

## **GUÍA DE FUNCIONAMIENTO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

### **Integrantes Comisión:**

Enf. María Elena Campos A. Referente técnico Proceso de Hospitalización. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Enf. Milán Rodríguez D. Jefe Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Enf. Claudia Cayupán A. Referente técnico Proceso de Hospitalización. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Enf. Lenka Parada. Referente técnico Unidad de Rehabilitación. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Dra. Marjorie Treuer. Jefa unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital San Juan de Dios.

Enf. Nelly Cáceres. Referente técnico Hospitalización Domiciliaria. Servicio de Salud Metropolitano Central.

Dra. Elizabeth Casanova. Referente técnico Hospitalización Domiciliaria. Servicio de Salud Metropolitano Sur.

## Contenido

|      |   |    |
|------|---|----|
| I.   | INTRODUCCIÓN.....   | 3  |
| II.  | ANTECEDENTES GENERALES.....                                       | 4  |
| III. | MARCO CONCEPTUAL.....   | 5  |
| IV.  | METODOLOGÍA DE LA GUÍA.....                                       | 6  |
|      | OBJETIVO GENERAL.....   | 6  |
|      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 6  |
|      | POBLACIÓN OBJETIVO.....   | 6  |
|      | CRITERIOS DE INCLUSIÓN / PERFIL DE INGRESO.....                   | 6  |
|      | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....                                       | 7  |
|      | ORGANIZACIÓN.....   | 8  |
| a)   | Mapa y Flujo de atención: Breve descripción y modificar RISS..... | 8  |
| b)   | Categorización de usuarios en HD:.....                            | 8  |
| c)   | Cartera de servicios.....   | 9  |
| d)   | Programación:.....  | 9  |
|      | RECOMENDACIONES.....  | 12 |
|      | INDICADORES.....  | 12 |
|      | GLOSARIO DE TÉRMINOS:.....  | 13 |
| V.   | Anexo1: Score.....  | 14 |

## I. INTRODUCCIÓN

La Subsecretaría de Redes Asistenciales es responsable de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria. A los Servicios de Salud, por su parte, les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial asignada, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Para dar respuesta a las necesidades de los usuarios en este contexto de trabajo en red, un insumo fundamental es el enfoque de Gestión por Procesos como parte de la gestión clínica, buscando aplicar las acciones más eficaces para lograr la mayor efectividad en la atención clínica de los usuarios de la red de salud pública, con énfasis en la ejecución de las actividades que corresponda en cada caso, de manera más estructurada, simplificada y estandarizada. Es así como se modelan los procesos clínicos asistenciales claves, siendo el modelo General de Hospitalización aquel proceso que abarca los hitos más importantes llevados a cabo durante la hospitalización del paciente. El proceso de hospitalización en atención cerrada, tiene como escenario actual un aumento de la demanda asistencial de parte de los usuarios, asociado a los cambios demográficos, sociales y en los patrones de las enfermedades y las innovaciones en el campo de la medicina y tecnología, que hacen necesario el planteamiento de nuevas estrategias alternativas al proceso tradicional, de manera de optimizar los recursos y aumentar la eficiencia y eficacia a nivel organizacional, asegurando la calidad asistencial a los usuarios en todo su tránsito por el sistema de salud.

Es en este contexto, que como parte del proceso de hospitalización, se encuentra la **Hospitalización Domiciliaria (HD)**, *estrategia alternativa a la hospitalización tradicional, que favorece la continuidad de la atención como parte del proceso de hospitalización, permitiendo la participación del usuario y familia en su propio entorno, bajos los estándares de calidad y seguridad que brinda una atención cerrada*. Dado que existe variabilidad de modelos de atención y gestión proporcionados por las unidades de HD, surge entonces la necesidad de unificar criterios a lo largo del país para dar una entrega de servicios de salud, más equitativos, con carteras de prestaciones que den respuesta a las necesidades y con estándares definidos, centrados en la satisfacción del usuario.

Ante todo lo mencionado, este documento permite ser una guía necesaria para el funcionamiento de las unidades de Hospitalización Domiciliaria de la Red Pública de Salud.

## II. ANTECEDENTES GENERALES

Los cuidados de enfermos fuera del ambiente hospitalario han existido históricamente asociados a al voluntariado de organizaciones principalmente religiosas. Después de la segunda guerra mundial, en la ciudad de Nueva York en 1947, como solución para la atención de pacientes crónicos, se crea la primera unidad de hospitalización domiciliaria el objetivo era el cuidado del paciente y también de su familia. El éxito de este programa hizo que lo adoptara gran número de hospitales de Estados Unidos y luego otros países adoptaron esta modalidad como, Canadá, Francia, Gran Bretaña y Suiza. En España a mediados del año 1981 se puso en funcionamiento el primer servicio de hospitalización a domicilio, creado por el Dr. José Sarabia en el Hospital Provincial de Madrid (actual Gregorio Marañón), desde allí la estrategia se expandió al resto del país. Es así como en el año 2002 se crea la Sociedad Española de Hospitalización Domiciliaria (SEHAD).

En América Latina el desarrollo de esta iniciativa se ha implementado en diversos países, tales como Argentina, Colombia. En Chile, la primera iniciativa de la instalación del modelo de Hospitalización Domiciliaria está registrada en el Hospital El Salvador en 1956, quienes crean un programa piloto para atender enfermos crónicos (enfermedad reumática) en el domicilio por largo tiempo, desde entonces y hasta la fecha se han desarrollado diferentes proyectos en establecimientos hospitalarios del país, como en el Hospital San Juan De Dios que inicio su primer proyecto en el año 1975 posteriormente el Hospital Gustavo Fricke 1980 y el Hospital San Jose 1998.

La Reforma de Salud del año 2005, expresada en el Modelo de Atención Integral en Salud, contempla para la gestión en salud, tres líneas estratégicas a abordar: Fortalecimiento de atención primaria, la Transformación hospitalaria y Rearticulación de la red. En cuanto a la transformación hospitalaria, los principales focos están dados en: ambulatorización de la atención y en la organización de servicios de la atención cerrada; la cual se operacionaliza a través del Modelo de atención progresiva, el cual corresponde a una forma de organizar la atención de las personas enfermas de acuerdo a sus necesidades. Es a partir de este modelo que se señala a la Hospitalización Domiciliaria como una alternativa asistencial para otorgar atención de salud. Ese mismo año, la Superintendencia de Salud, imparte instrucciones sobre cobertura para la hospitalización domiciliaria en el Oficio Circular IF/Nº 14. Este documento fue dirigido específicamente a gerentes generales de ISAPRES, pero es el primer documento en el que se valida esta modalidad de atención. En el año 2010, como consecuencia del terremoto y los daños estructurales en los hospitales, se implementa como estrategia ministerial, el programa de Hospitalización Domiciliaria. Al siguiente año se crearon las primeras orientaciones técnicas y se aprobó el presupuesto para desarrollo de esta unidad, en 10 Hospitales a lo largo del país.

Estudios internacionales, han avalado que los cuidados proporcionados en el hogar. Estos no presentan diferencia en la morbilidad al alta, inclusive podría aumentar la sobrevivencia a los 6 meses. Contribuye a ser una estrategia costo-efectiva, gran satisfacción usuaria, sin complicaciones al egreso.<sup>ii</sup> En el caso de Chile, el desarrollo de la HD ha quedado en evidencia la variabilidad en su funcionamiento, que considera desde priorizar el aumento de los cupos hospitalarios, optimización del costo-eficiencia, al enfoque en la entrega de servicios hospitalarios, bajo estándares de calidad, por un equipo multidisciplinario de carácter integral y continuo, en el hogar con participación activa del familiar, creando lazos más humanos y una atención más cálida.

### III. MARCO CONCEPTUAL

**Proceso de Hospitalización:** Este proceso se inicia con el acto administrativo de la admisión, donde se identifica al paciente, se registran sus antecedentes y se valida la existencia de ficha clínica previa, si existe se adjunta al ingreso del paciente. Una vez finalizada la admisión el paciente recibe atención directa de salud, donde es evaluado por el médico, quien procede a dejar indicaciones de acuerdo a los hallazgos clínicos encontrados a través de la anamnesis y examen físico. La gestión de estas indicaciones estará a cargo de la enfermera quien las ejecutará o coordinará de acuerdo al tipo de indicación recibida. El proceso de atención de hospitalizado finaliza cuando el paciente es egresado del hospital, para lo cual el médico debe realizar el alta donde registra los hechos más relevantes de la hospitalización y diagnósticos de ingreso y egreso, por otra parte el ámbito administrativo realiza también un proceso de alta donde se recopila toda la información médica estadística requerida según norma. Durante la estadía, el equipo clínico registra los procedimientos, los insumos y medicamentos utilizados en el paciente, con el fin de valorizarlos para su posterior cobro. **Profundizar y nexos con HD**

La **Hospitalización Domiciliaria**, corresponde a una alternativa asistencial de la hospitalización tradicional de atención cerrada, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de prestaciones de salud, referidos a cuidados médicos, de enfermería y de otros profesionales, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio cuando ya no precisan de infraestructura hospitalaria, pero que aún requieren de vigilancia y asistencia clínica activa. En este contexto, se considera que las unidades de cada establecimiento hospitalario, debe contar con una estructura y organización que permita brindar la continuidad de la atención desde el nivel hospitalario hacia y desde el domicilio, con seguridad y calidad, durante todo el año, incorporando sistema de comunicación que garantice una respuesta al cuidador/tutor en el momento que lo necesite (los 365 días del año y 24 horas al día).

## IV. METODOLOGÍA DE LA GUÍA

### OBJETIVO GENERAL

- Estandarizar el funcionamiento de las unidades de HD, asegurando su desarrollo, favoreciendo la recuperación de la salud en el hogar, centrado en la persona, sus necesidades y su entorno, con estándares de calidad y seguridad, a través de un trabajo articulado en red.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los requerimientos básicos que conforman una unidad de HD.
- Unificar criterios de funcionamiento básico de las unidades de HD.
- Implementar un sistema de categorización de complejidad de pacientes hospitalizados en el domicilio.
- Incorporar un sistema de registro estadístico básico, que permita objetivar y evaluar la producción y calidad de atención que permita detectar brechas asistenciales en las unidades de HD.

### POBLACIÓN OBJETIVO

Todo aquel usuario **FONASA** que cumpla con los criterios de ingreso a la estrategia de HD.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN / PERFIL DE INGRESO

#### **Desde el punto de vista Clínico:**

- ✓ Usuarios con una patología aguda o crónica reagudizada, clínicamente estables y susceptibles de tratar en domicilio.
- ✓ Usuarios con limitación de esfuerzo terapéutico.

#### **Desde el punto de vista de la Infraestructura en el domicilio:**

- ✓ Condiciones sociosanitarias adecuadas en el domicilio o institución que alberga al usuario en HD, es decir, que cuente con soporte de energía eléctrica, luz, acceso a agua potable y saneamiento ambiental.
- ✓ Disponibilidad de teléfono de fácil acceso, u otras vías de comunicación.

**Desde el punto de vista de la Red Familiar/Social de Apoyo:**

- ✓ Existencia de una red familiar, red social o tutor responsable a cargo del cuidado, que asegure una comunicación con la unidad de HD, ante posibles complicaciones y que se comprometa a dar cumplimiento a las indicaciones.
- ✓ Aceptación por parte de usuario, tutor y/o familia de acceder a la modalidad de HD, mediante la firma de documento de consentimiento informado.

- ✓ Pacientes sin red social en condición clínica estable, de bajo riesgo y plenamente autovalentes, capaces de seguir indicaciones médicas y contactar al equipo de HD en caso de descompensación

**Desde el punto de vista Geográfico:**

- ✓ Dentro del radio de acción definido por cada unidad de HD, considerando la accesibilidad y tiempo de desplazamiento desde y hacia el hospital

**Desde el punto de vista previsional**

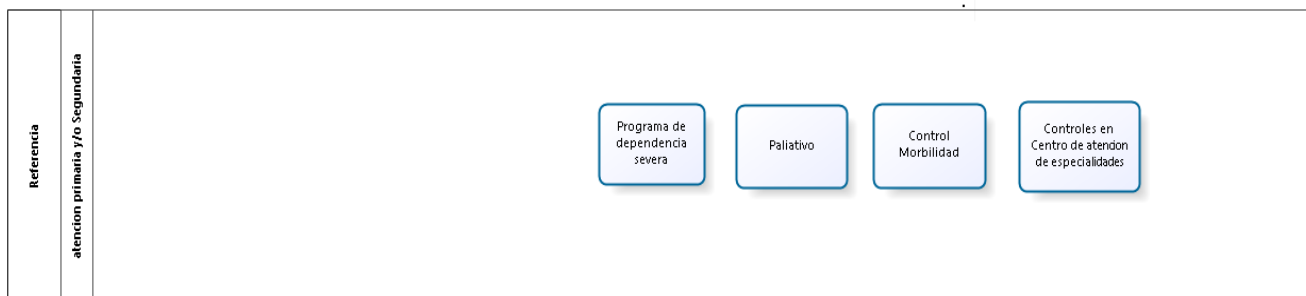
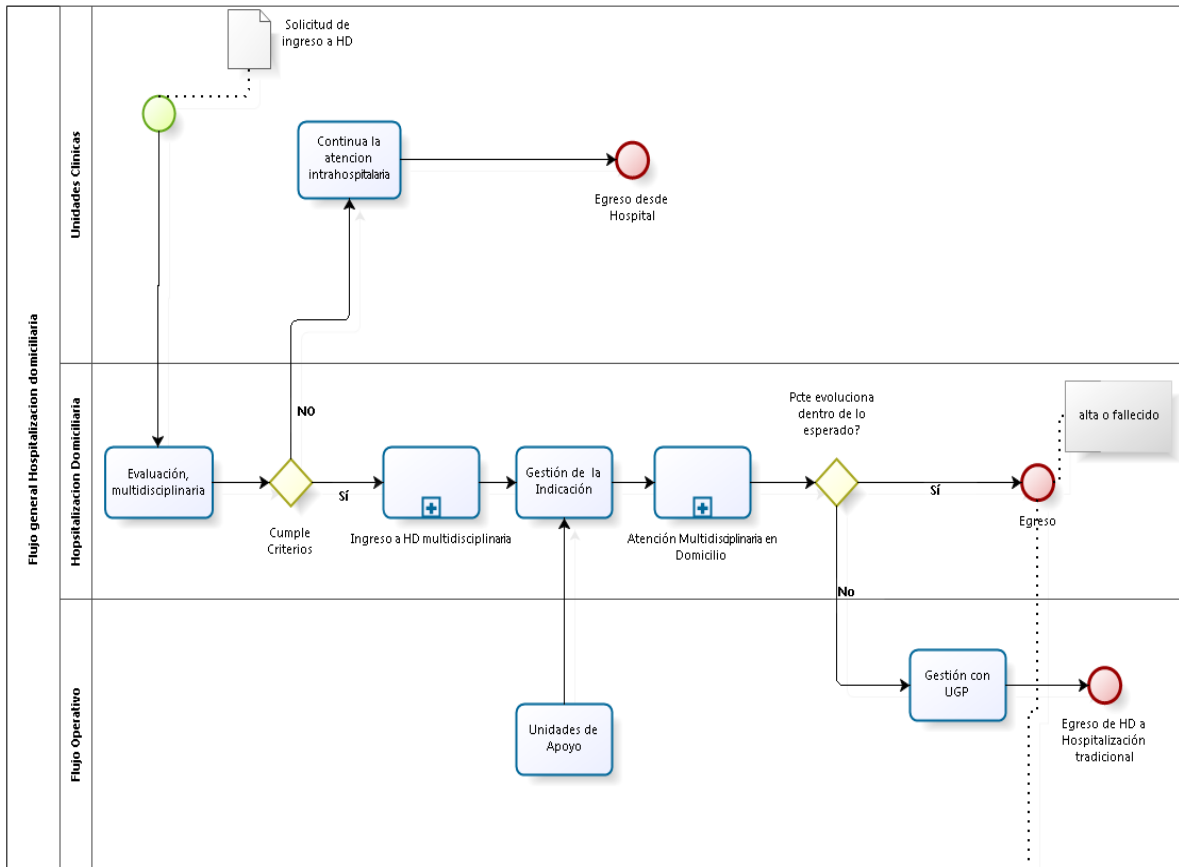
- ✓ Beneficiarios FONASA o PRAIS.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Usuario con inestabilidad clínica sin diagnóstico establecido (diagnóstico sindromático), al momento de postularlo a la HD.
- ✓ Patología de salud mental descompensada.
- ✓ Patologías infecto-contagiosas que pongan en riesgo la red familiar o social del usuario. Previa evaluación de especialista.

## ORGANIZACIÓN

### a) Mapa y Flujo de atención: Breve descripción y modificar RISS



### b) Categorización de usuarios en HD:

Las unidades de HD deben aplicar un criterio de evaluación que permita identificar el nivel de complejidad del usuario, para otorgarle las prestaciones acorde a sus necesidades. Al momento del ingreso será de responsabilidad del médico de HD, su categorización. Posteriormente, de acuerdo a su evolución clínica, se modificará según corresponda.



Para estandarizar este proceso, se ha desarrollado un score (Anexo 1), que permite la categorización de los usuarios según complejidad clínica según se define a continuación:

- *Hospitalización Domiciliaria de Baja Complejidad:* Pacientes que presenta características clínicas de bajo riesgo y el manejo y/o seguimiento del mismo, se puede realizar a través de orientación telefónica y visitas menos de una vez al día. Puntaje de score de 0 a 2 puntos.
- *Hospitalización Domiciliaria de Complejidad Intermedia:* Paciente de mediano riesgo de complicaciones, requiere visitas diarias y manejo activo por el personal de salud a través de la administración de fármacos vía endovenosa, toma de exámenes, kinesioterapia, curación simple e instalación de distintos dispositivos.
- *Puntaje Score 3 a 5 puntos*
- *Hospitalización Domiciliaria de Alta Complejidad:* Paciente con alto riesgo de descompensación o complicaciones, asociadas o no a su motivo de ingreso. Requerirá habitualmente la visita de uno o más profesionales al día y la realización de procedimientos complejos tales como: curación avanzada, aspiración de secreciones bronquiales, oxigenoterapia, entre otros.
- Puntaje Score 6 o más.

La aplicación del Score deberá ser diariamente evaluada y registrada por el equipo de HD, facilitando la planificación de los cuidados requeridos, elaboración de hojas de rutas, priorización de visitas domiciliarias, necesidad de exámenes complementarios, entre otros.

#### c) Cartera de servicios

La cartera de servicios, es un conjunto de acciones determinados según la necesidad de atención del usuario, y que el establecimiento puede ofrecer, en pro de su tratamiento. Por lo tanto, el uso de criterios estandarizados permite una adecuada coordinación del equipo tratante.

Incorporar estándar de % de complejidad de acuerdo a cartera de servicios (basarse en NT 150)

Se clasifican de acuerdo a los 3 tipos de complejidad de la HD.

#### d) Programación:

- 45-60 minutos por visita y traslado, dependiendo de la complejidad y ubicación geográfica.
- Radio de cobertura: que el traslado del equipo no supere 30 minutos
- Un móvil por equipo dependiendo de la ubicación geográfica y horario de funcionamiento de la unidad. Tal como sigue:

Jornada laboral 9 horas diarias: Rendimiento mínimo 7 pacientes al día.

Jornada laboral 12 horas diarias: Rendimiento mínimo 11 pacientes al día.

- La programación de la bitácora de ruta de cada móvil será de responsabilidad de la enfermera coordinadora (Hora salida, Hora llegada, pacientes atendidos, kilometraje).

e) **Recursos Humanos:** Según NTB En relación al estándar de funcionamiento de la unidad con 20 cupos.

f) **Recursos físicos:** Según NTB

La unidad de Hospitalización Domiciliaria, deberá contar con un espacio físico en los establecimientos hospitalarios centro de atención de salud, considerada en la infraestructura según norma técnica básica para centros de atención cerrada, se incorpora oficina, bodega, sala de disposición de residuos, mobiliarios.

Equipamiento: Según NTB Se sugiere que cada equipo que sale a domicilio debe contar con

| Insumo                       | Cantidad | Observación   |
|------------------------------|----------|---|
| Móvil                        | 1 2      | 15 visitas por móvil  |
| Baumanometro digital         | 1 2      |   |
| Estetoscopio                 | 2        |   |
| Oxímetro de Pulso            | 2        |   |
| Termómetro Digital           | 2        |   |
| Glucómetro                   | 2        | Con detección de cetonemia  |
| Set oto-oftalmoscopio        | 1        |   |
| Bomba de Aspiración Portátil | 2        | Mas insumos de aspiración   |
| Oxigeno                      | 2        | Con dispositivos correspondientes   |
| Bombas                       |          |   |
| Maletín                      | 4        | 2 por cada móvil, para insumos de curación, procedimientos invasivos y administración de medicamentos |

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| Linterna Chica                 | 2 |  |
| Cooler de traslado de muestras | 2 |  |
| Gradilla                       | 2 |  |

Planta física: **Según NTB**

- **Oficina de la Unidad de HD**
- Box de entrevista
- Sala de espera
- Escritorios
- Computadores
- Registro clínico electrónico en tablet
- Conexión a internet
- Celulares con internet o radios
- Baño para usuarios internos con ducha
- Baño para usuarios externos
- Lockers para funcionarios
- Sala de procedimiento
- Sala de reunión
- Bodega para insumos y equipos médicos
- Móvil por equipo
- **Sala REAS**

Equipos: **Según NTB**

- 1 teléfono con anexo en red
- 2 equipos de telefonía móvil
- 2 equipos computacionales
- Insumos para procedimientos

**g) Gestión de la información**

Con el objetivo de documentar las atenciones clínicas, se requieren los siguientes datos estadísticos:

- Registro de ingresos y egresos
- Registro de atenciones realizadas
- Registros Clínicos - Ficha clínica individual por paciente y por profesional
- Bitácora de ruta de los equipos de HD **por móvil (Anexo 2)**
- Epicrisis
- Indicadores
- Registro de rechazos y la causa (Pacientes evaluados v/s pacientes ingresados)

- Nivel de complejidad de la atención a través del registro de atenciones por estamento
- **Mantener registro de las prestaciones y resumen mensual (anexo 3)** Registrar dentro de las actividades la educación a la familia, paciente y cuidador
- Registrar dentro de la evolución diaria las actividades de educación para que GRD las pueda codificar en la lectura de estos egresos.
- Categorización del paciente de acuerdo a las prestaciones y no a la complejidad del paciente.
- Clasificación de las heridas (utiliza mucho recurso insumos, tiempo, etc.)
- La ficha de HD tiene que tener todo lo que contiene una ficha de cualquier servicio dentro del hospital.
- Hoja de notificación de eventos adversos en domicilio (salida de dispositivo con personal presente, complicación de paciente, infección, etc)

#### h) **Protocolos:**

Con el objetivo de dar un lineamiento en el proceso de atención de HD, las unidades deberán contar con los siguientes documentos:

- Protocolo de ingreso a HD
- Protocolos de visita multidisciplinaria
- Protocolo de entrega en horario inhábil a jefatura
- Manual de procedimientos
- Protocolo de referencia y contrareferencia (articulación en la RED)
- Consentimientos informado
- Protocolo de acción frente a una agresión en domicilio

### RECOMENDACIONES

- ✓ Los usuarios hospitalizados en modalidad HD con estancia superior a 15 días deberá contar con un informe que justifique ser justificada su permanencia.

### INDICADORES

| Indicador          | Descripción   | Meta |
|--------------------|---|------|
| <b>Indicador 1</b> | Nº de pacientes en HD reingresados a Hospitalización tradicional/ Nº total de pacientes en HD |      |
| <b>Indicador 2</b> | Pacientes en HD con registro de evento adverso/ Nº total de pacientes en HD                   |      |
|                    | <b>Nº de pacientes evaluados/ Nº de pacientes ingresados</b>                                  |      |
|                    | <b>Índice ocupacional</b>   |      |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
|                    | <b>Nº de fallecidos (considerando aquellos que no deben fallecer)</b>           |  |
|                    | <b>Índice de complejidad</b>  |  |
|                    | <b>Nº de pacientes en espera de camas en UEH/ Nº de ingresos a HD desde UEH</b> |  |
| <b>Indicador 3</b> | <b>Promedio días de estada</b>  |  |
|                    | Satisfacción usuaria  |  |
|                    |   |  |

#### **GLOSARIO DE TÉRMINOS:**

Cupos:

Reingresos:

Días personas atendidas

Promedio de días de estada

V. Anexo1: Score

| Categorización de complejidad pacientes Hospitalizados en Domicilio |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
| Puntaje<br>Ítem   | 0  | 1   | 2  | 3  | 4  |
| NÚMERO DE VISITAS   | Sin visita, sólo de llamado                            | 1 Técnico paramédico  | 1 Profesional  | 1 Profesional + 1 técnico  | 2 o más profesionales  |
| PROCEDIMIENTOS  | -Educación y evaluación.<br>-Control de signos vitales | -Ingreso y educación de enfermería.<br>-Instalación de sonda nasogástrica<br>-Instalación de sonda Foley.<br>-Administración de hidratación ev.<br>-Kinesioterapia motora y/o respiratoria.<br>-Administración de medicamento IM. | -Curación Simple.<br>-Toma de muestra venosa o instalación de VVP.<br>-Panel viral o cultivo de expectoración.<br>-Administración de tratamiento antibiótico EV o IM.<br>-Bomba elastomérica<br>-Administración de opiodes por vía subcutánea.<br>-Kinesioterapia motora o respiratoria. | -1 Curación avanzada<br>-Sutura simple<br>-Toma de gases arteriales<br>-Kinesioterapia respiratoria con aspiración de secreciones. | -2 o más curaciones avanzadas<br>-Administración de tratamiento atb de amplio espectro vía ev.<br>-Administración de nutrición parenteral. |
| OXIGENOTERAPIA  | NO   | NO  | O2 por naricera 1-3lt  | O2 flujo mayor a 3lt   | Paciente con VMNI  |

| Puntos | Complejidad de la HD |
|--------|----------------------|
| 0 a 2  | Básica               |
| 3 a 5  | Intermedio           |
| 6 a 8  | Compleja             |

## Anexo 2

| HOJA DE RUTA DIARIA<br>UNIDAD DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
|---|------------------|-------------------|-------------|-------------|------------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Fecha   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| Nombre de Conductor   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| Nombre Funcionario de la UHD                                  |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| Estamento   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| Hora de Salida de la UHD                                      |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| Hora de Llegada a la Unidad                                   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| Firma Funcionario responsable                                 |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| DETALLE DE LAS VISITAS REALIZADAS                             |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
|   | RUT del Paciente | Dirección Destino | Hora Inicio | Kilometraje | Hora llegada a destino | Kilometro llegada | Hora termino de la visita | Estamento que realiza la visita |
| 1   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 2   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 3   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 4   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 5   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 6   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 7   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 8   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 9   |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 10  |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 11  |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |
| 12  |                  |                   |             |             |                        |                   |                           |                                 |

## Anexo 3

| LISTADO DE PRESTACIONES REALIZADAS UNIDAD DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA |                           |   |  |  |
|---|---------------------------|---|--|--|
| MES   |                           |   |  |  |
|   | PRESTACION                | TOTAL PRESTACIONES MENSUALES REALIZADAS |  |  |
| 1   | Tratamiento Endovenoso    |   |  |  |
| 2   | Tratamiento Intramuscular |   |  |  |
| 3   | Tratamiento subcutáneo    |   |  |  |
| 4   | Hidratación parenteral    |   |  |  |
| 5   | Curación Plana            |   |  |  |
| 6   | Curación compleja         |   |  |  |
| 7   | Aspiración de secreciones |   |  |  |
| 8   | Cateterismo Vesical       |   |  |  |
| 9   | Instalación SNG           |   |  |  |
| 10  | Punción Venosa            |   |  |  |
| 11  | Punción Arterial          |   |  |  |
| 12  | Enema Evacuante           |   |  |  |
| 13  | Hidratación Subcutánea    |   |  |  |
| 14  | Extracción de puntos      |   |  |  |
| 15  |                           |   |  |  |
| Incorporar otras prestaciones que se realicen en la unidad.               |                           |   |  |  |

## Anexo x

- Favorecer la continuidad de la atención de acuerdo a las necesidades del usuario, coordinando los distintos niveles de salud (primario, secundario y terciario) de acuerdo a la atención progresiva.
- Favorecer el autocuidado.
- Promover el bienestar del paciente
- Evitar y/o disminuir los días de estada intrahospitalarios.
- Mejorar el costo efectividad de la gestión hospitalaria.
- Evitar las complicaciones asociadas a la hospitalización tradicional.
- Mejorar la satisfacción usuaria.
- Implementar Polos de desarrollo de acuerdo al perfil epidemiológico de la población y a los requerimientos de la Red.
- Entregar atención integral de calidad y segura en el domicilio del usuario
- Satisfacción de la demanda de atención
- Diseñar y aplicar protocolos de utilización de recursos por prestación realizados en la unidad.
- Contar con un sistema integrado de información.
- Instalar los procesos de auditoria como un mecanismo de mejora continua.
- Diseñar y aplicar protocolos de atención por patologías derivadas.
- Distribuir cargas de trabajo por estamento según problemas de salud en forma eficiente y equitativa
- Capacitar al personal según estándar de prestaciones de la unidad con su participación activa en el logro de las metas satisfaciendo sus expectativas laborales.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ordinario 4489 diciembre 2014 “Lineamientos de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria”.
2. MINSAL, Serie de Cuadernos Nº 9 Manual Administrativo, “Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios”.
3. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Resolución Exenta Nº 721 de Agosto de 2015 “Aprobación de procesos clínicos priorizados de apoyo a la gestión de la red asistencial”.
4. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015. “Proceso de Gestión de Hospitalización”
5. Puchi, C., Sanhueza, O. (2015). “Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos”, revista iberoamericana de educación e investigación de enfermería 2015:5(1):8-17 disponible en: <http://reaserchgate.net/publication/291698133>.
6. Cotta et al (2001). “Hospitalización Domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas”; rev Panam publica/Pan Am J Public Health 10 (1), 2001.

<sup>i</sup> *Cuaderno 1*

<sup>ii</sup> *Admisión avoidance hospital at home (review), Shepperd S. et al, Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9 Art n° CD007491*