

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile.

²Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

³Enfermera Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 11 de enero de 2021, aceptado el 22 de junio de 2022.

Correspondencia a: María Francisca Rojas. Los Monjes 12008, Las Condes. mfrasg@gmail.com

Hospitalización domiciliaria: aspectos conceptuales y su aplicación en el Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. Descripción de funcionamiento y su rol durante la primera ola de la pandemia COVID-19

MARÍA FRANCISCA ROJAS-GOLDSACK¹, TERESITA LYN¹,
XIMENA AGUILERA², JAVIERA HERRERA¹,
JUAN PABLO LEIVA¹, VIVIANA MENA^{1,a}

Description of the operation of a home hospitalization unit in a public hospital at Santiago, Chile

This article briefly discloses what home hospitalization consists of, its different models of care, and the benefits and difficulties associated with it. We also describe the operation of the home hospitalization unit of the Padre Hurtado Hospital in Santiago de Chile and the role it took in the context of the first wave of the COVID-19 Pandemic, specifically between March and August of the year 2020. We aim to share our experience with this emerging form of hospitalization that is already working in Chilean public hospitals. We also hope that this hospitalization modality will continue to grow over the years.

(Rev Med Chile 2022; 150: 532-540)

Key words: Home Care Services; Home Care Services, Hospital-Based; House Calls.

En los últimos años, el sistema de salud chileno ha tenido que realizar cambios en sus modelos de atención para poder dar respuesta a nuevas y crecientes demandas sanitarias que tensionan al sistema¹. Todo esto, en un contexto de mayor exigencia y de importantes cambios demográficos, epidemiológicos y sociales¹⁻³. Si bien el país es considerado de altos ingresos, los recursos que destina a salud (7,7% del producto interno bruto) están por debajo de la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹, caracterizándose por un bajo gasto público en salud, un elevado gasto de bolsillo y baja disponibilidad de camas hospitalarias,

horas médicas y recursos tecnológicos (Lobos JP. Hospitalización domiciliaria como alternativa sustentable para implementar en Chile: una mirada desde un *scoping review* [Internet] 2020. Tesis de grado. Repositorio UC). Es así como surgió la hospitalización domiciliaria (HD) en nuestro país, en un principio con el objetivo de descongestionar hospitales, pero con el tiempo y con el aumento de las enfermedades crónicas, esta ha evolucionado, representando hoy una alternativa real a la hospitalización convencional⁴. Un reflejo de esto es el hecho de que solo durante el año 2020, en Chile, se atendieron a 115.357 personas bajo esta modalidad de atención⁵. Actualmente la HD significa también una

estrategia vital para poder complejizar las camas hospitalarias y aumentar el flujo de los pacientes hospitalizados de manera convencional.

Entendiendo la magnitud del problema y la oportunidad que significa la HD, nuestro objetivo es describir brevemente en qué consiste la hospitalización domiciliaria, con énfasis en su definición, sus diferentes modelos de atención, además de sus beneficios y desventajas. Pensamos que a raíz de las nuevas unidades de hospitalización domiciliaria (UHD) y empresas con prestaciones de salud domiciliarias que han surgido en el último tiempo, es muy importante dar a conocer estos aspectos conceptuales básicos que puedan ser de utilidad para homogenizar definiciones. Por otro lado, daremos a conocer el funcionamiento de la unidad de hospitalización domiciliaria del Hospital Padre Hurtado (UHD HPH) de Santiago de Chile, con su contexto social, crecimiento y funcionamiento. Por último, se hará mención al rol de la UHD HPH durante la primera ola de la pandemia de COVID-19.

¿Qué es la hospitalización domiciliaria?

Definición, diferencias con otras atenciones en domicilio y esquemas de trabajo

La hospitalización domiciliaria es aquella modalidad y estrategia asistencial alternativa a la hospitalización tradicional, en donde el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, en atención a lo exigido por su estado de salud hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada⁵.

La HD surge en Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica, en el año 1947, posterior a la segunda guerra mundial, para descongestionar los hospitales, disminuir los costos sanitarios y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación⁶. Hoy, el envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades crónicas han obligado a los servicios de salud a seguir utilizando la HD como alternativa a la hospitalización clásica. Esta modalidad se postula como una buena opción asistencial para muchos procesos médicos y postquirúrgicos, proporcionando una atención especializada,

segura, eficaz y eficiente en el domicilio del paciente⁷. Si bien existen desventajas asociadas a la HD, son múltiples los beneficios asociados a ella^{7,8} (Tabla 1). Cabe destacar la disminución de los costos, de las infecciones intrahospitalarias y del *delirium* comparado con la hospitalización convencional^{7,8}.

Se describen tres grandes modelos organizativos de las atenciones en domicilio: la hospitalización domiciliaria descrita anteriormente, la asistencia domiciliaria basada en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y la ayuda en domicilio o “Sistema de *Delivery*”⁹ (Tabla 2). Si bien, todos son necesarios y tienen igual fundamento, que es prestar atención sanitaria en el domicilio del paciente, es importante diferenciarlos y definirlos.

Otra base conceptual que nos parece muy relevante el desarrollo de diferentes esquemas de trabajo en una HD (Tabla 3)¹⁰. De estos, los más utilizados son dos: el esquema de evitación de ingresos, que sustituye el ingreso convencional y en donde el paciente proviene principalmente desde los servicios de urgencia, y el esquema de alta temprana, que acorta la hospitalización tradicional continuando los requerimientos de hospitalización en el domicilio¹⁰ y en donde el paciente es ingresado habitualmente desde las unidades médico-quirúrgicas. En nuestra experiencia, hemos visto que a medida que aumenta la proporción de pacientes que ingresan bajo la modalidad de evitación de ingresos, la complejidad asociada del paciente también aumenta, con una mayor demanda asociada y necesaria en recursos humanos y de infraestructura.

Contextualización de la hospitalización domiciliaria del Hospital Padre Hurtado

El Hospital Padre Hurtado (HPH) es un hospital público general de 391 camas convencionales (a septiembre de 2020), que pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de la ciudad de Santiago de Chile (Hospital Padre Hurtado. Cantidad de Camas. Disponible en: <https://www.hph.cl/cantidad-de-camas/>). Su población a cargo son los residentes de tres comunas: La Pintana, San Ramón y La Granja, con una población total de 376.806 habitantes, distribuida en un territorio de 47,6 km²¹¹.

Según las diferentes encuestas CASEN, la situa-

Tabla 1. Beneficios y desventajas de la hospitalización domiciliaria

Beneficios	Desventajas
Mayor satisfacción del paciente y de su familia	Sobrecarga de los cuidadores
Resguarda espacios de educación sanitaria	Costo económico familiar (costos de luz secundarios a uso de concentrador de oxígeno domiciliario o contratación de auxiliar ante ausencia de cuidador)
Participación y corresponsabilidad de la familia en el proceso de cuidado del paciente	Riesgo de aparición de complicaciones o efectos adversos fuera del hospital, con capacidad de respuesta más lenta en algunas ocasiones respecto a hospitalización convencional
Mayor cumplimiento del tratamiento y de sus cuidados	Eventual necesidad de reingreso a hospitalización convencional por complicaciones del proceso clínico
Reduce los costos de hospitalización	Sobre derivación
Fomenta la humanización y buen trato entre los equipos de salud, la familia y el paciente	Necesidad de medidas de higiene en el hogar
Disminuye la congestión hospitalaria y favorece un flujo para las hospitalizaciones dentro del hospital	
Favorece altas precoces	
Disminuye la probabilidad de infecciones intrahospitalarias	
Disminuye el síndrome confusional agudo (delirium) y la ansiedad que el hospital genera a los pacientes	
Recuperación funcional más temprana	
Puede ayudar a disminuir la tasa de readmisión hospitalaria	
Mejora la comunicación entre la atención hospitalaria y la atención primaria en salud. Contribuye a la articulación de redes asistenciales de salud pública	
Propicia la generación de estrategias de intervención socio-comunitarias como estrategia de desarrollo local	

Tabla original, creada por el equipo de UHD del HPH^{4,5}.

Tabla 2. Diferencias entre hospitalización domiciliaria, asistencia domiciliaria basada en atención primaria en salud y ayuda en domicilio

	Hospitalización domiciliaria	Asistencia domiciliaria basada en APS	Ayuda en domicilio
Objetivo principal	Sustituir la hospitalización convencional	Prevenir la hospitalización (promoción y rehabilitación)	Solucionar el problema consultado
Perfil del usuario	Pacientes con patologías agudas, reagudización de patologías crónicas, postquirúrgicos, otros	Pacientes con patologías crónicas estables y/o terminales	Pacientes con necesidad de salud específica.
Profesionales y organización	Adjuntos al hospital o clínica. Requiere un equipo coordinado multidisciplinario	Adjuntos al centro de atención primaria	Profesional de la salud independiente o empresas de entrega de servicios de salud
Procedencia de los pacientes	Cualquier ámbito de la propia red salud (principalmente hospitalario).	Atención primaria.	Cualquiera que consulte
Actividades	Igual a las realizadas en el hospital	Igual a las realizadas en atención primaria.	Según lo que se requiera y se pueda entregar en cada caso
Tiempo de seguimiento activo	Limitado en el tiempo. Hay un ingreso y un alta	Ilimitado	Ilimitado

Tabla obtenida y modificada de "Organización de la hospitalización domiciliaria", Dr. Pablo Lafuente Sanchis (Hospital Universitario de La Rivera, Valencia, España).

Tabla 3. Esquemas de trabajo para una unidad de hospitalización domiciliaria

Tipo de Esquema de Trabajo	Descripción	Características de los pacientes beneficiados
Esquema de evitación de ingreso	Sustituye el ingreso convencional a un hospital	Pacientes agudos, crónicos reagudizados y paliativos
Esquema de alta temprana	Alta precoz de un paciente hospitalizado convencionalmente Acortar una hospitalización tradicional	Pacientes agudos (médicos y postquirúrgicos), crónicos reagudizados
Esquema de alta tecnología	Sustituye a la hospitalización tradicional, y al hospital de día Ejemplos: quimioterapia, nutrición parenteral, infusiones endovenosas, transfusiones, ventilación mecánica, otros	Pacientes con inmunosupresión, incapacidad para desplazarse. Requiere coordinación con las especialidades y con APS
Esquema de función de soporte	Sistema de apoyo a APS donde se realiza evaluación complementaria e intervenciones puntuales de los pacientes crónicos con multimorbilidad para evitar su ingreso a una hospitalización convencional	Pacientes con multimorbilidad y/o con acceso dificultoso al hospital que se reagudizan
Esquema de coordinación sociosanitaria	Esquema de apoyo en residencias para evitar ingresos hospitalarios. Se actúa, además, como intermediario entre los pacientes y sus centros de APS y hospital	Pacientes añosos con multimorbilidad que se reagudizan
Esquema de rehabilitación en domicilio	Esquema que permite un alta precoz del hospital ya que asegura una continuidad en el domicilio de la rehabilitación precoz	Pacientes postquirúrgicos o posterior a un accidente cerebro vascular
Esquema de salud mental a domicilio	Actúa como el esquema de "evitación de ingresos/alta temprana" y el de "función de soporte" (intervenciones puntuales)	Pacientes con patología de salud mental compensada

Tabla creada y modificada en base a la información obtenida del artículo "Cartera de servicios: esquema de alta temprana, esquema de alta tecnología y esquema de función de soporte. Dr. Pablo Lafuente Sanchis (Hospital Universitario de La Rivera, Valencia, España).

ción de pobreza en la Región Metropolitana (RM) había ido disminuyendo progresivamente desde el año 2006 hasta el año 2017, pasando de 20,2% a 5,4%, respectivamente. Sin embargo en el año 2020, este valor aumentó, llegando a haber 9,0% de la población de la RM en situación de pobreza. Si se disgrega por comuna en el año 2020, La Pintana contaba con una tasa de pobreza de 15,3%, San Ramón de 13,1% y La Granja de 11,9%, lo que demuestra el mayor nivel de pobreza de las comunas atendidas por el HPH¹².

Según el índice de prioridad social del año 2020, las comunas de La Pintana y San Ramón se encuentran en la categoría de alta prioridad social, presentando las peores condiciones socioeconómicas relativas medibles del conjunto de las comunas de la Región Metropolitana¹³.

Breve historia y características de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del HPH

Inicios y crecimiento

La UHD HPH inició sus actividades en 2011, con capacidad para atender 10 pacientes al día, teniendo un importante crecimiento en estos últimos años (Figura 1). Actualmente contamos con 125 pacientes hospitalizados en sus domicilios cada día, lo que equivale a 145 cupos diarios para visita en terreno. La diferencia entre ambos números se debe a que un paciente puede ser visitado en el mismo día por distintos profesionales. De esta manera, en 2019 ingresaron un total de 2.928 pacientes, que equivalen a 20.203 días-camas domiciliarias y a 55 camas convencionales hospitalarias.

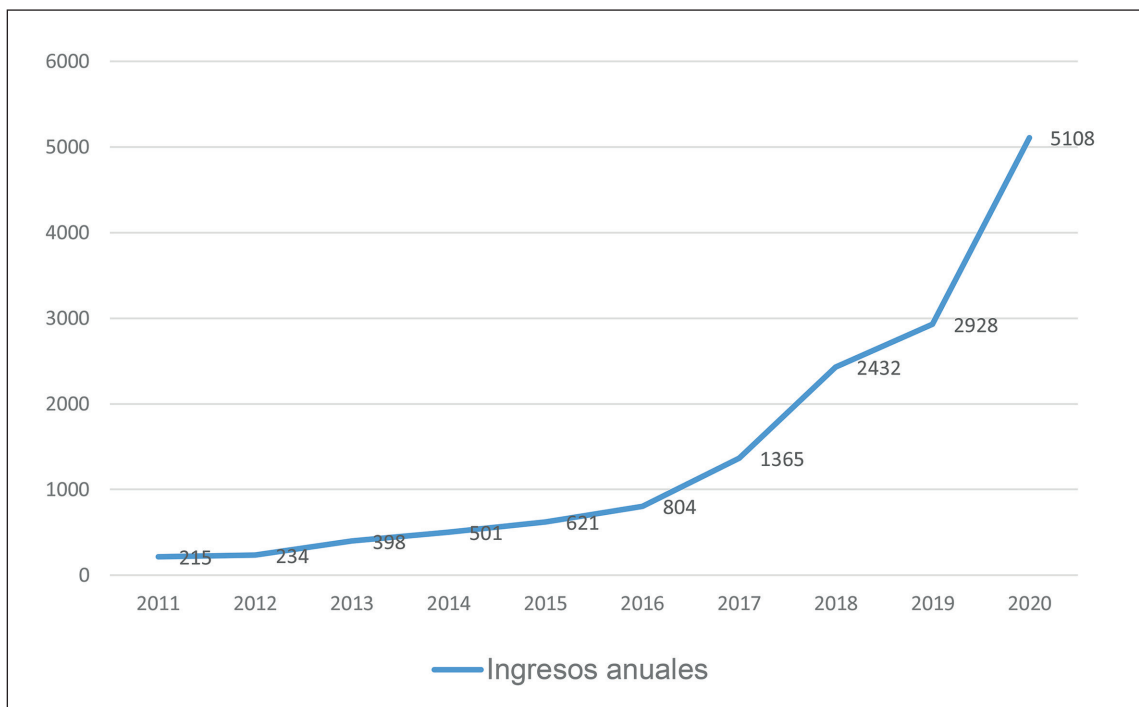


Figura 1. Evolución de los ingresos anuales de la unidad de hospitalización domiciliaria Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. Gráfico creado por los autores, obtenido de estadística propia de la unidad.

Equipo

Para cumplir estas demandas, la unidad cuenta con un equipo multidisciplinario de médicos internistas y generales, enfermeras, trabajadores sociales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, técnicos paramédicos en salud (TENS) y personal administrativo. En cuanto a la proporción de pacientes y profesionales de la salud, la recomendación internacional para una UHD es de 1 médico y 2 o 3 enfermeras cada 15 pacientes¹⁴. Si bien la unidad ha presentado por muchos años una dotación menor, cada año se logra reducir dicha brecha, al igual que con otros profesionales de la salud como kinesiólogos y fonoaudiólogos. La proporción de kinesiólogos y de otros funcionarios se define según las prestaciones y requerimientos que cada unidad tenga¹⁴.

Indicadores de calidad

Si bien los indicadores de calidad en una UHD siguen en discusión y desarrollo¹⁵, nos parece que los días de estadía son un indicador importante en una UHD, ya que representa el carácter agudo de la

patología atendida y una derivación adecuada del paciente dentro de la red asistencial al momento del alta. Así, en el año 2019, la UHD HPH tuvo un promedio de estadía de 6,9 días. Otro indicador de calidad hace referencia con el porcentaje de reingresos y con la razón de recurso humano por personas atendidas¹⁴.

Esquemas de trabajo

La UHD HPH funciona principalmente con tres esquemas de trabajo: evitación de ingreso, alta temprana y rehabilitación precoz en domicilio para los pacientes de ortogeriatría (Tabla 3). De esta manera, las principales procedencias de los pacientes son el servicio de urgencia adulto (SUA), el servicio de medicina interna y el de traumatología. El año 2018, 14% de los ingresos provinieron del SUA, aumentando a 19,2% en 2019 y representando 60% en 2020. A su vez, la procedencia de los pacientes presenta variaciones estacionales, como en los meses de invierno donde aumenta la captación de pacientes desde el SUA. En este período, se presentan bruscos aumentos

de la demanda asistencial debido a los brotes de enfermedades respiratorias, desbordando los servicios de urgencia, aumentando la actividad de la UHD. Uno de los beneficios que hemos visto al aumentar los ingresos desde el SUA, es que se disminuye el tiempo de espera para ser atendido en este servicio, ya que el ingreso a la UHD acelera el flujo de atención.

Patologías más frecuentes

En el año 2020, los principales diagnósticos de ingreso fueron: infección por COVID-19 (48%); patología respiratoria infecciosa o crónica reagudizada (19%); patología infecciosa no respiratoria como genitourinaria, de piel y partes blandas, abscesos y colecciones, entre otras (7%); enfermedad tromboembólica (4%); fractura de cadera y coxartrosis grave operada (4%); insuficiencia cardíaca

descompensada (3%); seguida por patologías neurológicas como el accidente cerebrovascular y neoplásicas, entre otras.

Descripción del funcionamiento de la UHD del HPH

En la Figura 2 se presenta el flujo de trabajo de la UHD HPH. Los pacientes ingresan desde distintos servicios y desde otros hospitales de la red. Para este ingreso, los médicos tratantes presentan a su paciente a la unidad de UHD HPH y es el equipo de esta unidad quien acepta o no la solicitud. Para esto, se aplican los siguientes criterios de inclusión: estabilidad hemodinámica, un diagnóstico claro con posibilidad de mejora en domicilio, pertenecer a las comunas adscritas

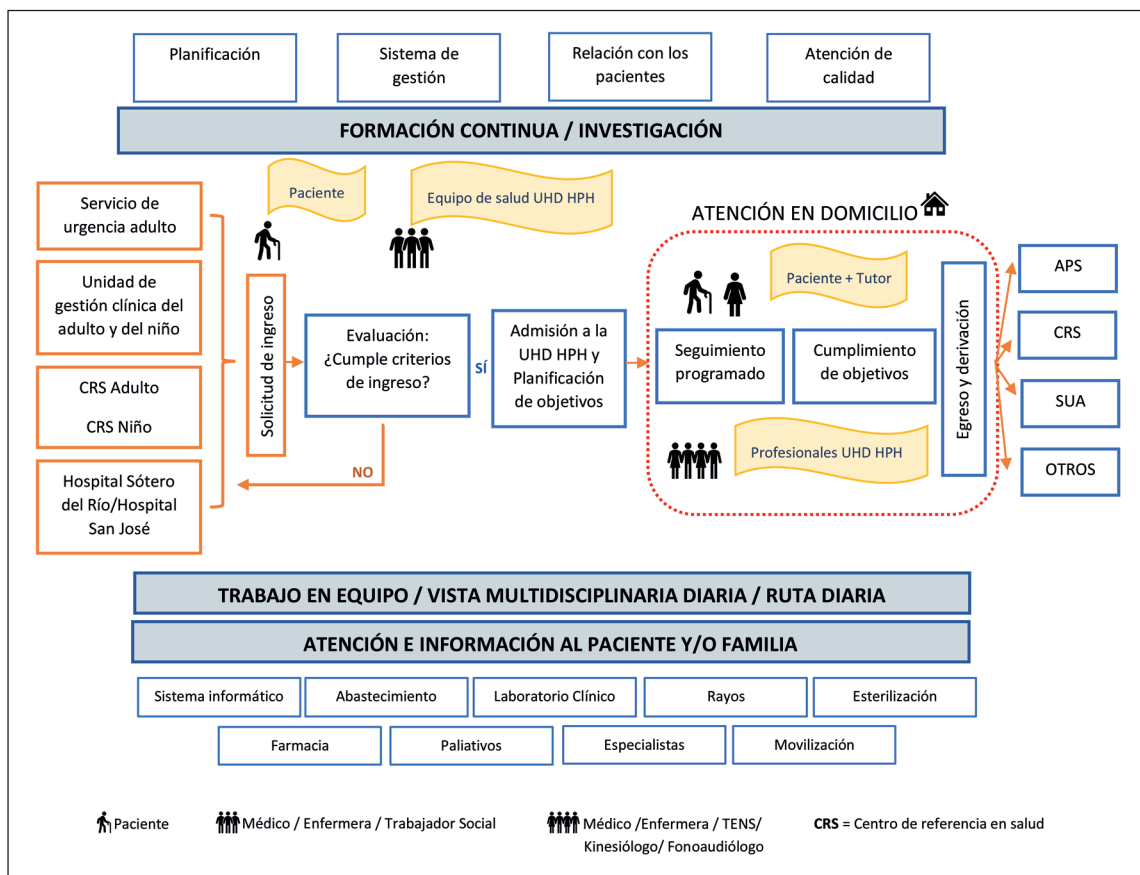


Figura 2. Mapa de procesos de la UHD del HPH.

y contar con un tutor. Si cumple con los criterios, se realiza un ingreso médico, de enfermería y social, estableciéndose un plan terapéutico a cumplir en domicilio.

El personal administrativo reúne a todos los pacientes ingresados en un mismo día y los programa en una planilla, generando así las distintas "hojas de ruta diarias" para cada uno de los equipos que saldrán a terreno (médico, de enfermería, TENS, de kinesiología y fonoaudiología).

En cada visita domiciliar, se registra el control de signos vitales, se realiza el plan terapéutico y se evoluciona en la ficha clínica del paciente. En el caso de la UHD HPH, desde enero de 2021, se trabaja con ficha clínica electrónica móvil, que permite evolucionar en tiempo real. Esta fue desarrollada y diseñada por el equipo de informática del HPH y de la UHD del HPH.

Todo lo anterior está supervisado por el equipo médico donde cada mañana, previo a las salidas a terreno, se realiza una reunión multidisciplinaria sectorizada, liderada por un médico en conjunto con el resto del equipo. En esta instancia se analiza a cada uno de los pacientes que serán visitados en el día. Se discute la evolución clínica que ha tenido cada uno y se realizan modificaciones a las indicaciones terapéuticas si corresponde. Cuando los objetivos de un paciente son cumplidos, se da de alta por un médico, siendo derivado donde corresponda (APS, CRS, policlínico con especialista u otros).

Prestaciones entregadas por la UHD HPH

Las prestaciones entregadas en los domicilios por la UHD HPH son las siguientes:

- Visita médica al ingreso, para evaluación según necesidad del paciente y al momento del alta.
- Tratamiento endovenoso (antibióticos, analgesia, fierro, entre otros).
- Curaciones simples y avanzadas, diarias o con menor frecuencia, según necesidad.
- Trasape y dosificación de tratamiento anti-coagulante.
- Oxigenoterapia para trasape a oxígeno definitivo o destete.
- Kinesioterapia respiratoria, motora o ambas.
- Educación (insulinoterapia, uso de sondas y drenajes).
- Control de exámenes de laboratorio y cultivos.

- Terapia nutricional aguda: evaluación nutricional, nutrición enteral y parenteral.
- Hidratación parenteral.
- Cuidados de fin de vida.
- Manejo del dolor.
- Ventilación mecánica no invasiva en espera de la entregada por el Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Domiciliar en adultos (AVNIA).
- Tratamiento oral o subcutáneo.
- Terapia fonoaudiológica para trastornos de deglución.

Hospitalización domiciliar HPH en el contexto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha representado un gran desafío para nuestra UHD, que ha tenido que atender a 3.576 pacientes ingresados desde marzo de 2020, fecha en que se confirma el primer caso de COVID-19 en Chile, hasta agosto del mismo año, inclusive (fecha de cierre de este reporte).

Producto de las condiciones sociales, el territorio atendido ha sido uno de los más fuertemente impactados del país. Enfrentar una pandemia de enfermedad transmisible persona a persona en un contexto social de pobreza y hacinamiento, exigió una reorganización de la unidad reforzando el trabajo asistencial, además de los procedimientos de control de infecciones y el seguimiento clínico de los pacientes. Para esto, se aumentó la capacidad de atenciones en terreno de 120 a 210 cupos diarios y se sumó al equipo multiprofesional ya existente, un nuevo equipo dedicado en su totalidad a realizar ingresos, seguimiento telefónico y trazabilidad de todos los pacientes con COVID-19 y a sus contactos. Hasta agosto del año 2020, se logró una capacidad de 450 llamadas diarias y el equipo creció de 29 a 64 funcionarios, recibiendo, además, la colaboración de alumnos voluntarios de carreras de la salud de la Universidad del Desarrollo de Santiago (UDD)-Clínica Alemana. Dicho aumento de funcionarios respondió a la alta demanda y se financió con recursos ministeriales extraordinarios otorgados por la pandemia. Durante el período máximo de COVID-19 en Santiago de Chile (mayo y junio de 2020), en la unidad se realizaron hasta 30 ingresos diarios, tres veces más que el promedio habitual de 10 ingresos diarios.

En este contexto, se crearon distintos protocolos para ordenar y sistematizar el trabajo. Como ejemplo de lo anterior, es que se protocolizó que todo paciente COVID-19 mayor de 65 años, embarazada, con algún grado de disnea, o con comorbilidades, se les realizó una visita médica domiciliaria precoz para evaluar su estado clínico, y una visita de enfermería para toma de exámenes. Según esta evaluación, se definía si el paciente requería hospitalización en su domicilio, debía ser derivado a hospitalización convencional, o bien solo requería monitoreo telefónico. Otro elemento interesante es que antes de la definición de caso probable, se protocolizó que a todos los contactos estrechos sintomáticos se les tomó una PCR en sus domicilios, con el fin de no sobrecargar al SUA y de disminuir la propagación del contagio. Se creó también un protocolo de cuidados de fin de vida del paciente COVID-19 en su domicilio, el cual fue de gran ayuda para aquellos pacientes en quienes se decidió, en conjunto con su familia y dado su contexto de salud, limitar el esfuerzo terapéutico. Esto permitió un fallecimiento más compasivo, en compañía de familiares y con todas las medidas de protección personal entregadas por la UHD.

La letalidad total en la UHD en el período entre marzo y agosto, inclusive, del 2020 fue de 2,09% (75 pacientes fallecidos de un total de 3.576 ingresados), estando 85,3% de ellos en cuidados de fin de vida (64 pacientes). Así, 11 pacientes fallecieron de manera no esperada, hospitalizados en sus domicilios, de los cuales 5 tenían diagnóstico de COVID-19 y 6 tenían otras patologías agudas. Al calcular la letalidad exclusiva de pacientes COVID-19 durante este período, fue de 0,8% (19 pacientes COVID-19 fallecidos de 2.261 pacientes COVID-19 ingresados), esto es muy bajo respecto a la letalidad nacional por COVID-19 de 3,0% del año 2020¹⁶. Pensamos que los factores que influyeron fue la creación del protocolo para pacientes COVID-19 hospitalizados en domicilio, y una doble visita médica (mañana y tarde) en donde se pudo pesquisar precozmente los pacientes COVID-19 con mala evolución, con consiguiente derivación al SU o a una unidad de paciente agudo, según disponibilidad, en un trabajo colaborativo con gestión de camas.

Por último, constatamos que el aislamiento para grupos familiares que viven en condiciones de hacinamiento y cuyo sustento se basa en lo

ganado diariamente, es difícil de lograr. En este contexto, se tuvo que derivar a muchos pacientes a residencias sanitarias, dispositivos creados por la autoridad sanitaria para garantizar condiciones de aislamiento¹⁷. Así, gracias a donaciones y apoyo del grupo UDD-Clinica Alemana, repartimos más de 500 cajas de mercadería. Esta ayuda de insumos básicos, más la entregada por el gobierno, facilitó el real aislamiento de la población en cuarentena.

Conclusiones

La hospitalización domiciliaria entrega múltiples beneficios y es de gran ayuda para el sistema de salud de nuestro país, ya que no solo mejora el acceso, descongestiona los servicios de urgencia, facilita la complejización de camas convencionales y da movilidad a las escasas camas hospitalarias, sino que también permite un manejo más humano, integral y vinculado con el medio de los pacientes, sin el desmedro en la calidad de atención.

La UHD HPH, a pesar de pertenecer a una zona vulnerable del país y contar con limitaciones, como no contar con ficha electrónica durante 10 años y contar con escaso recurso económico y de personal médico, ha tenido un importante crecimiento estos últimos años. Hemos aprendido que independiente de la escasez de recursos, el trabajo organizado y multidisciplinario tiene un rol central. Sabemos que aún quedan muchos espacios de aprendizaje y mejora como son: la incorporación de la docencia, el estudio de los estándares e indicadores de calidad y el crecimiento en el uso de la tecnología en hospitalización domiciliaria, como es la telemedicina con interconsultas a subespecialistas, o la ecografía domiciliaria. Existe también el desafío de aumentar la complejidad de las prestaciones como, por ejemplo, incluir la administración de transfusiones de hemoderivados y algunas quimioterapias en domicilio.

Con todo esto, sumado a la reciente publicación de la orientación técnica de HD⁶, esperamos que las unidades de hospitalización domiciliaria aumenten en todo nuestro país, logrando aportar a una atención más descentralizada, más integral, más humana, más costo efectiva y con menores complicaciones en los pacientes con requerimientos de cuidados agudos.

Referencias

1. OCDE y Ministerio de Salud Chile. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública Chile HACIA UN FUTURO MÁS SANO, 35. [Internet] 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%B3blica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf> [Consultado el 11 de octubre de 2021].
2. Gattini, C. Síntesis de la situación de salud en Chile, 2013. Observatorio Chileno de Salud Pública. [Internet]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/images/SintesisSaludChile.pdf> [Consultado el 11 de octubre de 2021].
3. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Departamento de Estadísticas Demográficas y Vitales. Población y sociedad, aspectos demográficos. [Internet]. Santiago; 2008. Disponible en: https://enfermeriavespertina.files.wordpress.com/2010/07/poblacion_sociedad_enero09.pdf [Consultado el 18 julio de 2020].
4. Goic A. El sistema de salud de Chile: Una tarea pendiente. [Internet] *Rev Med Chile* 2015; 143 (6). 2015. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011&lng=en&nr=iso&tng=en [Consultado 11 de octubre de 2021].
5. Ministerio de Salud. Subsecretaría Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Orientación técnica de hospitalización domiciliaria. [Internet] Abril 2021. Disponible en: <https://www.capacitaciononline.com/blog/wp-content/uploads/2021/05/Orientacion-Tecnica-de-Hospitalizacion-Domiciliaria-abril-2021.pdf> [Consultado el 22 octubre de 2021].
6. Cotta, R. M, Morales M, Llopis A, Sette J, Ramón E, Días J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10 (1): 45-55.
7. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con Enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(S1): 39-5.
8. Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 26; 6(6): CD000356. doi: 10.1002/14651858.CD000356.pub4. PMID: 28651296; PMCID: PMC6481686.
9. Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria* 2002; 30: 304-9.
10. Cuxart Melich A, Estrada O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio *Med Clin (Barc)* 2012; 138(8): 355-60.
11. Base de datos abierta: Cantidad de personas por sexo y edad. Censo 2017, Historia del Censo. [Internet] 2017. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargue-aqui-resultados-de-comunas/> [Consultado el 20 de octubre de 2021].
12. Data Social. Ministerios de Desarrollo Social y Familia. [Internet] 2020. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/> [Consulta el 28 de marzo de 2022].
13. Gajardo S. Región Metropolitana de Santiago. Índice de prioridad social de comunas 2020. Seremi de Desarrollo Social y Familiar Metropolitana. [Internet]. Santiago, enero 2021. Disponible en: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/boletin_interno/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2020.pdf [Consultado el 10 de octubre de 2021].
14. Dirección General de Asistencia Sanitaria Subdirección general de Evaluación Asistencial y Garantías. Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio. Estrategia HADO 2019-2023. Disponible en: <chrome-extension://efaid-nbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1123/HADO%205%20FINAL%20CAS%20digital%20v3.pdf>.
15. Puchi Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. [Internet] 2018; 18(2):186-197. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.6> [Consultado el 20 octubre de 2021].
16. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Departamento de Epidemiología. Informe epidemiológico número 88 enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) Chile 22-01-2021. [Internet] 2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-88.pdf> [Consultado el 21 octubre de 2021].
17. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Protocolo de residencias sanitarias, Plan de acción coronavirus, COVID-19. [Internet] 2020. Disponible en: https://www.ssvq.cl/ssvq/site/artic/20200519/asocfile/20200519115156/minsal_protocolo_de_residencias_sanitarias_covid_19_abril_2020_.pdf [Consultado el 3 de noviembre de 2020].