HD.

La Superintendencia de Salud reconoce el año 2005 la modalidad de Hospitalización Domiciliaria a través de la Circular emitida en abril de ese año¹⁸. El Ministerio de Salud hace referencia a esta modalidad en su documento orientador de la transformación hospitalaria, incluyéndola como parte de la atención progresiva hospitalaria. Basándose para su implementación en las atribuciones concebidas por ley 19.937 de los establecimientos autogestionados en red, que da las facultades para establecer su estructura de funcionamiento¹⁹.

OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Diversa literatura sobre la implantación de las unidades de hospitalización domiciliaria, señala como objetivos, los siguientes ^{20, 21,22}:

- Reducir el número de hospitalizaciones prolongadas
- Mejorar la calidad de vida entregando una atención más humanizada, en donde la evolución de la enfermedad, se desarrolle en un ambiente familiar.
- Fomentar la educación para el autocuidado
- Optimizar los recursos hospitalarios

La HD ha sido mencionada por algunos autores como una alternativa efectiva para la solución a la alta demanda de las unidades de emergencia. La mayor parte de los ingresos hospitalarios se producen en los servicios de urgencias. En este caso la HD es un sustituto a la hospitalización convencional. Muchos pacientes son atendidos en las unidades de emergencia, se realizan sus exámenes complementarios y se derivan a su hogar, disminuyendo la demanda asistencial hospitalaria^{23, 24}.

VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: ^{22, 25, 26, 27}

- Disminuye la exposición a infecciones intrahospitalarias. (neumonías, infecciones urinarias, diarreas por Clostridium Difficile, etc.) En especial en aquellos pacientes más frágiles como los ancianos.
- Disminuye el síndrome confusional y/o depresión en los adultos mayores. El adulto mayor es separado de su entorno, se expone a perder su identidad al separarse de su entorno socio familiar. Puede verse afectada su autoestima. En conjunto estos factores constituyen un riesgo de cuadros psicopatológicos como el delirium.

- Fomenta la relación más humanizada entre el equipo de salud y su familia
- Los pacientes y sus familias están más cómodos, teniendo mayor flexibilidad para la alimentación, los aseos y los descansos.
- Se fomenta la educación sanitaria. Los pacientes y las familias se hacen partícipes de la recuperación de la enfermedad.
- Se incorpora a la familia al proceso de cuidados del paciente
- Se mejora la disponibilidad de camas
- Se disminuyen el uso de recursos sanitarios, ya que se reduce el costo por los servicios de alimentación, lavandería, costo de la habitación, etc. Estudios de costos como el de Restrepo 2007, señalan un ahorro hasta de un 18% del total del costo de una hospitalización convencional.
- Se fomenta la comunicación entre la atención hospitalaria y la atención primaria

Dentro de las ventajas descritas es importante destacar que el paciente se siente con más libertad y comodidad. Se encuentra en su entorno, con más confort, más calidad de vida y convivencia social.

La familia tiene más autonomía para decidir sobre los horarios y el tipo de alimentación. Los cuidados en el hogar se pueden desarrollar según las necesidades y particularidades del paciente y la familia. Sin embargo para el cuidador es más responsabilidad. Muchas veces la hospitalización convencional le permite más libertad ²⁸.

DESVENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA¹³

- Podría existir una sobrecarga para los cuidadores.
- Falla de la coordinación entre la atención hospitalaria y la derivación a la atención primaria.

- La hospitalización domiciliaria podría prolongar los días totales de hospitalización (hospitalización hospitalaria mas hospitalización domiciliaria)

TIPO DE PACIENTES Y DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS

La derivación de pacientes hacia la hospitalización domiciliaria comprende los siguientes grupos ^{14, 25, 27}.

- Pacientes con patologías agudas
- Pacientes que requieren tratamiento endovenoso
- Pacientes post quirúrgicos
- Pacientes crónicos con su patología reagudizados
- Pacientes en situación terminal con descompensación de los síntomas
- Pacientes con requerimiento de ventilación mecánica, nutrición parenteral, enteral, hemodiálisis y quimioterapia

EL HOSPITAL.

El hospital se define como el establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza²⁹.

El hospital constituye una organización compleja que presta servicios dentro del Sistema de Salud. Su desarrollo ha sido muchas veces influenciado por grupos de médicos, especialistas o bien líderes sanitarios. Por otro lado, en el desarrollo también existen influencias del mercado y la industria al incorporar tecnologías médicas.

Los hospitales cumplían un rol curativo, centrado en la cama y enfermedad del paciente; sin embargo, las políticas de prevención, la mirada con criterios de

costo efectividad, la evidencia científica y la práctica clínica en base a protocolos, con los que se disminuye la variabilidad de las intervenciones y en la gestión de la calidad, con la que se pretende disminuir los riesgos de la hospitalización e infecciones nosocomiales, con ambas intervenciones se abren las opciones de hospitalización.

El modelo de salud tiende a focalizarse en aquellas actividades e intervenciones que ocurren fuera del hospital, para lo cual se han desarrollado organizaciones que ambulatorizan la atención en salud, dentro de estos, los centros de referencia de salud, los centros de diagnósticos y terapéuticos, los centros comunitarios, la cirugía ambulatoria, el hospital de día y la hospitalización domiciliaria³⁰.

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y LA UNIDAD DE HD.

El Hospital San Juan de Dios se ubica en la comuna de Santiago, es un hospital de alta complejidad dependiente del Servicio de Salud Occidente. Tiene asignada una población de 1.184.285 habitantes, distribuidos en población rural y urbana de las comunas de Curacaví, María Pinto, Melipilla, San Pedro, Alhúe, El Monte, Isla de Maipo, Talagante, Peñaflo, Padre Hurtado, Pudahuel, Renca, Cerro Navia, Quinta Normal y lo Prado. Cuenta con 578 camas, las cuales se dividen en camas críticas, camas de cuidados medios y camas de cuidados básicos.

La actividad hospitalaria durante el año 2013, registró un total de 22.462 egresos, de los cuales existe codificación por GRD (Gestión relacionada a diagnóstico) del 95,99%. Del análisis reportado por este sistema se puede señalar que la estadía media bruta fue de 7,9 días. La edad media corresponde a 38,71 años, predominando en los egresos las mujeres con un 64,9%. El tipo de ingreso más frecuente, corresponde a urgencias (cuadro clínico agudo) llegando este a un 43,6%, la diferencia la constituyen los ingresos obstétricos

26,8% y los ingresos programados en un 29,6%. La estancia prolongada es un problema frecuente en la institución, favorecida esta por factores como la presencia de comorbilidades, gravedad del cuadro clínico, factores administrativos y socioculturales, contribuyendo con esto al aumento de los costos, las infecciones intrahospitalarias y la menor satisfacción del usuario³¹.

El hospital San Juan de Dios al igual que otros hospitales de alta complejidad enfrenta diariamente la sobredemanda de la Unidad de Emergencia, presentando una tasa mensual de hospitalización de aproximadamente un 20% del total de consultas.

En los últimos años han existido cambios importantes en el funcionamiento de la institución. En el año 2002, se inaugura el Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) Rodolfo Armas Cruz y comienza además a funcionar la Unidad de Cirugía Ambulatoria. Esto ha contribuido al cambio del modelo centrado en la hospitalización, atención cerrada, hacia la ambulatorización de la atención, favoreciendo el modelo biosicosocial de la atención en salud, donde se aborda al individuo en forma integral, considerándose el ambiente donde vive, los determinantes sociales y culturales y cómo estos contribuyen al proceso de salud-enfermedad.

La Unidad de Hospitalización Domiciliaria se crea el año 2010, como respuesta a una necesidad que complementa la atención progresiva y contribuye a maximizar el recurso cama.

Al momento de su creación contaba con una enfermera, un técnico paramédico, jornada completa (44 horas) y un médico con 22 horas. Posteriormente el año 2011, la unidad forma parte del piloto de Hospitalización Domiciliaria impulsado por el Ministerio de Salud con lo que se aumento los recursos humanos en un profesional de enfermería y un técnico paramédico

ÁMBITO DE ACCIÓN:

A la Unidad de HD ingresan pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del Hospital San Juan de Dios y del Servicio de Urgencia, que cumplan con los requisitos de ingreso a la unidad y que viven en las comunas de: Quinta Normal, Lo Prado, Cerro Navia y Pudahuel. Corresponde a pacientes de baja complejidad o categorizados D2, D3 y a pacientes terminales no oncológicos, con muerte inminente, al que se le entregará medidas de soporte y facilitará una muerte digna; esto permite brindar una solución a los problemas de salud conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida, poniendo a disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados.

Los criterios de ingreso según patología médica que se han definido para la Unidad del Hospital San Juan de Dios son:

- Pacientes terminales no oncológicos, que requieran soporte y apoyo familiar por la unidad.
- Pacientes con patología respiratoria estables (Neumonía, TBC, LCFA, EPOC,) que requieran de terapia antibiótica endovenosa, broncodilatación, oxigenoterapia y/o kinesiterapia respiratoria para ser derivado dentro de 7 días, a la sala ERA correspondiente.
- Pacientes con infecciones urinarias, que fueron tratadas por 48 horas. en hospital y requieren continuar con tratamiento antibiótico por vía parenteral durante un periodo de tiempo de hasta 14 días
- Pacientes con infecciones cutáneas y de partes blandas que no conlleven a Sepsis, y que necesiten tratamiento parenteral, curación y drenajes de absceso.
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente, que se encuentren estabilizados y que requieran: tratamiento endovenoso, curaciones, manejo de drenajes y/o sondas y rehabilitación física diarias hasta control con cirujano tratante.

Los criterios de ingreso según condiciones sociales que se han definido para la Unidad del Hospital San Juan de Dios son:

- El paciente debe contar con un tutor apto que sea responsable de la vigilancia básica e higiene y la colaboración de la dispensación de medicación oral.
- Vivir en inmueble con saneamiento básico que se encuentre dentro del área de cobertura de la HD, disponibilidad de teléfono.

La cartera de servicios de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria considera:

- Entrevista de paciente y tutor por asistente social.
- Visita de enfermería.
- Cumplimiento de indicaciones médicas.
- Administración de medicamentos.
- Oxigenoterapia.
- Kinesiterapia motora y respiratoria.
- Toma de exámenes.
- Curación de heridas.
- Manejo de sondas y drenajes.
- Aspiración de secreciones.
- Farmacoterapia y nutrición enteral.
- Cuidados de úlceras por presión y pie diabético.
- Educación a paciente y / o familia, dirigida al auto cuidado.
- Orientación telefónica.

Los criterios de Egreso de los pacientes de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria son:

- Completar tratamiento que motivó el ingreso.

- Resolución de la patología que originó el ingreso
- Re-ingreso al centro hospitalario por descompensación de patología base
- Estabilización del proceso y/o cumplimiento de los objetivos de la hospitalización domiciliaria
- Fallecimiento.

CAPÍTULO III.- OBJETIVOS:

GENERAL

1. Caracterizar a los usuarios y las prestaciones de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital San Juan de Dios, desde Octubre de 2010 hasta Junio del año 2014.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente la población que fue atendido por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios.
2. Identificar las causas mas frecuentes de ingreso a la Unidad a la Modalidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios.
3. Determinar el tiempo de permanencia en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios.
4. Determinar el promedio de número de visitas que se realizan por paciente según diagnóstico en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios.
5. Identificar las prestaciones más frecuentes que demandan los beneficiarios de la modalidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios.

CAPÍTULO IV.- METODOLOGÍA:

DISEÑO DEL ESTUDIO.

No experimental: ya que no se manipula deliberadamente ninguna de las variables estudiadas.

Transversal: Los datos recolectados corresponden a la información de cada sujeto observado en un instante del periodo de investigación, la cual se ve reflejada en su ficha clínica, entre Octubre del 2010 a Junio del 2014.

Descriptivo: Pretende caracterizar el comportamiento cada una de las variables en estudio, sin atribuir relación ni causalidad entre ellas.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

1. Pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital San Juan de Dios, Región Metropolitana, desde octubre 2010 hasta Junio 2014.

DEFINICIÓN DE MUESTRA.

Para la recolección de datos, la *Muestra* serán todas las fichas que tengan los datos médicos completos y legibles, con el objeto de abarcar a toda la población.

TIPO DE MUESTRA:

Muestra por selección dirigida a todos los pacientes o muestreo por conveniencia, Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En

este tipo de muestreos la representatividad será en función del porcentaje de la población abarcada.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, dirigido a los pacientes derivados desde el hospital San Juan de Dios a la HD.

UNIDAD DE ANÁLISIS.

El paciente que fue ingresado en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria entre octubre del 2010 a junio 2014, cuyos datos recolectados de la ficha clínica cumplan con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Fichas que contengan sus registros médicos completos.
2. Fichas en las que los registros tengan letra legible.
3. Fichas con disponibilidad para su acceso.

VARIABLES DE ESTUDIO.

DEFINICIÓN	OPERALIZACIÓN
Criterio de ingreso: Para efectos de este estudio se considerará como criterio de ingreso aquellos factores o características clínicas por los cuales se ingresa un paciente a esta unidad.	<ol style="list-style-type: none">1. Pacientes con infecciones respiratorias.2. Pacientes con infecciones urinarias.3. Pacientes con úlceras por decúbito.4. Pacientes portadores de pie diabético.

	<p>5. Pacientes con celulitis.</p> <p>6. Pacientes con infección de herida operatoria.</p> <p>7. Pacientes con infección de foco cutáneo.</p> <p>8. Pacientes en seguimiento por infección de Clostridium Difficile (CD)</p> <p>9. Pacientes con otras patologías quirúrgicas.</p> <p>10. Pacientes con accidente cerebro vascular.</p> <p>11. Pacientes con cáncer.</p> <p>12. Pacientes con hemorragia digestiva alta.</p> <p>13. Pacientes con encefalopatía hepáticas.</p> <p>14. Pacientes con otras patologías.</p>
<p>Tiempo en la modalidad de HD: Para efectos de esta investigación, se entenderá como el tiempo transcurrido desde el ingreso a la modalidad de HD hasta el egreso de la modalidad</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el ingreso a la modalidad de HD hasta el egreso de la modalidad, expresado en días.</p>
<p>Edad: Es el tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento y el día, mes y año en que ocurrió y/o</p>	<p>Expresado en años.</p>

se registró el hecho vital. (INE)	
Sexo: Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres. (INE)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
Número de visitas domiciliarias recibida por paciente: Para efectos de esta investigación, se definirá a la cantidad de veces que cada uno de los pacientes recibe atención de HD en su domicilio	Nº de visitas por el personal de HD en frecuencia absoluta.
Criterios de egreso de modalidad Hospitalización domiciliaria para efectos de esta investigación se define como los factores o características clínicas por las cuales el paciente es egresado de la Unidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta. 2. Reingreso. 3. Fallecimiento. 4. Traslado.
Prestaciones realizadas: para efectos de esta investigación, se referirá a las actividades y procedimientos terapéuticos realizados por el personal que trabaja en la unidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curación 2. Toma de muestra para exámenes 3. Kinesioterapia 4. Nebulización 5. Oxigenoterapia 6. Hidratación 7. Seguimiento Clostridium D. 8. Alimentación enteral 9. Educación 10. Tratamiento endovenoso

	<ul style="list-style-type: none"> 11. Tratamiento intramuscular 12. Tratamiento subcutáneo 13. Instalación sonda Foley
<p>Tutor responsable: Vínculo entre personas donde una de ellas se hace responsable del cuidado del otro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge 2. Madre 3. Padre 4. Hermano (a) 5. Sobrino(a) 6. Cuidador (a) 7. Hijo 8. Nieto 9. Nuera 10. Otro
<p>Municipio de residencia: Conjunto de habitantes de un mismo término jurisdiccional, regido por un ayuntamiento. (RAE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pudahuel 2. Lo Prado 3. Cerro Navia 4. Quinta Normal 5. Otras
<p>Previsión de salud: Es el conjunto de prestaciones de beneficio de trabajadores, familiares o beneficiarios que tiene por objeto satisfacer las necesidades de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. FONASA A 2. FONASA B 3. FONASA C 4. FONASA D 5. Prais 6. Otro

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Planilla de recolección de los datos desde las fichas clínicas

FUENTE DE DATOS

Fichas clínicas de los pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria desde octubre 2010 hasta Junio 2014.

ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Para el análisis de los datos se utilizará estadística descriptiva, (promedios, moda, mediana, máxima y mínima) para las variables cuantitativas y frecuencia, porcentaje para las variables cualitativas, a través del Software Minitab versión 15 (R) y Excel.

FORMA DE PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.

Gráficos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- No tener acceso a la ficha clínica.
- Registros incompletos
- Letra ilegible.

ASPECTOS ÉTICOS

Se respetan los Principios de de Bioética Universales, los datos obtenidos se mantendrá en estricto anonimato.

CAPÍTULO V.- RESULTADOS.

La recolección de los datos obtenidos, muestra los siguientes resultados:

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

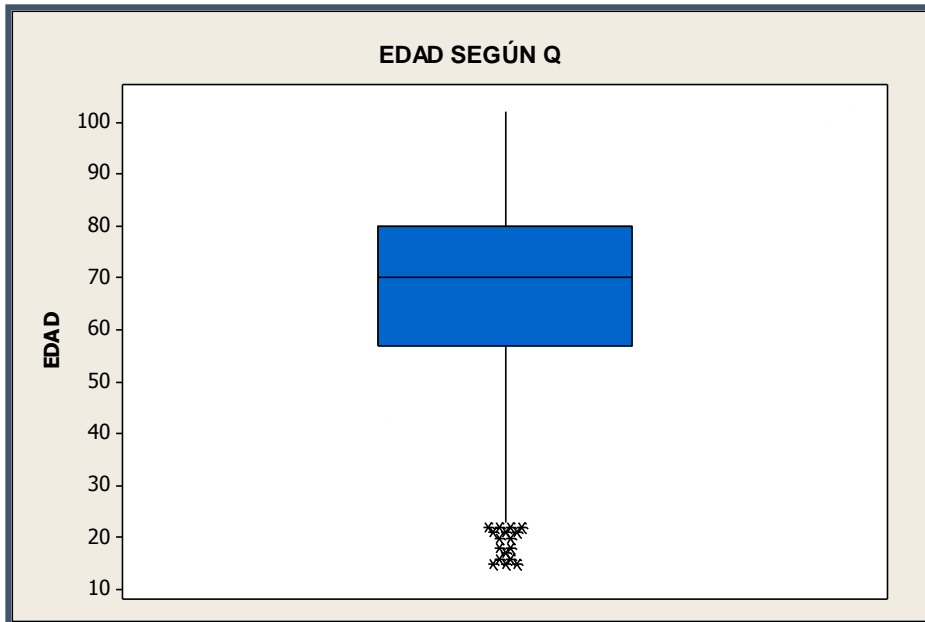
El total de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria desde octubre del 2010 a junio del 2014 fueron 1049, se tuvo acceso a 865 fichas, de las cuales 833 cumplían con los criterios de inclusión.

Gráfico Nº1: Distribución de la muestra según sexo.



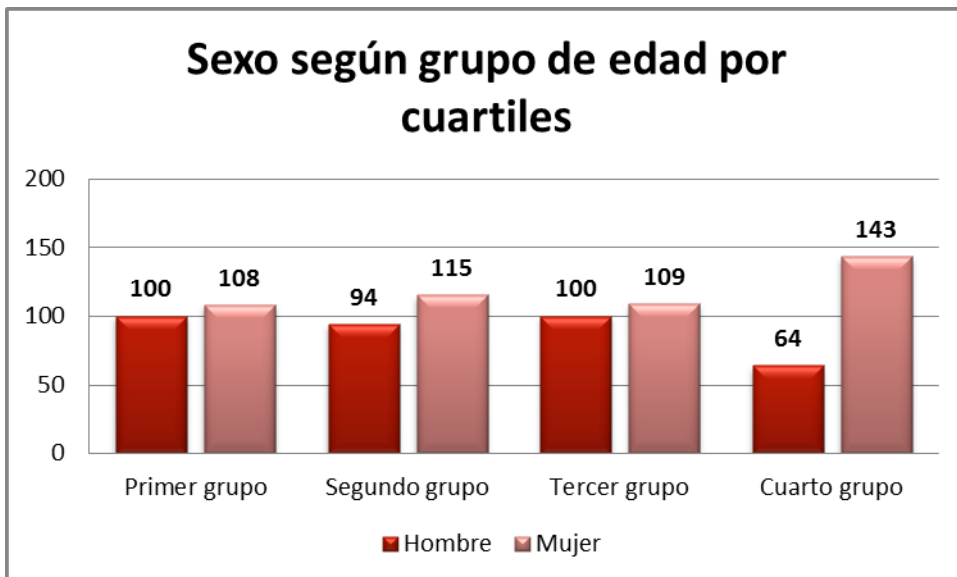
Distribución de la muestra según sexo, donde el 57% corresponde a mujeres y un 43% a hombres.

Gráfico N°2: Distribución de la muestra según Edad en grupos por Cuartiles (Q



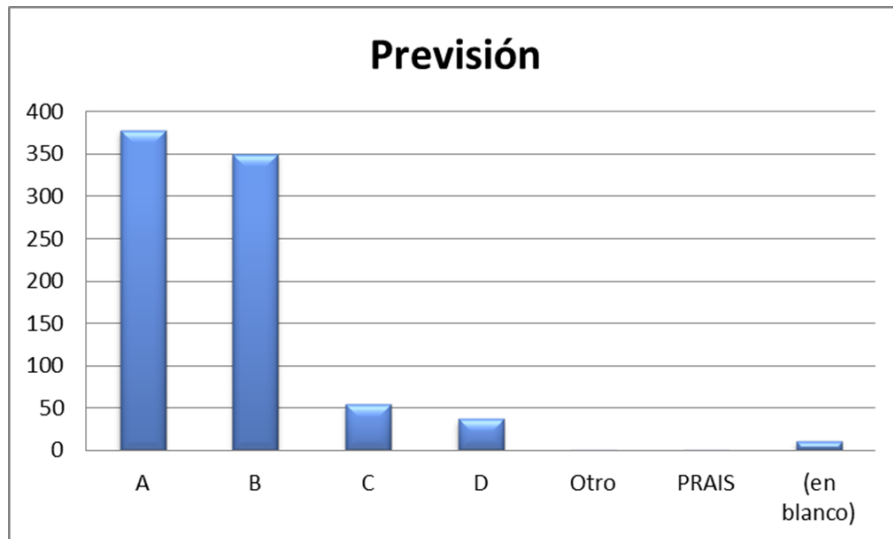
Distribución de la edad por cuartiles, donde el Q1 corresponde a 57 años, el Q2 en los 66,9 años, y el Q3 en los 80 años.

Gráfico N°3: Distribución de la muestra según Sexo según grupo de edad por cuartiles.



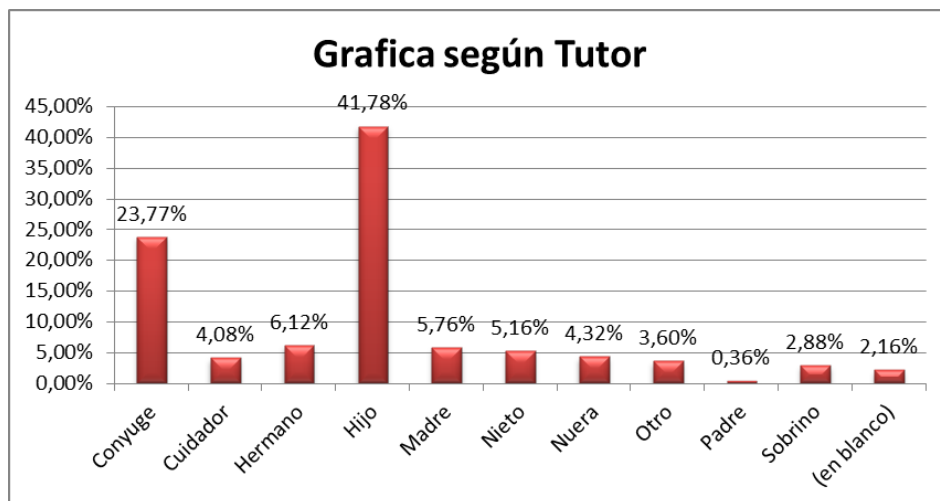
Distribución de sexo según grupo de edad por cuartiles, en los cuatro grupos las mujeres superan a los hombres, con una mayor diferencia en el grupo de mayor edad.

Gráfico N°4: Distribución de la muestra según Previsión.



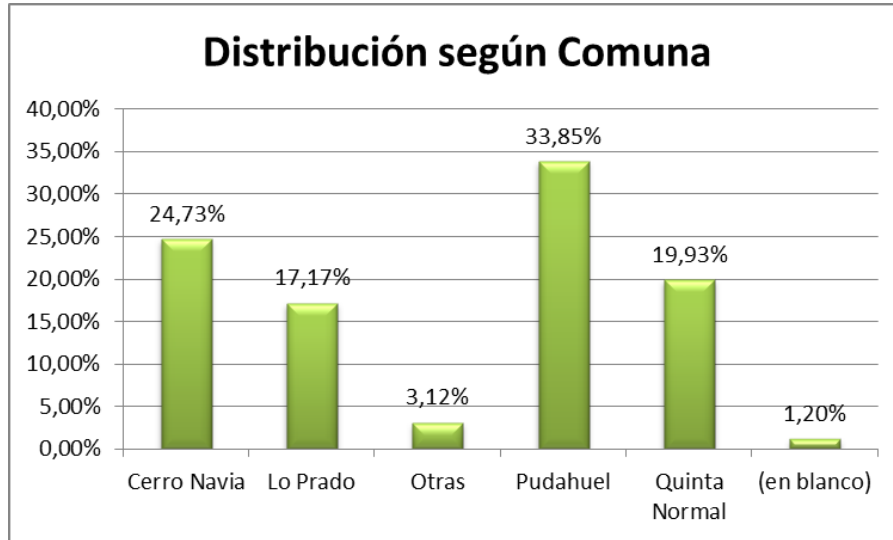
El 45,38% (378) de los sujetos pertenece a FONASA A, el 42,02% (350) pertenece a FONASA B, el 6,6% (55) pertenecen a FONASA C, el 4,44% (37) pertenece a FONASA D, el 0,12% (1) pertenece a PRAIS, otro 0,12% es particular, y un 1,32% no registra previsión.

Gráfico N°5: Distribución de la muestra según Tutor Responsable.



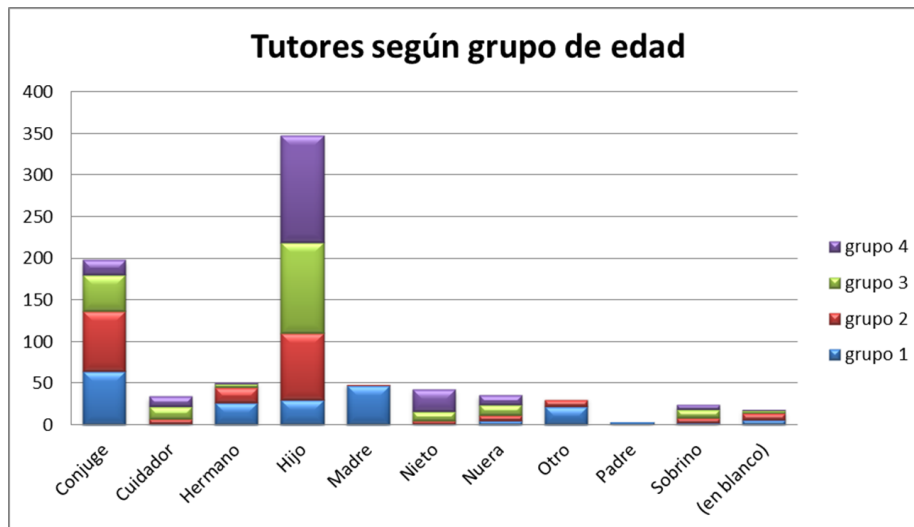
En el 41,78% (348) corresponde al hijo o hija, el 23,77% (198) es el cónyuge, el 6,12% (51) es el hermano o hermana, un 5,76% (48) corresponde a la madre, el 5,16% (43) es el nieto o nieta, un 4,32% (36) es la nuera la responsable del cuidado, un 4,08% (34) se describe como "cuidador", un 2,88% corresponde a sobrino o sobrina, un 0,36% (3) es el padre, un 3,6% se describe como "otros" y el 2,16% (18) no registra tutor.

Gráfico N°6: Distribución de la muestra según Comuna de Residencia



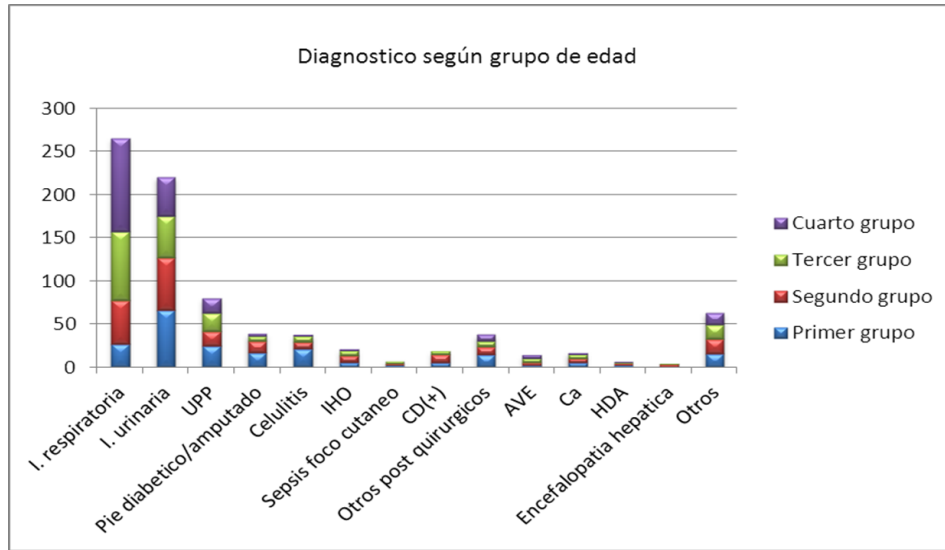
Distribución de la muestra según comuna de residencia, donde el 33,85% corresponde a Pudahuel, el 24,73% a Cerro Navia, el 19,93% a Quinta Normal y el 17,17% a Lo Prado.

Gráfico N° 7: Distribución de la muestra según Tutores Responsables por grupo de edad.



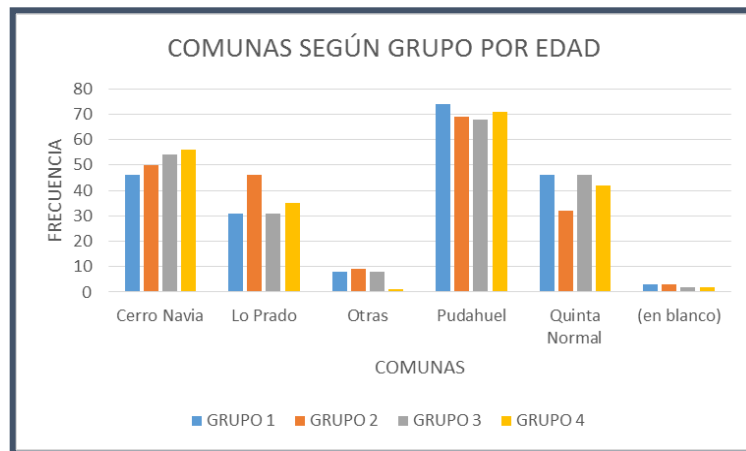
En el grupo N°1 de edad que corresponden a los más jóvenes los principales tutores responsables son el cónyuge (30,77%), y la madre (22,6%), en el grupo N°2, el hijo (38,28%), y la cónyuge (34,45%), en el grupo N°3 el hijo (52,15%) y la cónyuge (21,05%) y el grupo N°4 correspondientes a los mayores de la muestra, los principales tutores corresponden a el hijo (62, 32%) y el nieto (13,04%)

Gráfico N°8: Distribución de la muestra según Diagnóstico por grupo de edad por cuartiles.



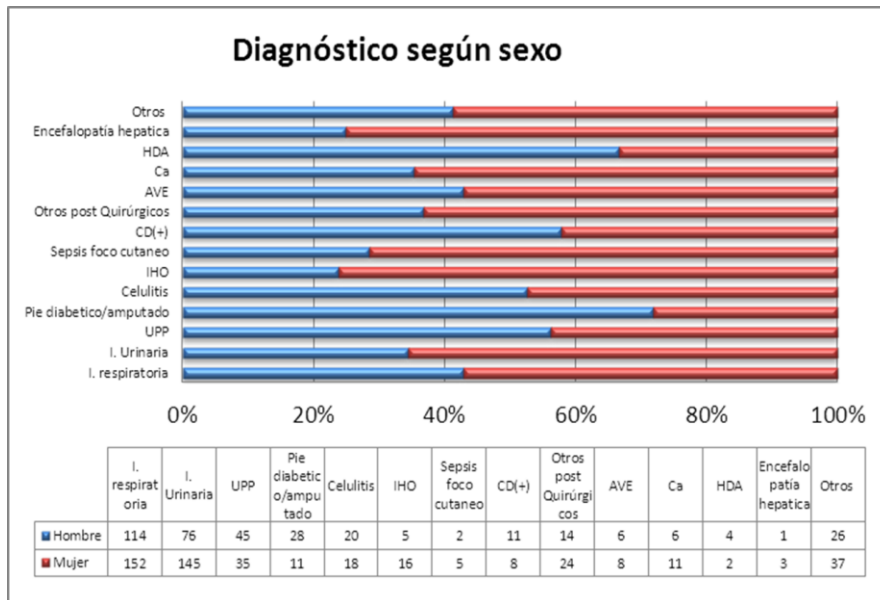
En el grupo N°1 de edad los principales diagnósticos de ingreso son las Inf. urinarias y respiratorias con un 31,73% y un 12,98% respectivamente, en el grupo N°2, se repiten las mismas patologías, pero más proporcionado con un 29,19% para las inf. urinarias y un 24,4% para las inf respiratorias, en el grupo N°3 las mismas patologías se dan, pero en forma inversa, 38,28% para las inf respiratorias y 22,97% para las inf. urinarias, y se repite este comportamiento en el grupo N°4 con un 52,17% para inf. respiratorias y un 22,22% para las urinarias.

Gráfico N°9: Distribución de la muestra según comuna por grupo de edad por cuartiles.



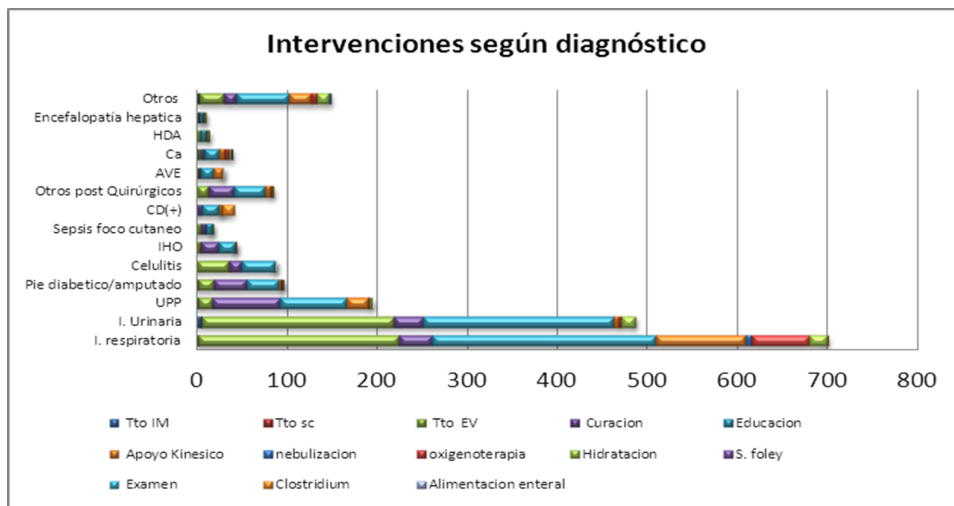
Los 4 grupos por edad viven mayoritariamente en Pudahuel, seguidos por la comuna de Cerro Navia, Quinta Normal y Lo Prado, tienen comportamientos más irregulares destacándose entre ambos que el grupo más joven se ubica en Quinta Normal.

Gráfico N°10: Distribución de los Diagnósticos de ingreso según Sexo



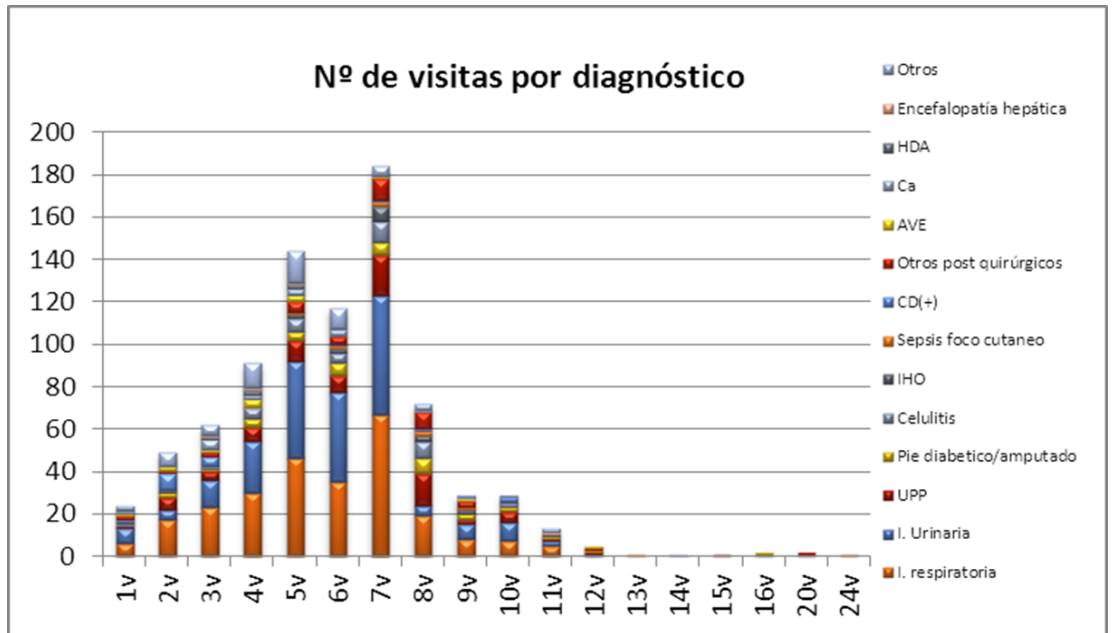
Se destaca que en I Respiratorias, I urinarias, Sepsis de foco cutáneo, IHO, ACV, Ca y encefalopatía hepática, predominan las mujeres, en cambio en los hombres, se destacan las UPP, Pie Diabético, Celulitis, CD (+) y HDA.

Gráfico N°11: Distribución de las Intervenciones, según Diagnóstico.



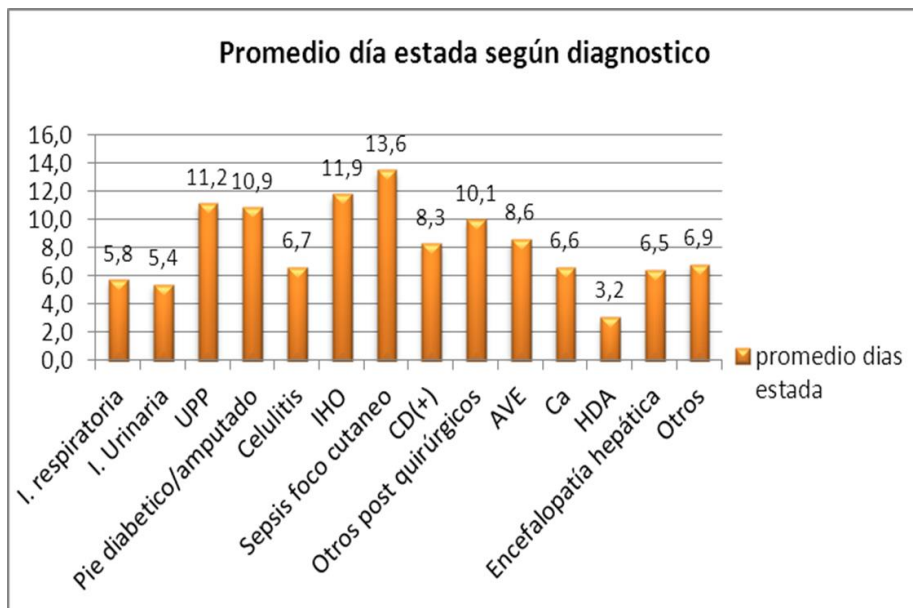
Distribución de procedimientos según diagnóstico. Se destaca la educación, y la administración de medicamentos por vía endovenosa en las infecciones respiratorias y urinarias como los más frecuentes, las curaciones se distribuyen en la mayoría de las patologías, en especial en las UPP, el apoyo kinésico está presente mayoritariamente en infecciones respiratorias.

Gráfico N°12: Distribución de la muestra según Número de visitas por Diagnóstico.



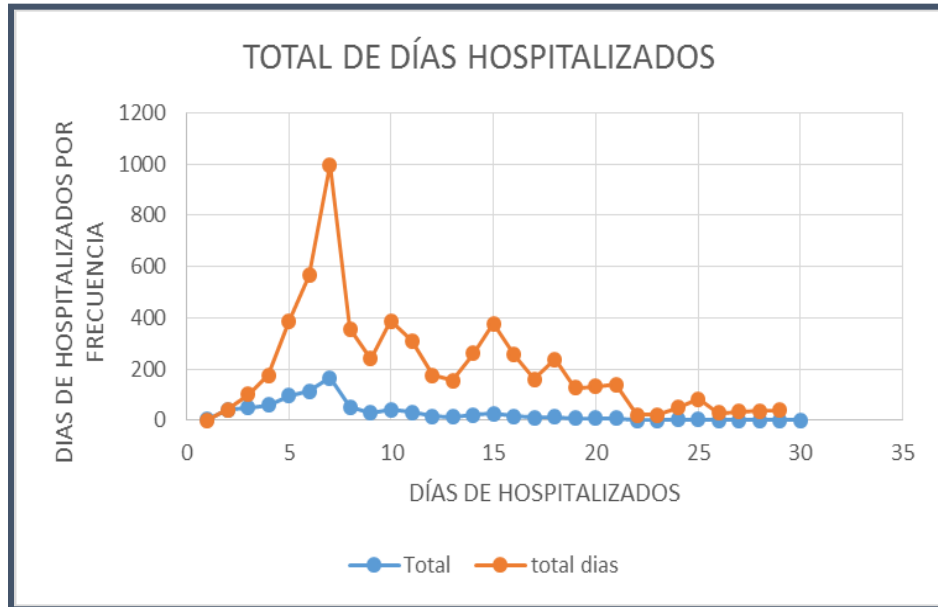
Distribución de la muestra por visitas según diagnóstico, 7 visitas es la frecuencia que más se repite en las distintas patologías, especialmente en I urinaria, respiratoria, sobre 9 visitas se destacan los pacientes quirúrgicos, UPP, pie diabéticos e IHO.

Gráfico N°13: Promedio de días de hospitalización según diagnóstico.



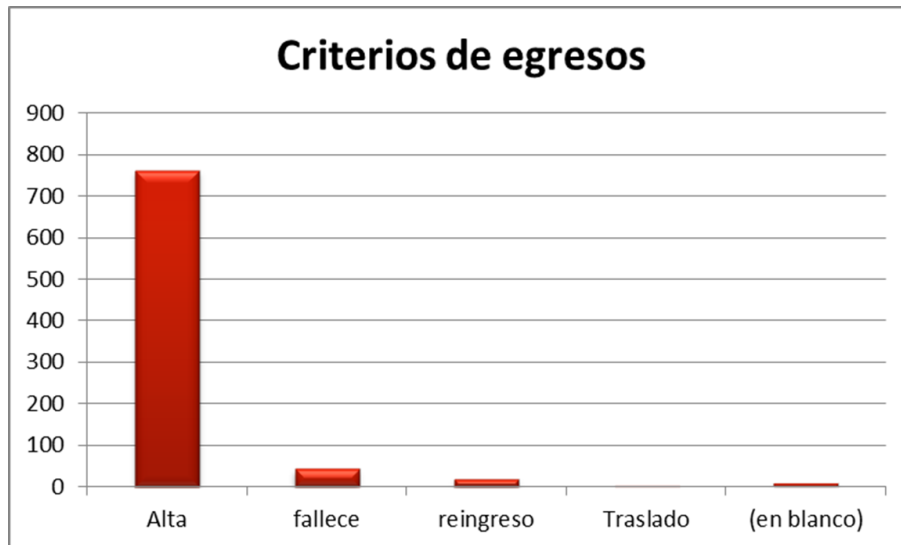
Sepsis de foco cutáneo es el promedio más alto de días hospitalizados con un 13,6 días muy por sobre el promedio total, en contraste con los 3,2 días de los pacientes diagnosticados con HDA.

Gráfico N°14: Total de Días hospitalizados por frecuencia.



El gráfico muestra el total de días hospitalizados que considera la cantidad de pacientes por los días que estuvo cada uno de ellos. La mayor frecuencia es de 6 días en 166 pacientes lo que da un total de 996 días

Gráfico N°15: Distribución de la muestra según criterio de egreso



Distribución de la muestra según criterios de egreso al alta de Hospitalización Domiciliaria, el 91,48% es dado de alta, un 5,16% fallece, un 2,28% reingresa al hospital y un 0,12%.

CAPÍTULO VI.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.

El estudio realizado ha permitido tener una primera aproximación a la caracterización de los usuarios y las prestaciones que estos reciben de un modelo de hospitalización domiciliaria implementado en un hospital público de la región metropolitana.

La HD del hospital San Juan de Dios, nace de la necesidad de descongestionar los hospitales por falta de camas, tal como lo describe en la literatura (Halbfinger, 1997; Vera, 2010; Minardi 2001; Sherpperd, 2008; López 2003)

En España hace aproximadamente hace 15 años se levantó información sobre publicaciones de los modelos que ya tenían algún periodo de funcionamiento. La revisión de Minardi¹³ (2001), describía que en los modelos implementados se encontró la patología respiratoria como una de las tres primeras causas de hospitalización, condición similar a lo encontrado en este estudio, donde esta causa es la primera del grupo estudiado.

Posteriormente Minardi ²¹ (2002), publica una caracterización de la población asistida por hospitalización domiciliaria, donde la población mayoritariamente corresponde a adultos mayores. La media de esta población fue de 73 años, muy superior a los 66,9 de la población que se ha estudiado. Esto probablemente influenciado por las diferencias del envejecimiento de la población española. Un punto importante a considerar, que es replicable a nuestra realidad, es la descripción de falta de coordinación entre la hospitalización domiciliaria y la atención primaria.

Como se ha mencionado, la unidad de hospitalización domiciliaria se crea como alternativa a la falta de camas hospitalarias, la que ha definido dentro de

sus criterios de funcionamiento la resolución de patologías agudas y de hospitalización acotadas a un tiempo determinado. Esto se observa en promedio de 7 días de estada en la unidad. Lo observado de días de estada, avala lo definido como hospitalización domiciliaria por diversos autores.^{13,15} Por otro lado esta estadía está por debajo de los 7,9³¹ días del promedio general del hospital. Sin embargo, es importante señalar que faltan datos y estudios para comparar las similitud de las características de los pacientes entre la hospitalización domiciliaría y la hospitalización convencional.

Dentro de las experiencias nacionales publicadas, Vera (2010)⁵ hace referencia a la implementación de la modalidad, cuyo objetivo fue la alta demanda de camas del Servicio de Medicina. Si bien es cierto que el objetivo de mejorar la disponibilidad de camas es similar al Hospital San Juan de Dios, no se dispone de resultados comparables, ya que los datos son muy generales en los que se ha mencionado disminución de costos, efectividad y satisfacción de la comunidad.

La experiencia nacional considerada como más cercana es la descrita en el hospital San José⁴, donde se observaron resultados algo disimiles a los encontrados en este estudio. Los ingresos que este estudio reportó mayoritariamente fueron pacientes con diabetes, pie diabético, úlceras venosas, úlceras por presión, es decir pacientes con lesiones cutáneas, condición que aparece en este estudio cercano al 30%, superado por la condición de infecciones respiratorias y urinarias que suman cerca del 58% de los diagnósticos de ingresos. Esta condición puede explicarse como consecuencia de la definición para la implementación de la unidad cuyo objetivo fue dar solución a la falta de camas y solución de patología aguda factible de manejar en el hogar.

En este estudio una de las intervenciones más realizadas fue la educación para el autocuidado, al igual como lo describen otros autores (Minardi 2001; Shepperd, 2008; López 2003).

Posterior a la revisión de los datos de este estudio, quedan muchas áreas por abordar. La intención principal ha sido dar una mirada general a una nueva estrategia de la cual poco se conoce y se ha implementado con lineamientos muy locales. La literatura habla de las muchas ventajas y desventajas ^{13, 22, 25, 26,27} de la hospitalización domiciliaria, sin embargo, por la falta de datos descritos en la ficha o algún otro medio implementado para la recolección de datos, fue una limitante para abordar temas tan significativos como la satisfacción del usuario, la sobrecarga de los cuidadores, los rechazos y sus causas, los servicios que solicitaban la derivación o la eficiencia y eficacia de los costos.

Desde el año 2014 la HD se financia como PPV, hasta entonces no existía otro medio de financiamiento. La alta demanda de camas y la incorporación de financiamiento ha traído como consecuencia un progresivo aumento de los cupos, con mayor requerimiento de recurso humano profesional y técnico, mas móviles para traslados e insumos clínicos, lo que hace necesario evaluar a la brevedad los costos de esta modalidad y a la vez explorar otras alternativas de servicios de atención en salud como es la hospitalización diurna y las unidades de hospitalización de larga estadía, para aquellos casos que requieran, en especial rehabilitación y recuperar su funcionalidad como en el caso de pacientes con accidentes vasculares, pacientes geriátricos o también en pacientes con úlceras por decúbito y heridas quirúrgicas que requieran curaciones complejas, en donde el modelo de HD evidenció un mayor número de visitas y promedio de días de estada.

Existen temas relevantes que han influido en la realidad local y que ocasionan dificultades para la gestión. Dentro de estos encontramos:

- Las limitaciones de los traslados en una ciudad congestionada por el parque vehicular. Esto es un factor que disminuye la eficiencia del recurso.

- La inseguridad de los equipos clínicos de derivar pacientes a este nuevo modelo. Lo que se manifestó en un tímido crecimiento de su producción.
- El modelo basado en la atención hospitalaria. Esto se observa todos los días en la urgencia, donde se ve la poca capacidad de los cuidadores responsables – cuando existen - de su paciente. La muerte se ha institucionalizado.
- No existe un flujo establecido de coordinación entre el hospital y la atención primaria.

Esta modalidad tiene un futuro prometedor si se es capaz de trabajar en mejoras que tengan un impacto para el servicio sanitario y sus usuarios. Hay áreas en la cuales trabajar a futuro:

- La hospitalización domiciliaria es una excelente estrategia para fomentar la humanización de la atención de salud. Es por ello que es necesario trabajar para que los equipos adquieran las competencias necesarias para lograr este objetivo.
- Se debe trabajar en protocolos clínicos, guías y procedimientos para estandarizar la atención.
- Existe desde el área de enfermería el interés en formar y conocer desde el pregrado esta modalidad de atención, pero parece ser necesario incentivar la formación académica para todos los profesionales del equipo de salud.
- A medida que el modelo se desarrolle, sería favorable que la derivación no sólo sea desde el ámbito hospitalario o urgencias, sino también abrir el acceso a esta modalidad desde la atención abierta (consultas) e inclusive desde la atención primaria.

CAPÍTULO VII.- CONCLUSIONES

En base a los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo se pueden realizar las siguientes conclusiones:

Se revisó el 79,4% del total de fichas, lo que corresponde a 833 fichas de 1049 atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (HD) del Hospital San Juan de Dios, entre octubre del 2014 y junio del 2014. De ellos se destacan que en cuanto a género son las mujeres las que demandaron mayoritariamente la modalidad con un 57,02% frente a un 42,98% de hombres, se puede deducir que esto se debe a que en este estudio 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), donde 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.

El tutor se define como aquel sujeto que se hará responsable del cuidado del beneficiario, en el 41,78% corresponde al hijo o hija, el 23,77% es el cónyuge, el 6,12% el hermano o hermana, un 5,76% corresponde a la madre, el 5,16% es el nieto o nieta, un 4,32% es la nuera la responsable del cuidado, un 4,08% se describe como “*cuidador*”, un 2,88% corresponde a sobrino o sobrina, un 0,36% es el padre, un 3,6% se describe como “*otros*” y el 2,16% no registra tutor. Esta situación varía según el grupo etario al cual pertenece, en el caso de este estudio un 61,1% de los pacientes tienen 65 años o más. Por lo que por razones inherentes a la edad, a medida que se avanza en edad, el tutor irá cambiando. En las personas más jóvenes están a cargo de sus cónyuges (cabe destacar que estos se mantienen a lo largo de todo el ciclo vital en

distintas proporciones) y madres, hasta que son los hijos y nietos los que cuidan a los más ancianos.

Con relación a la previsión, el 45,38% de los sujetos pertenece a FONASA A, el 42,02% pertenece a FONASA B, el 6,6% pertenecen a FONASA C, el 4,44% pertenece a FONASA D, el 0,12% pertenece a PRAIS, otro 0,12% es particular, y un 1,32% no registra previsión. El 33,85% vive en la comuna de Pudahuel, 24,73% vive en la comuna de Cerro Navia, 19,93% pertenece a Quinta Normal, 17,17% pertenece a Lo Prado, 3,12% vive en la comuna de Santiago y un 1,2% no registra comunas. Considerando que más del 90% es beneficiario del sistema, no se muestran diferencias entre los grupos por edad, ni por género.

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. También hay que considerar ambas infecciones, la respiratoria y la urinaria, representan más de la mitad de las causales de ingresos son estas las que demandaran mayor cantidad de intervenciones, como son la administración de tratamientos endovenosos, oxigenoterapia y kinesioterapia, lo que implica que demandaran mayor cantidad de visitas (hasta dos diarias) que el resto de las prestaciones. Destaca dentro las intervenciones, la educación, la cual contribuye al conocimiento del autocuidado y la educación sanitaria, convirtiéndose en una ventaja, tal como lo señala la literatura. El promedio de días de hospitalizados es de 7, muy cercano a la cantidad de días que se da con mayor frecuencia, 6 días, existen 2 pacientes que registran 0 día de hospitalizado ya que reingresaron el mismo día que fueron derivados a HD.

Se puede concluir que este estudio es una primera aproximación de la implementación del modelo de hospitalización domiciliaria en el Hospital San Juan de Dios y que en el periodo estudiado ha cumplido con el objetivo de ser una estrategia para la resolución de casos infecciosos agudos y para la continuidad de tratamientos en patologías quirúrgicas y con esto contribuir a una mejor utilización del recurso cama.

CAPÍTULO VIII.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Montoya C, Hernández A, Villalobos, García T, Franco J. Pronóstico de los adultos mayores posterior al egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva [Internet]. vol.XXIII, núm.2/abril-jun 2009. [consultada el 8 de Agosto del 2012]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2009/ti092e.pdf>.
2. Portal de la Superintendencia de Salud [Página principal de internet], Santiago de Chile, 2013, [consultada el 12 de Enero del 2013]. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-886.html>.
3. Ibarra C, Beas L: La hospitalización domiciliaria: un desafío para las enfermeras en el presente; Revista Horizonte Enfermería [serie en internet]. 2012 [consultada el 12 de Enero del 2013];23, [aprox 3 p.]. Disponible en http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/Claudia_Dias_Horizonte_N23_1-2012.pdf
4. Salvo C, San Miguel M, Concha E; Unidad de Hospitalización Domiciliaria Hospital San José. El hospital Público en Chile. Octubre 2003; Volumen II. Ministerio de Salud.
5. Vera E, Almazan Arcil C. Hospitalización domiciliaria: experiencia en hospital de Talagante. Rev. Salud Pública [en internet]. 2010 [consultado el 17 de octubre de 2013]. vol 14(2-3) Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/12163/12516>

6. Romero Derderian S, Presentación en PPT: Hospitalización Domiciliaria, en la reunión técnica del 14 de Marzo del año 2011, en el Departamento de Procesos y Transformación Hospitalaria, Ministerio de Salud, Chile.
7. Halbfinger David M. . Dr. Martin Cherkasky, 85; Led Expansion of Montefiore The New York Times [serie en internet]. 1997 [consultado el 17 de octubre de 2013]. Disponible en <http://www.nytimes.com/1997/09/08/nyregion/dr-martin-cherkasky-85-led-expansion-of-montefiore.html>
8. Temes M. José Luis, Mengíbar T. Mercedes. Gestión Hospitalaria. 5° Edición. España; McGraw-Hill, 2011.
9. Home Care in Europe. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros. [serie en internet]. 2008 [consultado el 17 de octubre de 2013] Disponible en <http://www.abuel.org/docs/15homecare.pdf>
10. Temas Hospitalarios [serie en internet] 2007 [consultado el 17 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.temashospitalarios.com.ar/pdf/TH2.pdf>.
11. Molina C, Edith M. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá [tesis]. Bogota. Universidad Nacional de Colombia, 2011. [consultado el 17 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/>
12. Motlis J. Programa Médico Asistencial Domiciliario [serie en internet] 1963 [consultado el 17 de septiembre de 2013]. PAHO. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v54n5p424.pdf>

13. Minardi Mitre Cotta Rosângela, Suárez-Varela María Morales, Llopis González Agustín, Cotta Filho José Sette, Real Enrique Ramón, Ricós José Antonio Días. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2001 July [cited 2014 June 24] ; 10(1): 45-55. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000700007>
14. Oterino de la Fuente David, Peiró Moreno Salvador, Marchan Rodríguez Catalina, Ridaio López Manuel. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 1998 Nov [citado 2012 Jun 25] ; 72(6): 517-527. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600005&lng=es.
15. Montserrat i Ollé PA, Cuxart i Melich A, Quílez i Castillo F. Hospitalización domiciliaria: Una alternativa asistencial. La Medicina Hoy [revista en Internet] sin fecha [consultado el 30 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/63/1454/28/1v63n1454a13040288pdf001.pdf>

16. González V, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio . Medicina Clínica [revista en internet] 2002 [consultado el 17 de septiembre de 2013]; 118 (17). Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/hospitalizacion-domicilio-13030991-articulos-especiales-2002>

17. Portal of the Health Care Finance Administration, Federal Register. The Dally Journal of the United States Government. [Página principal de internet], EEUU, 2013, [consultada el 12 de Enero del 2013]. Disponible en: <https://www.federalregister.gov/agencies/health-care-finance-administration>.

18. Oficio Circular Beneficios IF/N° 14. Mat. : imparte instrucciones sobre cobertura para la hospitalización domiciliaria. Santiago, 14 de abril de 2005.[consultada el 25 de agosto del 2013] disponible en:
<http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-886.html>

19. Artaza O, & col. Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Santiago de Chile: División de Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; [Página de internet], sin fecha, [consultada el 12 de Enero del 2013]. Disponible en:
http://www.hjnc.cl/docs/Modelo_de_gestion_de_Establecimientos_Hosp.pdf.

20. Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [Consultada el 8 de septiembre 2013]Disponible en:
http://americas.evipnet.wikibvs.org/img_auth.php/2/26/Session6_6_shefferd-review_es.pdf

21. Minardi C. Rosângela , Morales S. María, Sette C. José, Llopis G. Agustín, Días R. José Antonio, Ramón R. Enrique La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Revista Panamericana de Salud Publica. [consultado el 8 septiembre 2013]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400007
22. López F. Qué es la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y la Introducción a su Gestión. Enfermería Global [revista en la Internet]. 2003. [citado 2013 Jun 25]. Disponible en:
<http://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=que+es+la+unidad+hospitalaria+domiciliaria+y+la+introduccion&ie=UTF-8&oe=UTF-8#q=que+es+la+unidad+hospitalaria+domiciliaria+y+la+introduccion+enfermeria+global&rls=en>
23. Sesma Sánchez J.. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2013 Jun 25] ; 35(2): 195-198. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200001>.
24. Sánchez M., Santiago I. Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2013 Jun 25]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200011>.

25. Restrepo, Carolina, Echavarría, Juan Carlos, Manrique H, Rubén Darío, Valencia Z, Juan Esteban. Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007 CES Medicina [en línea] 2009, 23 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 24 de junio de 2013] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261121006004>.
26. Caplan GA. & col. Meta-analisis of "Hospital in the Home". The Medical Journal of Australia. [en internet] 2012. [consultado el 17 de septiembre de 2013]; 197 (9). Disponible en:
<http://www.epistemonikos.org/es/documents/23968e156d49096064e08486533efe2675e186fb#metadata>.
27. Fernández - Miera M. Hospitalización a domicilio del Anciano con enfermedad Aguda. Gerontología y Geriatria. España: [revista en internet] 2009 [consultado el 17 de septiembre de 2013]; 44 (S1). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/hospitalizacion-domicilio-anciano-enfermedad-aguda-13139114-revisiones-2009>
28. Oliveira, Stefanie Griebeler et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 591-599. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300014>.
29. Diccionario de la Real Academia Española [en la Internet] [citado 2014 Mayo 15]. Disponible en <http://www.rae.es/search/node/hospital>

30. Albuquerque C & col. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud [Página de internet], 2001, [consultada el 12 de Enero del 2013]. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16611s/s16611s.pdf>
31. Informe anual análisis de gestión clínica asociada a la producción hospitalaria por servicio de egreso. Unidad GRD Hospital San Juan de Dios, Santiago, 2014. Memorándum N° 6/2014