



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DOCTORADO EN ENFERMERÍA

INDICADORES PARA EVALUAR DE FORMA INTEGRAL LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

POR CAROLINA ANDREA PUCHI GOMEZ



Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Doctor en Enfermería

Tutora: Dra. Tatiana Paravic Klijn

Co-Tutora: Dra. Alide Salazar Molina

Octubre 2019
Concepción, Chile

©2019, Carolina Andrea Puchi Gómez.

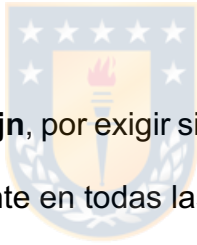
Ninguna parte de esta tesis puede reproducirse o transmitirse bajo ninguna forma o por ningún medio o procedimiento, sin permiso por escrito del autor.



AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a:

Concurso Becas de Doctorado en Chile de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) , Año Académico 2015, folio de postulación N° 21150720 por haber apoyado el financiamiento de mis estudios en el Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción.



Doctora Tatiana Paravic Klijn, por exigir siempre el máximo de mis capacidades y acompañarme rigurosamente en todas las etapas del proceso investigativo.

Doctora Alide Salazar Molina por creer en mi desde el inicio hasta el final de esta aventura.

Doctora Katia Saéz por su asesoría estadística, dedicación y enseñanza.

Doctora Adriana Ribeiro, por su asesoría ética y calidez humana.

Autoridades de salud del **Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán y personal profesional y técnico de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria**

del mismo establecimiento, por brindar la autorización y facilidades requeridas para el desarrollo de esta investigación.

A mis padres, **Rosa Gómez y Victor Puchi**, por la motivación continua a seguir estudiando.

A mis hermanas, **Tamara Puchi y Alejandra Jaramillo**, por creer siempre en mi.

A mi amiga, **Melany Püschel**, por hacer que nuestro paso por hospitalización domiciliaria fuera la mejor experiencia laboral de mi vida.

A mis amigas, **Angélica Melita y Anabel Castillo**, por su complicidad, risas y abrazos en los momentos buenos y no tan buenos.

A mi compañero de vida, **Juan Rojas**, por estar a mi lado en los momentos difíciles, por creer en mis capacidades y siempre ver el lado positivo de las cosas.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	XI
I. INTRODUCCION	1
1. PRESENTACIÓN	1
2. MARCO REFERENCIAL	15
2.1 MARCO CONCEPTUAL	15
2.1.1 Calidad de la Atención en Salud	15
2.1.2 Dimensiones de la Calidad de la Atención en Salud.....	18
2.1.3 Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud.....	23
2.1.4 Enfermería y la evaluación de la Calidad de la Atención en Salud.....	24
2.1.5 Indicadores.....	26
2.1.6 Hospitalización Domiciliaria.....	37
2.1.7 El profesional de Enfermería en hospitalización domiciliaria	40
2.2 MARCO EMPÍRICO	44
2.2.1 Artículos originales que plantean el uso de indicadores en HD.	45
2.2.2 Indicadores planteados en reportes gubernamentales	49
2.2.3 Evaluación de la efectividad de hospitalización domiciliaria mediante variables respuesta (outcomes).....	53
3. OBJETIVOS.....	66
4. VARIABLES DEL ESTUDIO	67
II. SUJETOS Y MÉTODOS.....	69
1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	69
1.1 Fase cualitativa	73

1.2	Fase Cuantitativa	90
1.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	100
III.	RESULTADOS	106
1.	RESULTADOS FASE CUALITATIVA	106
1.1	Perfil laboral del panel de expertos	106
1.2	Conjunto de Indicadores Primario	109
2.	RESULTADOS FASE CUANTITATIVA	122
2.1	Perfil biosociodemográfico y de salud de los participantes.....	122
2.2	Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud de una unidad de Hospitalización Domiciliaria a través de indicadores.	129
2.3	Evaluación de los indicadores según diagnóstico médico de egreso	131
IV.	DISCUSIÓN	136
V.	CONCLUSIONES.....	180
VI.	LIMITACIONES.....	183
VIII.	GLOSARIO	190
IX.	REFERENCIAS	191
X.	ANEXOS	215
	ANEXO 1. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.....	215
	ANEXO 2. CUESTIONARIO 1 A UTILIZAR EN LA RONDA 1 DE LA TÉCNICA E-DELPHI.	221
	CONTINUACIÓN ANEXO 2. CUESTIONARIO 1 A UTILIZAR EN LA RONDA 1 DE LA TÉCNICA E-DELPHI.	222
	ANEXO 3. INSTRUCCIONES DADAS AL PANEL DE EXPERTOS EN CUESTIONARIO 2.	223
	ANEXO 4. INSTRUCCIONES DADAS AL PANEL DE EXPERTOS EN CUESTIONARIO 3.	225
	CONTINUACIÓN ANEXO 4. INSTRUCCIONES DADAS AL PANEL DE EXPERTOS EN CUESTIONARIO 3 ...	226
	ANEXO 5. PRUEBA PILOTO DEL ESTUDIO.	227

ANEXO 6. PRE-CONSENTIMIENTO VERBAL.....	235
ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	236
ANEXO 8. INSTRUMENTO: VARIABLES PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES.	244
ANEXO 9. INSTRUMENTO: INDICADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD OTORGADA A USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN.....	245
ANEXO 10. INSTRUMENTO: DATOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO MÁS ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA.	246
ANEXO 11. FICHAS TÉCNICAS DEL CONJUNTO DE INDICADORES SECUNDARIO.	251
ANEXO 12. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS INDICADORES NUMÉRICOS POR GRANDES GRUPOS DE ENFERMEDADES.....	276



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conceptos relativos a la calidad técnica de la atención en salud que se encuentra en documentos nacionales sobre indicadores de rendimiento/calidad en los países miembros seleccionados.	20
Tabla 2 Clasificación de los indicadores y outcomes usados en HD según las dimensiones de la Calidad de la Atención en Salud.	65
Tabla 3 Indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria extraídos de la literatura.	75
Tabla 4 Metodología para el diseño de los indicadores según las recomendaciones de la Joint Commission adaptadas por la Fundación Avedis Donabedian.	85
Tabla 5 Plan de Análisis de los Datos de la Fase Cuantitativa del estudio.	98
Tabla 6 Perfil laboral del panel de expertos.	108
Tabla 7 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Seguridad de la Calidad de la Atención en Salud.	110
Tabla 8 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Efectividad de la Calidad de la Atención en Salud.	111
Tabla 9 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Centrado en el paciente de la Calidad de la Atención en Salud.	111
Tabla 10 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Oportunidad de la Calidad de la Atención en Salud.	112
Tabla 11 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Eficiencia de la Calidad de la Atención en Salud.	113
Tabla 12 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Equidad de la Calidad de la Atención en Salud.	113
Tabla 13 Resultados de la evaluación de los indicadores en la Ronda 2.	116
Tabla 14 Resultados de la evaluación de los indicadores en la Ronda 3.	118
Tabla 15 Conjunto de Indicadores Primarios.	120
Tabla 16. Clasificación del Conjunto de indicadores Primario de acuerdo a los atributos de la calidad de la atención en salud: Estructura, Proceso y Resultado.	121
Tabla 17 Perfil biosociodemográfico y de salud de los pacientes incorporados al estudio (n = 439).	123

Tabla 18 Perfil biosociodemográfico y de salud de los pacientes incluidos en la submuestra de la fase cuantitativa (n = 50).....	125
Tabla 19 Perfil biosociodemográfico y de salud de los cuidadores principales incluidos en la submuestra de la fase cuantitativa (n = 50).....	127
Tabla 20 Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud de una unidad de hospitalización domiciliaria a través del Conjunto de Indicadores secundario.....	129
Tabla 21 Indicadores numéricos de la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria por grandes grupos de enfermedades.....	132
Tabla 22 Indicadores categóricos de la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria por grandes grupos de enfermedades.....	134



INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquematización del Marco Conceptual.....	43
Figura 2. Esquema del diseño exploratorio secuencial.....	69
Figura 3. Estrategia metodológica de la Fase Cualitativa del estudio.	73
Figura 4. Fases de la técnica e-Delphi aplicada al estudio.....	81
Figura 5. Estrategia metodológica de la recolección de datos de la Fase Cuantitativa del estudio.	97
Figura 6. Participación de expertos en las fases de consulta y consenso del e-Delphi.....	109



RESUMEN

Antecedentes: La calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria (HD) ha sido medida en distintos países mediante indicadores simples y resultados clínicos que sólo tributan a algunas de las dimensiones de la calidad de la atención en salud.

Objetivo: generar indicadores para evaluar de forma integral la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

Sujetos y Métodos: estudio mixto de diseño secuencial exploratorio. En la fase cualitativa se realizó la técnica e-Delphi con un panel de expertos (n = 14) constituido por representantes de 14 unidades de HD de Chile. Los aspectos a evaluar en los indicadores, así como su factibilidad de medida fueron evaluados en 3 rondas de consultas. La confiabilidad de esta técnica se aseguró a través de la credibilidad, la formalidad, la confirmabilidad y la transferibilidad. Mediante el índice de Kappa se aseguró la fiabilidad de los indicadores, el juicio de expertos permitió la validez de contenido y la especificación explícita del numerador y denominador garantizó la factibilidad de la medida. La fase cuantitativa fue de tipo descriptiva, la muestra fue de tipo censal y consideró a todos los usuarios ingresados a una unidad de HD de un hospital público del centro-sur de Chile durante un periodo de tiempo de 6 meses (n = 439). Se respetaron los principios éticos de Ezekiel Emanuel y del Council for International Organizations of Medical Sciences.

Resultados: se generaron 9 indicadores inéditos, válidos, fiables y factibles de utilizar para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria. Se incorporaron además 13 indicadores que evalúan aspectos antes analizados por otros autores y/o instituciones nacionales e internacionales los cuales fueron adaptados para ser utilizados en HD. El total de indicadores generados (n = 22) tributaron a todas las dimensiones de la calidad de la atención en salud: seguridad, oportunidad, efectividad, eficiencia, equidad y centrado en el paciente.

Conclusiones: Los 22 indicadores generados son válidos, fiables y factibles de utilizar para evaluar de forma integral la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de HD.



Palabras claves: indicadores de servicios, calidad de la atención en salud, servicios de atención a domicilio provisto por hospital.

ABSTRACT

Background: Quality of healthcare services in hospital at home (HaH) has been measured in different countries with simple indicators and clinical results that only tackle some dimensions of healthcare quality.

Aim: Develop indicators to evaluate more completely the quality of care given to HaH patients.

Subjects and Methods: Exploratory sequential mixed methods design. In the qualitative phase, the e-Delphi technique was used with an expert panel (n=14) comprised of 14 HaH units in Chile. The aspects to be evaluated in the indicators, as well as the feasibility of measurement were evaluated in three rounds of consultations. The reliability of this technique was assured through credibility, formality, confirmability and transferability. Reliability of the indicators was assured through the kappa coefficient, and content was validated by expert judgement. Explicit specification of the numerator and denominator guaranteed feasibility of measurement. The quantitative phase was of descriptive nature, the sample was from census data and considered all users registered in a HaH unit in a public hospital in the central-south of Chile during 6 months (n=439). Ethical principles from Ezekiel Emanuel were respected as well as from the Council for International Organizations of Medical Sciences.

Results: Nine unpublished, validated, reliable and feasible indicators were generated to evaluate quality of healthcare given to HaH patients. Furthermore, 13 indicators were incorporated that evaluated other aspects that have been analyzed by other authors and/or national and international institutions. These indicators were adapted to be used in HaH. The total number of indicators generated (n=22) dealt with all dimensions of quality of healthcare: safety, security, opportunity, effectiveness, efficiency, equity and centered on the patient.

Conclusions: The 22 generated indicators are valid, reliable, and feasible to use in the complete evaluation of healthcare quality given to HaH users.

Keywords: Indicators of Health Services, Quality of Healthcare, Home Care Services Hospital-Based.



I. INTRODUCCION

1. PRESENTACIÓN

En Chile y en el mundo, el envejecimiento de la población es un fenómeno que se produce principalmente por la reducción de la mortalidad y la fecundidad, los cambios migratorios y el aumento de la esperanza de vida y longevidad resultado de numerosos avances científicos, tecnológicos y sociosanitarios (1). En la región de las Américas esta situación no es distinta, y se proyecta que para el año 2020 alcanzará los 194 millones de habitantes mayores de 60 años y para el 2050 será de aproximadamente 310 millones (2). Chile es un país que se encuentra inmerso en este fenómeno y según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas correspondientes al Censo 2017, el 11,4% de la población tiene 65 y más años, y de éstos, 4770 ya pueden ser considerados como centenarios (3). Se estima que para el año 2020 existiría un 20% del total de la población chilena con más de 60 años (4).

El progresivo crecimiento de las personas mayores ha traído consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los más grandes desafíos para el mundo actual (5). A pesar de que la

prolongación de la vida humana es un éxito de la sociedad moderna, aparecen problemáticas de salud nunca antes vistas, tales como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas (6), el incremento de la dependencia y la transformación de las características de los usuarios de los servicios de salud, entre otros. En síntesis, se presenta un vuelco en el perfil epidemiológico mundial, convirtiendo a las enfermedades crónicas no transmisibles en las nuevas “infecciones” de hace más de 70 años atrás (7). La transición de la atención desde enfermedades transmisibles a la atención de problemas crónicos genera un conjunto de exigencias nuevas y diferentes a los profesionales y establecimientos de salud. Es así como se evidencia que el panorama de salud actual ha cambiado y se enfrenta al gran desafío de resolver los problemas de salud de la ciudadanía mediante recursos cada vez más limitados (8).

Este cambio en el panorama de salud mundial provocó a su vez transformaciones en el entorno donde se otorgaban los cuidados de salud. Es así como la provisión de dichos cuidados, a lo largo del siglo pasado, se concentró principalmente en los hospitales y en centros de atención ambulatoria. Luego, a partir de la década del 40 estos cuidados se centraron más en el domicilio del enfermo (9). Las razones de este cambio de escenario, como ya se explicó, radican en los cambios demográficos y epidemiológicos, en la alta demanda de servicios sanitarios, en el incremento de los costos de estos servicios y en la racionalización del uso de las camas hospitalarias. Todos estos eventos han obligado a los directivos de las instituciones de salud a buscar nuevas alternativas

asistenciales, más económicas, pero igual de efectivas que el cuidado en salud otorgado en un hospital (10-12). Es así como nace la Hospitalización Domiciliaria (HD), en Norteamérica y Europa (13), como un medio más para contribuir al mantenimiento de un sistema de salud eficiente y de calidad (14).

La situación de salud actual en América Latina y el Caribe, caracterizada por un aumento progresivo de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles secundaria a un marcado envejecimiento de la población (7) y otros avances propios de la era de la globalización (15), han elevado el costo del tratamiento y de la cama hospitalaria en centros altamente tecnificados que han ido generando la necesidad de reorganizar los sistemas y servicios de salud con el propósito de satisfacer la demanda asistencial (16). En este contexto se adoptaron modalidades de atención en salud alternativas a las tradicionales tales como la HD que busca proporcionar a determinados pacientes, en su propio domicilio, niveles de diagnóstico, cuidados y tratamientos similares a los dispensados en el hospital (17).

Las ventajas de esta modalidad asistencial apuntan tanto al paciente como a la familia y a la institución hospitalaria (11). Para los primeros, la hospitalización domiciliaria (HD) otorga mayor bienestar psicológico, menor deterioro nutricional, descanso más reconfortante, postura más activa en su recuperación, trato más personalizado, menor riesgo de contagio de infecciones asociadas a la atención en salud y mayor satisfacción usuaria (17). Para la familia, la HD permite una participación más activa en los cuidados, mejor organización de la rutina familiar

diaria, más información del proceso de hospitalización, seguimiento más directo de su familiar enfermo y mejor calidad de vida del grupo (13). Finalmente, para el hospital, la HD reduce los costos, racionaliza los recursos, disminuye la estancia hospitalaria, incrementa la satisfacción usuaria y promueve la continuidad de los cuidados con atención primaria (18).

A pesar de que existe evidencia que apoya los resultados positivos de las unidades de HD respecto a los resultados clínicos de los usuarios en comparación con los resultados obtenidos en hospitalizaciones convencionales (19-22), también es posible encontrar estudios que no han logrado hallar dichas diferencias (23-25). Algunos médicos han planteado su preocupación al respecto y han señalado que en HD se otorgan cuidados de menor calidad que en una hospitalización tradicional y que además esta modalidad asistencial reduciría el acceso de los usuarios a las tecnologías y recursos que, en una emergencia vital, podrían salvarles la vida (26). Respecto a los costos, también existen discrepancias entre algunos autores, es así como en una revisión realizada en el año 2008 (24) no se encontraron pruebas objetivas suficientes sobre el supuesto beneficio económico de la HD.

Un programa de HD requiere una filosofía, estructura organizacional, habilidades clínicas y técnicas distintas a las que presenta un servicio de hospitalización convencional, por lo tanto también requiere métodos para evaluar la calidad de

la atención en salud que tributen a estas diferencias (27). A pesar de que muchas veces las técnicas y/o procedimientos clínicos que se realizan en domicilio en el contexto de una HD pueden ser similares a las desarrolladas en un hospital (28), es el contexto domiciliario, caracterizado por la inexistencia física de un profesional las 24 horas del día, el rol primordial de un cuidador principal frecuentemente informal quien desarrolla el cuidado y confort del paciente y la mayor probabilidad de generar autocuidado en salud por parte de los pacientes, las que generan la diferencia en estas unidades.

Autores plantean que la calidad de la atención en HD puede ser medida con indicadores equivalentes a los utilizados en servicios hospitalarios tradicionales, tales como la monitorización de incidentes críticos, promedio de días de estancia, reclamos, revisiones de historias clínicas y errores en la administración de medicamentos (27). Sin embargo, no es suficiente transferir las metodologías de evaluación usadas en los servicios hospitalarios convencionales hacia la HD. El uso de este tipo de medidas puede no dar respuestas a los problemas relacionados con la calidad que se dan únicamente en estas unidades (27). La dificultad para hacer equivalentes las metodologías de evaluación en ambas modalidades asistenciales radica en que el cuidado es desarrollado en distintos ambientes, a pacientes con diversas condiciones patológicas, mediante distintos modelos de atención y con diversos integrantes del equipo de salud (9). Por otro lado, existen también diferencias en los grados de dependencia funcional y de

gravedad de los pacientes en HD en comparación con los hospitalizados en un establecimiento hospitalario (22). En el primero los usuarios se caracterizan por ser más autónomos e incluso pueden llegar a participar en la administración de sus propios medicamentos por vía oral. En cambio, en el hospital, la mayoría de los usuarios son más dependientes (29), hecho que demanda más atención del equipo de salud.

El Proyecto de Desarrollo de Indicadores de Calidad de los Cuidados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (*OECD's Health Care Quality Indicator Project*) (30) que inició el año 2001, tiene como objetivo medir a través de indicadores de proceso y resultado la calidad asistencial de los 33 países que participan en el mismo. Esta organización junto al Instituto de Medicina (*IOM* en sus siglas en inglés) (31) entre otros, han planteado como deseable, medir la calidad de la atención en salud según las dimensiones de eficacia, seguridad, centrado en el paciente, accesibilidad, equidad y eficiencia. Es así como la orientación hacia la Calidad de la Atención en Salud exige entonces procedimientos para evaluar dichas dimensiones en torno a las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas (32) otorgadas a los pacientes. El mejoramiento de las dimensiones de calidad tendrá efectos en el cumplimiento de las grandes metas sanitarias nacionales e internacionales, como la reducción de la mortalidad y morbilidad, las desigualdades en salud y el aumento de la satisfacción de los usuarios (33). Particularmente en lo que compete a la

seguridad, se considera a ésta una prioridad cuando se trata de la evaluación de programas de salud nuevos tales como HD (27) ya que se dedica a prevenir la ocurrencia de eventos adversos tales como las infecciones asociadas a la atención en salud, errores en la administración de medicamentos, eventos asociados a uso inadecuado de dispositivos médicos, entre muchos otros.

La calidad de la atención en salud en HD ha sido medida en distintos países mediante diferentes métodos, principalmente a través de resultados clínicos “*outcomes*” (24, 34) e indicadores simples (35) desarrollados sin un marco teórico claro y que, según lo analizado por la tesista, y lo evidenciado por el *IOM* (36), sólo tributan a algunas dimensiones de la calidad de la atención en salud. Es así como se observa que existen indicadores que responden a las dimensiones de eficacia, eficiencia, seguridad, y accesibilidad, escasamente a la dimensión centrado en el paciente y nula respecto a la dimensión de equidad. Esta situación evidencia que no se ha logrado evaluar la calidad de la atención en salud en HD de forma integral, lo que hace necesario generar indicadores que tributen a todas las dimensiones de la calidad de la atención en salud.

Los antecedentes presentados, llevan al planteamiento de las siguientes interrogantes:

¿Qué indicadores deberían ser incorporados a las dimensiones planteadas por la OCDE y el IOM para medir la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de HD?

¿Se puede evaluar la validez, fiabilidad y factibilidad de los indicadores propuestos?

El planteamiento del problema es el siguiente:

No existe un conjunto de indicadores que permitan evaluar desde las dimensiones de eficacia, seguridad, centrado en el paciente, accesibilidad, equidad y eficiencia la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria del sistema de salud público chileno.

Esta investigación se fundamenta desde la relevancia para salud pública, la relevancia profesional y la relevancia disciplinar.

Relevancia para la Salud Pública: **Contribuir con la salud pública**

Con respecto al aporte de esta tesis a la sociedad, desde la perspectiva de salud pública, es dar respuesta a un vacío en el conocimiento respecto a la evaluación de la calidad de la atención en salud, otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria, mediante el desarrollo de indicadores soportados conceptualmente por una propuesta teórica innovadora basada en las dimensiones de la calidad de la atención en salud planteadas por la OCDE (30) y el IOM (31): eficiencia, equidad, eficacia, seguridad, centrado en el paciente y accesibilidad.



La HD es una modalidad asistencial relativamente nueva en Chile (12, 37) que requiere ser validada desde el punto de vista de la calidad de la atención para convertirse en una prestación que responda de forma óptima a las necesidades de los usuarios de estos servicios. Hoy en día, en todos los niveles asistenciales, la calidad y seguridad de la atención son una prioridad indiscutida y una meta que buscan alcanzar todas las instituciones sanitarias (38). La importancia de la evaluación de la calidad de la atención en salud radica en que la falta de la misma se manifiesta en servicios de salud inefectivos, costosos, inseguros y por lo tanto, que no responden a las necesidades de los usuarios (39). Es bien reconocido que la mejor forma de evaluar la calidad de un servicio de salud debe basarse en las perspectivas de los usuarios, en este caso, pacientes de HD y de los

profesionales que otorgan la atención, kinesiólogos, médicos, técnicos en enfermería y profesionales de enfermería principalmente. Desde este punto de vista, esta tesis tributará a este principio ya que se evaluará la calidad de la atención en salud desde distintas dimensiones entre las que se encuentra la denominada “centrado en el paciente” (31) que está vinculada a las necesidades de los pacientes, usuarios de HD, sin dejar de lado la perspectiva igualmente importante de los usuarios internos o profesionales que otorgan dicha atención.

Desde el año 2010 (37) en Chile se han generado nuevas unidades de HD con el propósito de optimizar el recurso cama, acotar el tiempo de espera de personas pendientes de ingreso hospitalario y mejorar la calidad de vida y confort de la persona enferma manteniéndola en su entorno social y familiar (12). La evaluación de dichos objetivos sólo se ha realizado parcialmente y de manera localizada, en la Región Metropolitana, mediante un conjunto de indicadores que no tributan a todas las dimensiones de la calidad de la atención en salud planteadas por la OCDE (30) y el IOM (31). Por último, generar nuevos indicadores que permitan evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de HD, contribuirá, al cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 de Chile que basa su trabajo en cuatro objetivos estratégicos donde el cuarto objetivo señala “asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias” (33).

Relevancia Profesional: **La enfermera como agente activo en la Gestión del Cuidado en las unidades de Hospitalización Domiciliaria.**

Es bien reconocido que ningún oficio ni profesión tiene razón de ser si no puede justificar que ofrece un servicio necesario para la población, ni da pruebas de su capacidad para darlo (40). El profesional de Enfermería es un recurso fundamental y el eje insustituible alrededor del cual gira casi la totalidad de la atención en salud en HD. Dicho profesional constituye un gran porcentaje del recurso humano disponible para brindar servicios de salud, desde el ingreso del usuario a HD hasta su egreso y en tareas del ámbito asistencial, educacional y de gestión (41).



Diversos autores manifiestan que las enfermeras son moralmente y legalmente responsables de otorgar cuidados de calidad y que esto debería estar representado en la práctica profesional (42).

En el ámbito de la calidad de la atención en salud, es bien reconocido por la literatura científica (43-45) el rol que ocupa el profesional de Enfermería. Es así como se describe que existe una asociación entre el personal de enfermería y los resultados clínicos de los pacientes, incluyendo los días de estancia, mortalidad, lesiones por presión, trombosis venosa profunda, y la neumonía adquirida en el hospital (46). Los hospitales con bajos niveles de personal de

enfermería tienden a tener mayores tasas de pacientes con shock, paro cardíaco, e infecciones del tracto urinario (47). Las enfermeras están bien posicionadas para trabajar en pro de la mejora de la calidad en las instituciones de salud, ya que es el profesional de la salud que pasa más tiempo junto al paciente, y están en una posición particularmente buena para influir positivamente en la experiencia y resultados de los usuarios (48). En Chile, las enfermeras que se desempeñan en unidades de HD cumplen un rol fundamental en la supervisión y ejecución del cuidado que se otorga a los usuarios y sus cuidadores principales. Es el profesional que está presente en todos los equipos de salud que trabajan en estas unidades y es un agente activo en el desarrollo de la gestión del cuidado de los pacientes. Es el profesional encargado de evaluar la posibilidad de ingreso de los usuarios al programa junto al médico, planifica las rutas diarias de las visitas domiciliarias de todo el equipo, genera las estadísticas del programa y administra los insumos que se utilizan en la unidad, elabora los flujogramas de atención y protocolos de atención, notifica los incidentes críticos y coordina el trabajo con las unidades de apoyo y establecimientos de salud de la atención primaria (41).

Se considera que la calidad del cuidado es una de las principales preocupaciones de los profesionales de enfermería y es hacia donde deben ir dirigidas todas las intervenciones con la meta de lograr el mejoramiento del cuidado proporcionado a los usuarios. La enfermera, es la depositaria de la gestión del cuidado,

entendida esta como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización y control de la provisión de cuidados: directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados, en el contexto de la atención en salud (49). El concepto de un cuidado seguro, que encierra la gestión del cuidado, es precisado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que declara, entre otros, que el fomento de un entorno seguro es una función esencial de las enfermeras y que la seguridad de los pacientes es fundamental para una atención de salud y de enfermería de calidad (50). Según lo anterior, el desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de HD y su posterior validación respondería al rol de Gestoras del Cuidado de los profesionales de enfermería.



Relevancia Disciplinar: **La Calidad del Cuidado de Enfermería, un concepto que emerge del metaparadigma disciplinar.**

El “cuidado” corresponde a uno de los conceptos centrales de enfermería (51) y éste no podría ser tal si no se considerara la calidad de este cuidado. En este sentido, cuando el cuidado que proporciona el profesional de enfermería aborda el concepto de calidad, se reconoce entonces lo que diferentes autores han conceptualizado como la esencia de enfermería. En este contexto es imprescindible comprender cómo el conocimiento y el cuidado forman una díada

crítica para enfermería, esencial para proporcionar atención de calidad, segura y eficaz (52). Una de las formas de lograr una atención en salud de calidad y por tanto, cuidados de enfermería de calidad es a través del desarrollo de investigación en los ámbitos de trabajo de enfermería como lo es la hospitalización domiciliaria. El propósito principal de hacer investigación es ampliar los conocimientos de enfermería para mejorar la atención y los resultados del paciente (52). La meta de enfermería, como disciplina, es ampliar el conocimiento acerca de las experiencias humanas a través de la conceptualización creativa y la investigación, actividades que son desarrolladas más activamente en el ámbito académico, donde la investigación y la educación mueven el conocimiento a nuevos planos de entendimiento (53). Por tanto, esta investigación contribuirá a la generación de nuevos conocimientos enmarcados en un contexto de cuidados en salud escasamente abordado desde la perspectiva de la calidad y poco explorado por el profesional de enfermería. Dicho conocimiento permitirá ser la base de una práctica fundamentada y autónoma en un nuevo contexto de cuidado.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Calidad de la Atención en Salud

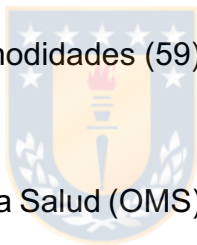
La Real Academia Española (54) (RAE) define el término *calidad* en su primera acepción como una “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. El valor que se le puede o no adjudicar a ese “algo” ha estado presente en nuestra sociedad desde los orígenes del hombre ya que éste ha comprendido que “el hacer las cosas bien y de la mejor forma posible le proporciona una ventaja competitiva sobre sus congéneres y sobre el entorno con el cual interactúa” (55). La calidad ha sido por tanto un elemento omnipresente en todas aquellas actividades desarrolladas por el hombre y por ende también ha logrado ir evolucionando más o menos a la par a los avances conseguidos por él. Es así como se reconocen 9 etapas de la evolución cronológica del concepto de calidad: Artesanal; Revolución Industrial; Administración científica; II Guerra Mundial; Posguerra Occidente; Posguerra Japón; Década de los setenta; Década de los noventa y actualidad. En cada una de estas etapas el concepto de calidad se adaptó a las necesidades y características de la época (55).

La *American Society for Quality* (56) (ASQ), comunidad global formada por personas dedicadas a la calidad define este concepto como “un término subjetivo para el cual cada persona o sector tiene su propia definición”. En su aplicación técnica, la calidad puede tener dos significados: las características de un producto o servicio que inciden en su capacidad para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas, o un producto o servicio que está libre de deficiencias.

Una definición más trascendente de la calidad aparece en la norma ISO 9000: 2000 (57). En ella, la calidad se define como el “grado con el que un conjunto de características inherentes cumple los requisitos”. Grado, significa que se puede usar calidad con adjetivos como mala, buena y excelente. Inherente, se define como que existe en algo, en especial como una característica permanente. Las características pueden ser cuantitativas o cualitativas. Un requisito es una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Los autores Roemer y Montoya-Aguilar (58), en el año 1988 propusieron que la calidad es una característica de la salud que puede ser entendida a través de 2 niveles. En un nivel más general, cuando se habla de la calidad del sistema de salud como un todo, los recursos, las actividades, la gestión y los resultados del cuidado de la salud están todos implicados, es decir, la calidad es el mérito o excelencia del sistema en todos sus aspectos. Y, en un nivel más restringido, la calidad puede ser considerada como una de las características de las actividades y recursos de atención de la salud.

El concepto de calidad es complejo de delimitar y esto es evidente en las numerosas definiciones del mismo que muestra la literatura. Esta dificultad en su delimitación tiene relación con su amplio campo de aplicación, su integralidad y por las múltiples facetas que incorpora. Es así como expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades (59).



La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su publicación “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1” define calidad como “el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento” (60). La Calidad de la Atención, concepto definido en esta misma publicación, es planteada como “el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento y/o como el grado de conformidad con los principios y prácticas aceptados (normas), grado de adecuación a las necesidades del

paciente y grado de consecución de resultados (efectos prácticos) alcanzables, en consonancia con la correcta asignación o uso de los recursos”(60).

2.1.2 Dimensiones de la Calidad de la Atención en Salud

El *Institute of Medicine* (IOM) en América ha hecho una contribución considerable a la comprensión de la calidad de la atención en salud no sólo en Estados Unidos, sino que también a nivel mundial. Esta es una organización sin fines de lucro que tiene como objetivo proporcionar a las instituciones gubernamentales y privadas información imparcial sobre la atención médica (61). En el año 2001, el IOM desarrolló un informe llamado *Crossing the Quality Chasm* (31) que formuló recomendaciones específicas para mejorar la calidad de la atención en salud de todos los estadounidenses. Este documento clave conceptualizó la calidad en 6 dimensiones (31, 32): seguridad, oportunidad, efectividad, eficiencia, equidad y centrado en el paciente. En inglés estas dimensiones son: *safety, timeliness, effectiveness, efficiency, equity and patient centredness*, conocidas con el acrónimo STEEP (31). A pesar del contexto estadounidense, estas dimensiones han sido aceptadas internacionalmente y aparecen en el contexto de políticas en todo el mundo (61). A continuación, se presentan las definiciones de cada una de las 6 dimensiones de la calidad planteadas por el IOM:

1. **S** (*Safety*), Segura: la prestación de atención de salud minimiza riesgos y daños a los usuarios del servicio.
2. **T** (*Timeliness*), Oportuna: entregar una atención en salud sin retrasos o esperas que pueden ser perjudiciales tanto para los que reciben como para los que otorgan cuidados.
3. **E** (*Effectiveness*), Efectiva: la prestación de atención de salud se sustenta en la medicina basada en la evidencia.
4. **E** (*Efficiency*), Eficiente: la prestación de atención de salud se realiza de una manera que maximiza el uso de recursos y evita los residuos.
5. **E** (*Equity*), Equitativa: la prestación de atención de salud no varía en calidad debido a características personales como el género, la raza, el origen étnico, la ubicación geográfica o nivel socioeconómico.
6. **P** (*Patient centredness*), Centrada en el paciente: la prestación de atención de salud que tenga en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios de los servicios individuales y las culturas de sus comunidades.

Según el OECD's (*Organisation for Economic Cooperation and Development*) *Health Care Quality Indicator (HCQI) Project* (30), que busca desarrollar un conjunto de indicadores que reflejen una imagen sólida de la calidad asistencial entre países, las dimensiones de la calidad en salud más utilizadas entre los países y algunas organizaciones tales como la OMS y la Commonwealth Fund son: la eficacia, la seguridad, la sensibilidad (centrado en el paciente), la

oportunidad, la equidad y la eficiencia (ver Tabla 1). Esta selección de dimensiones es equivalente a la expuesta por el Instituto de Medicina (31).

Tabla 1. Conceptos relativos a la calidad técnica de la atención en salud que se encuentra en documentos nacionales sobre indicadores de rendimiento/calidad en los países miembros seleccionados.

Dimensión	Reino Unido	Canadá	Australia	Estados Unidos	Indicadores de Salud de la Comunidad Europea	Commonwealth Fund	OMS	Recuento
Aceptabilidad		#				#		2
Accesibilidad	#	#	#	##		#		5
Adecuación		#	#			#		3
Capacidad	#							1
Competencia	#	#	#					3
Continuidad		#	#			#		3
Eficacia, mejorar la salud o enfoque clínico	#	#	#	#	#	#	#	7
Eficiencia		#	#	##*			###	4
Equidad		##*	##*	##*			#	4
Centrado en el paciente, enfoque en el paciente o sensibilidad	#	##?	#	#			#	5
Seguridad		#	#	#				3
Sostenibilidad			#					1
Oportunidad	##?*			#				2

Fuente: Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper OECD Health Working Papers 2006(30).

* Dimensiones transversales que se aplican a todos los otros dominios / dimensiones

** Aún no operativo, parte del Instituto original del marco de Medicina de los EE.UU.

Presente en el marco del país

Operacionalizado como una dimensión de la equidad

Implícita en los cálculos y definiciones de los índices de logro

##? Implícito en la puesta en marcha de "aceptabilidad"

##? * Visto en la puesta en marcha de "enfoque paciente" y en el uso de los principales objetivos

El Profesor Avedis Donabedian (59), médico salubrista de origen armenio que fue uno de los primeros autores que destacó la relevancia de la calidad de la

atención, planteó la siguiente definición de calidad: “La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”.

La definición de calidad de la atención según Donabedian (62) implica la especificación de tres factores: 1) el fenómeno que constituye el objeto de interés; 2) los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio; 3) los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. Este autor explica que como existe una considerable falta de claridad respecto a cada uno de estos tres elementos, el problema de la evaluación de la calidad está lleno de desacuerdos y de confusión.

Este autor además plantea que la información, a partir de la cual se pueden extraer ciertas deducciones de la calidad de la asistencia, se puede clasificar en tres categorías: “estructura, proceso y resultado”(63).

La **estructura** implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Incluye las cualidades de los recursos materiales (equipamiento, dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal) y de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).

El **proceso** implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento.

El **resultado** implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población.

Donabedian plantea que existen 3 componentes de la atención a la salud: el ambiente físico en el que se desarrolla la atención, el manejo de la relación interpersonal y la atención técnica. El primer componente se refiere a las características del medio dentro del cual se proporciona la atención, que las hacen aceptables o deseables. El segundo componente se basa en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general y que estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Y el tercer componente o “atención técnica” que corresponde a la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos (64). Donabedian postula que la evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención brindada, siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas del país en que se da la atención del paciente (65).

Como se ha mostrado, la calidad de la atención en salud se puede definir de diferentes maneras, la que va variando de acuerdo a la perspectiva personal de cada autor u organización involucrada en su estudio. El trabajo de todos ellos ha revelado una amplia gama de posibles dominios o dimensiones para la evaluación de este concepto donde, al parecer, las únicas dimensiones consistentes a través de ellos ha sido la centrada en el paciente, la accesibilidad y la eficacia.

2.1.3 Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud

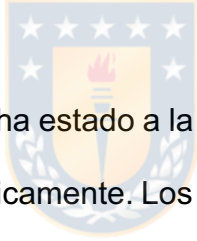


Actualmente, en las instituciones de salud tanto públicas como privadas existe un creciente interés por evaluar aspectos relacionados con la calidad de la atención. Para mejorar esta calidad, se han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad, sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.

Las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, publicadas en ámbitos nacionales e internacionales durante los últimos diez años, se han justificado en el modelo desarrollado por Donabedian. Este modelo ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente

las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y únicamente de la estructura (66). La forma más extendida para evaluar la calidad de la atención en salud ha sido con el uso de indicadores.

2.1.4 Enfermería y la evaluación de la Calidad de la Atención en Salud

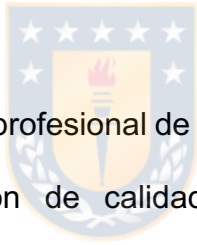


El profesional de enfermería ha estado a la cabeza de la evaluación de la calidad de la atención en salud históricamente. Los profesionales de la salud que realizan servicios directos a los pacientes están en una posición excelente para identificar la necesidad de cambios en los procesos involucrados en la entrega de servicios. Basándose en esta premisa, la enfermera, que está en el centro del sistema, es una de las mejores agentes para evaluar la calidad de los servicios de atención de salud y para trabajar en la mejora de los procesos (67).

Varios autores (68-70) plantean que, aunque es difícil probar la causalidad, la calidad de la atención en salud depende en gran medida de las enfermeras. La *Joint Commission*, principal organismo de acreditación independiente para organizaciones de atención médica de Estados Unidos, cree que "el estado futuro

de la enfermería está indisolublemente vinculado a los avances en la calidad y seguridad de la atención los cuales son fundamentales para el éxito del sistema de atención médica...” (71).

Un cuidado de enfermería de mala calidad puede aumentar la tasa de mortalidad de los pacientes, la tasa de complicaciones, la tasa de infección, y muchos eventos adversos de enfermería, como errores de medicación, reinstalaciones de catéteres, uso de oxígeno, caídas, entre otros y pueden provocar varios grados de daños al paciente, inclusive la muerte (72).



Además de que el quehacer profesional de enfermería incide directamente en los resultados de la evaluación de calidad de la atención en salud, estos profesionales han desarrollado su rol de gestoras del cuidado liderando la mayoría de los procesos de evaluación de calidad en establecimientos de salud públicos y privados. Todos los modelos de calidad asistencial incorporan el liderazgo como elemento imprescindible para alcanzar la excelencia en la prestación sanitaria (73). La fuerza laboral del colectivo de enfermería dentro de la actividad asistencial es primordial tanto a nivel hospitalario como en la comunidad, por lo tanto, para abordar una gestión de la calidad consecuente con los modelos de calidad asistencial, debe existir un liderazgo firme desde las Direcciones de Enfermería .

Aunque desempeñan un papel vital en la mejora de la calidad de los servicios de atención de salud, las enfermeras no pueden hacer estas mejoras por sí solas; deben incluir a otros profesionales y personal auxiliar en sus esfuerzos. El compromiso por alcanzar la calidad debe incluir todos los niveles de la estructura de una organización, sólo con ello se podrían lograr las metas de calidad propuestas (48, 67).

2.1.5 Indicadores

En la gestión de la calidad, se entiende por monitorización, la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad, una actividad conducente a controlar que se está en niveles preestablecidos y que tiene como objetivo identificar la existencia o no de situaciones problemáticas que hay que evaluar o en las que hay que intervenir (74).

La monitorización tiene dos componentes básicos: la identificación, selección o construcción de los indicadores a medir y la definición del plan de monitorización, incluyendo la periodicidad de las mediciones y el método con el que se van a realizar.

Los indicadores a monitorizar pueden derivarse de ciclos de mejora, de actividades de diseño de los servicios, o ser fruto de una selección de aspectos o servicios relevantes de un determinado centro cuya calidad interesa controlar.

Existen numerosas definiciones para un indicador (66):

- Como medidas que evalúan un proceso de atención de la salud en particular o los resultados.
- Como medidas cuantitativas que pueden ser utilizadas para monitorear y evaluar la calidad de un gobierno, la gestión y las funciones de apoyo clínico que afectan a los resultados del paciente.
- Como herramientas de medición, pantallas, o banderas que se utilizan como guías para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de la atención al paciente, los servicios de apoyo clínico y la función organizacional que afectan a los resultados del paciente.

Un indicador es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un valor numérico, por medio del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo. Es decir, un indicador es una operacionalización cuantitativa (números) que permite medir conceptos abstractos como calidad y eficiencia, estableciendo comparaciones en tiempo y espacio (66). Es “una variable con características de calidad, cantidad y tiempo utilizado para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y para apreciar los progresos realizados para hacer frente a ella”(75).

La medición y seguimiento de los indicadores sirven para muchos propósitos: hacen posible documentar la calidad de la atención; hacer comparaciones en el tiempo entre los lugares (por ejemplo, hospitales); hacer juicios y establecer prioridades (por ejemplo, la elección de un hospital o cirugía, o la organización de la atención médica); apoyar la rendición de cuentas, la regulación y acreditación; mejora de la calidad de apoyo; y apoyar la elección de proveedores de los pacientes (76).

La monitorización de indicadores se entiende así como una actividad planificada y sistemática que tiene el objetivo de identificar problemas o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad o ser objeto de intervención para mejorar. Es una puerta de entrada a la dinámica de los ciclos de mejora y un componente ineludible de las actividades de diseño o planificación de la calidad (77).

Los indicadores se basan en estándares de atención. Estos pueden derivarse de la literatura académica basada en la evidencia o, cuando falta evidencia científica, pueden ser desarrollados por un panel de expertos de profesionales de la salud en un proceso de consenso basado en su experiencia. Por lo tanto, los indicadores y estándares pueden ser descritos de acuerdo a la fuerza de la evidencia científica para determinar su capacidad para predecir los resultados (76).

Un indicador ideal debería tener las siguientes características clave (76):

- Se basa en las definiciones acordadas;
- Es específico y sensible, es decir, detecta pocos falsos positivos y falsos negativos;
- Es válido y fiable;
- Discrimina bien;
- Se refiere a acontecimientos claramente identificables para el usuario;
- Permite comparaciones útiles;
- Se basa en la evidencia.



Tipos de indicadores

Indicador basado en tasas

Un indicador basado en la frecuencia utiliza datos sobre los eventos que se espera que ocurra con cierta frecuencia. Estos pueden ser expresados como proporciones o tasas (proporciones dentro de un período de tiempo dado), ratios, o valores medios para una población de muestra. Para permitir comparaciones entre proveedores o tendencias en el tiempo, los indicadores de proporcionalidad o basados en la frecuencia necesitan tanto un numerador y un denominador

especificando la población en riesgo de un evento y el período de tiempo durante el cual el evento puede tener lugar (76).

Indicador centinela

Un indicador centinela identifica eventos individuales o fenómenos que son intrínsecamente indeseables, y siempre provocan un mayor análisis e investigación. Cada incidente desencadenaría una investigación. Los eventos centinela representan el extremo de los malos resultados y se utilizan generalmente para la gestión de riesgos (76). Se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser producto de falla en la atención (66).

Los indicadores pueden estar relacionados con la estructura, proceso o resultado de la atención de la salud (76) tal como lo plantea el modelo de Avedis Donabedian (63).

Indicadores de estructura

"Estructura" se refiere a las características del sistema de salud que afectan a la capacidad del sistema para satisfacer las necesidades de salud de persona pacientes o una comunidad. Indicadores estructurales describen el tipo y la cantidad de recursos utilizados por un sistema de salud u organización para ofrecer programas y servicios, y que se relacionan a la presencia o cantidad de personal, clientes, dinero, camas, suministros, y edificios (76).

Indicadores de proceso

Los procesos son una serie de actividades interrelacionadas realizadas para alcanzar los objetivos. Los indicadores de proceso miden las actividades y tareas que se realizan para generar la atención a los pacientes. Algunos autores incluyen las actividades del paciente en la búsqueda de atención y llevarla a cabo en su definición del proceso de atención de la salud (76).

Indicadores de resultado

Los resultados son los estados de salud o eventos que siguen la atención y que pueden verse afectados por la atención de salud. Un indicador de resultado ideal sería capturar el efecto de los procesos de atención a la salud y el bienestar de los pacientes y las poblaciones. Los resultados se pueden expresar como "Las

cinco D” (en inglés): (I) la muerte (death): un mal resultado si esta es prematura; (II) la enfermedad (disease): los síntomas, los signos físicos y alteraciones de laboratorio; (III) el malestar (discomfort): los síntomas como el dolor, náuseas o disnea; (IV) la discapacidad (disability): deterioro de la capacidad conectada a las actividades habituales en el hogar, el trabajo o en actividades recreativas; y (V) la insatisfacción (dissatisfaction): reacciones emocionales a la enfermedad y su cuidado, tales como la tristeza y la ira (76).

En la mayoría de los casos, varios factores contribuyen a la supervivencia y los resultados de salud de un paciente. Por lo tanto, las medidas de resultado deben ser ajustados por factores ajenos al sistema de salud. En la evaluación de la calidad, los componentes que se relacionan con el sistema de atención médica deben ser aislados, lo cual se logra mediante el control de los factores de confusión importantes que contribuyen al resultado.

Los factores que se incluyen con frecuencia en los modelos de ajuste de riesgo incluyen los datos demográficos del paciente, las características psicosociales, los factores de estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol), la gravedad de la enfermedad que es foco para la medición, el estado de salud y las comorbilidades. Realizar el ajuste de riesgo es esencial antes de comparar los resultados de los pacientes (76).

Criterios de Selección de Indicadores

La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos (78), plantea que los atributos deseables de una medida de calidad se pueden agrupar en tres áreas generales: 1) Importancia de la medida, 2) Solidez científica de la medida y, 3) Factibilidad de la medida. Estos atributos, de manera completa (79) y también parcialmente, han sido utilizados en la mayoría de las investigaciones que buscan desarrollar indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud (80-82). A continuación se explica de manera general cada aspecto a considerar en cada una de las áreas planteadas por la AHRQ (78):



i. Importancia de la medida

- Relevancia para las partes interesadas: el área temática de la medida es de gran interés, y financieramente y estratégicamente importante para las partes interesadas, en este caso, para los pacientes y sus familias, para el equipo de salud y responsables políticos.
- Importancia para la salud: el aspecto de la salud que evalúa la medida es importante ya que incide en una alta prevalencia o incidencia, y/o en un efecto significativo en la carga de enfermedad (es decir, efecto sobre la mortalidad y la morbilidad de una población).
- Aplicabilidad de la medición en la distribución equitativa de los servicios: la medida se puede estratificar o analizar por subgrupos para examinar si

existen disparidades en la atención o en los resultados de salud entre poblaciones diversas de pacientes.

- Potencial de mejora: hay pruebas que indican la necesidad de la medida porque existe mala calidad general o variaciones en la calidad entre las organizaciones (78).

Las medidas de calidad deben ser capaces de detectar cambios en la calidad de la atención para discriminar entre y dentro de los sujetos. Si el indicador es invariablemente alto, con poca variación, esto lo hace un indicador menos sensible y por lo tanto menos acertado (80).

- La susceptibilidad de ser influenciado por el sistema de salud: los resultados de la medida se refieren a acciones o intervenciones que están bajo el control de los proveedores cuyo desempeño está siendo medido, por lo que es posible para ellos mejorar dicho desempeño.

ii. Solidez científica de la medida

- Fiabilidad: los resultados de la medida son reproducibles para un conjunto fijo de condiciones independientemente de quién hace la medición o cuando se hace (80).
- Validez: la medida realmente mide lo que pretende medir.
- Previsión por factores paciente/consumidor como lo exige: la medida permite la estratificación o la casuística de ajuste si es apropiado.

- Comprensibles: los resultados de la medida son comprensibles para el usuario que trabaja con los datos.

iii. Factibilidad de la medida

- Especificación explícita de numerador y denominador: una medida debe por lo general tener especificaciones explícitas y detalladas para el numerador y el denominador; las declaraciones de los requisitos para la recogida de datos son comprensibles y aplicables. Algunas de las medidas que no tienen especificaciones explícitas y detalladas para el numerador y el denominador (por ejemplo, las medidas que tienen conteos o medios) puede ser factible para los propósitos de mejora de calidad cuando se utiliza con una línea de base, punto de referencia, y / o de destino especificado.
- Disponibilidad de los datos: el origen de los datos necesarios para aplicar la medida está disponible y accesible dentro del marco de tiempo para la medición. Los costos de los resúmenes y la recolección de los datos se justifican por el potencial de mejora en la atención de salud (78). La disponibilidad de los datos o factibilidad de la recogida de datos se define como el porcentaje de valores que faltan por indicador (es decir, el porcentaje de valores de los indicadores que no se puede calcular porque ≥ 1 elemento del algoritmo no se logró recuperar a partir de los registros disponibles). Se considerarán indicadores con mala viabilidad aquellos

que tienen $\geq 25\%$ de los datos desaparecidos, por lo que los indicadores que cumplan con ese criterio no serán seleccionados (83).

En esta tesis se consideraron los criterios de fiabilidad (o confiabilidad), validez de contenido y factibilidad de la medida de cada uno de los indicadores desarrollados.

Para evaluar la **fiabilidad** en la recopilación de datos mediante indicadores, se calculó la consistencia interna de los mismos mediante el índice de kappa (84). Este índice aporta información acerca de la unanimidad de los evaluadores a la hora de monitorizar un indicador, es decir, el grado de concordancia que existe entre los resultados aportados por uno u otro revisor (85).

La **validez de contenido** en este trabajo se llevó a cabo a través del método basado en juicio de expertos (86). Este método se caracteriza por contar con un número de expertos que bien proponen los ítems o dimensiones que deben conformar el constructo de interés o evalúan los diferentes ítems en función de su relevancia y representatividad, en base a una escala tipo Likert, y emiten juicios sobre el grado de emparejamiento entre los elementos y los contenidos que han de ser evaluados. En esta investigación el juicio de expertos se realizó mediante la técnica e-Delphi (87).

Por último, la **factibilidad de la medida** se evaluó según lo mencionado antes, mediante la especificación explícita del numerador y denominador de cada

indicador propuesto y según el grado de disponibilidad real de los datos para cada indicador (78).

2.1.6 Hospitalización Domiciliaria

La modalidad de hospitalización domiciliaria fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Según plantea la literatura, las razones para crear esta primera unidad de HD en el mundo fueron descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo, tanto en Norteamérica como en Europa (13). En el continente europeo, la HD se inició en 1951 en el Hospital Tenon de París con el nombre de Hospitalisation á domicile. A partir de finales de los años 60, se ha ido implantando en diferentes países con distintos nombres: Hospital Care at Home en Gran Bretaña, Hopital extra-mural en Canadá, Hospital Based at Home en Suecia, Trattamento a Domicilio o Ospedalizzazione a Domicilio en Italia y Häusliche Krankenpflege en Alemania (13, 88). En Latinoamérica la HD existe en países como Argentina, Venezuela, Brasil y Colombia (89). En Chile se dio a conocer por primera vez a través del sistema privado de salud en el año 1989 y desde entonces ha ido presentando una lenta pero creciente frecuencia de uso favorecida por un dictamen de la

Superintendencia de Salud que en el año 2005 la validó como un sistema de hospitalización distinto a una clínica tradicional (90, 91). En el sistema público de salud, la HD se comenzó a desarrollar a partir del año 2002 como parte de las estrategias de transformación de la gestión hospitalaria (92, 93). En el centro y sur de Chile la HD se implementó en el año 2011, como una estrategia ministerial innovadora para apoyar la pérdida de camas hospitalarias que se vivió posterior al terremoto del 27 de febrero del año 2010 y que afectó esta zona del país (37).

La HD es una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja (13). Los pacientes de HD son aquellos que, sin la provisión de cuidados por parte del hospital en su domicilio, deberán ser hospitalizados de manera convencional en un servicio hospitalario según la naturaleza de su condición médica y/o social (94). Esta modalidad asistencial permite realizar tratamiento en domicilio a condiciones agudas de una severidad que normalmente necesitarían hospitalización tales como neumonía adquirida en la comunidad (28), infecciones del tracto urinario (95), insuficiencia cardiaca (96-98), entre otras (99, 100).

Los pacientes pueden ingresar a HD desde el hospital o directamente desde la comunidad. Shepperd e Iliffe (24) identificaron 2 modalidades de atención principales: HD para el alta temprana (early discharge, early supported discharge o facilitated discharge) y esquemas de HD para evitar el ingreso al hospital. En esta tesis se trabajará con estas dos modalidades ya que son las formas de trabajo que actualmente se utilizan en Chile (92, 93).


El modelo de alta temprana o facilitador del alta, está mayoritariamente basado en equipos interdisciplinarios que han centrado sus esfuerzos en el alta precoz de pacientes con altas necesidades de atención integral y rehabilitación domiciliaria. La mayoría de estos esquemas se basan en trabajo interprofesional individualizado al paciente complejo agudizado, con un destacado papel de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y a menudo, soporte médico de menor intensidad. Diversos grupos de *Early Supported Discharge* en ictus han conseguido obtener mejores resultados que los de la hospitalización convencional, no solo a nivel funcional, sino también en mortalidad y prevención de institucionalización, a corto y largo plazo (14).

En la HD como sustitución de la hospitalización convencional (evitación del ingreso o *substitutive hospital in the home*) el paciente ni siquiera llega a ocupar una cama en una planta del hospital ya que es ingresado directamente desde el servicio de urgencias luego de haberle realizado las pruebas complementarias

necesarias para clarificar el diagnóstico médico (17). Este es el modelo de HD más difundido en la literatura (101).

2.1.7 El profesional de Enfermería en hospitalización domiciliaria

Enfermería como profesión ha estado ligada al trabajo en HD desde su creación, ya que es y ha sido parte fundamental del equipo de salud que conforma estas unidades a nivel nacional e internacional (41, 102, 103).



En Chile, según lo expuesto por Puchi y Sanhueza (41), los profesionales de enfermería desempeñan una multiplicidad de roles, dentro de los cuales destacan el rol de gestor/a de cuidados, el rol de proveedora de cuidados y el rol de educador/a. A su vez, estas autoras dejan de manifiesto en su estudio el escaso desarrollo del rol de investigadoras de las enfermeras en esta modalidad asistencial. La coordinación de las unidades de HD en hospitales públicos de Chile están al mando de enfermeras, supervisar los procesos clínicos de la hospitalización domiciliaria, velar por la calidad de estos, y llevar el respaldo de sus registros, son funciones adscritas a este profesional (104).

En España, el rol de enfermería en HD fue abordado en las V Jornadas Nacionales de Hospitalización a Domicilio realizadas en Barcelona el 21 de abril del año 2017. Allí se generaron algunas comunicaciones orales en relación al papel que juegan los profesionales de enfermería en unidades como HD. En este contexto, se planteó que “la intervención de la enfermera domiciliaria en las personas con enfermedad crónica avanzada y a su entorno es el eslabón indispensable para una atención de calidad centrada en la persona”(105). También se dio gran realce al rol de educadoras de las y los enfermeros en HD. Se concluyó que el domicilio permite tener más información sobre el paciente y su entorno, proporciona el lugar idóneo para escuchar y comprender el porqué de muchas realidades sociales y con ello crear un programa de educación sanitaria personalizado e individual que además consigue un alto grado de satisfacción del paciente y familia (106). En esta misma línea, otros autores (102) plantean que “el procurar otorgar cuidados de enfermería que optimicen el confort del paciente durante su hospitalización en el hogar, así como lo es en una hospitalización convencional (intrahospitalaria), se convierte en una meta y función primordial de la práctica de enfermería”.

El marcado envejecimiento de la población, fenómeno presente a nivel mundial, ha obligado a los profesionales de enfermería a enfrentar situaciones clínicas, sociales y emocionales, distintas a las experimentadas décadas atrás. Las nuevas necesidades de salud de las personas mayores y las nuevas tecnologías

y programas asistenciales disponibles como la HD demandan del profesional de enfermería potenciar sus habilidades comunicacionales, asistenciales, educativas y de gestión para proporcionar cuidados de calidad en un contexto de cuidado distinto al tradicional (107).

En la figura 1 se presenta el esquema que resume el marco conceptual presentado. Se observa en el centro el concepto de Calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria, el cual será medido a través de indicadores que tributen a las 6 dimensiones de la calidad más reconocidas a nivel mundial: seguridad, oportunidad, efectividad, eficiencia, equidad y centrado en el paciente.




Figura 1. Esquematización del Marco Conceptual.



Fuente: Puchi, C. Indicadores para evaluar de forma integral la Calidad de la Atención en Salud en hospitalización domiciliaria. [Tesis Doctoral]. Concepción: Universidad de Concepción; 2019.

2.2 Marco Empírico

Para la confección del marco empírico se realizó una revisión exhaustiva de la literatura publicada en los últimos 27 años (108). Esta Revisión Integradora de la literatura tuvo como propósito describir la producción empírica sobre indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria y se realizó mediante la ejecución de las seis etapas planteadas por Ganong (109).



Las bases de datos consultadas fueron Web of Science, Pubmed, SciELO, IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) y Biblioteca Cochrane. Se usaron los siguientes filtros para las cuatro primeras bases de datos: año de publicación (1990 – 2017); tipo de documento (artículo y/o revisión); lenguaje (español, inglés, portugués, francés e italiano); disponibilidad del texto (full text). Para realizar la búsqueda en la Biblioteca Cochrane, se usó el filtro “review”.

Es importante aclarar que el propósito inicial de esta búsqueda de literatura científica fue recuperar artículos originales que abordaran la evaluación de la calidad de la atención en salud de unidades de hospitalización domiciliaria mediante indicadores, pero que, dados los escasos resultados encontrados - sólo

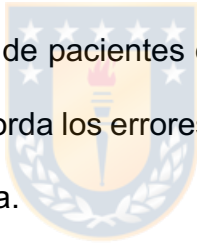
tres estudios- esta búsqueda se debió ampliar incluyendo revisiones sistemáticas y reportes gubernamentales que tuvieran relación con la evaluación de unidades de hospitalización domiciliaria, no necesariamente realizada través del desarrollo de indicadores. De esta forma, se obtuvo como resultado de esta búsqueda 6 artículos originales, 3 reportes gubernamentales y 4 revisiones sistemáticas que buscan determinar la efectividad y otras dimensiones de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de HD mediante la medición de indicadores y/o de distintas variables/respuesta (*outcomes*).



2.2.1 Artículos originales que plantean el uso de indicadores en HD.

La evaluación y garantía de calidad en hospitalización domiciliaria fue estudiada por cuatro autores en el año 1990 (110). Ellos utilizaron el término “indicador de calidad” para referirse a constructos, características de los pacientes y/o atributos de los servicios. De esta manera se definieron 16 Grupos de Indicadores de Calidad relacionados con los diagnósticos médicos más prevalentes de los pacientes. Luego, para cada uno de estos grupos se crearon un total de 20 indicadores los que se categorizaron en Indicadores de Resultados e Indicadores de Proceso. En este estudio, no se explicitaron los indicadores propuestos. Montalto, Portelli y Collopy (35), desarrollaron indicadores clínicos para evaluar el cuidado en hospitalización domiciliaria donde la selección de los mismos se

llevó a cabo mediante grupos de trabajo integrados por profesionales que trabajaban en unidades de HD y también por los hallazgos obtenidos mediante la revisión de la literatura disponible en este tema. De esta forma, se definieron 5 indicadores clínicos para hospitalización domiciliaria: **Indicador 1:** Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía; **Indicador 2:** Describe la tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía; **Indicador 3:** Se refiere a la negativa de los pacientes a ser ingresados a hospitalización domiciliaria; **Indicador 4:** Se refiere a los reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria; **Indicador 5:** Aborda los errores de administración de medicamentos en hospitalización domiciliaria.



Mazo y Emparán (111), desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue delimitar los indicadores establecidos en un plan de implementación de una unidad de hospitalización domiciliaria en España empleando 2 herramientas de gestión de calidad: el cuadro de mandos integral (CMI) y un proceso asistencial que sigue la normativa ISO 9001:2000. Su trabajo lo realizaron en cuatro fases donde fueron incluyendo los mapas de proceso, indicadores asistenciales y de gestión y sistemas de información del hospital de origen de la unidad de HD así como también información de otras unidades de HD. De esta manera se seleccionaron

15 indicadores estratégicos en el CMI y 10 indicadores del proceso asistencial. Los autores no explicitaron la fórmula para su cálculo en el estudio.

Basándose en algunos de los indicadores propuestos por el *Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS) (112), los autores Lui, Tran y Montalto (113) desarrollaron en el año 2007 un estudio retrospectivo de 5 años en una muestra de 21 pacientes adultos con diagnóstico de Embolismo Pulmonar hospitalizados en su domicilio. El objetivo de esta investigación fue examinar los resultados vinculados a la duración de la estancia, llamadas inesperadas del personal, los retornos inesperados al hospital, la embolia recurrente, hemorragia y muerte, de los pacientes que fueron trasladados a hospitalización domiciliaria dentro de las 24 horas de la presentación para el tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) pero también los indicadores clínicos tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía, reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria, fallecimiento durante la admisión a HD y tiempo de espera en el departamento de emergencia. Nuevamente Montalto y Lui, pero ahora junto a Mullins y Woodmason (114), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar si la gestión médica de hospitalización domiciliaria era un método seguro y eficaz en la entrega de cuidado agudo hospitalario y qué tipo de paciente, condición y/o tratamiento contribuyen a un mayor riesgo de fracaso en el cuidado de estos pacientes en unidades de HD. En este estudio los indicadores

utilizados fueron días de estancia (total de estancia en días y días de estancia en HD), tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía, llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía, reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria y fallecimiento inesperado.

Jiménez et al. (115) desarrollaron un estudio que buscó comparar la calidad técnica, los resultados de salud y el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de HD desde urgencias de los que lo hicieron desde una sala de hospitalización convencional. Los resultados en general no mostraron diferencias entre ambos grupos de pacientes, sólo el tiempo de estancia hospitalaria fue inferior en los pacientes procedentes de urgencias. En este estudio los autores mencionaron indicadores de calidad técnica (número de derivaciones al hospital durante la hospitalización domiciliaria, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias posteriores y desarrollo de infecciones multirresistentes y nosocomiales durante y tras el alta de la unidad de HD) pero nuevamente, no expusieron la fórmula para el cálculo de los mismos.

2.2.2 Indicadores planteados en reportes gubernamentales

El The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), organización independiente dedicada a mejorar la calidad de la atención de la salud (116) ha desarrollado distintos indicadores para evaluar la atención en salud en Australia. En el *Australasian Clinical Indicator Report 2005-2012 Hospital in the Home versión 4* (117), planteó que se deben evaluar 3 grandes grupos de indicadores para hospitalización domiciliaria en Australia: Selección y seguridad del paciente, interrupción del programa y, muertes inesperadas. A partir de estos grupos se desprendieron 8 indicadores los cuales fueron medidos en el año 2013 (118) arrojando los siguientes resultados expresados en tasas anuales por cada 100 pacientes: ≥ 1 llamada telefónica inesperada de parte del paciente: 3,6; una llamada inesperada del equipo: 1,0; más de una llamada inesperada del equipo: 0,24; Pacientes que no retornan al programa de hospitalización domiciliaria luego de un reingreso hospitalario no planificado: 2,8; Pacientes que retornan al programa de hospitalización domiciliaria en ≤ 24 horas posterior a un reingreso hospitalario no planificado: 1,9; Pacientes transferidos de vuelta a hospitalización domiciliaria luego de un reingreso hospitalario no planificado: 3,5; Muertes inesperadas durante la admisión a hospitalización domiciliaria: 0,046; Muertes inesperadas tras el reingreso no planificado al hospital durante la admisión a hospitalización domiciliaria: 0,018. Estos resultados muestran, en general, un leve aumento de las tasas respecto al año 2012 (117). A pesar de aquello, se

debe considerar que para el año 2013 se incluyeron más unidades de hospitalización domiciliaria en esta evaluación lo que podría incrementar dichas tasas.

La Alta Autoridad de Salud (119) de Francia estableció evaluar indicadores de calidad como parte del proceso de certificación de las instalaciones de salud. Desde 2011, las unidades de hospitalización domiciliaria – “*hospitalisation á domicile*”- recopilaron un conjunto de datos que permitieron calcular 5 indicadores que se relacionan con la historia clínica de los pacientes (incluye elementos de la pre-admisión, documento de ingreso médico, acuerdos con los pacientes, la comitiva y el médico tratante, protocolo de atención, organización de los medicamentos recetados, evaluación de abuso y reunión multiprofesional), informe del hospital (debe ser enviado dentro de 8 días y debe incluir la identidad del médico destinatario, la duración y fecha de la estancia en el hospital y la epicrisis médica), seguimiento del peso (se requiere que la medición de peso se lleve a cabo antes de la admisión y dentro de 7 a 15 días de ingreso, los resultados deben ser anotados en el registro del paciente), la evaluación del dolor (el cual debe ser evaluado con un instrumento de medición validada y el resultado debe ser registrado en el expediente del paciente) y valoración de úlceras por presión la que debe realizarse durante la primera semana de la estancia hospitalaria, para así poder supervisar su evolución en el tiempo. La medición de estos indicadores en datos porcentuales mostró los siguientes resultados para

el año 2011: el “registro de la historia clínica del paciente” ha mejorado a nivel nacional 6 puntos en promedio en relación al año 2010 ($\bar{x} = 77$) y existe una gran variabilidad de resultados entre las unidades de HD (34 a 99); el promedio nacional del indicador de "informe del hospital" ha aumentado 10 puntos respecto al año anterior y ahora está en el 49 y existe una máxima variabilidad de resultados entre las unidades de HD (0 a 100); El promedio nacional de la "evaluación de dolor" es 71, este indicador aumentó considerablemente (13 puntos) respecto al año anterior, sin embargo, la variabilidad nacional persiste (2 a 100); El promedio nacional del indicador "seguimiento del peso" ganó 16 puntos respecto al año anterior y ahora es del 55%, la variabilidad nacional persiste (2 a 100); El promedio nacional de la "Evaluación del riesgo de úlceras por presión" fue 69, 19 puntos superior al registro del año pasado, en este indicador la variabilidad entre las unidades también fue máxima.

En el año 2014, el Ministerio de Desarrollo Social de Chile desarrolló una evaluación ex post de una red de establecimientos de alta complejidad de la Región Metropolitana de Santiago con sistema de hospitalización domiciliaria (12). El objetivo general de dicha evaluación fue analizar el efecto de la implementación del programa de Hospitalización Domiciliaria en 7 hospitales públicos de la capital. Es así como resultado de este trabajo se generaron 15 indicadores de mediano plazo. Esto se hizo enmarcando estos indicadores en 3 dimensiones: Dimensión desde el Modelo de Gestión, Dimensión Económica y Dimensión de Satisfacción Usuaría. Para la primera dimensión, se generaron los

indicadores Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar, Cumplimiento IO Estándar Medicina, Cumplimiento IO Estándar Cirugía, Cumplimiento promedio días de estada (PDE) Estándar, Cumplimiento PDE Estándar Medicina, Cumplimiento PDE Estándar Cirugía, Traspaso Días Camas Ocupados a HD y Relación Camas HD por Camas en Medicina. Para la Dimensión Económica se generaron 4 indicadores: Relación Minutos Médico Disponible en HD por Cama en HD, Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en HD por Cama en HD, Diferencia Costo de bienes e insumos por Total Anual de Días Camas Ocupados en hospital respecto a Costo de bienes e insumos por Total Anual de Días Camas Ocupados en el domicilio y Relación Costo Día Cama Ocupado en Medicina respecto al Costo Día Cama Ocupado en Domicilio. Respecto a la dimensión de satisfacción usuaria, se crearon 3 indicadores: Calidad de Atención, Evaluación del Equipo y Nivel de Integración Familiar. Como conclusiones finales de este estudio, desde la Dimensión del Usuario, se encontró que la valoración que se observa respecto de los atributos de calidad de la prestación en HD es alta y se valora los cuidados del paciente en su domicilio como elemento de reinserción familiar, siendo aconsejable esta modalidad de atención. Desde la Dimensión de los Recursos, es que se concluye, que efectivamente se cumple con el objetivo principal de esta modalidad de atención que es “optimizar el recurso cama”, en cuanto a que favorece la descongestión de camas intrahospitalarias generando opciones convenientes económicamente en las prestaciones de baja y mediana complejidad. Y por último, desde la Dimensión de la Gestión, se concluye que se

hace necesario generar indicadores propios para evaluar esta modalidad de atención para de esta forma incluirla formalmente en políticas públicas desde el marco de la calidad de la atención en salud.

2.2.3 Evaluación de la efectividad de hospitalización domiciliaria mediante variables respuesta (*outcomes*)

Shepperd e Iliffe (120), en el año 1998, llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo determinar la efectividad en el manejo de pacientes en hospitalización domiciliaria en comparación con aquellos pacientes hospitalizados de manera convencional. La revisión incluyó ensayos controlados aleatorios de esquemas de hospitalización domiciliaria que ingresaban a pacientes de 18 años o más que necesitan tratamiento durante un episodio agudo. Se consideraron solo los estudios que utilizaron instrumentos validados estandarizados para medir los resultados subjetivos. Para la búsqueda de dichos ensayos se revisaron las siguientes bases de datos: Medline, Embase, Social Science Citation Index, CINAHL, EconLit, PsychLit, SIGLE (System for Information on Grey Literature), Suplemento de la Asistencia Médica en la Literatura Económica y la EPOC (Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group). Se analizaron los datos obtenidos de cada ensayo de acuerdo a los siguientes

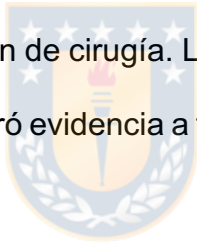
resultados: mortalidad, complicaciones clínicas, reingreso hospitalario, costos, días de hospital ahorrados por traslado del paciente a hospitalización domiciliaria, destino al alta hospitalaria, el estado funcional, bienestar psicológico, satisfacción del paciente y la satisfacción del cuidador. Cinco ensayos fueron incluidos en la revisión. Los resultados de este estudio mostraron que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de salud de los pacientes; los pacientes dados de alta temprana y traslados a hospitalización domiciliaria después de la cirugía electiva expresaron mayor satisfacción con la atención de los que se quedaron en el hospital; los cuidadores, sin embargo, expresaron menor satisfacción con la atención domiciliaria en comparación con la atención hospitalaria; sólo un ensayo, que reclutó a los pacientes que requieren cuidados terminales, probó formalmente una diferencia en el costo y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas para los costos generales de salud netos.

Diez años después (24), estos mismos autores desarrollaron una nueva revisión sistemática con el mismo objetivo que la anterior revisión, “evaluar los efectos de la hospitalización domiciliaria comparada con la atención hospitalaria estándar”, la diferencia con esta revisión fue que se incluyeron 314 citas del registro especializado *Editorial Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group* (EPOC). Finalmente, se incluyeron 22 ensayos en esta actualización de la revisión y los resultados obtenidos no sufrieron gran variación en comparación

con la revisión de 1998. Los esquemas de hospitalización domiciliaria incluidos fueron: hospital domiciliario basado en la comunidad, hospital domiciliario basado en el hospital (que proporciona un servicio de extensión), hospicio en el hogar, hospital domiciliario para el alta temprana (*early discharge*) y esquemas de hospital domiciliario para evitar el reingreso al hospital de agudos (*avoid admission*). La mayoría de los ensayos evaluaron los esquemas de alta temprana, mientras que unos pocos se centraron en los esquemas establecidos en la comunidad o en una sala de urgencias, para evitar que se ingresen pacientes en el hospital. En general, los pacientes en el esquema de hospitalización domiciliaria no tuvieron resultados significativamente diferentes de los que se trataron en el hospital. A pesar de que hay pruebas que indican que la satisfacción del paciente puede ser mayor en el hogar, la carga sobre los cuidadores también puede ser mayor y hay pocas pruebas sobre el ahorro en los costos del servicio sanitario. La asignación a hospitalización domiciliaria causó una reducción en la estancia hospitalaria en el hospital, pero hospitalización domiciliaria aumentó la duración total de la atención.

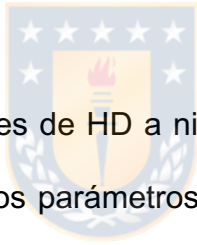
Bajo esta misma línea investigativa otros autores (34) desarrollaron una nueva revisión bajo el alero del grupo EPOC con el propósito de determinar, en el contexto de una revisión sistemática y meta-análisis, la eficacia y el costo del tratamiento de los pacientes con alta hospitalaria temprana (*early discharge*) en comparación con la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados. En esta

oportunidad se incluyeron 26 ensayos (n =3967), 25 de ellos publicados y 1 no publicado. Los resultados de esta revisión mostraron que para los pacientes que se recuperan de un accidente cerebrovascular y los pacientes de edad avanzada con una mezcla de condiciones no había pruebas suficientes de una diferencia en la mortalidad entre los grupos. Las tasas de reingreso se incrementaron significativamente en los pacientes de edad avanzada con una mezcla de condiciones asignados al hospital domiciliario. Los pacientes informaron una mayor satisfacción con hospitalización domiciliaria. No hubo pruebas suficientes de una diferencia de reingresos entre los grupos de los ensayos que reclutaron pacientes que se recuperaban de cirugía. La evidencia sobre el ahorro de costos fue mixta, es decir, se encontró evidencia a favor y en contra del ahorro de costos.



En el año 2012 (121), se realizó una revisión sistemática cuyo objetivo fue determinar si el cuidado al final de la vida otorgado en el contexto de hospitalización domiciliaria reduce la probabilidad de morir en el hospital y el efecto que esto tiene en los síntomas de los pacientes, la calidad de vida, los costos de servicios de salud y cuidadores en comparación con hospitalización convencional o cuidados paliativos en un hospicio. Se incluyeron 4 ensayos controlados aleatorios que comparaban la efectividad de HD en el desarrollo de cuidados al final de la vida en comparación con el cuidado otorgado por el hospital u hospicio. Se utilizaron las siguientes medidas de resultados: Lugar de la muerte, lugar preferido por los pacientes para morir, control de los síntomas (dolor,

disnea, náuseas y vómitos, estreñimiento, agitación terminal), retraso en la atención (médica, de enfermería o atención domiciliaria), estrés de la familia o cuidador e incapacidad de la familia o cuidador para seguir cuidando. La evidencia incluida en esta revisión apoyó el uso de cuidados al final de la vida en HD para aumentar el número de pacientes que van a morir en casa. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el estado funcional ni en el bienestar psicológico o capacidad cognitiva de los pacientes que reciben cuidados al final de la vida en el contexto de HD versus aquellos que reciben esos cuidados de manera tradicional (hospital u hospicio).



La efectividad de las unidades de HD a nivel mundial ha sido estudiada desde distintos enfoques. Uno de los parámetros más estudiados han sido los costos asociados a esta modalidad de atención. Autores (99) compararon los costos del tratamiento de trombosis venosa profunda en un hospital y en HD y encontraron que los pacientes ahorran 1680 euros por el tratamiento agudo de esta patología si se realizaba en el domicilio. A pesar de que existen numerosos artículos que afirman que HD es más costo-efectiva que una hospitalización convencional (19, 122-128), en una amplia revisión sistemática de 22 ensayos aleatorios otros autores (24) afirmaron que no existe suficiente evidencia del impacto de HD en los costos en salud, pero que sí este tipo de modalidad asistencial genera una disminución en los días de estancia hospitalaria y reingresos. Mistiaen, Francke y Poot (129), en su revisión sistemática del año

2007, tampoco observaron diferencias en los costos sanitarios de pacientes usuarios de HD.

La satisfacción del usuario externo ha sido frecuentemente medida en unidades de HD. Un estudio (21) evaluó la satisfacción usuaria en dos grupos de personas mayores, 84 en hospitalización domiciliaria versus 130 en un hospital convencional de agudos. Los principales diagnósticos de ingreso fueron neumonía adquirida en la comunidad (NAC), exacerbación de la insuficiencia cardiaca, exacerbación de EPOC y celulitis. Los resultados de este estudio demostraron que una alta proporción de pacientes y sus familias se encuentran satisfechas con el cuidado del programa HD en comparación con el cuidado otorgado por un hospital tradicional y esto se ve reflejado en todos los dominios evaluados.

La funcionalidad en personas mayores también ha sido un parámetro que ha sido evaluado en HD. Autores (22) compararon el grado de funcionalidad de adultos mayores hospitalizados tradicionalmente versus un grupo de ancianos ingresados a HD y encontró que existe una modesta mejoría en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en el segundo grupo. Bajo esta misma línea (130), se hizo una investigación con 455 personas mayores de 65 y más años con diagnóstico de EPOC exacerbado, insuficiencia cardiaca exacerbada, NAC o celulitis que debían ser ingresados a un hospital de

agudos para su tratamiento. De ellos 169 pacientes realizaron su tratamiento en HD y 286 en un hospital de agudos convencional. Los principales resultados de este estudio fueron que los usuarios de HD tuvieron una menor proporción de días estancia en comparación con la hospitalización tradicional, la tasa de incidencia de delirium fue menor en HD, 9% versus 24%; también se vio que los usuarios en HD usaban menos cantidad de sedantes y contención farmacológica en el hogar, en comparación con el hospital y que la satisfacción usuaria es más alta en HD. Así mismo, un metaanálisis (19) que incluyó 61 ensayos controlados y que tuvo como propósito evaluar el efecto de HD en la tasa de mortalidad y reingresos, costos y satisfacción usuaria de pacientes y cuidadores concluyó que la HD se asocia con reducciones en la tasa de mortalidad en un 19%, reingresos en un 23% y costos en un 26,5% e incremento en los niveles de satisfacción usuaria de pacientes y cuidadores de manera significativa en comparación a la hospitalización convencional. Estos autores sólo incluyeron en su metaanálisis estudios cuyos participantes tuvieran como diagnósticos accidente cerebrovascular, exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y personas mayores con múltiples condiciones patológicas (19).

Otro estudio (131) evaluó el estrés experimentado por familiares de pacientes atendidos en un programa de HD versus el estrés experimentado por familiares de pacientes internados en un hospital. Los participantes de este estudio fueron los familiares de 104 personas mayores que requerían hospitalización por tener

alguno de los siguientes diagnósticos: neumonía adquirida en la comunidad, descompensación de una insuficiencia cardíaca, exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o celulitis. El resultado de este estudio mostró que la HD se asocia con niveles más bajos de estrés en los familiares (cuidadores) que la atención hospitalaria aguda tradicional y que no parece desplazar la carga de la atención del personal del hospital a los familiares.

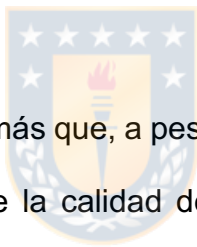
Los resultados dejan de manifiesto el escaso desarrollo que existe respecto a la investigación de la evaluación de la calidad de la atención en salud en unidades de hospitalización domiciliaria mediante indicadores. La búsqueda bibliográfica sólo arrojó 3 resultados vinculados a artículos originales que lograron generar indicadores para evaluar la calidad de la atención en estas unidades (35, 113, 114). El formato de construcción o fórmula de dichos indicadores aparece explícito en estas investigaciones pero no así su clasificación, frecuencia de medida, umbral de cumplimiento, unidad de medida ni fuente de obtención de los datos. Esta situación es relevante ya que según la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* de Estados Unidos (78), un indicador que evalúe la calidad de la atención en salud debería asegurar, entre otros, la solidez científica de la medida y su importancia relativa para los usuarios y equipo de salud y además, especificar de manera explícita los datos necesarios para definir el numerador y denominador de cada medida (78).

Globalmente se observó que se suele utilizar el término “indicador” para nombrar resultados (*outcomes*) clínicos que no responden a la definición de dicho concepto; no se muestra la fórmula para construir el indicador; no se especifica la unidad de medida ni la frecuencia de medición y no se explicita el umbral de cumplimiento ni la fuente de datos para el desarrollo de los mismos. Preocupa que en esta revisión se constató además que ninguno de los documentos incluidos puso en evidencia con datos objetivos la validez de los indicadores propuestos (76, 132), ni tampoco queda claro de qué manera se basaron en la evidencia científica para generar dichos indicadores.



Se observó además gran disparidad en el foco de atención de los indicadores y *outcomes* entre los distintos autores ya que algunos (35, 113, 114) se centraron sólo en variables relacionadas con el reingreso hospitalario no planificado y llamadas telefónicas inesperadas del paciente o del equipo, mientras que otros (24, 120) desarrollaron medidas de resultados clínicos basados en tópicos tan dispares como la satisfacción usuaria, capacidad funcional, destino al alta hospitalaria, bienestar psicológico, carga del cuidador, entre otros. Esta variabilidad muestra que no existe consenso acerca de qué áreas de hospitalización domiciliaria se deberían evaluar para fundamentar con datos objetivos el nivel de calidad de atención en salud que se otorga en este tipo de unidades asistenciales. Se debe considerar que el concepto de Calidad de la Atención en salud, según el OECD's (Organisation for Economic Co-operation

and Development) Health Care Quality Indicator (HCQI) Project (30), proyecto que busca desarrollar un conjunto de indicadores que reflejen una imagen sólida de la calidad asistencial entre países, junto con la OMS (32) y el Instituto de Medicina (31) identificaron 6 dimensiones a través de las cuales la calidad debería ser expresada (31, 32): la eficacia, la seguridad, la sensibilidad (centrado en el paciente), la oportunidad, la equidad y la eficiencia. Por lo tanto, una evaluación completa de la calidad de la atención en salud, en todo contexto asistencial, incluida la HD, debería considerar la valoración de dichas dimensiones en el planteamiento de su estrategia de evaluación.



Es interesante observar además que, a pesar de que existen 6 dimensiones que tributan a la evaluación de la calidad de la atención en salud (29), tanto la literatura, como el trabajo desarrollado por la tesista (ver Tabla 2) demuestran que las medidas existentes abordan algunos dominios más ampliamente que otros e, incluso, un mismo indicador y/o outcome tributa a más de una dimensión de la calidad de la atención en salud. La gran mayoría de las medidas están dirigidas hacia la eficacia y seguridad, un número menor examinan la oportunidad y estar centrado en el paciente, muy pocos evalúan la eficiencia y ninguno evalúa la equidad de la atención (36). Para llegar a esta conclusión, la tesista agrupó los indicadores y outcomes hallados en las dimensiones de seguridad, efectividad, centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad (31).

Lo planteado por los artículos antes mencionados, está alineado con lo presentado por autores con amplia experiencia en el trabajo en HD (133) . Ellos proponen que los 4 pilares fundamentales de la atención domiciliaria del futuro, que incluye a las unidades de HD, es que estas provean un cuidado en el domicilio con las siguientes características:

1. Centrado en el paciente y la persona: el Instituto de Medicina, IOM en su sigla en inglés, define centrado en el paciente como "brindar atención respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y garantizar que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas", y lo incluye como uno de los componentes clave de la calidad de la atención en salud que debe ser identificado y medido.
2. Perfectamente conectado y coordinado: un cuidado domiciliario conectado y coordinado a la perfección permitiría asegurar la continuidad del cuidado y la transición desde los establecimientos hospitalarios hasta el cuidado otorgado por atención primaria de salud.
3. De alta calidad: las unidades que otorgan cuidado domiciliario deben garantizar que puedan brindar constantemente la mejor calidad de atención a sus pacientes. Los autores plantean que los usuarios que

hacen uso de esta modalidad asistencial (en Estados Unidos) son principalmente personas mayores de 85 años, que viven solos, que tienen múltiples condiciones crónicas y limitaciones de su funcionalidad y con bajos ingresos económicos, por lo tanto, los cuidados domiciliarios seguirán siendo una herramienta fundamental para garantizar que estos beneficiarios reciban tratamientos y servicios de enfermería especializada, apoyando así el objetivo del paciente de permanecer a salvo en su hogar y fuera de los entornos institucionales más caros.

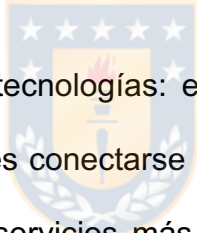
- 
4. Con disponibilidad de tecnologías: el uso de tecnologías de la información permite a los pacientes conectarse más fácilmente con los profesionales de la salud y recibir servicios más intensivos en nuevos entornos. Los autores plantean que, si bien esto puede mejorar el acceso a la atención para muchos pacientes, también cambiará la manera en que se brinda la atención y las enfermedades crónicas.

Tabla 2 Clasificación de los indicadores y outcomes usados en HD según las dimensiones de la Calidad de la Atención en Salud.

Indicadores/Outcomes	Dimensiones de la Calidad de la Atención en Salud según OCDE(30) e IOM(31)						Conteo por indicadores/outcomes
	Oportunidad	Centrado en el paciente	Eficacia	Eficiencia	Equidad	Seguridad	
≥ 1llamada no planificada realizadas por paciente (35)	x		x			x	3
1 llamada no planificada realizada por el equipo (35)	x		x			x	3
>1 llamada no planificada realizada por el equipo ⁽³⁵⁾	x		x			x	3
Pacientes que retornan al programa de HD en ≤24 horas (35)	x		x			x	3
Pacientes que no retornan a HD luego del reingreso hospitalario(35)	x		x			x	3
Pacientes que retornan al programa de HD en >24 horas(35)	x		x			x	3
Muertes inesperadas durante la admisión a HD(35)			x			x	2
Errores de administración de medicamentos(35)			x			x	2
Estado Funcional(24)			x*			x*	2
Complicaciones clínicas(119)			x*			x*	2
Duración estancia en HD(113)			x*			x*	2
Negativa de los pacientes a ser tratados en HD(35)		x					1
Carga del cuidador (24)		x*					1
Satisfacción del paciente(24)		x*					1
Satisfacción del cuidador (24)		x*					1
Diferencia entre el Costo de Bienes e Insumos por día cama ocupado en medicina, respecto a los Costos en Bienes e Insumos por día cama ocupada en Domicilio(12)				x			1
Relación Costo Día Cama Ocupado en Medicina respecto al Costo Día Cama Ocupado en Domicilio(12)				x			1
Conteo por dimensiones de la Calidad de la Atención en Salud (t)	6	4	11	2	0	11	

Fuente: Puchi, C. Indicadores para evaluar de forma integral la Calidad de la Atención en Salud en hospitalización domiciliaria. [Tesis Doctoral]. Concepción: Universidad de Concepción; 2019.

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

Generar indicadores para evaluar de forma integral la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el perfil biosociodemográfico y de salud de los usuarios ingresados a hospitalización domiciliaria.
- Construir nuevos indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.
- Evaluar la validez, fiabilidad y factibilidad del conjunto final de indicadores propuestos.

4. VARIABLES DEL ESTUDIO

A continuación, se presenta las variables del estudio. La definición nominal y operacional de cada variable se detalla en el anexo 1.

a) Variable principal:

- Calidad de la Atención en Salud, considerando las dimensiones de eficacia, eficiencia, equidad, centrado en el paciente, seguridad y accesibilidad.



b) Variables Sociodemográficas del paciente

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Situación de pareja
- Ocupación
- Relación con el Cuidador Principal
- Comuna de residencia
- Sistema Previsional de Salud
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción del Cuidador Principal con la atención proporcionada al paciente

c) Variables de Salud del paciente

- Diagnóstico de ingreso a HD
- Objetivo del ingreso a HD
- Llamada telefónica no planificada
- Complicaciones clínicas
- Patologías crónicas de base
- Hospitalizaciones previas
- Medicamentos de uso actual

d) Variables Administrativas Hospitalarias

- Servicio de procedencia
- N° de ingresos de HD
- N° de Altas de HD
- N° de personas atendidas
- Días de estancia
- Días de estancia en HD
- Reingreso a HD
- Reingreso hospitalario
- Fallecimiento



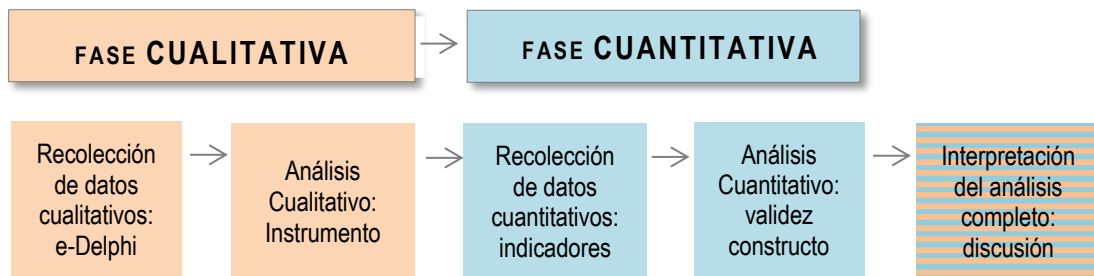
II. SUJETOS Y MÉTODOS

1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio mixto de diseño **Secuencial Exploratorio** (134), este diseño implica una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos seguida de otra donde se recaban y analizan datos cuantitativos (134) (figura 2). En este tipo de enfoque, la recolección y análisis de los datos se construyen sobre la base de los resultados cualitativos.



Figura 2. Esquema del diseño exploratorio secuencial.



Fuente: Adaptado de Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5a ed. México D.F.2010(134)

El uso del Diseño Mixto en Investigación se fundamentó por cinco razones que fueron propuestas por Johnson y Onwuegbuzie (135):

- Triangulación, buscar alcanzar la convergencia de los resultados entre ambos métodos, cualitativo y cuantitativo (Validez Convergente).
- Complementariedad, para buscar la elaboración, realce, ilustración y clarificación de los resultados de un método con los resultados del otro (Validez Suplementaria), es decir, examinar las diferentes facetas de un fenómeno de estudio con el fin de obtener una comprensión más significativa del mismo.
- Iniciación, para descubrir consistencias y discrepancias en los métodos cuantitativos y cualitativos los cuales al ser comparadas y analizadas mediante nuevas perspectivas y puntos de vista, pueden producir nuevas preguntas de investigación.
- Desarrollo, usar un método después del otro de esta manera el primer método guía al segundo en cuanto a las decisiones respecto al tipo de muestra, medición e implementación a utilizar. En este estudio, se realizó en primera instancia un e-Delphi del cual se generó un instrumento que fue utilizado como insumo para la fase posterior Cuantitativa.
- Expansión, para buscar amplitud y profundidad en la investigación al usar diferentes métodos desde la investigación cualitativa y cuantitativa.

Las características del diseño mixto Secuencial Exploratorio aplicado en este estudio fueron:

- a) Nivel de interacción: el nivel de interacción entre el método cualitativo y cuantitativo fue de tipo interactivo, esto quiere decir que ambos métodos fueron mezclados antes de la interpretación final. En este estudio, los resultados de la primera fase cualitativa, conjunto de indicadores, fueron necesarios para desarrollar la segunda fase de la investigación o fase cuantitativa, que tuvo como propósito poder aplicar y validar dicho instrumento creado en la fase previa.
- b) Prioridad de método: la prioridad de cada método fue la misma, ninguna fase fue más o menos importante que la otra.
- c) Control: el tiempo en que los datos fueron recolectados fue de tipo Secuencial, es decir, en primer lugar se recolectaron los datos de tipo cualitativo para luego seguir con los datos cuantitativos.
- d) Mezcla: la mezcla se desarrolló en la fase de Interpretación y ocurrió cuando se conectó el análisis cualitativo de los datos y el análisis de datos cuantitativos. La interpretación final fue producto de la integración y comparación de resultados cualitativos y cuantitativos (134).

En este estudio, el abordaje cualitativo, estuvo representado por la realización de la Técnica e-Delphi a un panel de expertos constituido por profesionales y

agentes de salud que trabajan desde la asistencia o gestión en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos de Chile (136, 137). Esta etapa tuvo como propósito construir el conjunto de indicadores que fue utilizado en la Fase Cuantitativa de la tesis para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios del programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. El abordaje cuantitativo fue de tipo descriptivo-exploratorio.

Validez del método mixto



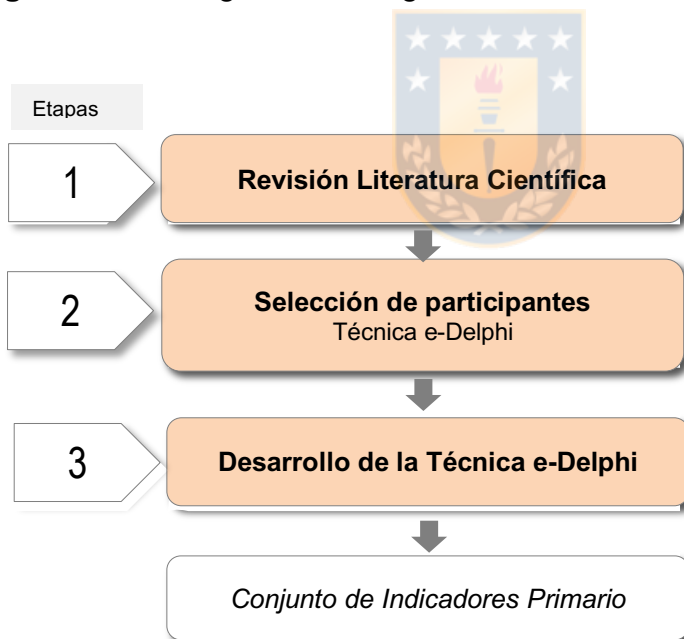
La validez de los datos utilizada en el diseño mixto aplicado al estudio estuvo representada por:

- **Validez descriptiva:** se sustentó en la utilización de una metodología clara, replicable y con sustento teórico.
- **Validez Teórica:** el marco conceptual y empírico del estudio sustenta la metodología seleccionada para la investigación.
- **Validez interpretativa:** se concretó en la etapa de discusión de la tesis donde se integró el análisis de los resultados de la fase cualitativa con el análisis de los resultados de la fase cuantitativa.

1.1 Fase cualitativa

La Fase Cualitativa de este estudio se desarrolló siguiendo 3 etapas (Figura 3). Primero se explicará en detalle la estrategia metodológica seleccionada para esta fase, luego se indicarán los criterios utilizados para asegurar el rigor y credibilidad del estudio y finalmente se indicará cómo se llevará a cabo el plan de análisis de los datos cualitativos.

Figura 3. Estrategia metodológica de la Fase Cualitativa del estudio.



Fuente: Idem figura 1.

1.1.1 Revisión de la literatura científica

Se actualizó la revisión de la literatura científica respecto al desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria. Esta búsqueda se extendió por 2 semanas. En ella se filtraron los documentos hasta 5 años de antigüedad y se utilizaron los mismos descriptores descritos en el Marco Empírico de este estudio.

De esta amplia búsqueda se extrajeron los indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria ya disponibles y desarrollados por otros autores (Tabla 4).

Tabla 3 Indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria extraídos de la literatura.

<i>Autores</i>	<i>Indicadores</i>
Montalto (1999)	- Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía.
	- Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía.
	- Negativa de los pacientes a ser ingresados a hospitalización domiciliaria.
	- Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria.
Lui (2007)	- Errores de administración de medicamentos en hospitalización domiciliaria.
	- Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía.
	- Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria.
Montalto (2010)	- Fallecimiento durante la admisión a HD.
	- Días de estancia.
	- Tasa de llamadas realizadas por el equipo a los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía.
	- Llamadas telefónicas no programadas (inesperadas) recibidas por los pacientes de hospitalización domiciliaria durante su estadía.
	- Reingresos hospitalarios no planificados de pacientes durante su estadía en hospitalización domiciliaria.
	- Fallecimiento inesperado.

Fuente: Idem Tabla 2.

1.1.2 Selección de participantes Técnica e-Delphi

- *Características de los participantes:* La selección de los participantes de la Técnica e-Delphi, denominados en su conjunto, panel de expertos, se desarrolló siguiendo las consideraciones que se mencionan a continuación (136, 137): ser multidisciplinario, estar compuesto por profesionales que trabajan en atención directa con pacientes y por agentes de salud que desempeñen funciones de gestión relacionadas con hospitalización domiciliaria sin desarrollar atención directa y que tengan al menos 2 años de experiencia en una unidad de hospitalización domiciliaria de Chile. Se permitió como máximo a 2 representantes del equipo de salud por una misma unidad de hospitalización domiciliaria, para asegurar mayor diversidad de puntos de vista dentro del panel (137).
- *Número de participantes:* Se realizó una invitación extensiva a participar como experto en esta tesis doctoral a 64 representantes de distintas unidades o programas de HD de Chile. La invitación se realizó por medio de correo electrónico y/o llamadas telefónicas el día 19 de octubre del año 2016. Debido a la lenta respuesta de los potenciales expertos a dicha invitación, se extendió la espera de sus respuestas hasta el 9 de febrero del año 2017 fecha donde se alcanzó la meta de

20 expertos. Según lo planteado por la literatura existe una amplia variación en el número de expertos participantes de esta técnica, sin embargo, el mínimo de Expertos que se esperó convocar fue de, al menos, 10 y un máximo de 30 expertos (137).

- *Vía de contacto:* la vía de contacto fue por medio de correo electrónico, y/o teléfono.

La primera vía de contacto con los potenciales integrantes del panel de expertos fue por correo electrónico. Se enviaron por semana 2 invitaciones por este medio a participar de la presente tesis doctoral. La respuesta de los receptores fue lenta, por lo que se decidió además contactar a los potenciales expertos por medio de llamadas telefónicas.

- *Estrategias para mantener la participación del panel de expertos:* Para evitar el abandono de expertos desde la primera comunicación con ellos, se les envió información escrita sobre los objetivos del estudio, los pasos del método Delphi, el número de cuestionarios o preguntas, el tiempo para contestarlos, la duración del proceso, la potencial utilidad de los resultados y el beneficio que obtienen al participar (136). Así mismo, se les solicitó a cada uno de los miembros del Panel antecedentes como: teléfono personal móvil, teléfono de su lugar de

trabajo, correo electrónico y el horario disponible para ser contactados por la tesista. Se les dió como plazo de respuesta un máximo de 2 semanas por ronda y se les recordó el envío de sus respuestas vía correo electrónico 2 veces por semana y por llamada telefónica una vez por semana.

A pesar de que 20 expertos se comprometieron a participar del presente estudio, se observó abandono de los mismos en las Ronda 1 y Ronda 2 del e-Delphi. Sólo en la Ronda 3 se mantuvo el mismo volumen de expertos que la Ronda previa. Es así como el número de expertos que respondieron el “Cuestionario 1” correspondiente a la Ronda 1 del e-Delphi fueron 17 (a pesar de haber enviado dicho instrumento a los 20 expertos que aceptaron participar), posteriormente sólo 13 expertos respondieron la Ronda 2 y estos mismos expertos respondieron la última ronda, la Ronda 3.

1.1.3 Técnica e-Delphi

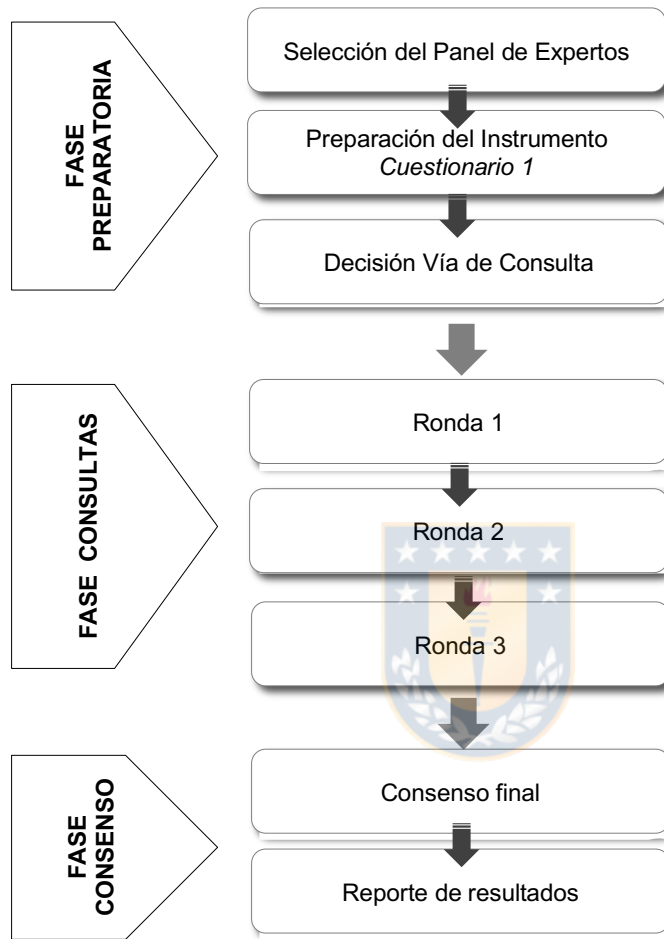
De acuerdo a las recomendaciones de diversos autores (80, 82, 138, 139) que han trabajado en el desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud en distintas modalidades asistenciales, se utilizó la Técnica e-Delphi para generar consenso en la elección del grupo de indicadores a utilizar para medir la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria. Una de las razones por la que se eligió trabajar con esta técnica es que proporciona un medio para obtener las opiniones de una variedad de expertos en una amplia zona geográfica, sin el costo de la participación de las reuniones cara a cara (140). La técnica e-Delphi sigue el mismo orden lógico que el Delphi convencional, la única diferencia es que es desarrollado mediante correo electrónico o entrevistas electrónicas (87).

Autores (141) plantean que existirían 2 tipos de expertos en un Delphi, los llamados “afectados” y los “especialistas”. El primer grupo corresponde a aquellos participantes implicados en situaciones que, con independencia de sus títulos o posición jerárquica, son conocedores de la situación en estudio. Los llamados especialistas son, por otro lado, aquellos participantes que deben poseer trayectoria académica, méritos especiales y/o experiencia profesional destacada en la temática de investigación. De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que en la presente tesis, los participantes conformaron un grupo de

expertos “afectados” ya que una de las principales características que los definió como tal fue el tiempo de experiencia laboral en HD, el cual debía ser de 2 o más años. El grado de “disposición” que los expertos tengan con la investigación es un elemento importante que debe ser considerado al seleccionar al panel de expertos (142). Esto ha sido planteado por algunos autores que, además, indican que se debe contactar a los expertos más interesados en el tema y establecer una relación con ellos de tal manera que se garantice la “automotivación e ilusión” de los mismos con la temática en estudio (143). Esta técnica se aplicó en 3 fases consecutivas (ver figura 4) de acuerdo a lo planteado por autores (144): Fase Preparatoria, Fase de Consultas y Fase de Consenso.



Figura 4. Fases de la técnica e-Delphi aplicada al estudio.



Fuente: Idem figura 1.

1) Fase Preparatoria

La fase preparatoria estuvo constituida por 3 subfases (144), la primera: Selección del Panel de Expertos ya fue desarrollada en la segunda etapa de la estrategia metodológica antes descrita. La segunda subfase

corresponde a la Preparación del Instrumento y la tercera subfase a la selección de la Vía de Consulta.

Preparación del Instrumento. El instrumento aplicado en la Ronda 1 del e-Delphi (denominado “Cuestionario 1”) fue desarrollado por la tesista a través de Google Forms y contempló lo siguiente: el título de la tesis, el objetivo general de esta, la garantía de anonimato, el plazo para la entrega de respuestas y la información de contacto de la tesista. La segunda hoja detalló las instrucciones que debió seguir el experto para contestar el cuestionario y desde la tercera página se expusieron las preguntas en cuestión (anexo 2).

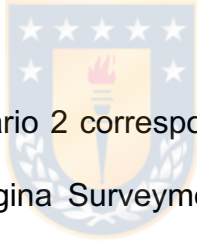
Decisión de la vía de consulta. La vía de consulta a utilizar en esta tesis fue por correo electrónico y a través de cuestionarios electrónicos (Google Forms).

2) Fase de Consultas

Realización de la ronda de consultas: se llevaron a cabo 3 rondas de consultas para llegar a consenso.

Primera ronda: En la primera ronda se envió el Cuestionario 1 (anexo 2). Este instrumento recolector de datos tuvo como propósito consultar al panel de

expertos que aspectos de HD estimaban que debían ser evaluados a través de un indicador para cada una de las 6 dimensiones de la calidad de la atención en salud. Dentro de las instrucciones que se les envió a cada uno de los participantes a través de correo electrónico, se les explicó que era necesario que antes de responder el Cuestionario 1 observaran un video elaborado por la tesista donde la misma explicaba en qué consistía cada una de las dimensiones de la calidad: Seguridad, oportunidad, efectividad, eficiencia, equidad y centrado en el paciente (ver video en el link: <https://www.youtube.com/watch?v=ainXmgfVsr0&t=11s>).



Segunda ronda: el cuestionario 2 correspondiente a la ronda 2 del e-Delphi se desarrolló a partir de la pagina SurveyMonkey®. En esta ronda el Panel de Expertos recibió el Cuestionario 2 el cual fue desarrollado a partir de las respuestas obtenidas en la ronda anterior. A partir de las respuestas del Cuestionario 1 la tesista construyó un listado de potenciales indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria. A este listado se incorporaron otros indicadores extraídos desde la revisión de la literatura científica.

El Cuestionario 2 estuvo conformado por los apartados:

1. Portada:

En ella se presentó el título de la tesis, el objetivo general de esta, la garantía de anonimato, el plazo para la entrega de respuestas y la información de contacto de la tesista.

2. Desarrollo:

2.1 Listado de potenciales indicadores

En el proceso de diseño y construcción de los indicadores se siguió el esquema planteado por la Joint Commission y adaptado por la Fundación Avedis Donabedian (145): nombre del indicador, justificación, dimensión, fórmula, explicación de términos, población, tipo de indicador, fuente de datos, estándar y comentarios (ver Tabla 5).

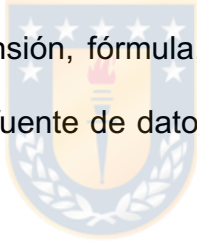


Tabla 4 Metodología para el diseño de los indicadores según las recomendaciones de la Joint Commission adaptadas por la Fundación Avedis Donabedian.

Nombre del indicador	
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez, es decir, si lo que vamos a medir tiene sentido, si servirá para identificar áreas de mejora asistenciales. Se relaciona con la validez y la evidencia científica: Nivel A: Estudios aleatorizados, B: Estudios de cohorte o de casos-control. C: Opinión de expertos
Dimensión	Característica o atributo de la atención asistencial, para que ésta sea considerada de calidad. Aspecto relevante de la asistencia que se valora en el indicador.
Fórmula	Expresión matemática que refleja el resultado de la medición. Habitualmente se expresa en porcentaje, pero también se puede expresar como medida o número absoluto.
Explicación de términos	Definición de términos de la fórmula que pueden ser ambiguos o sujetos a diferentes interpretaciones.
Población	Identificación de la unidad de estudio. Puede referirse a pacientes, exploraciones, visitas, diagnóstico etc. En ocasiones es necesario establecer criterios de exclusión.
Tipo	Se refiere a la clasificación de indicadores según el enfoque de la evaluación. Se identificarán como: - <i>Estructura</i> : son indicadores que miden aspectos relacionados con los recursos tecnológicos, humanos u organizativos, necesarios para la práctica asistencial, así como la disponibilidad de protocolos. - <i>Proceso</i> : son indicadores que evalúan la manera en que se desarrolla la práctica asistencial, realizada con los recursos disponibles, protocolos y la evidencia científica. - <i>Resultado</i> : Estos indicadores miden las consecuencias del proceso asistencial, en términos de complicaciones, mortalidad, etc. En cualquier panel de indicadores hay una combinación de los tres tipos pero predominan los de proceso y resultado. No siempre es posible disponer de indicadores de resultados. Los indicadores de proceso son más factibles y útiles ya que si se asegura un buen proceso se espera un buen resultado.
Fuente de datos	Define el origen del indicador y la secuencia para la obtención de datos necesaria para poder cuantificar el indicador. El nivel de desarrollo de los sistemas informáticos de cada centro condicionan la posibilidad o no de medir el indicador
Estándar	Refleja el nivel deseado de cumplimiento para el indicador. El estándar no refleja el resultado de la práctica habitual sino que representa el nivel de buena práctica exigible dada la evidencia científica y a la vez alcanzable con los medios disponibles. En ocasiones se sitúa el estándar en el 100% ó en el 0% cuando se considera que se trata de asegurar que lo básico se está haciendo bien.
Comentarios	Incluye las reflexiones sobre la validez del indicador y los posibles factores de confusión que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Este apartado también se reserva para las referencias bibliográficas más importantes para la elaboración del indicador y establecimiento del estándar.

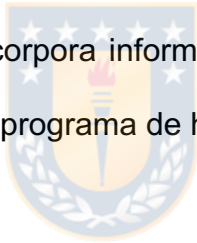
Fuente: Pascual M. Fiabilidad y validez de los indicadores de calidad asistencial en la Rehabilitación Pulmonar del Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [Tesis Electrónica]. Barcelona, España: Universidad de Barcelona; 2013.

2.2 Valoración de los indicadores dados

Se planteó de la siguiente forma:

Dado el listado con todos los indicadores propuestos, valore cada uno de ellos de acuerdo a los siguientes criterios:

1. El indicador es una medida útil para valorar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria (146).
2. El indicador está escrito en forma concreta y ordenada y, no necesita ser modificado.
3. El indicador es indispensable.
4. El indicador incorpora información que puede ser extraída de los registros de un programa de hospitalización domiciliaria.



Se le pidió a los expertos evaluar cada indicador con una escala tipo Likert (146) de cinco puntos donde:

- 1: En total desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Medianamente de acuerdo
- 4: De acuerdo
- 5: Totalmente de acuerdo

Las instrucciones que se plantearon a los expertos en el cuestionario 2 se detallan en anexo 3.

Tercera ronda: el cuestionario 3 correspondiente a la ronda 3 del e-Delphi se envió a partir de la pagina Surveymonkey®. Cada experto recibió el dicho cuestionario por medio de correo electrónico. En él se le presentaron a los expertos los resultados obtenidos en la ronda 2; a partir de aquí se le pidió al panel que reevaluara sus valoraciones teniendo en cuenta las opiniones del resto. Además se les explicó que podrían mantener o cambiar su respuesta según lo consideraran. En esta ronda, también se esperó alcanzar para cada indicador un 65% de consenso para ser aprobado. Las instrucciones dadas al panel de expertos en esta Ronda se muestran en anexo 4.



3) Fase de Consenso

La elección del Conjunto de Indicadores Primario se obtuvo a través del consenso entre los 13 participantes integrantes del panel de expertos con un mínimo de 65% de aprobación para cada uno de los criterios de evaluación planteados por cada indicador.

1.1.4 Rigor y Credibilidad

El debate sobre el establecimiento del rigor metodológico de la técnica e-Delphi está aún en curso y a pesar de que no existe consenso entre investigadores respecto a cómo aplicar criterios de rigor científico a un estudio que utilice dicha técnica (147), en esta tesis se decidió usar los criterios basados en la confiabilidad (*“Trustworthiness”*), abordaje que tiene como base un sustento interpretativo/cualitativo, acorde con la fase de la investigación en curso (148) y que es apoyada por numerosos autores. De acuerdo a lo anterior, se plantearon para esta tesis cuatro estrategias principales para establecer la confiabilidad de la técnica Delphi: la credibilidad, la formalidad, la confirmabilidad y la transferibilidad (147, 148).

La **credibilidad** de esta técnica se aseguró mediante la iteración en curso y la retroalimentación dada a los panelistas (149). En cada ronda se enviaron los resultados de la fase previa, de esta forma los expertos se encontraron siempre en conocimiento de los resultados que dieron sus pares.

La **fiabilidad** se logró mediante la inclusión de una muestra representativa de expertos (150). La literatura plantea que el mínimo de Expertos a convocar para desarrollar la técnica Delphi deberían ser de al menos 10 participantes con un máximo de 30 expertos (137), según esto, a pesar de que en esta tesis no se

mantuvo el “n” inicial de expertos (20 participantes), aún así se logró cumplir con lo que plantea la evidencia.

La **confirmabilidad** se evaluó mediante el mantenimiento de una descripción detallada del proceso de recolección y análisis de la técnica. En cada una de las rondas se dieron instrucciones precisas de cómo se analizaron estadísticamente las respuestas de los expertos con el fin de clarificar y facilitar el entendimiento de cada ronda en curso.


La **transferibilidad** fue establecida mediante el uso de la verificación de la aplicabilidad de los resultados de la técnica (148). Esto se pudo evaluar al medir los indicadores correspondientes al Conjunto de Indicadores Primario en la prueba piloto (ver anexo 5) en la unidad de hospitalización domiciliaria del hospital clínico Herminda Martin de Chillán.

1.2 Fase Cuantitativa

1.2.1 Unidad de Análisis

La unidad de análisis es la persona adulta y/o adulta mayor (18 años y más) beneficiaria del sistema de salud público de Chile, usuaria de un programa o unidad de hospitalización domiciliaria de un hospital público.

1.2.2 Universo



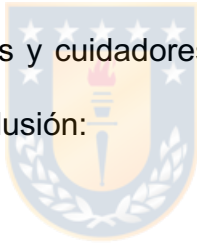
Está constituido por 767 personas de 18 y más años beneficiarias del sistema de salud público de Chile y usuarios del programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán durante el año 2018.

1.2.3 Muestra de estudio

La muestra fue no probabilística, tipo censo y estuvo conformada por todos los egresos (altas satisfactorias, reingresos y fallecidos) de la unidad de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán,

en un periodo de tiempo de 6 meses, desde el 23 de abril del año 2018 hasta el 23 de octubre del mismo año. La muestra estuvo constituida por 439 usuarios de la unidad de hospitalización domiciliaria.

Para poder evaluar el indicador relacionado con satisfacción usuaria, el cual debía ser aplicado en persona a cada usuario y su respectivo cuidador principal, se generó una sub-muestra (n = 100). De esta forma se realizaron 100 entrevistas en total en domicilio a usuarios y a sus cuidadores principales respectivos. Esta sub-muestra fue seleccionada por conveniencia ya que sólo se incluyeron los usuarios y cuidadores principales que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:



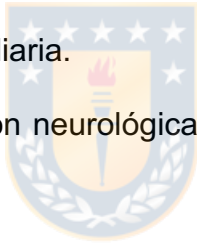
Criterios de inclusión:

- Paciente egresado de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Clínico Herminia Martín de Chillán.
- Paciente que acepte participar en el estudio a través del pre-consentimiento verbal (anexo 6).
- Paciente adulto de 18 años o más de sexo femenino o masculino.
- Paciente que cuenta con Cuidador Principal.
- Paciente que cuente con teléfono fijo o celular de contacto.
- Paciente y cuidador principal que se encuentren en el domicilio durante la visita domiciliaria.

- Paciente y cuidador principal que accedan a firmar el consentimiento informado respectivo (anexo 7).

Criterios de exclusión:

- Paciente que curse con Síndrome Confusional Agudo durante la entrevista.
- Paciente con diagnóstico de patología de salud mental descompensada.
- Paciente que haya reingresado al hospital durante su estadia en hospitalización domiciliaria.
- Paciente con alteración neurológica que impida una comunicación fluida con la tesista.
- Paciente y/o cuidador principal no responde a ninguna de las tres llamadas que realiza la tesista previo a la visita domiciliaria para invitarlos a participar del estudio.



1.2.4 Recolección de los Datos

Descripción de los instrumentos recolectores de datos

En esta fase del estudio se utilizaron 3 instrumentos para la recolección de datos cuantitativa: Variables para el cálculo de indicadores (anexo 8), Conjunto de Indicadores Primario (anexo 9) y Datos biosociodemográficos de los participantes del estudio más encuesta de satisfacción usuaria (anexo 10).

Las estrategias de recolección de datos se llevaron a cabo a través de 2 modalidades:



1. **Revisión de documentación institucional hospitalaria:** La tesista revisó documentos de la unidad o programa de hospitalización domiciliaria y las fichas clínicas de todos los egresos en un periodo de tiempo de 6 meses. Dentro de los documentos a examinar estuvieron los siguientes:
 - Fichas Clínicas
 - Estadísticas de la Unidad o Programa de Hospitalización Domiciliaria
 - Protocolos de la Unidad o Programa de Hospitalización Domiciliaria

2. **Visita domiciliaria:** La tesista llevó a cabo una visita domiciliaria a cada paciente y cuidador principal previa coordinación con los mismos vía telefónica. A continuación se detalla esta actividad:

Estrategia de ruta: La tesista se comunicó con la enfermera del equipo de HD para estar al tanto de los egresos los días lunes y viernes de cada semana. La ruta se planificó de acuerdo a la cercanía de los domicilios de los pacientes.

Pre-consentimiento de participación en el estudio: un profesional de enfermería ó medico de la unidad de hospitalización domiciliaria consultó verbalmente al paciente y a su cuidador principal si deseaban que la investigadora accediera a sus teléfonos de contacto con el objetivo de poder invitarlos a participar del estudio. Sólo si los potenciales participantes accedían a lo anterior, la investigadora tenía acceso a los datos personales necesarios para realizar el contacto.

Confirmación de la visita: Se coordinó la visita domiciliaria por vía telefónica un día antes de la visita domiciliaria y posteriormente el mismo día de la visita si es que era necesario. Se decidió esta vía de comunicación porque corresponde a un criterio de inclusión del paciente al estudio. Mediante esta llamada se solicitaba el primer consentimiento verbal del paciente y su cuidador principal a participar del estudio, se confirmaba la dirección de la vivienda y se pedía, si era necesario, un nuevo teléfono de contacto. Si el paciente o el cuidador no respondía a la llamada, se repetía la misma 2 veces más en horarios distintos (a las

10:00, 15:00 y 18:00 hrs.). Si no respondían a estas 3 llamadas, se excluía a dicho paciente y su cuidador del estudio. Al momento de lograr la comunicación telefónica con el paciente se le solicitaba que al momento de la visita se encontrara también la persona que cumplió el rol de Cuidador Principal durante su hospitalización domiciliaria.

Objetivo de la visita domiciliaria: Obtener respuesta de la encuesta de satisfacción usuaria para evaluar el o los indicadores que medirán la dimensión “centrado en el paciente” según el Conjunto de Indicadores Secundario (previa Firma del paciente y cuidador principal del Consentimiento Informado).



Frecuencia de la visita domiciliaria: Sólo se realizó una visita domiciliaria por paciente.

Extensión horaria de la visita domiciliaria: La visita tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente. Las visitas se realizaron de lunes a sábado desde las 09:00 hasta las 12:00 hrs. durante las mañanas y desde las 15:00 hasta las 18:00 horas durante las tardes, según la disponibilidad de los pacientes y sus cuidadores.

Control de calidad de los datos

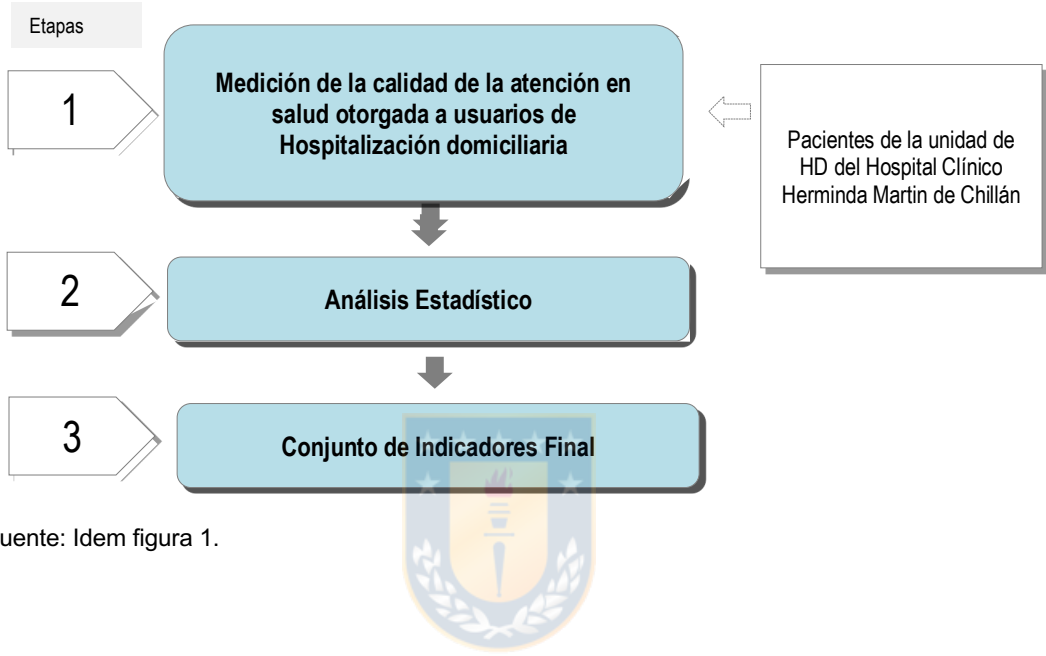
El control de calidad de los datos se llevó a cabo en la etapa previa mediante la aplicación de la prueba piloto a una muestra de usuarios ingresados a hospitalización domiciliaria y la aplicación de los criterios de selección de indicadores al Conjunto de Indicadores Primario. Tal como se observó, no se presentaron cambios en la construcción de los indicadores del Conjunto de indicadores Primario, por lo que este mismo grupo de indicadores fue aplicado en la prueba final.

Estrategia Metodológica



La estrategia metodológica para realizar la recolección de datos de esta fase del estudio estuvo constituida por 3 etapas que se detallan en la figura 5.

Figura 5. Estrategia metodológica de la recolección de datos de la Fase Cuantitativa del estudio.



Fuente: Idem figura 1.

Plan de análisis de los datos

Los datos serán analizados a través de estadística descriptiva (medidas de tendencia central, frecuencias relativas y absolutas) e inferencial para responder a los objetivos del estudio.

Se trabajará con un nivel de significancia de 0.05. Para todo el análisis estadístico se utilizara el programa SPSS 22.0.

Tabla 5 Plan de Análisis de los Datos de la Fase Cuantitativa del estudio.

Objetivo	VARIABLES	Tipo de Análisis	Estadísticos Utilizados
Caracterizar el perfil biosociodemográfico y de salud de los usuarios ingresados a hospitalización domiciliaria.	Sexo Edad Escolaridad Situación de pareja Ocupación Cuidador Principal Relación con el Cuidador Principal Comuna de residencia Previsión de Salud Diagnóstico de ingreso a HD Objetivo del ingreso a HD Llamada no planificada del paciente Llamada no planificada del equipo Capacidad Funcional Complicaciones clínicas Patologías crónicas de base Hospitalizaciones previas	Descriptivo	Frecuencias relativas y absolutas. Medidas de tendencia central: media.
Construir nuevos indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.	Diagnóstico de ingreso a HD Llamada no planificada del paciente Llamada no planificada del equipo Complicaciones clínicas Patologías crónicas de base Hospitalizaciones previas Servicio de procedencia Nº de ingresos a HD Nº de altas de HD Nº de personas atendidas	Exploratorio	Frecuencias relativas y absolutas. Medidas de tendencia central: media. Prueba Kruskal-Wallis Chi Cuadrado

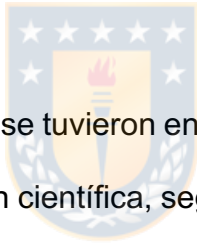
	Dias de estancia Reingreso a HD Reingreso hospitalario Fallecimiento		
Evaluar la validez, fiabilidad y factibilidad del conjunto de indicadores propuestos.	Basado en Conjunto de indicadores primario	Exploratorio	Indice Kappa Correlación intraclass Similitud asociación simple

Fuente: idem Tabla 2.



1.3 Consideraciones éticas del estudio

La tesis fue sometida a la consideración del Comité ético-científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la misma institución. Se solicitó además la autorización a las autoridades del hospital que fue invitado a participar en el estudio. Posteriormente el proyecto fue sometido a la consideración del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Ñuble.



En el desarrollo de esta tesis se tuvieron en cuenta los requisitos éticos que debe contemplar toda investigación científica, según Ezekiel Emanuel y el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) (151):

Valor

El desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria es un sólido aporte a la salud pública dando respuesta a un vacío en el conocimiento respecto a la evaluación de la calidad de la atención en salud, otorgada a usuarios de unidades de hospitalización domiciliaria, mediante el desarrollo de indicadores soportados

conceptualmente por una propuesta teórica basada en las dimensiones de la calidad de la atención en salud planteadas por la OCDE (33) y el IOM (34). Además, esta investigación logra aportar a la Enfermería, desde la evaluación de la calidad de la atención en salud, confirmando a dicho constructo como un valor fundamental de dicha profesión y disciplina.

Validez científica

Esta investigación se sustenta en un marco referencial actualizado que refleja el abordaje de la evaluación de la calidad de la atención en salud de las unidades de hospitalización domiciliaria en Chile y el mundo. Se expusieron objetivos claros y alcanzables y el diseño fue planteado de acuerdo a las consideraciones metodológicas de toda investigación científica. Se considera que la metodología planteada fue idónea, válida y realizable; como lo es el diseño mixto exploratorio secuencial (134), porque permitió una mirada más amplia y profunda del tema en estudio. En el abordaje mixto planteado, la investigación cualitativa se vió representada por la aplicación de la Técnica Delphi (137, 144) a un Panel de expertos en el tema y, la investigación cuantitativa, por la creación, aplicación y análisis de los indicadores para evaluar la calidad de atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

Selección equitativa de los sujetos

Son 4 los aspectos que se consideraron para hacer cumplir el requisito de selección equitativa de los sujetos en este estudio (152):

-Se seleccionaron grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación: los/as participantes fueron adultos beneficiarios de un programa o unidad de hospitalización domiciliaria perteneciente a un hospital público de Chile. En este estudio, a pesar de ser considerados un grupo vulnerable, un porcentaje alto de personas mayores fueron incorporados como sujetos participantes debido a la naturaleza de la investigación. Este hecho no acrecentó los riesgos de este estudio.

-A todas las personas que cumplieron con los requisitos de inclusión, se les ofreció la oportunidad de participar en la investigación, a menos que existieran buenas razones científicas o de riesgo que restringiesen su elegibilidad: la muestra de pacientes estuvo constituida por todos los adultos y personas mayores, hombres y mujeres, que fueron ingresados a un programa de hospitalización domiciliaria en el tiempo estipulado para desarrollar esta fase del estudio, siempre y cuando fuesen considerados los criterios de inclusión y de exclusión. Dentro de estos últimos, se estimaron como importantes eximir a aquellos pacientes que presentaran una alteración neurológica que afectara la autonomía del mismo para de esta forma asegurar el respeto a dicho principio de la bioética.

Proporción favorable de riesgo – beneficio

Se aseguró que los riesgos potenciales para cada sujeto fueran minimizados y que los beneficios potenciales, para los participantes y para la sociedad, sean maximizados y, proporcionales o superiores a los riesgos asumidos. Las mencionadas premisas básicas se cumplieron en este estudio ya que se buscó responder, en todo el proceso de investigación, a los siguientes principios éticos fundamentales: el respeto a las personas (principio de autonomía), la búsqueda del bien (principios de beneficencia y no-maleficencia) y la justicia. Para asegurar la aplicación de estos principios en esta investigación se cumplió con los siguientes requerimientos: consentimiento informado, valoración de beneficios y riesgos y selección equitativa de los sujetos de investigación (152). Además, en este estudio los riesgos asociados a la participación de las personas beneficiarias de hospitalización domiciliaria fueron mínimos y se estima que los beneficios potenciales fueron mayores que los riesgos a los cuales fueron expuestos los/as participantes de la investigación.

Evaluación independiente

Con el fin de evitar conflicto de intereses la investigación fue revisada por peritos apropiados no afiliados al estudio y con autoridad para aprobar, enmendar o, en

casos extremos, cancelar la investigación, pertenecientes al comité ético-científico de la Facultad de Enfermería y Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, más el Comité Ético Científico del Hospital Herminda Martin de Chillán. Esta evaluación independiente aseguró el cumplimiento de los requisitos éticos de la investigación y garantizó a la sociedad que las personas inscritas fueran tratadas éticamente y no sólo como meros medios. Por otra parte, en todo momento se indicaron las fuentes de financiamiento y administración de recursos asociados al estudio para clarificar cualquier posibilidad de conflictos de intereses (151).



Consentimiento Informado

Se incluyeron en el estudio todas/os las/os participantes que aceptaron libre y voluntariamente su participación, cautelando la confidencialidad y anonimato de los datos mediante el consentimiento informado. El consentimiento informado se justifica por el principio de respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Los individuos sólo participaron si la investigación era compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debió ser libre (152). La tesista informó a los potenciales participantes sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tuviese los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión(151).

Respeto por los sujetos inscritos

El respeto a las personas participantes fue un requisito presente a lo largo de toda la investigación. Este requisito incluyó que se asegurara que el sujeto tuviera derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio de que pueda seguir con el tratamiento médico indicado, que se garantice la protección de la confidencialidad y se justifiquen las posibles excepciones, que se evite todo tipo de coerción, que se proporcione información sobre riesgos y beneficios, que se informe acerca de los resultados y que no se descuide el bienestar de los sujetos (151).



III. RESULTADOS

1. RESULTADOS FASE CUALITATIVA

Esta sección comprende:

1.1 Perfil laboral del panel de expertos

1.2 Conjunto de Indicadores Primario



1.1 Perfil laboral del panel de expertos

Los integrantes del panel de expertos provenían de 14 programas o unidades de hospitalización domiciliaria los cuales se encontraban insertos en diferentes hospitales del Sistema de Público de Chile. Estos fueron:

- Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, V Región de Valparaíso.
- Hospital Dr. Gustavo Fricke, V Región de Valparaíso.
- Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, Región Metropolitana.
- Hospital Barros Luco – Trudeau, Región Metropolitana.
- Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, Región Metropolitana.
- Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Región Metropolitana.

- Hospital San José, Región Metropolitana.
- Hospital San Juan de Dios de Curicó, VII Región del Maule.
- Hospital Dr. César Garavagno Burotto, VII Región del Maule.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, VIII Región del Bio Bio.
- Hospital Clínico Herminia Martín, VIII Región del Bio Bio.
- Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, VIII Región del Bio Bio.
- Hospital Base de Valdivia, XIV Región de los Ríos.
- Hospital de Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroede, X Región de Los Lagos.

Además, un experto provenía del Servicio de Salud Metropolitano Sur, de la Región Metropolitana.

En general, hubo un representante por hospital y/o servicio de salud, la excepción fue el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río del cual participaron 3 expertos en total. Se aceptó esta situación debido al bajo número de expertos que conformaron el panel (17 en total), siendo que el número planteado por la tesista fue de 20.

Tabla 6 Perfil laboral del panel de expertos.

Característica	n	\bar{x}
<i>Profesión</i>		
Enfermera/o	9	-
Médico/a	5	-
Kinesiólogo/a	3	-
<i>Asistencia directa a pacientes</i>		
Si	14	-
No	3	-
<i>Tiempo de experiencia en HD en años</i>		3,11
2	5	-
3	10	-
4	1	-
9	1	-

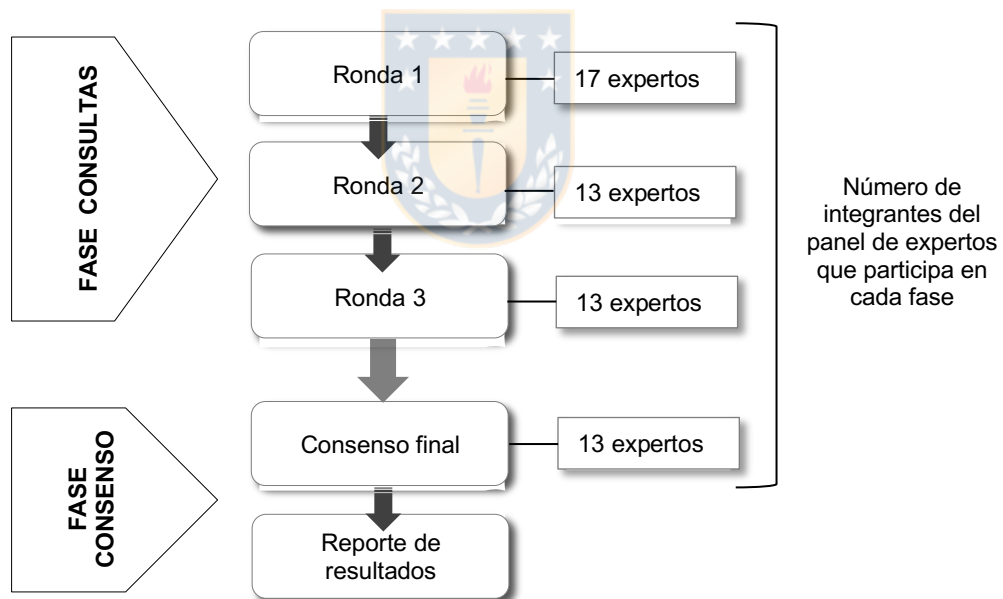
Fuente: Idem Tabla 2.

El panel de expertos estuvo constituido por 17 profesionales de la salud: 9 enfermeros/as, 5 médicos y 3 kinesiólogos. De todos ellos, 14 profesionales realizaban labores que se centraban en la atención directa a pacientes y 3 de ellos no incluían este tipo de atención. La experiencia laboral del panel de expertos en hospitalización domiciliaria fue de 2 hasta 9 años (Tabla 7).

1.2 Conjunto de Indicadores Primario

El Conjunto de Indicadores Primario se obtuvo en la fase de consenso del e-Delphi. Para llegar a ello, se realizaron 3 rondas de consultas en donde participaron un número variable de expertos (figura 6). Los resultados de la fase de consulta se muestran a continuación:

Figura 6. Participación de expertos en las fases de consulta y consenso del e-Delphi.



Fuente: Idem figura 1.

- **Ronda 1**

En la ronda 1 del e-Delphi 17 expertos dieron respuesta al Cuestionario 1.

Las respuestas planteadas por el panel de expertos para cada una de las dimensiones de la calidad de la atención en salud se muestran en la Tablas 7 a 12.

Tabla 7 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Seguridad de la Calidad de la Atención en Salud.

Dimensión de la calidad de la atención en salud		
Seguridad		
Aspecto a evaluar con indicadores	n	%
Riesgo de lesiones por presión	6	35,29
Riesgo de caídas	4	23,53
Ocurrencia de eventos adversos	4	23,53
Accidentes de tránsito durante traslado del personal de HD	3	17,65
Reacciones adversas a medicamentos	3	17,65
Complicaciones clínicas	3	17,65
Reingresos a hospitalización tradicional	2	11,76
Incidentes críticos de enfermería	2	11,76
Flebitis	1	5,88
Pérdidas de ficha clínica	1	5,88
Técnica de higiene de manos	1	5,88
Aplicación de normas REAS	1	5,88
Punciones venosas fallidas	1	5,88

Fuente: Idem Tabla 2.

Los aspectos a evaluar con indicadores en la dimensión de Seguridad mas frecuentemente mencionados por el panel de expertos fueron el riesgo de lesiones por presión (35,29%), el riesgo de caídas y la ocurrencia de eventos adversos (ambos con 23,53%).

Tabla 8 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Efectividad de la Calidad de la Atención en Salud.

Dimensión de la calidad de la atención en salud		
Efectividad		
Aspecto a evaluar con indicadores	n	%
Reingresos a hospitalización tradicional	3	17,65
Altas satisfactorias	2	11,76
Reingresos por descompensación patología de ingreso a HD	2	11,76
Normas basadas en evidencia	2	11,76
Cantidad de atenciones	1	5,88
Muertes inesperadas	1	5,88
Gastos	1	5,88
Impacto de curación avanzada de heridas	1	5,88

Fuente: Idem Tabla 2.

En la dimensión de efectividad, el aspecto definido como “reingresos” fue mencionado por 5 expertos del panel (29,41%).



Tabla 9 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Centrado en el paciente de la Calidad de la Atención en Salud.

Dimensión de la calidad de la atención en salud		
Centrado en el paciente		
Aspecto a evaluar con indicadores	n	%
Satisfacción usuaria	6	35,29
Evaluación de redes de apoyo	3	17,65
Evaluación biopsicosocial previo al ingreso a HD	3	17,65
Cumplimiento de criterios de inclusión	2	11,76
Visitas domiciliarias por profesional	1	5,88
Impacto de la educación en salud en domicilio	1	5,88
Aceptación voluntaria a ingresar a HD	1	5,88
Objetivos de ingreso a HD planificados junto a paciente y familia	1	5,88
Adherencia terapéutica a medicamentos nuevos	1	5,88
Rechazo del ingreso a HD	1	5,88
Reclamos	1	5,88

Fuente: Idem Tabla 2.

La Satisfacción usuaria correspondió al aspecto que más menciones tuvo por el panel de expertos (35,29%) en la dimensión Centrado en el paciente. Así mismo destaca que 7 de los 11 aspectos a evaluar con indicadores considerados por este grupo de profesionales no presentaron ningún grado de consenso ya que fueron planteados por un solo experto respectivamente, mostrando de esta forma la gran variabilidad en las opiniones del panel.

Tabla 10 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Oportunidad de la Calidad de la Atención en Salud.

Dimensión de la calidad de la atención en salud		
Oportunidad		
Aspecto a evaluar con indicadores	n	%
Tiempos de espera	6	35,29
Sistema de comunicación con paciente	4	23,53
Días de estancia	3	17,65
Visitas domiciliarias recibidas	1	5,88
Exámenes realizados por paciente	1	5,88
Ingreso de pacientes pre-mortem	1	5,88
Tiempo entre que se acepta el ingreso a HD y el paciente efectivamente es trasladado a su domicilio	1	5,88
Sistema de registro único	1	5,88
Rescate oportuno de exámenes	1	5,88
Tiempo de atención para cada paciente	1	5,88

Fuente: Idem Tabla 2.

En la dimensión de Oportunidad, el 35,29% de los expertos plantearon que se deberían evaluar los tiempos de espera, el 23,53% los sistemas de comunicación con el paciente y el 17,65% los días de estancia.

Tabla 11 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Eficiencia de la Calidad de la Atención en Salud.

Dimensión de la calidad de la atención en salud		
Eficiencia		
Aspecto a evaluar con indicadores	n	%
Costos de HD versus hospitalización tradicional	3	17,65
Días de estancia	2	11,76
Visitas domiciliarias por paciente	2	11,76
Reingresos	2	11,76
Ingresos a HD	1	5,88
Atenciones diarias	1	5,88
Altas	1	5,88
Promedio días de estancia por patología	1	5,88
Cumplimiento de horarios de administración de medicamentos	1	5,88
Visitas domiciliarias medicas	1	5,88

Fuente: Idem Tabla 2.

En la dimensión de Eficiencia, el 17,65% de los expertos consideró evaluar los costos de HD versus los de una hospitalización tradicional y el 11,76% del panel planteó que se deberían evaluar los días de estancia, el número de visitas domiciliarias por paciente y los reingresos.

Tabla 12 Respuestas dadas por el panel de expertos en la Ronda 1, dimensión de Equidad de la Calidad de la Atención en Salud.

Dimensión de la calidad de la atención en salud		
Equidad		
Aspecto a evaluar con indicadores	n	%
Entrega de información básica de HD a todos los pacientes	2	11,76
Satisfacción usuaria del paciente	2	11,76
Tiempo de duración de cada visita domiciliaria	1	5,88
Continuidad del cuidado en Atención primaria de salud	1	5,88
Porcentaje de rechazos a la incorporación a HD	1	5,88
Disponibilidad de recursos	1	5,88

Fuente: Idem Tabla 2.

En la dimensión de Equidad, la entrega de información básica de HD a todos los pacientes y la satisfacción usuaria de los mismos fueron los aspectos más mencionados por los expertos del panel (n = 2).

Destaca en los resultados de la ronda 1 que, en general, se presentó gran variabilidad en lo planteado por los expertos. El rango de sus respuestas fluctuó entre 6 hasta 13 aspectos a valorar para cada dimensión. Se observó además que hubo numerosos aspectos que fueron mencionados sólo por 1 experto en cada dimensión, hecho que dejó en evidencia la discrepancia entre los participantes al momento de decidir que actividades deberían ser evaluadas mediante indicadores en HD. Sumado a lo anterior, se advirtió que en ninguna dimensión se alcanzó un porcentaje de consenso entre los expertos que superara el 35,29%. Finalmente, llamó la atención que un mismo aspecto fue mencionado en dos o más dimensiones de la calidad de la atención en salud, esto ocurrió con “altas”, “días de estancia”, “reingresos” y “visitas domiciliarias”. Esta última situación se puede explicar porque, efectivamente, hay aspectos o actividades susceptibles de ser evaluadas en HD que tributan a más de una dimensión de la calidad de la atención en salud.

- **Ronda 2**

En la ronda 2 participaron 13 expertos que evaluaron 36 indicadores propuestos por la tesista en base a las respuestas obtenidas en la ronda 1 (Tabla 14).

Previamente, se había planteado un consenso mínimo entre los expertos del 75% para cada indicador, pero al analizar los resultados de la ronda 2, observamos que se tendrían que rechazar un número importante de los indicadores (21 de 36 indicadores, versus 17 de 36 indicadores disminuyendo el porcentaje de consenso a 65%) ya que no alcanzaban el porcentaje de consenso antes mencionado, por esta razón, se decidió trabajar con el 65% de consenso como mínimo entre los expertos para cada indicador. Sólo los indicadores que obtuvieron ese porcentaje de aprobación pasaron a la siguiente ronda (153). Es así como entonces, un indicador fue seleccionado cuando en todos los ítems evaluados (4 criterios) obtuvo al menos 65% de aprobación.

Tabla 13 Resultados de la evaluación de los indicadores en la Ronda 2.

Indicador	Criterios a evaluar/porcentaje de aprobación ^a				Resultado
	1	2	3	4	
1. Porcentaje de caídas de pacientes en domicilio	42,8	78,5	28,5	50	No aprobado
2. Identificación del riesgo de caída del paciente en domicilio	78,5	85,7	64,2	64,2	No aprobado
3. Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio	85,7	92,8	85,7	85,7	Aprobado
4. Identificación del riesgo de úlcera por presión de pacientes en domicilio	85,7	100	85,7	85,7	Aprobado
5. Porcentaje de Reingresos hospitalarios no planificados	85,7	78,5	78,5	85,7	Aprobado
6. Porcentaje de Accidentes de tránsito durante el traslado del equipo de salud hacia los domicilios	50	71,4	42,8	28,5	No aprobado
7. Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas	78,5	92,8	92,8	85,7	Aprobado
8. Porcentaje de punciones venosas fallidas en domicilio	92,8	92,8	71,4	50	No aprobado
9. Disponibilidad de Kit para Higiene de manos en domicilio	85,7	85,7	92,8	50	No aprobado
10. Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD	85,7	92,8	78,5	84,6	Aprobado
11. Porcentaje flebitis asociada a catéter venoso periférico	92,8	92,8	85,7	71,4	Aprobado
12. Errores de medicación	92,8	92,8	92,8	92,8	Aprobado
13. Porcentaje de pacientes que se niegan a ingresar a HD	61,5	84,6	53,8	46,1	No aprobado
14. Satisfacción usuaria del paciente de HD ^b	100	92,3	100	69,2	Aprobado
15. Satisfacción usuaria del cuidador principal del paciente de HD	92,3	100	92,3	53,8	No aprobado
16. Existencia de un protocolo de necesidades de cuidados al alta del paciente de HD	84,6	76,9	84,6	61,5	No aprobado
17. Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido	100	100	100	76,9	Aprobado
18. Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD	69,2	76,9	69,2	61,5	No aprobado
19. Porcentaje de pacientes derivados correctamente desde un servicio hospitalario convencional hacia HD	69,2	69,2	69,2	38,4	No aprobado
20. Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	84,6	92,3	100	100	Aprobado
21. Promedio de días de estancia en HD (por patología)	76,9	92,3	76,9	84,6	Aprobado
22. Promedio de visitas domiciliarias por paciente realizadas por el equipo HD	84,6	84,6	76,9	76,9	Aprobado
23. Promedio de visitas médicas realizadas por paciente	92,3	100	100	100	Aprobado
24. Acceso a HD desde distintos Servicios Hospitalarios	61,5	69,2	61,5	84,6	No aprobado
25. Área de cobertura de Hospitalización Domiciliaria	69,2	84,6	53,8	84,6	No aprobado
26. Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria	76,9	76,9	76,9	69,2	Aprobado

Continuación tabla 14

27. Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD	100	100	92,3	92,3	Aprobado
28. Porcentaje de cumplimiento de la entrega de Epicrisis de Alta en pacientes de HD	100	100	100	100	Aprobado
29. Tiempo promedio de espera del traslado del paciente a su domicilio desde que cumple con los criterios de inclusión hasta que es ingresado a HD	61,5	53,8	61,5	38,4	No aprobado
30. Tiempo promedio de espera del traslado del paciente a su domicilio desde que es admitido a HD según evaluación	61,5	61,5	61,5	46,1	No aprobado
31. Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio del paciente en HD	84,6	92,3	69,2	69,2	Aprobado
32. Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria	76,9	76,9	76,9	69,2	Aprobado
33. Disponibilidad de un sistema único de registro por paciente en HD	92,3	92,3	92,3	92,3	Aprobado
34. Disponibilidad de contacto telefónico móvil del paciente con equipo HD	100	100	92,3	92,3	Aprobado
35. Promedio de llamadas realizadas por pacientes a Salud Responde	53,8	53,8	46,1	23	No aprobado
36. Duración promedio de las visitas domiciliarias	61,5	69,2	61,5	53,8	No aprobado

Fuente: Idem Tabla 2.

^aLa aprobación del indicador se definió con el 65% de consenso entre los expertos; los criterios utilizados fueron:

1. El indicador es una medida útil para valorar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.
2. El indicador está escrito en forma concreta y ordenada y, no necesita ser modificado.
3. El indicador es indispensable.
4. El indicador incorpora información que puede ser extraída de los registros de un programa de hospitalización domiciliaria.

^b14 expertos evaluaron los indicadores 1 al 13; 13 expertos evaluaron los indicadores 14 hasta el 36.

Se aprobaron 20 indicadores por cumplir con el porcentaje de consenso estipulado entre los expertos (65%). La tesista, por otra parte, decidió incorporar un indicador más en el listado de los indicadores aprobados debido a su relevancia clínica (indicador N°18). Es así como en total, se aprobaron 21 indicadores en la ronda 2 del e-Delphi.

- **Ronda 3**

En la ronda 3 participaron los mismos 13 expertos que en la ronda anterior. Ellos reevaluaron sus propias valoraciones expresadas antes en la ronda 2 pero ahora teniendo en cuenta las opiniones del resto del panel (Tabla 15).

Tabla 14 Resultados de la evaluación de los indicadores en la Ronda 3.

CENTRADO EN EL PACIENTE	13 Porcentaje de pacientes que se niegan a ingresar a HD	23,08	N
	14 Satisfacción usuaria del paciente de HD	100	A
	15 Satisfacción usuaria del cuidador principal del paciente de HD	76,92	A
	16 Existencia de un Protocolo de necesidades de cuidados al alta del paciente de HD	53,85	N
	17 Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido	100	A
EFECTIVIDAD	18 Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD	53,85	N
	19 Porcentaje de pacientes derivados correctamente desde un servicio hospitalario convencional hacia HD	33,33	N
EFICIENCIA	20 Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	100	A
	21 Promedio de días de estancia en HD (por patología)	84,62	A
	22 Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD	84,62	A
	23 Promedio de visitas médicas realizadas por paciente	100	A
EQUIDAD	24 Acceso a HD desde distintos Servicios Hospitalarios	38,46	N
	25 Área de cobertura de Hospitalización Domiciliaria	46,15	N
	26 Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria	84,62	A
	28 Porcentaje de cumplimiento de la entrega de Epicrisis de Alta en pacientes de HD	100	A
	27 Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD	92,31	A
OPORTUNIDAD	29 Tiempo promedio de espera del traslado del paciente a su domicilio desde que cumple con los criterios de inclusión hasta que es ingresado a HD	30,77	N
	30 Tiempo promedio de espera del traslado del paciente a su domicilio desde que es admitido a HD según evaluación	30,77	N
	31 Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio del paciente en HD	69,23	A
	32 Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria	100	A
	33 Disponibilidad de un sistema único de registro	92,31	A
	34 Disponibilidad de contacto telefónico móvil del paciente con equipo HD	92,31	A
	35 Promedio de llamadas realizadas por pacientes a Salud Responde	23,08	N
	36 Duración promedio de las visitas domiciliarias	30,77	N
SEGURIDAD	1 Porcentaje de caídas de pacientes en domicilio	15,38	N
	2 Identificación del riesgo de caída del paciente en domicilio	61,54	N
	3 Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio	92,31	A
	4 Identificación del riesgo de úlcera por presión de pacientes en domicilio	100	A
	5 Porcentaje de Reingresos hospitalarios no planificados	92,31	A

Continuación tabla 15		
6 Porcentaje de Accidentes de tránsito durante el traslado del equipo de salud hacia los domicilios	25	N
7 Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas	92,31	A
8 Porcentaje de punciones venosas fallidas en domicilio	50	N
9 Disponibilidad de Kit para Higiene de manos en domicilio	58,33	N
10 Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD	100	A
11 Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico	100	A
12 Errores de medicación	100	A

Fuente: Idem Tabla 2.

A: indicador aprobado; N: indicador no aprobado.

* El indicador N° 18 se incorporó a pesar de no alcanzar el porcentaje de consenso necesario debido a su gran relevancia clínica.

En esta ronda, también se esperó alcanzar para cada indicador un 65% de consenso entre los participantes para ser aprobado. En esta ronda se aprobaron los mismos 21 indicadores que en la ronda anterior más uno nuevo, “Satisfacción usuaria del cuidador principal del paciente en HD”, de esta forma se obtuvieron un total de 22 indicadores aprobados.

En la fase de consenso final se obtuvieron 21 indicadores aprobados por el panel de expertos. A estos indicadores se agregó nuevamente el indicador N° 18 por su relevancia clínica. Este grupo final de 22 indicadores pasó a convertirse en el **Conjunto de Indicadores Primario** (Tabla 15).

Tabla 15 Conjunto de Indicadores Primario.

Dimensión de la Calidad de la Atención en Salud	Indicadores seleccionados en Ronda 3
Centrado en el paciente	1. Satisfacción usuaria del paciente de HD
	2. Satisfacción usuaria del cuidador principal del paciente de HD
	3. Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido
Eficiencia	4. Promedio de días de estancia en HD (por paciente)**
	5. Promedio de días de estancia en HD (por patología)**
	6. Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD
Efectividad	7. Promedio de visitas médicas realizadas por paciente
	8. Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD
Equidad	9. Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria**
	10. Porcentaje de cumplimiento de la entrega de Epicrisis de Alta en pacientes de HD
	11. Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información básica al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD**
Oportunidad	12. Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio del paciente en HD**
	13. Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria**
	14. Disponibilidad de un sistema único de registro**
Seguridad	15. Disponibilidad de contacto telefónico móvil del paciente con equipo HD**
	16. Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio
	17. Identificación del riesgo de úlcera por presión de pacientes en domicilio
	18. Porcentaje de Reingresos hospitalarios no planificados
	19. Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas**
	20. Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD
	21. Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico
	22. Errores de medicación

Fuente: Idem Tabla 2.

**Indicador nuevo, generado a partir de la tesis: Puchi, C. Indicadores para evaluar de forma integral la Calidad de la Atención en Salud en hospitalización domiciliaria. [Tesis Doctoral]. Concepción: Universidad de Concepción; 2019.

En la Tabla 15 se observa que existe gran variabilidad en el número de indicadores por cada dimensión. Esto se evidencia en el hecho de que la dimensión de Efectividad sólo se vió representada por 1 indicador y la dimensión de Seguridad alcanzó 7, lo que correspondió al mayor número de indicadores del grupo. Se observa además (con asterisco en la Tabla 17), que de los 22 indicadores, 9 (40,9%) son totalmente nuevos y generados a partir de este estudio.

Tabla 16. Clasificación del Conjunto de indicadores Primario de acuerdo a los atributos de la calidad de la atención en salud: Estructura, Proceso y Resultado.

Atributo de la Calidad de la Atención en Salud	Indicadores
Estructura	1. Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria
	2. Disponibilidad de un sistema único de registro
	3. Disponibilidad de contacto telefónico móvil del paciente con equipo HD
Proceso	1. Satisfacción usuaria del paciente de HD
	2. Satisfacción usuaria del cuidador principal del paciente de HD
	3. Porcentaje de cumplimiento de la entrega de Epicrisis de Alta en pacientes de HD
	4. Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información básica al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD
	5. Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio del paciente en HD**
	6. Identificación del riesgo de úlcera por presión de pacientes en domicilio
	7. Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas
	8. Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido
Resultado	1. Promedio de días de estancia en HD (por paciente)
	2. Promedio de días de estancia en HD (por patología)
	3. Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD
	4. Promedio de visitas médicas realizadas por paciente
	5. Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD
	6. Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria
	7. Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio
	8. Porcentaje de Reingresos hospitalarios no planificados
	9. Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD
	10. Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico
	11. Errores de medicación

Fuente: Idem tabla 2.

En la tabla 16 se observa que de los 22 indicadores generados, 11 corresponden a indicadores de Estructura de acuerdo a los atributos de la Calidad de la Atención en Salud, 8 son indicadores de Proceso y sólo 3 son indicadores de Resultado.

2. RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

Esta sección comprende:

2.1 Perfil biosociodemográfico y de salud de los participantes.

2.2 Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud de una unidad de Hospitalización Domiciliaria a través de indicadores.

2.3 Evaluación de los indicadores según diagnóstico médico de egreso.



2.1 Perfil biosociodemográfico y de salud de los participantes.

Descripción de las características biosociodemográficas y de salud de los participantes del estudio.

Tabla 17 Perfil biosociodemográfico y de salud de los pacientes incorporados al estudio (n = 439).

Característica	n	%
Sexo		
Hombre	177	40,3
Mujer	262	59,7
Grupos de edad en años		
18 - 29	15	3,42
30 - 44	16	3,64
45 - 59	63	14,35
60 - 74	133	30,30
75 - 89	169	38,50
90 - 99	42	9,57
100 y más	1	0,23
Diagnóstico de egreso por grandes grupos de enfermedades		
Enfermedades del sistema respiratorio	130	30,09
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	71	16,44
Enfermedades del aparato locomotor	62	14,35
Sin diagnóstico*	60	13,89
Enfermedades del sistema genitourinario	48	11,11
Enfermedades de la piel	22	5,09
Neoplasmas	16	3,70
Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales	9	2,08
Enfermedades del sistema digestivo	6	1,39
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4	0,93
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3	0,69
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0,23

Fuente: Idem Tabla 2.

*60 pacientes no presentaron diagnóstico médico de egreso debido a que fallecieron durante su estadía en HD o fueron reingresados a un servicio de hospitalización tradicional.

En la Tabla 17 se observa que en la muestra hubo un mayor porcentaje de mujeres (59,7%) que de varones (40,3%). En la distribución de los participantes por edad, se aprecia que el 78,6% de ellos correspondieron a personas mayores de 60 y más años. De este grupo más añoso, destacaron las personas incorporadas en el rango de edad de 75 a 89 años con un 38,5%. A su vez, se muestra un solo representante en el rango de edad de 100 y más años. Según el diagnóstico de egreso por grandes grupos de enfermedades, se aprecia que las Enfermedades del sistema respiratorio, cardiocirculatorio, del aparato locomotor

y del sistema genitourinario fueron los 4 grupos de enfermedades más frecuentes, representando el 71,99% del total de patologías. El grupo de Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas sólo tuvo un representante.

Las características biosociodemográficas y de salud de los pacientes y cuidadores principales que representaron la submuestra de la fase cuantitativa (n = 50 y n = 50, respectivamente) se observan en la Tabla 18 y 19. Tal como se explicó en el apartado de “Sujetos y Métodos” de la Fase Cuantitativa del estudio (ver página 90), fue necesario generar la sub-muestra para poder evaluar los indicadores relacionados con satisfacción usuaria. El cálculo de dichos indicadores exigió aplicar una encuesta de manera presencial a cada usuario y su respectivo cuidador principal para de esta forma obtener una calificación (nota de 1 al 7) la que se convertiría posteriormente en el valor de cada indicador. Esta sub-muestra fue seleccionada por conveniencia ya que sólo se incluyeron los usuarios y cuidores principales que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio.

Tabla 18 Perfil biosociodemográfico y de salud de los pacientes incluidos en la submuestra de la fase cuantitativa (n = 50).

Característica	n	%
Sexo		
Hombre	21	42
Mujer	29	58
Grupos de edad en años		
45 - 59	12	24
60 - 74	19	38
75 - 89	17	34
90 - 99	2	4
Situación de pareja		
Con pareja	37	74
Sin pareja	13	26
Escolaridad		
General básica	24	48
Educación Media	22	44
Técnico Nivel superior	2	4
Profesional	1	2
Sin estudios	1	2
Ocupación		
Ocupado	6	12
Desocupado	2	4
Inactivo	42	84
Patologías crónicas de base		
Tumores malignos en todas sus localizaciones	5	10
Enfermedades del aparato cardiovascular	37	74
Diabetes mellitus	21	42
Cirrosis hepática	2	4
Enfermedad pulmonar crónica	10	20
Enfermedad osteoarticular	6	12
Enfermedades mentales	2	4
Ninguna	3	6
Medicamentos de uso actual^a		
0	2	4,08
1 – 2	7	14,29
3 – 4	12	24,49
5 – 9	25	51,02
10 o más	3	6,12
Hospitalizaciones previas^b		
Ninguna hospitalización previa	32	64
1 hospitalización previa	10	20
2 hospitalizaciones previas	4	8
3 o más hospitalizaciones previas	4	8
Servicio de procedencia		
Servicio Medicina interna	15	30
Servicio de Cirugía	10	20
Servicio de Urgencia	21	42
Policlínico de especialidades	1	2
Traumatología	2	4
Unidad de cuidados intensivos	1	2

Fuente: Idem Tabla 2.

^aSe presentó un dato perdido, por eso el n = 49.

^bHospitalizaciones en el último año. Éstas podían haber sido bajo la tutela de HD o de una hospitalización convencional.

En la Tabla 18 se aprecia que la submuestra de pacientes estuvo conformado por un mayor porcentaje de mujeres, 58%. Desde el punto de vista de la edad, se observa claramente que el grupo etario predominante es el de personas mayores (76%). En relación a la situación laboral, la mayoría de los participantes (84%) se encontraba “Inactivo” - no integran la fuerza de trabajo - al momento de la entrevista y sólo el 12% manifestó estar “Ocupado”.

Las patologías crónicas de base más prevalentes en los pacientes fueron las “Enfermedades del aparato cardiovascular” (n = 37), la “Diabetes Mellitus” (n = 21) y la “Enfermedad pulmonar crónica” (n = 10). Sólo 3 pacientes manifestaron no sufrir ninguna patología crónica de base. En relación al número de medicamentos, destaca que el 57,14% de este grupo de pacientes presentaba Polifarmacia, es decir, consumía 5 o más medicamentos al día. Acerca del Servicio de procedencia, se observó que casi todos los usuarios (92%) provenían del Servicio de Urgencias, Medicina Interna o Cirugía.

Tabla 19. Perfil biosociodemográfico y de salud de los cuidadores principales incluidos en la submuestra de la fase cuantitativa (n = 50).

Característica	n	%
Sexo		
Hombre	12	24
Mujer	38	76
Grupos de edad en años		
18 - 29	4	8
30 - 44	10	20
45 - 59	18	36
60 - 74	12	24
75 - 89	6	12
90 - 99	0	0
Situación de pareja		
Con pareja	37	74
Sin pareja	13	26
Escolaridad		
General Básica	11	22
Enseñanza Media	25	50
Técnico Nivel Superior	4	8
Profesional	9	18
Sin estudios	1	2
Ocupación		
Ocupado	14	28
Desocupado	6	12
Inactivo	30	60
Relación con paciente		
Conyugue	22	44
Hijo/a	18	36
Padre/Madre	0	0
Nieto/a	2	4
Suegro/a	0	0
Hermano/a	4	8
Nuera	3	6
Otro no familiar	1	2
Vive con paciente		
Si	40	80
No	10	20
Patologías crónicas de base		
Tumores malignos en todas sus localizaciones	1	2
Enfermedades del aparato cardiovascular	23	46
Diabetes mellitus	11	22
Enfermedad pulmonar crónica	2	4
Enfermedad osteoarticular	7	14
Enfermedades mentales	3	6
Ninguna	22	44

Fuente: Idem Tabla 2.

En la Tabla 19 se muestra que nuevamente las mujeres fueron las que predominaron en la muestra (76%). Respecto a la edad, a diferencia del grupo

de pacientes de la submuestra, la mayoría de los cuidadores principales (64%) eran menores de 60 años, con un promedio de edad de 54 años. La mayoría de ellos, el 74%, señaló tener pareja y el 98% señaló haber recibido algún tipo de enseñanza formal. El 60% de los cuidadores principales manifestaron encontrarse “Inactivos” al momento de la entrevista y un 28%, “Ocupados”. Sólo 10 de los 50 cuidadores principales no vivían con su receptor de cuidados (paciente) y del total de ellos (n = 50), la mayoría eran “Conyugues” (44%) o “Hijos/as” (36%) de los pacientes.

En relación a las patologías crónicas de base, 23 cuidadores principales manifestaron padecer “Enfermedades del aparato cardiovascular” y 11 “Diabetes Mellitus”. Así mismo, 22 cuidadores principales indicaron que no presentaban ninguna patología crónica de base.

2.2 Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud de una unidad de Hospitalización Domiciliaria a través de indicadores.

La Calidad de la Atención en Salud se evaluó a través del Conjunto de Indicadores Secundario. A continuación, se muestra en la Tabla 20, el comportamiento de cada uno de los indicadores de acuerdo al umbral estándar fijado por el panel de expertos en la fase cualitativa del estudio.

Tabla 20. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud de una unidad de hospitalización domiciliaria a través del Conjunto de Indicadores secundario.

Dimensión de la Calidad de la Atención en Salud	indicadores	Unidad de medida	Resultado	Estándar
Centrado en el paciente	Satisfacción usuaria del paciente en HD	Promedio	6,54	6,0 - 7,0
	Satisfacción usuaria del cuidador principal en HD	Promedio	6,64	6,0 - 7,0
	Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido	Porcentaje	sin reclamos ^a	100%
Efectividad	Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD	Porcentaje	3,125	0%
Eficiencia	Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	Promedio	13,8	≤ 7
	Promedio de días de estancia en HD (por patologías claves)	Promedio	10,93	≤ 8
	Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD	Promedio	1,86	≥ 1
	Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente	Promedio	5,95	≥ 2

Continuación tabla 20

	Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria	-	Disponible para los 3 tipos de cama	Disponible para los 3 tipos de cama
Equidad	Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD	Porcentaje	99,77	100%
	Porcentaje de cumplimiento de la entrega de la Epicrisis a pacientes de HD	Porcentaje	98,68	100%
Oportunidad	Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio de pacientes en HD	Promedio	No es posible de medir ^b	< 12
	Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria	Promedio	No es posible de medir ^b	< 24
	Disponibilidad de un sistema único de registro por paciente en HD	-	Disponible	Disponible
	Disponibilidad de teléfono móvil en programa HD	-	100	100%
Seguridad	Porcentaje de lesiones por presión de pacientes en domicilio	Porcentaje	0,45	< 0,5
	Identificación del riesgo de lesiones por presión de pacientes en domicilio	Porcentaje	98,4	100%
	Porcentaje de reingresos hospitalarios no planificados	Porcentaje	4,1	0%
	Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas	Porcentaje	100	95%
	Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD	Porcentaje	14,12	< 5 %
	Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico	Porcentaje	0	< 5 por 100 CVP
	Errores de medicación	Razón	0	0

Fuente: Idem Tabla 2.

^a No se presentaron reclamos en el periodo de recolección de datos.

^b No fue posible medir los indicadores "Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio de pacientes en HD" ni "Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria" porque no existía la información necesaria.

El 55% del total de indicadores que pudieron ser medidos (en total 20 indicadores) cumplieron con el estándar y el 45% restante no lo hicieron (se observan en color naranja). Así mismo, las dimensiones de la calidad de la atención en salud que alcanzaron el estándar en uno o más de sus indicadores fueron Centrado en el paciente y Oportunidad con un 100% de cumplimiento, Eficiencia con el 50% de cumplimiento, Seguridad con un 42,85% de cumplimiento y Equidad con el 33,33% de cumplimiento. La dimensión que no alcanzó el estándar fue Efectividad ya que esta compuesto por un solo indicador que a su vez no cumplió con el umbral establecido. El detalle del cálculo de cada indicador incluido dentro del Conjunto de Indicadores Secundario se pueden observar en las fichas técnicas dispuestas en el anexo 11.



2.3 Evaluación de los indicadores según diagnóstico médico de egreso

Se compararon los resultados de los indicadores entre los 4 grandes grupos de enfermedades mas prevalentes de la muestra: Enfermedades del sistema respiratorio (n= 130), Enfermedades del sistema cardiocirculatorio (n = 71), Enfermedades del aparato locomotor (n = 62) y Enfermedades del sistema genitourinario (n = 48). Para hacer las comparaciones se utilizó la prueba estadística no paramétrica Kruskal-Wallis. En la Tabla 21 se observan los resultados.

Tabla 21 Indicadores numéricos de la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria por grandes grupos de enfermedades.

Dimensión ^a /Indicador	Enfermedades del sistema circulatorio		Enfermedades del sistema respiratorio		Enfermedades del aparato locomotor		Enfermedades del sistema genitourinario		Estadígrafo ^b	Valor p
	n	Valor indicador	n	Valor indicador	n	Valor indicador	n	Valor indicador		
CE-Satisfacción usuaria del paciente en HD	9	6,78	15	6,67	8	6,77	10	6,42	,332	,954
CE-Satisfacción usuaria del cuidador principal en HD	9	6,87	15	6,733	8	6,92	10	6,48	1,069	,785
EFI-Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	71	15,00	130	13,29	62	19,71	48	10,65	39,822	< ,001
EFI-Visitas domiciliarias por paciente realizadas por el equipo de HD	71	1,65	130	2,54	62	1,02	48	1,36	174,405	< ,001
EFI-Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente	71	6,21	130	6,08	62	7,24	48	4,67	18,246	< ,001
S-Porcentaje de lesiones por presión de pacientes en domicilio	71	0	130	0,769	62	0	48	0	2,071 ^c	1,000
S-Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas	13	100	87	100	5	100	41	100	15,852 ^c	,179

Fuente: Idem Tabla 2.

^a Abreviatura de cada dimensión de la calidad de la atención en salud: Centrado en el paciente (CE), Efectividad (EFE), Eficiencia (EFI), Equidad (EQ), Oportunidad (O) y Seguridad (S).

^b Prueba Kruskal-Wallis

^c Chi- Cuadrado

En la Tabla 21 se observa que se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los 4 grandes grupos de enfermedades en los indicadores “Promedio de días de estancia en HD”, “Visitas domiciliarias por paciente” y “Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente”, estos mismos indicadores presentaron además otras características sobresalientes. El indicador “Promedio de días de estancia en HD”, en todos los grupos de enfermedades, no alcanzó el estándar de calidad esperado (estándar = ≤ 8). Lo contrario ocurrió con el indicador “Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente”, que, en todos los grupos de enfermedades, alcanzó el estándar de calidad (≥ 2), al igual que el indicador “Visitas domiciliarias por paciente” (estándar = ≥ 1).



Los indicadores categóricos de la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria por grandes grupos de enfermedades se muestran en la Tabla 22.

Tabla 22 Indicadores categóricos de la calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria por grandes grupos de enfermedades.

Dimensión ^{a/} Indicador	Enfermedades del sistema circulatorio		Enfermedades del sistema respiratorio		Enfermedades del aparato locomotor		Enfermedades del sistema genitourinario		Estadígrafo ^b	Valor p
	n	Valor indicador	n	Valor indicador	n	Valor indicador	n	Valor indicador		
EQ- Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD	71	100%	130	100%	62	100%	48	97,916%	4,064	,154
EQ- Porcentaje de cumplimiento de la entrega de la Epicrisis a pacientes de HD	71	100%	130	97,692%	62	100%	48	93,75%	5,530	,083
S- Identificación del riesgo de lesiones por presión de pacientes en domicilio	71	98,6%	130	98,5%	62	100%	48	100%	1,292	1,000
S- Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD	71	1,4%	130	1,5%	62	1,6%	48	2,1%	,705	1,000

Fuente: Idem Tabla 2.

Abreviatura de cada dimensión de la calidad de la atención en salud: Centrado en el paciente (CE),

^aEfectividad (EFE), Eficiencia (EFI), Equidad (EQ), Oportunidad (O) y Seguridad (S).

^bChi-Cuadrado.

En la Tabla 22 se aprecia que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores categóricos por grupos de enfermedades.

Destaca en los resultados que los indicadores que no cumplieron con el estándar establecido, no lo hicieron por un margen pequeño de diferencia con el umbral.



IV. DISCUSIÓN

La elaboración y aplicación de indicadores de calidad son elementos clave dentro de todo proceso de evaluación y mejora continua de las unidades de gestión clínica, sobre todo si estas son nuevas, tal como ocurre en la mayoría de las unidades de HD de Chile (27).

Los indicadores que se han desarrollado para evaluar el trabajo que se realiza en unidades de HD a la fecha fueron descritos de manera más detallada por Montalto, médico australiano, que se ha dedicado al estudio de la calidad en HD desde el año 1993, quien ya en el año 1998 (154) planteó la medición de 4 indicadores que desarrolló a partir de la revisión de la literatura y su propia experiencia en unidades de HD. En su trabajo este autor mostró los resultados de la evaluación de estos indicadores, que fueron positivos, pero no profundizó en un marco teórico ni conceptual que diera sustento al fundamento de la elección de los aspectos que planteó evaluar con dichos instrumentos y tampoco presentó las fórmulas para medirlos. A pesar de aquello, esta primera aproximación a la evaluación de la calidad de la atención en salud en HD sirvió como orientación para considerar 2 aspectos fundamentales a la hora de crear nuevos indicadores: incorporar aspectos a evaluar propios de una unidad de HD que probablemente no se presentan en servicios hospitalarios convencionales y relevar la

experiencia clínica como sustrato para la elección de las temáticas a evaluar en estas unidades.

Los indicadores generados a partir de la presente tesis fueron 22. De ellos, 13 fueron indicadores que ya habían sido utilizados en la evaluación de la calidad de la atención en salud en unidades de HD u otros servicios de hospitalización. Estos fueron adaptados en el presente estudio de acuerdo a las necesidades de las unidades de HD pesquisadas por el panel de expertos y la autora de la presente investigación. Los 9 indicadores restantes fueron creados en su totalidad a partir de esta tesis, por lo tanto, pueden ser considerados como inéditos. Las temáticas abordadas en los indicadores inéditos fueron variadas y dan respuesta a la necesidad de evaluar procedimientos o aspectos, en su mayoría, propios de una modalidad asistencial como HD. La **Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria** es un indicador inédito propio de HD que fue generado en base a los lineamientos ministeriales de Chile, es por tanto, único en su tipo.

El **Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD**, es un indicador inédito porque plantea la medición de las visitas domiciliarias desde una perspectiva distinta a la utilizada usualmente tanto en HD como en otros servicios de hospitalización convencional. En la literatura (155, 156) se observa que este tipo de indicador mide cuantas visitas domiciliarias recibe en promedio un

paciente de X servicio o por diagnóstico de egreso. En esta tesis, se presenta el indicador desde otra mirada, ya que lo que se pretende medir es si todos los pacientes ingresados a HD reciben al menos una visita domiciliaria al día durante su hospitalización en domicilio. Si se cumple el estándar planteado (1 o más visitas domiciliarias al día por paciente), puede considerarse que se asegura la continuidad del cuidado de los usuarios en esta modalidad asistencial. Cabe destacar que 1 visita domiciliaria es lo mínimo que debe recibir un usuario ingresado a HD y que muchas veces este indicador supera con creces dicho estándar ya que depende directamente de las necesidades de cuidado del paciente (157).



La falta de continuidad del cuidado se considera una de las principales causas de mala calidad de la atención en salud (158), por ello es fundamental generar un trabajo en HD que permita asegurar un cuidado en domicilio integrado y contínuo entre todos los profesionales y técnicos, incorporando también a las unidades de apoyo hospitalarias (por ejemplo: laboratorio, imagenología, unidad de traslado, etc.) y generando enlaces con todos los niveles asistenciales, cuando sea necesario (155).

El indicador **Promedio de días de estancia en HD por patología**, es un indicador inédito que se creó en base a la evaluación particular de los 3 principales diagnósticos de egreso de los usuarios en HD en Chile (103, 159,

160). La evaluación de este indicador permitirá a los directivos de los centros hospitalarios racionalizar los recursos en HD de acuerdo, en este caso, a la extensión de la estadía hospitalaria en domicilio. La duración de la estancia hospitalaria es un indicador importante del uso de servicios médicos que se utiliza para evaluar la eficiencia de la gestión hospitalaria, la calidad de la atención al paciente y la evaluación funcional (161). Una estancia hospitalaria (y también en HD) que se prolonga más de lo esperado puede asociarse a un incremento de los gastos hospitalarios (162). Pero, por otro lado, es discutible plantear que la capacidad funcional de los usuarios hospitalizados en domicilio pueda verse mermada en esta modalidad asistencial puesto que la evidencia plantea que ocurre lo contrario (22, 29, 163, 164). Lo que sí está claro es que las estancias hospitalarias más cortas reducen la carga de los honorarios médicos y aumentan la tasa de rotación de la cama, lo que a su vez incrementa el margen de beneficio de los hospitales, al tiempo que reduce los costos sociales generales (161), por esto, cumplir con el estándar del indicador en análisis permitirá, a todas luces, al menos, disminuir los costos asociados a la atención en HD.

El Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD, es un indicador inédito indispensable y muy necesario de evaluar en HD. De hecho, el rol educativo de la enfermera en HD es particularmente relevante en este tipo de modalidad

asistencial debido a la transitoriedad del cuidado directo de enfermería en el domicilio del paciente (41). Una entrega de información deficiente al ingreso a HD, podría generar problemas que afectaran la continuidad del cuidado del paciente, llevando incluso a promover el reingreso hospitalario por complicaciones clínicas asociadas o no a la patología que originó la hospitalización inicial.

El Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio del paciente en HD, es un indicador inédito que visibiliza una diferencia básica entre una hospitalización convencional y HD. En la primera, existe un laboratorio dentro del establecimiento y acceso rápido a los resultados de los exámenes realizados mediante un sistema informático. En la segunda, no existe nada de lo anterior. En HD la oportunidad de contar con los resultados de los exámenes realizados en domicilio dependen, en gran medida, del trabajo del equipo de HD, de la rapidez con que son rescatados del sistema informático y son revisados por el médico de turno. Los plazos de entrega adecuados son un elemento clave tanto en la eficiencia y efectividad de una institución de salud como en la satisfacción por parte del médico tratante respecto al servicio (165). Este indicador, a diferencia de lo que se ha observado en la literatura (165, 166), mide un punto esencial, la extensión de tiempo desde que se toman los exámenes hasta que el médico tratante revisa los resultados.

El Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria, es otro indicador inédito creado en base a las particularidades de HD. Una primera visita domiciliaria que no cumple con el estándar de calidad genera una interferencia en el aseguramiento de la continuidad del cuidado. Además, puede generar gran ansiedad y temor en los pacientes y sus cuidadores principales al sentirse desamparados en su domicilio en una situación de salud que requiere cuidados de complejidad hospitalaria (167). Para que la primera visita domiciliaria de HD sea realizada en los tiempos adecuados, es necesario que exista un trabajo mancomunado no sólo del equipo de HD sino que también de parte del servicio de hospitalización de donde proviene el paciente y de la unidad de traslados del hospital. Según Puchi y Sanhueza (41) la “coordinación con otros servicios hospitalarios y unidades de apoyo” son una de las actividades propias de la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería en unidades de HD que se realizan con mayor frecuencia. El desarrollo de dichas actividades son fundamentales para cumplir con el estándar del indicador en análisis. La evaluación de este indicador por tanto, permitirá tener una visión de lo que ocurre a nivel organizacional en esta nueva modalidad asistencial.

La Disponibilidad de un sistema único de registro, es un indicador inédito que traduce la necesidad que existe en HD de contar con una sola ficha clínica para cada paciente que contenga toda la información de salud del mismo, tanto pasada como actual. A pesar de que una institución no está obligada a tener una

sola ficha clínica de un paciente (168), y que por tanto, en rigor, HD podría crear su propia ficha clínica y registrar ahí todas las evaluaciones, indicaciones y procedimientos realizados, en esta modalidad asistencial es importante poder contar con la información de salud completa de sus usuarios para poder otorgar una atención eficaz en el domicilio.

La Disponibilidad de contacto telefónico móvil del paciente con equipo HD, es un indicador inédito que alude a la necesidad específica de esta modalidad asistencial de contar con una comunicación fluida y frecuente con sus pacientes y respectivos cuidadores principales. Dado que, a diferencia de lo que ocurre en una hospitalización convencional, en HD el equipo de salud está junto al paciente generalmente sólo una vez al día, se hace imprescindible contar con un método de comunicación que permita tanto al equipo de salud como a los pacientes y cuidadores principales dar indicaciones o supervisar la evolución de la enfermedad y expresar sus inquietudes o dudas, respectivamente. El uso de un dispositivo móvil por parte del equipo de salud facilita esta comunicación, ya que permite a los profesionales conversar con sus pacientes desde cualquier ubicación geográfica, incluso, estando en el domicilio de otro usuario si es necesario.

En HD el paciente debe tener asegurada la atención a lo largo de las 24 horas del día durante los 365 días del año, de manera que en cualquier momento pueda

contactar con el equipo asistencial (11). Así mismo, es requisito de ingreso a HD que el paciente o su cuidador principal cuente con un teléfono fijo o móvil que permita al equipo de salud comunicarse con ellos cuando sea necesario, ya sea para supervisar algún cuidado específico, dar alguna indicación, entregar información de tipo administrativa o, simplemente, avisar la hora de una visita domiciliaria (93, 156).

El indicador **Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas**, es el último indicador inédito generado en la presente tesis. En HD la mantención de un catéter venoso periférico depende en gran medida de la labor que realice el propio paciente como parte de su autocuidado y también de la asistencia que lleve a cabo el cuidador principal en el caso de que el usuario presente una mayor dependencia funcional. El profesional de enfermería ejerce en este ámbito un rol principalmente de educador (41), ya que en base a la educación que este profesional le entregue a la diada paciente-cuidador, éstos serán capaces o no de mantener este dispositivo médico en óptimas condiciones.

El control de calidad de los datos de este estudio se aseguró durante todo el proceso investigativo mediante diferentes estrategias. Primero, en la selección del método mixto secuencial exploratorio (134), se garantizó su **validez**

descriptiva, teórica e interpretativa mediante la utilización de una metodología clara, replicable y con sustento teórico, un marco conceptual y empírico que apoya la metodología seleccionada para la investigación y la integración de los resultados de la fase cualitativa y cuantitativa del estudio en la etapa de discusión del presente documento, respectivamente.

Segundo, en la ejecución del e-Delphi (87, 136, 137), se estableció la **confiabilidad** (147) a través de la garantía de credibilidad por medio de la iteración en curso y retroalimentación dada a los panelistas en cada ronda; la fiabilidad se logró mediante la inclusión de una muestra representativa de expertos; la confirmabilidad se salvaguardó mediante el mantenimiento de una descripción detallada de todo el proceso de recolección de datos y la transferibilidad se estableció mediante la realización de la prueba piloto del conjunto de indicadores primario.

Y tercero, en el proceso de creación de los indicadores (78), se consideraron también los criterios de **fiabilidad** a través del cálculo de consistencia interna de los indicadores mediante el índice de Kappa (169); la **validez de contenido** se garantizó a través del método basado en juicio de expertos y la **factibilidad** de la medida se aseguró a través de la especificación explícita del numerador y denominador de cada indicador propuesto y según el grado de disponibilidad real de los datos para el cálculo de cada indicador.

En la revisión bibliográfica se recoge que el análisis de fiabilidad de los indicadores de calidad debe realizarse de forma sistemática durante el proceso de construcción del indicador, con el objetivo de mejorarlo antes de proponerlo para su utilización (77), hecho que fue llevado a cabo en este estudio.

La mayoría de las investigaciones afines recuperadas de la literatura y que tuvieron como propósito principal generar indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud también usaron algunas de las estrategias aplicadas en la presente tesis. Se observó que la estrategia más frecuentemente utilizada fue la realización de una prueba piloto de los indicadores (82, 170, 171), le siguió la concordancia interobservador y fiabilidad de la medida (80, 172), la representatividad y experiencia del panel de expertos (79), o una mezcla de varias de estas estrategias (81).

De acuerdo al atributo del proceso asistencial con el que se encuentra directamente relacionado cada indicador propuesto en la presente tesis se pueden clasificar los 22 indicadores generados en: 3 indicadores de Estructura, 8 de Proceso y 11 de Resultado. La distribución de los indicadores según la clasificación mencionada da cuenta de cómo debería medirse la calidad de la atención en salud en unidades como HD. Es así como autores (62) plantean que

la mejor forma de abordar la evaluación de este concepto sería a través del uso de indicadores que tributen a los 3 componentes del proceso asistencial – estructura, proceso y resultado – tal como se abordó en el presente estudio. En base a lo anterior, Donabedian planteó que “buenas estructuras de salud aumentan la probabilidad de tener buenos procesos, y ambos aumentan la probabilidad de obtener buenos resultados en cuanto a la salud” (63).

Los indicadores de proceso ofrecen una gran promesa como herramientas de mejora de la calidad, ya que a menudo definen objetivos que deben alcanzarse y reflejan la atención que el equipo de salud brinda día a día, de hecho, los integrantes del equipo de salud se sienten responsables por ellos, en lugar de por las medidas de resultado que pueden verse afectadas por otras variables (173). Los 8 indicadores de proceso generados en esta tesis son por tanto una fuente de oportunidad de mejora de la gestión de calidad en HD. A diferencia de lo que ocurre con los indicadores de estructura cuyo abordaje es más costoso, los indicadores de proceso permiten que los mismos profesionales que trabajan en los servicios de salud (como en HD) puedan, a través de la modificación de ciertas actividades y tareas que se llevan a cabo en distintas fases del proceso asistencial, alcanzar los estándares de calidad planteados. Los elementos del proceso de atención no significan calidad hasta que se validan al demostrar su relación con los resultados deseables (62, 174). Una vez que se ha establecido que ciertos procedimientos utilizados en situaciones específicas o para ciertos

pacientes están claramente asociados con buenos resultados, la presencia o ausencia de estos procedimientos para tales pacientes o situaciones puede aceptarse como evidencia de buena o mala calidad (63). La mayoría de los indicadores generados en este estudio fueron de resultado. Palmer (174) sugiere que los indicadores de este tipo son útiles si: se pueden medir los resultados que se ven afectados por la atención del equipo de salud; se pueden medir en largos períodos de tiempo; hay disponible un gran volumen de casos. Todos los tipos de indicadores son útiles para evaluar la calidad de la atención en salud en HD, pero, se debe poner especial atención, en que exista una conexión real entre la modificación de un proceso asistencial y el impacto de este en un resultado clínico.



El conocimiento de la dinámica y características del trabajo que se realiza en una modalidad asistencial como lo es HD, que es distinta a la hospitalización convencional, fue un aspecto relevante y por lo tanto reconocido en el presente estudio. Fue así como en la fase cualitativa se consideró como criterio de inclusión del panel de expertos su experiencia laboral clínica y administrativa en unidades de HD. Esto último permitió que los indicadores ya disponibles fueran adaptados a la realidad de HD chilena y también que se consideraran nuevos aspectos en la evaluación de la calidad en estas unidades a través de otros indicadores originales generados a partir del e-Delphi.

La técnica Delphi ha sido empleada frecuentemente por otros autores para el desarrollo de indicadores en el ámbito de la salud (79, 80, 82, 138, 139, 153, 171, 175-178). El e-Delphi utilizado en este estudio mostró, bastante variabilidad en las respuestas dadas por los participantes, sobre todo en la primera ronda de consultas donde se les aplicó un instrumento que contenía preguntas de respuesta abierta en relación a los aspectos que deberían ser medidos para evaluar la calidad de la atención en salud en HD, tal y como lo plantea la literatura (179). Los integrantes del panel de expertos plantearon desde 6 hasta 13 aspectos a valorar por cada dimensión. Esta amplitud en el rango de respuestas es congruente con el grado de conocimientos que tienen, en general, los profesionales de la salud en temáticas relacionadas con calidad (180), concepto que aún sigue en “construcción” ya que muestra una variedad de interpretaciones y dimensiones y por tanto definiciones que buscan representar de la mejor forma este complejo constructo (66, 78).

Históricamente se ha dado mayor énfasis al estudio de la Seguridad y Satisfacción usuaria en salud (61), ambas dimensiones, considerando que la satisfacción usuaria está inserta dentro de “Centrado en el paciente”, son coincidentemente las dimensiones que presentaron más aspectos a evaluar según lo planteado por el panel de expertos de este estudio. Lo contrario ocurrió con la Equidad, que fue la dimensión que presentó menos aspectos a evaluar por el panel.

El perfil biosociodemográfico de los participantes, usuarios de HD (n = 439) de la fase Cuantitativa del presente estudio mostró una predominancia importante de pacientes de sexo femenino. Esta situación es similar a lo hallado en otros estudios de caracterización del perfil de usuarios de unidades de HD (103, 156, 160). Respecto a la edad, en todos los estudios revisados, se encontró un mayor porcentaje de personas de 60 y más años hospitalizadas en su domicilio. Es así como en la presente investigación el 78,6% del total de la muestra fue clasificada como “adulta mayor” y una situación parecida se presentó en la tesis de Ortega (160), con un 61% de personas mayores de 65 años, Puchi (103) encontró un 57,7% de personas de 60 y más años y Pavlovic et al. (159) ,en una muestra de 2953 usuarios, encontraron un 52,8% de personas en este mismo rango etario.

La predominancia de personas mayores en este tipo de modalidad asistencial no es una sorpresa, varios autores han manifestado las múltiples ventajas de este tipo de hospitalización para los más ancianos. Mas y Santaeugènia (14, 164) lo plantearon en sus estudios, afirmaron que la HD favorece la recuperación en agudizaciones de enfermedades crónicas en ancianos más jóvenes y que el uso de equipos interdisciplinarios de base geriátrica obtienen resultados positivos en intervenciones médicas más complejas para este tipo de pacientes.

Sin duda, el perfil demográfico actual de Chile también ha influido en esta situación. El porcentaje de personas mayores de 65 y más años en el país ha ido en un franco aumento desde la década del 90, pasando por un 6,6% de la población según el CENSO del año 1992, hasta un 11,4% según datos del CENSO del año 2017 (3). Sumado a ello, se está produciendo un fenómeno conocido como el “envejecimiento del envejecimiento” u *oldest old* (181) que se caracteriza por la presencia cada vez más importante de personas de 85 y más años en la población. Es en este último grupo donde se destacan las personas que llegan o superan los 100 años de vida. La región Metropolitana es la que actualmente presenta el mayor número de centenarios, 1971 representantes, pero en la región de Ñuble, que corresponde a la zona geográfica donde se realizó la presente tesis, habitan 136 personas de 100 y más años, convirtiéndose en la 4ª región con más centenarios del país (3). En la presente tesis, la persona más longeva de la muestra presentó 102 años, en otros estudios (103, 159, 160) no especificaron este rango etario en las muestras de pacientes.

En relación a los **diagnósticos de egreso de la unidad de HD**, el grupo de Enfermedades del sistema Respiratorio fue la que presentó el mayor número de casos, en segundo lugar estuvieron las Enfermedades del Sistema Cardiocirculatorio. Pavloc et al. (159) encontraron algo similar, en el grupo de personas de 60 y más años, el 42,05% de los usuarios presentaron como diagnóstico de ingreso a HD Enfermedades del sistema Respiratorio y el 20,03%

Enfermedades del Sistema Circulatorio. Una situación bastante parecida se observó en un estudio colombiano (18) donde el diagnóstico médico de Neumonía fue el que se presentó con mayor frecuencia con un 33,7%. Por otro lado, Ortega (160), encontró resultados dispares, ya que en el primer lugar de los diagnósticos de ingreso se obtuvieron las Enfermedades Traumatológicas con un 34,8% y en segundo lugar las Enfermedades Respiratorias con un 26,8%. Puchi (103) también encontró resultados diferentes reportando que las Enfermedades del Sistema Urinario presentaron el mayor número de casos con un 38,5%, siguiendo con las Enfermedades del Sistema Respiratorio con un 25,2%.



En general, se puede observar que los diagnósticos más prevalentes en las unidades de HD son los que tienen relación con las Enfermedades del Sistema Respiratorio y Enfermedades del Sistema Cardiocirculatorio. Se evidencia además que a pesar de que no todos los estudios coinciden en la primera causa de ingreso a HD, los dos grandes grupos de enfermedades antes mencionados se encuentran dentro de los 4 primeros grupos de diagnósticos en la mayoría de las investigaciones revisadas (103, 159, 160).

El perfil epidemiológico observado en los estudios nacionales es congruente con las estadísticas de la herramienta de gestión clínica, “Grupos Relacionados al Diagnóstico” (GRD) (182). Allí el diagnóstico de “Neumonía no especificada” fue la primer causa de egreso hospitalario en Chile para todas las edades en el

periodo de enero a julio del año 2016. La “Nefritis tubulointersticial aguda” y la “Infección de vías urinarias de sitio no especificado”, ocuparon el segundo y cuarto lugar respectivamente (155). De acuerdo a estos datos, se puede inferir que la modalidad asistencial de HD, logra en menor o mayor medida, optimizar el recurso cama hospitalaria al permitir hospitalizar usuarios con diagnósticos de alta demanda asistencial, como lo es la Neumonía e Infección de las vías urinarias, en su propio domicilio. De esta forma se “liberan” camas hospitalarias que pueden ser utilizadas para cubrir las necesidades de usuarios que requieran cuidados de salud más frecuentes y de mayor complejidad que los que se pueden otorgar en un contexto domiciliario.



El cuidador informal, denominado en este estudio como “**cuidador principal**”, es un elemento fundamental y en la gran mayoría de los casos indispensable en una modalidad asistencial como HD. La existencia de una persona, familiar o no, que se haga responsable del cuidado de los pacientes hospitalizados en su domicilio es, de hecho, criterio de ingreso para estas unidades (93). Sólo en situaciones bien específicas se puede prescindir de esta figura, por ejemplo, cuando el usuario que requiere HD es funcional para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Esto ocurre, generalmente, cuando el paciente es adulto joven y vive solo. En este estudio, los cuidadores principales de los pacientes representados en la “sub-muestra” (n = 50), mostraron características en su perfil biosociodemográfico similares a lo que indica la evidencia. La mayoría

de ellos fueron mujeres y conyugues de los pacientes ingresados a HD que viven en el mismo domicilio de los receptores de cuidados, con un promedio de edad de 54 años. Otros autores (131, 183) encontraron resultados similares, predominancia de cuidadoras de género femenino, cónyugues que viven con su familiar en el mismo domicilio y con una edad que oscilaba entre los 59 hasta los 66 años en promedio-

La HD, por definición, es una modalidad asistencial que otorga cuidados en el domicilio por un tiempo bien determinado y acotado, sobre todo cuando se ingresan pacientes que previo a su hospitalización eran funcionalmente autovalentes. A pesar de lo anterior, el ingreso de un paciente a HD exige que el cuidador informal deje de hacer sus actividades cotidianas para lograr de esta forma otorgar las atenciones de salud necesarias a su familiar mientras este se encuentre hospitalizado en su domicilio. Esto provoca, por tanto, que el cuidador requiera más tiempo disponible para realizar dichos cuidados, situación que muchas veces significa, dejar de trabajar en su empleo formal (y remunerado).

Respecto a la ocupación, la mayoría de los cuidadores principales mencionaron encontrarse “inactivos”, es decir, sin un trabajo remunerado al momento de la entrevista. Las posibles causas de esta situación son múltiples: la responsabilidad de tener que cuidar a un familiar enfermo que exige estar físicamente cerca de él (como ya se mencionó antes), estar en una etapa libre de

actividad laboral como lo es la jubilación, ser dueña o dueño de casa, estar pensionado, etc.

Las patologías crónicas de base más prevalentes en los pacientes incluídos en la submuestra de la fase Cuantitativa de la presente tesis (n = 50) fueron las “Enfermedades del aparato cardiovascular” (n = 37). Este resultado es coherente con lo que se observa en estudios nacionales (184) e internacionales (185) de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población, donde la enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad hipertensiva son las patologías más frecuentes y por tanto también la primera causa de muerte tanto en Chile como el en resto del mundo.



En relación al número de medicamentos que consumían los usuarios de la submuestra, se observó que el 57,14% de este grupo presentó polifarmacia, es decir, consumía 5 o más medicamentos al día. Esto muestra que el perfil de los usuarios de HD supera con creces al promedio nacional de polifarmacia expuesto por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016 – 2017 (186) que es de 13%. La ENS mostró además que el grupo etario que presentó mayor polifarmacia en Chile fue el de las personas de 65 y más años. En ese rango etario se observó un 37% de polifarmacia. Este último resultado se acerca un poco más a lo hallado en la presente investigación, donde el 76% de los pacientes eran adultos

mayores, por lo tanto, se explica que exista un alto consumo de medicamentos debido a la probable existencia de más enfermedades crónicas concomitantes.

El mayor número de pacientes incluidos en la sub-muestra e ingresados en HD provenían del Servicio de Urgencia (42%) y Medicina Interna (30%). Este resultado es muy similar a lo hallado en otros estudios nacionales (103, 160). Una situación diferente se observó en algunas unidades de HD españolas. En ellas, el 17,3% de los ingresos a unidades de HD se realizan directamente desde Atención Primaria, evitando de esta forma que el paciente acuda al hospital e ingrese por el servicio de urgencias (187). El otro 82,87% de los ingresos de las unidades gallegas provienen del ámbito intrahospitalario.



Esta distribución de los servicios de procedencia da cuenta de cómo se presentan los dos modelos de atención de HD más frecuentes a nivel mundial denominados *early discharge* o “alta temprana” y esquemas de HD para evitar el ingreso al hospital (34). En el primer modelo de atención se pueden incorporar todos aquellos pacientes que ingresan a HD desde un servicio hospitalario convencional, medicina interna, cirugía, traumatología u otro. En el segundo modelo, por el contrario, se incluyen sólo a los pacientes que aún no han sido hospitalizados de manera tradicional, pero que requieren de ese tipo de atención. En este segundo modelo se engloban los usuarios que provienen de Atención Primaria, como ocurre en el caso de España, pero también aquellos pacientes

que llegan al Servicio de Urgencias y son trasladados desde allí a su domicilio para iniciar su hospitalización en el hogar, tal como ocurre en Chile.

En ambos países, se observa que el modelo que predomina es el de alta temprana. Aquí es interesante analizar las diferencias entre ambos modelos. Desde el punto de vista de efectividad probablemente no deben existir disimilitudes importantes, ya que en ambos modelos se inicia un proceso de hospitalización en domicilio aunque uno antes que el otro. Pero, desde el punto de vista de los costos, se puede llegar a inferir que el modelo de “alta temprana” debe ser más costoso que el de evitación del ingreso ya que requiere una hospitalización convencional previa del paciente antes de su traslado al domicilio para iniciar HD. Aunque no existe evidencia empírica que apoye lo anterior, si existen algunos estudios que avalan la mayor eficiencia de una hospitalización domiciliaria versus una convencional (18, 19, 188-190). Respecto de ello, cabe preguntarse si sería más eficiente promover el modelo de atención de “evitación del ingreso” antes que el de “alta temprana”.

En relación a los indicadores, se observó que algunos de ellos que fueron planteados como relevantes para este estudio por el panel de expertos, también han sido estudiados ampliamente por otros autores. Esa es la situación del indicador de “Satisfacción usuaria del paciente en HD”, que tributa a la dimensión de **Centrado en el paciente**. Lemelin et al. (191) encontraron que la mayoría de

los pacientes ingresados en una unidad de HD de Canadá reportó altos niveles de satisfacción en los ítems evaluados (satisfechos / muy satisfechos: 88% - 100%). Leff et al. (21) hallaron resultados similares. En 4 de los 9 dominios evaluados obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción usuaria de pacientes ingresados en HD versus otro grupo que fue hospitalizado de manera convencional. En dicho estudio también se evaluó la percepción de los cuidadores y, al igual que lo observado con los pacientes, mostraron altos niveles de satisfacción con el cuidado recibido por sus familiares en HD. Otros estudios (120, 160, 192-195), encontraron los mismos resultados, altos niveles de satisfacción en los pacientes con el cuidado recibido en unidades de HD. Estos resultados son muy similares a lo obtenido por la presente tesis. Los altos niveles de satisfacción usuaria en HD son, sin duda, uno de los indicadores de calidad con mejores resultados a nivel nacional e internacional.

Sólo fue posible encontrar un estudio que analizara la satisfacción usuaria de los cuidadores principales de los pacientes ingresados en HD, que corresponde al segundo indicador de la dimensión “Centrado en el paciente”. En general, la evidencia recuperada se centra principalmente en la evaluación del estrés y calidad de vida del cuidador (131, 183) las cuales mostraron resultados positivos, es decir, bajos niveles de estrés y mejor calidad de vida en el grupo de cuidadores de pacientes en HD que en el grupo de cuidadores informales de pacientes hospitalizados de manera convencional.

El indicador número 3 “Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido” alcanzó el umbral esperado por el hecho de no existir reclamos registrados en la unidad de HD estudiada en la presente tesis. Dicho indicador además, es uno de los instrumentos que puede ser considerado como “nuevo” ya que no existe evidencia de su uso en otros estudios. El resultado obtenido en este indicador es congruente con lo obtenido en los dos indicadores anteriores de satisfacción en HD. Altos niveles de satisfacción deberían disminuir la probabilidad de que existan reclamos asociados a la atención recibida.

La dimensión de **Efectividad** estuvo representada por un solo indicador en la presente tesis, “Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD”. Cabe destacar que la inclusión de dicho indicador al Conjunto de Indicadores Primario fue decisión de la autora de esta investigación y no del panel de expertos. Este indicador no cumplió en ninguna de las rondas de consulta del e-Delphi el porcentaje de aprobación necesario. A pesar de ello, la autora lo incorporó por su relevancia clínica.

En HD pueden ser ingresados pacientes que requieran cuidados al final de la vida (121), cuando esto ocurre es esperable que se presenten fallecimientos. Estas muertes son consideradas como “esperadas” y no deberían ser incluidas en el indicador en análisis (159). Por otro lado, también pueden surgir otros tipos de muertes, no esperadas, y cuya etiología puede ser multifactorial: selección

equivoca del paciente ingresado a HD, complicación clínica asociada a patologías crónicas de base descompensadas y/o cuidados en domicilio otorgados por cuidador que no sigue las indicaciones del equipo de HD. Una muerte inesperada en HD es considerada un fracaso en la atención y es por tanto un ítem que debe ser considerado en la evaluación de la calidad de la atención en salud. En la presente tesis, este indicador no alcanzó el estándar (0% de muertes inesperadas) ya que se obtuvo un 3,125% de fallecimientos no esperados en la muestra evaluada. Pavlovic et al. (159) encontraron un resultado similar, un 1,898% de fallecimientos inesperados (3 muertes inesperadas de un total de 158 fallecimientos).



En la dimensión de **Eficiencia**, se evaluó el indicador “Promedio de días de estancia en HD por paciente” el cual, a diferencia del indicador anterior, ha sido evaluado frecuentemente por otros autores. Un estudio español (187) indicó que el promedio de días de estancia en HD fue de 14,35 días. En Australia este indicador alcanzó el valor de 8,6 días (196). En Chile, el promedio de días de estancia en HD ha sido muy variable. Tres autores calcularon un promedio de días de estancia de 8 días aproximadamente (159, 160, 197), otro estudio (103) obtuvo 12,3 días y finalmente una última investigación (156) observó que el promedio de días de estancia varió entre 3,2 días hasta 13,6 dependiendo del diagnóstico médico de ingreso de los pacientes.

En la presente tesis se obtuvo un promedio de días de estancia por paciente de 13,8 días. El estándar que se planteó para dicho indicador fue de ≤ 7 días por lo que no se logró cumplir con el umbral de calidad definido. Si se analizan los resultados obtenidos en la mayoría de la evidencia revisada, es posible inferir que prácticamente en ninguna unidad HD se podría cumplir con el umbral presentado.

Una posible explicación a lo acontecido puede tener relación con que al momento de la realización de la primera fase de la presente tesis no existía la mayoría de la evidencia nacional relacionada con indicadores de calidad en HD que existe hoy (156, 159, 160, 197), por lo tanto, fue más complejo determinar un promedio de días de estancia basado sólo en la experiencia profesional individual de cada uno de los integrantes del panel de expertos. Una segunda explicación a este fenómeno sería que la mayoría de los pacientes ingresados a este tipo de unidades son mayores de 65 años, más frágiles y con mayor dependencia funcional. Estas características hacen que se extiendan los días de estancia ya que el proceso de recuperación de este tipo de pacientes es más lento y requiere de mayor cantidad de intervenciones y cuidados profesionales (14).

El indicador “Promedio de días de estancia en HD por patologías claves” tampoco alcanzó el estándar establecido. A pesar de ello, este indicador se acercó más al umbral de calidad planteado que el indicador anterior (Promedio de días de

estancia en HD por patologías claves = 10,93; Estándar = ≤ 8). Probablemente esto ocurrió porque el indicador “Promedio de días de estancia por paciente” incorporó todos los diagnósticos médicos que se presentaron en HD durante el periodo de tiempo del estudio, inclusive enfermedades del aparato locomotor que requieren más días de hospitalización por la necesidad de rehabilitación motora (198).

El indicador “Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD” cumplió con el estándar de calidad establecido, es decir, en promedio, todos los pacientes incluidos en la muestra recibieron al menos una visita domiciliaria diaria por algún miembro del equipo de HD. Este resultado es relevante, porque demuestra que en la unidad de HD evaluada existe continuidad del cuidado.

Aunque parece, por su nombre, que este indicador ha sido evaluado muchas veces antes en otros servicios o modalidades de atención domiciliaria, no es así. De hecho, no fue posible encontrar otros estudios que permitieran comparar el resultado obtenido por este indicador. Otras investigaciones (199) sólo evaluaron el número de visitas domiciliarias en promedio realizadas por cada paciente, este tipo de medida sólo nos permite cuantificar las visitas domiciliarias, pero si no se comparan con el número de días de estancia, nunca podremos saber si cada paciente recibió al menos una visita domiciliaria al día. El planteamiento de este indicador fue, por tanto, claramente adaptado a la realidad de las unidades de

HD ya que en ellas es imprescindible, en la mayoría de los casos, visitar al menos una vez al día al paciente hospitalizado en su domicilio.

El indicador “Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente” (resultado = 5,95 visitas) también alcanzó el estándar establecido (estándar = ≥ 2). De hecho, casi triplicó el número de visitas esperado. Esto significa que todos los pacientes recibieron al menos 5 visitas médicas durante todo el proceso de hospitalización en su domicilio. Lamentablemente, tampoco existe evidencia con la cual comparar este resultado actualmente.



En la dimensión de **Equidad** se incorporaron 3 indicadores. Los items que se evaluaron con dichos instrumentos (disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria, entrega de epicrisis al alta y entrega de información al ingreso de HD) no han sido revisados por otros autores a la fecha. En la presente tesis el primer indicador de esta dimensión alcanzó el umbral de calidad, pero los dos siguientes no lo hicieron. A pesar de ello, se observó que en los dos últimos indicadores faltó muy poco para lograr el estándar esperado.

En la Ley N° 20.584 que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud en Chile (200) queda explícita la importancia de los 2 últimos indicadores mencionados donde se manifiesta, entre otros, el deber del prestador institucional de entregar

información veraz, oportuna y suficiente a los pacientes tanto al ingreso como al alta hospitalaria. Sumado a lo anterior, en los artículos 19 y 20 del título IX De los Registros del Borrador del “Reglamento de establecimientos que otorgan prestaciones de hospitalización domiciliaria” (104) se exige también la entrega de Epicrisis al alta y el registro de la entrega de información al paciente que contemple, al menos, las indicaciones a seguir en el domicilio durante la hospitalización y las indicaciones en caso de emergencia.

La dimensión de **Oportunidad** contempló 4 indicadores. De ellos, 2 no fueron posibles de medir en la presente tesis, estos fueron: Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio de pacientes en HD y Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria. Esta situación se observó previamente en la Prueba Piloto, pero se decidió nuevamente incorporar dichos indicadores con la intención de analizar otras opciones de evaluación o búsqueda de registros. Lamentablemente, no fue posible soslayar esta dificultad.

Para poder medir el primer indicador era necesario contar con los registros de la hora de toma del examen de laboratorio y la hora del registro del resultado del mismo en la ficha clínica. En la práctica, sólo fue posible contar con el primer registro. Para el segundo indicador era necesario contar con el registro de la hora de llegada del paciente a su domicilio desde el hospital y la hora de la primera visita domiciliaria realizada por algún representante del equipo de salud de HD.

En este caso sólo fue posible contar, en algunos casos, con el segundo registro. A pesar de la imposibilidad de medición de los indicadores antes mencionados, la autora de la presente tesis considera que sortear la inexistencia de los registros descritos no es complejo y por tanto, en un futuro, la medición de estos indicadores podría ser posible.

Los indicadores “Disponibilidad de un sistema único de registro por paciente en HD” y “Disponibilidad de teléfono móvil en programa HD” sí fueron medidos y cumplieron con el estándar.

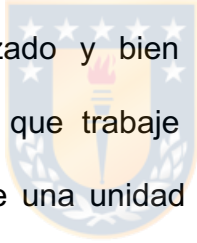
Los 4 indicadores generados para la dimensión de Oportunidad son nuevos, por lo tanto, no existe evidencia con la cual comparar sus resultados.

La última dimensión, **Seguridad**, contempló la evaluación de 6 indicadores. El primer indicador “Porcentaje de lesiones por presión de pacientes en domicilio” cumplió con el estándar establecido. La evaluación de las lesiones por presión (LPP) es realizada sistemáticamente en todos los establecimientos hospitalarios de Chile de acuerdo a la Resolución Exenta N°1031 de 2012 del MINSAL (201), que aprobó Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud. A diferencia del indicador propuesto en la presente tesis, la normativa nacional solicita, además de identificar el nivel de riesgo de LPP, medir la implementación de 2 medidas de prevención para la aparición de LPP en

pacientes hospitalizados. En el contexto hospitalario eso es posible de realizar ya que existe personal de salud constantemente al lado del paciente supervisando y realizando intervenciones con el objetivo de evitar este evento adverso. En HD la situación es distinta, el equipo de salud se presenta en el domicilio, en su mayoría, una vez al día y es en ese momento cuando puede supervisar y/o modificar las intervenciones que realiza el cuidador principal. El resto del día el paciente sólo se encuentra bajo el amparo de las atenciones otorgadas por su cuidador principal el cual fue orientado en el cuidado de su familiar por parte del equipo de HD. Por esta razón es imposible medir el indicador planteado por el MINSAL que tiene relación con las medidas de prevención de LPP y tan sólo se podría aplicar en domicilio la medición de la identificación del nivel de riesgo de LPP (que en esta tesis no alcanzó el estándar de calidad) y la prevalencia de este evento adverso.

El “Porcentaje de reingresos hospitalarios no planificados” ha sido un indicador en HD medido por otros autores desde el año 1998. Montalto (154) encontró un 1,1% de reingresos hospitalarios no planificados ese año. Posteriormente, este mismo investigador junto a otros autores (35) encontraron en un nuevo estudio que este mismo indicador varió de 0% hasta 8,7% dependiendo de la unidad de HD evaluada. Finalmente, un reporte gubernamental australiano (202) obtuvo en el año 2000 un 3,10% y luego en el año 2015 un 3,93%. En la presente tesis se obtuvo un 4,1% de reingresos hospitalarios no planificados. Al analizar la

evidencia recuperada, se observa que existe bastante variabilidad en este indicador. Un paciente ingresado en HD puede requerir ser reingresado al hospital por diversos motivos, donde la mayoría de los cuales son de responsabilidad neta del equipo de salud de HD. Dentro de estos motivos se encuentra: incumplimiento de los criterios de elegibilidad, incapacidad del cuidador principal, mala elección inicial de la terapia y diagnóstico erróneo, recursos domiciliarios escasos, estructura domiciliaria carente de servicios y comodidades básicas, retraso en el traslado del paciente a su domicilio, etc.



Un equipo de HD organizado y bien capacitado, así como también un establecimiento hospitalario que trabaje en red y que esté al tanto de las características especiales de una unidad de HD, deberían evitar que ocurran reingresos inesperados. La educación en salud y en algunos casos “capacitación” técnica que se otorga en el domicilio del paciente a los cuidadores principales también son un pilar fundamental para que este tipo de modalidad asistencial sea un éxito.

Los accesos venosos periféricos de los pacientes en HD de la presente tesis no presentaron flebitis y se mantuvieron vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas. Estos resultados llaman la atención porque ambos cumplieron perfectamente con el estándar establecido lo que difiere de lo encontrado en otras investigaciones. Aunque no existe evidencia del uso de estos

indicadores en unidades de HD, sí lo hay en estudios de servicios de hospitalización tradicional. En ellos se encontró que el porcentaje de flebitis en los pacientes varió de 1,3% hasta 25,8%.

El porcentaje de pacientes que sufrieron complicaciones clínicas en HD fue 14,12%, valor que no cumplió con el estándar establecido (estándar = < 5%). Lui et al. (113) encontraron resultados similares en una muestra de 21 pacientes en tratamiento por embolismo pulmonar en domicilio, allí se presentaron 14,3% pacientes con complicaciones (n = 3). Los resultados anteriores pueden ser considerados bajos si se comparan con lo pesquisado por Liu y McTaylor (203) quienes hallaron que en una muestra de 357 pacientes ingresados en HD 33,05% tuvieron algún tipo de complicación, la mayoría de ellas asociadas a flebitis (61,9% del total de complicaciones).

Las complicaciones pesquisadas por Leff et al. (130) en un grupo de pacientes hospitalizados en domicilio versus otro grupo hospitalizado de manera convencional fueron mucho menores. Algunos de sus resultados fueron: incidencia de delirium en grupo de HD 9%, versus 24% en grupo de hospitalización convencional; complicaciones intestinales en grupo HD 9% versus 16% en grupo de hospitalización convencional; uso de sedación en grupo HD 16% versus 30% en grupo de hospitalización convencional.

No es fácil evaluar las complicaciones clínicas que pueden presentarse en HD. Probablemente esto es así debido a que no existe una definición clara de lo que se puede o no considerar como complicación en esa modalidad asistencial. Se ha observado que en algunas investigaciones los eventos adversos también son considerados como complicaciones o viceversa. Por esta razón es complejo comparar los resultados de un estudio con otro a pesar que ambos declaren estar midiendo “complicaciones”. Se sugiere que para facilitar la evaluación de este indicador el equipo de cada unidad de HD formule de manera específica que situaciones considerará ser medida en base al conjunto de posibles complicaciones que plantea esta tesis (Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), trombosis venosa profunda, complicaciones respiratorias, complicaciones nocturnas y/o complicaciones cardiacas).

El último indicador evaluado en la dimensión de Seguridad fue errores de medicación. Este indicador cumplió con el estándar establecido por el panel de expertos ya que en la muestra en estudio no se presentaron errores de medicación. Este resultado hay que analizarlo con cautela ya que se sabe que existe una subnotificación importante de este evento adverso en los profesionales de la salud (204).

Al comparar los resultados de los indicadores presentados en este estudio por grandes grupos de enfermedades se observaron diferencias estadísticamente significativas en algunos indicadores. El grupo de Enfermedades del Aparato Locomotor fue el que obtuvo los valores más altos en los indicadores “Promedio de días de estancia en HD (por paciente)” y “Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente”. Este resultado es congruente con lo que se ha revisado en la literatura, donde se menciona que los pacientes con este tipo de patologías requieren mantenerse mayor tiempo hospitalizados en domicilio para lograr su rehabilitación motora. A su vez, como se mantienen mayor tiempo en HD, son por tanto vistos más veces por el profesional médico para ir evaluando su progreso clínico.



Por otra parte el grupo de Enfermedades Respiratorias obtuvo el valor más alto en el indicador “Visitas domiciliarias por paciente realizadas por el equipo de HD”. Una posible explicación para este resultado es que este tipo de usuario demanda, por su diagnóstico, más visitas y atenciones kinesiológicas con el propósito de recuperar la función respiratoria lo más rápido posible.

La visión holística del cuidado, inherente al trabajo de enfermería, hace de este profesional el agente idóneo para evaluar la calidad de la atención en salud de manera integral en HD, tal como se plantea en la presente tesis. Visualizar la importancia de incorporar indicadores que tributen a todas las dimensiones de la

calidad es quizás una cualidad propia y natural de enfermería. La fragmentación de la evaluación de la atención en salud, evidenciada por el uso de sólo algunos indicadores que tributan a la valoración de ciertas dimensiones de la calidad como la “seguridad” y “eficiencia”, dimensiones de la calidad más estudiadas por otros autores (31), no dan respuesta y no son congruentes con la visión integral de enfermería de la atención en salud.

De acuerdo al Código Sanitario Chileno (49), la Gestión del Cuidado de Enfermería es entendida como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Si se analiza conceptualmente la definición que se plantea del constructo “gestión del cuidado”, las palabras “oportunos”, “seguros” e “integrales”, hacen clara alusión a tres atributos muy importantes de la calidad de la atención en salud. Es así como se puede observar que la definición de gestión de cuidado para enfermería, que de algún modo, define el quehacer de esta profesión en Chile, es congruente con lo que se espera lograr en una atención de salud de calidad.

A pesar de que el enfoque de la presente tesis siempre fue el de evaluar la calidad de la atención en salud de manera integral (abordando todas las dimensiones de la calidad) y multidisciplinaria, es decir, midiendo procedimientos o aspectos que

se relacionaran con el trabajo de todo el equipo de salud de HD, es interesante observar que 6 (27,27%) de los 22 indicadores generados en este trabajo tienen neta relación con actividades propias del profesional de enfermería. Estos indicadores son: Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD, Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio, Identificación del riesgo de úlcera por presión de pacientes en domicilio, Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas, Flebitis asociada a catéter venoso periférico y errores de medicación. Dicho de otro modo, 1 de cada 4 aspectos evaluados a través de los indicadores propuestos por esta tesis son de exclusiva responsabilidad del profesional de enfermería.



Este fenómeno no se presentó de la misma forma para los otros profesionales de la salud que forman parte del equipo de HD ya que sólo 2 indicadores evalúan aspectos vinculados directamente con el quehacer de otro profesional, “Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente” y “Porcentaje de cumplimiento de la entrega de la Epicrisis a pacientes de HD”, los cuales se asocian a tareas médicas en esta modalidad asistencial. El resto de los indicadores, evalúan aspectos del trabajo en HD que involucran las funciones de más de un profesional o técnico.

La evaluación del “Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD”, es un indicador que fue incluido en la dimensión de Equidad y que depende de la labor de enfermería. Es durante el ingreso a un servicio hospitalario donde se forman las impresiones iniciales y donde los retrasos o procesos caóticos pueden afectar negativamente las percepciones de la atención, la satisfacción del paciente y agravar los sentimientos de ansiedad del mismo (205). Puchi y Sanhueza (41) encontraron en su estudio acerca del rol de enfermería en unidades de HD que la educación al ingreso del paciente a HD es una actividad inserta en la función educativa que desarrolla este profesional en HD donde “se debe explicar esencialmente tanto al paciente como a la familia en qué consiste esta modalidad asistencial y cuáles son los beneficios de la misma para su recuperación”.

Las enfermeras a menudo son responsables de la mayoría de la atención en HD, lo que hace que algunas personas creen que esta modalidad asistencial es simplemente “*home care*” bajo un nuevo nombre (206). Los enfermeros y enfermeras de HD requieren habilidades y competencias avanzadas de enfermería para cumplir con los requisitos de su función; lo que implica la capacidad de trabajar de manera independiente en domicilio, respaldado por un equipo multidisciplinario y una estructura organizacional de origen hospitalaria (207).

Los enfermeros de HD también deben adaptarse para brindar atención en los hogares de los pacientes donde no se dispone de los recursos hospitalarios habituales y deben tener capacidad para reconocer y responder a eventos inesperados (207). Esta situación cobra relevancia en la medición de los indicadores relacionados con la evaluación de las lesiones por presión que fueron generados en esta tesis. A pesar de que este aspecto ha sido evaluado frecuentemente en servicios de hospitalización convencional (201), en HD dicha evaluación no se puede realizar bajo los mismos parámetros que en un hospital.

Para comenzar, en HD la enfermera realiza la mayor parte del tiempo una supervisión indirecta de las atenciones que otorga el cuidador principal a su familiar en el domicilio. Esto lo hace principalmente mediante llamadas telefónicas al cuidador cuando es necesario. La supervisión directa o presencial sólo se lleva a cabo mientras se desarrollan las visitas domiciliarias, las cuales, generalmente, sólo se efectúan una vez al día ya que una característica de esta modalidad asistencial es que el cuidado que se otorga a los usuarios sea puntual y acotado. Aquí es primordial contar con la colaboración del cuidador principal (21, 191, 208). El cuidador principal es la persona que debe seguir las indicaciones dadas por el profesional de enfermería en relación a la prevención y manejo de las lesiones por presión. La evaluación, medición e interpretación de los datos clínicos en salud son predominantemente una responsabilidad de enfermería en HD es por ello que en esta modalidad asistencial desempeñan un

papel integral en el reconocimiento temprano de posibles complicaciones y en el tratamiento oportuno de las mismas (207).

Los indicadores “Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas” y “Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico” son también responsabilidad del profesional de enfermería. La terapia con accesos venosos periféricos se ha utilizado durante más de 350 años, y ha desempeñado un papel central en la atención a pacientes desde que se introdujeron los primeros catéteres de plástico hace más de 70 años (209).



La flebitis, o inflamación de la vena, es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con la inserción de un catéter intravenoso y es una causa importante de falla prematura del funcionamiento del mismo (210). En HD, a diferencia de lo que ocurre en un servicio de hospitalización convencional, el cuidado y mantención de un catéter venoso periférico también depende de la labor del cuidador principal y del propio paciente ingresado en HD. Prevenir el retiro accidental de los catéteres venosos y vigilar los signos de infección o flebitis, son aspectos que se consideran en la educación que entregan enfermeras y enfermeros diariamente a los usuarios hospitalizados en sus domicilios, quizás con mucho más énfasis que lo que se realiza habitualmente en servicios de hospitalización convencional.

Desde la mirada de la Enfermería disciplinar, el desarrollo de una teoría que conduzca a una comprensión de la contribución de esta profesión a la atención de alta calidad y seguridad del paciente es de suma importancia. Dicha teoría es esencial si queremos desarrollar un conocimiento que pueda generalizarse de un entorno a otro, recomendar formas de organización para mejorar la manera en que se otorga una prestación de calidad a los pacientes y quizás lo más importante, evitar soluciones simplistas al complejo problema de asegurar una atención al paciente que sea segura y de alta calidad (211).



A la fecha se han generado estudios que vinculan el trabajo de enfermería y los resultados clínicos y eventos adversos de los usuarios de los sistemas de salud (43-45), en resumen, estos estudios concluyen que a mayor cantidad de enfermeras se observan mejores resultados en los indicadores de calidad de la atención en salud. Pero, la pregunta que surge a partir de la afirmación anterior es la siguiente ¿por qué mejoran los resultados clínicos en los pacientes? Aún la respuesta a esta interrogante no es clara.

Autores (212) plantean que surgen principalmente dos problemas cuando no existe una teoría de enfermería que apoye los resultados de una investigación: primero, los hallazgos de la investigación se contradicen entre sí, se reduce el poder conceptual y estadístico y se enmascaran los efectos potenciales; y, en

segundo lugar, se dificulta el desarrollo de un cuerpo de conocimiento coherente y se dificulta el diseño de intervenciones para mejorar la calidad y la seguridad del paciente. Estos autores fueron más allá y explicaron también como la falta de homogeneización en la conceptualización de enfermería asociada a calidad hace compleja la comparación de investigaciones en el tema. Es aquí donde nace la necesidad de generar definiciones de los conceptos del metaparadigma de enfermería en una hipotética teoría que explicara cómo lograr cuidados de enfermería de calidad en un entorno en particular. Los conceptos, verdaderos bloques de construcción de las teorías, clasifican los fenómenos que se van a estudiar (213). Luego de definir los conceptos, es necesario establecer las relaciones entre las variables a estudiar e identificar y probar a los mediadores y moderadores que los afectan (212).

Si este razonamiento se aplicara a la evaluación de la calidad de la atención en salud en HD, se podrían plantear como principales conceptos: Calidad de la atención en salud en HD, Cuidado profesional de enfermería, Atención de salud brindada por el equipo de HD, Cuidador principal, Hospitalización domiciliaria, Unidades de apoyo hospitalarias y Comunicación en la red asistencial. De todos estos conceptos, probablemente los más complejos de definir serían el de calidad de la atención en salud en HD y el de Cuidado profesional de enfermería. El primero porque es un fenómeno multidimensional que ha tratado de ser explicado por numerosos autores (64) que aún no llegan a una definición universalmente

aceptada. Y el segundo, porque el constructo “cuidado de enfermería”, a pesar de ser la esencia de la disciplina, aún sigue siendo un concepto en desarrollo (214). La complejidad en el análisis de la calidad para enfermería no cesa ahí. El significado de calidad en lo que respecta a esta profesión sigue siendo difícil de delimitar porque los marcos utilizados para definir el concepto y desarrollar teorías han surgido de la perspectiva de otras disciplinas, distintas de las de la profesión de enfermería (62, 65), un claro ejemplo de ello es la conceptualización de la “Calidad de la atención médica” de Donabedian (62).

Volviendo al análisis de los principales conceptos planteados como importantes para una hipotética teoría o modelo de enfermería en este tema, debe hacerse alusión al constructo “Atención de salud brindada por el equipo de HD”. Hagen (215) enfatizó el punto de que la enfermería comparte la responsabilidad de definir y alcanzar resultados deseables con todas las demás disciplinas de salud involucradas en el cuidado de un paciente, actualmente las agencias de acreditación también reconocen que todos los procesos y actividades de una organización influyen en los resultados de los usuarios, por tanto, los resultados del paciente no se pueden acreditar a una sola profesión. Así fue entendido en la presente tesis y el reflejo de ello es la creación de indicadores que evalúan actividades o aspectos de HD que involucran no sólo a la disciplina de enfermería sino que también a otros profesionales y técnicos. Algunos de estos indicadores son, entre otros: Satisfacción usuaria del paciente y del cuidador principal en HD

y Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD, implica la atención de todo el equipo de salud; Porcentaje de cumplimiento de la entrega de epicrisis a pacientes de HD y Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente, involucran la atención específica del médico.

En base a todo lo analizado, es posible afirmar que sí se logro cumplir con el objetivo general de la presente tesis, ya que se generaron 22 indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.



Se describió el perfil biosociodemográfico y de salud de los usuarios ingresados a hospitalización domiciliaria: predominancia de mujeres y personas mayores, con enfermedades del aparato respiratorio y cardiovascular, ingresadas a HD desde el servicio de urgencias, con polifarmacia y con la presencia de cuidador principal.

Se desarrollaron 9 nuevos indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

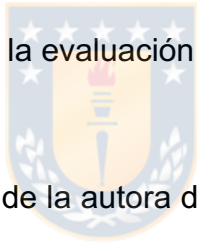
Se aseguró la fiabilidad de los indicadores generados mediante el cálculo del índice Kappa, Correlación intraclase ó índice de Similitud de Asociación Simple;

el juicio de expertos permitió la validez de contenido y la especificación explícita del numerador y denominador garantizó la factibilidad de las medidas.



V. CONCLUSIONES

La calidad de la atención en salud es medible y por tanto evaluable, desde esta perspectiva en todo análisis que involucre actividades de calidad asistencial, tal como ocurre en HD, es importante considerar que existen distintos atributos o dimensiones de ella que en su conjunto nos darán un enfoque integral. Medir la calidad de una unidad o programa desde sólo una perspectiva (o dimensión) sólo nos permitirá obtener una visión sesgada de la realidad y esto es lo que se ha observado históricamente en la evaluación de la calidad en unidades de HD.



La propuesta de indicadores de la autora de esta tesis entrega directrices claras de cómo éstos deben ser medidos, explicita su fórmula de cálculo, definición y justificación de los mismos, tipo de indicador, periodicidad de la evaluación, población objetivo, dimensión de la calidad de la atención en salud que representa, fuente de datos, estándar de calidad esperado y las referencias bibliográficas que sustentan su evaluación. Esto no se observó de igual forma ni en los artículos originales ni en los reportes gubernamentales mencionados en el marco empírico. En general, todos explican someramente la forma en que deben ser calculados los indicadores pero ninguno especifica su clasificación, frecuencia de medida, umbral de cumplimiento, unidad de medida ni fuente de obtención de los datos. Esta situación hace compleja la posibilidad de aplicar

dichos indicadores a la práctica clínica. Es por esto que los resultados obtenidos en el presente estudio otorgan una herramienta útil, válida, confiable y factible de utilizar, ya que fue diseñada en base a los requerimientos y particularidades de las unidades de HD del país, bajo el sustento teórico de la “integralidad” de la medición de la calidad de la atención en salud, la que fue asegurada al incorporar indicadores que tributarán a las 6 dimensiones de la calidad propuestas por el IOM y la OMS.

En este punto es interesante observar que 13 de los indicadores creados evalúan aspectos que en HD o en otros servicios de hospitalización convencional ya habían sido medidos previamente. En este caso, lo que se hizo fue más bien adaptar los indicadores planteados en la literatura científica y reportes gubernamentales al contexto de HD nacional. Los 9 indicadores restantes pueden ser considerados como inéditos y por lo tanto, nunca antes medidos en el contexto de HD.

Se puede evidenciar que el trabajo particular de enfermeros y enfermeras impacta de manera importante y notable en la evaluación de la calidad de la atención en salud en HD ya que 6 de los 22 indicadores generados evalúan aspectos que son de exclusiva responsabilidad de estos profesionales.

La creación de los 22 indicadores permitirá en un futuro evidenciar lo que sucede con la calidad de las atenciones en las unidades de HD y plantear acciones de mejora en aquellos puntos que lo requieran, pues de nada sirve evaluar si no se implementarán acciones respecto al análisis de dicha evaluación.



VI. LIMITACIONES

La investigación desarrollada logró dar respuesta a la mayoría de los objetivos propuestos inicialmente, sin embargo, deben destacarse algunos de los inconvenientes presentados:

1. Bajo volumen de pacientes en HD: la etapa de recolección de datos de la fase cuantitativa del estudio tuvo una duración de 6 meses, ya que se realizó un censo de todos los usuarios de hospitalización domiciliaria desde abril hasta octubre del año 2018. Se decidió hacer un censo porque el volumen de pacientes que es ingresado a hospitalización domiciliaria es bajo en comparación a un servicio de hospitalización tradicional. A este tiempo se agregó 1 mes más debido a que no era posible contar con la información necesaria para el estudio inmediatamente al término del periodo de recolección de datos.
2. Registros incompletos e ilegibles en las fichas clínicas revisadas (en soporte de papel) que dificultaron la recolección de datos.
3. Dificultades propias de trabajar con seres humanos: aunque las visitas domiciliarias se programaban con dos días de anticipación a lo menos, a

menudo se presentaban cambios debido a que los/as usuarios/as tenían imprevistos que provocaban la reprogramación de la agenda.

En algunos casos incluso se realizaron visitas domiciliarias en hogares donde no existía nadie al momento de llegar al lugar, inclusive habiendo realizado una llamada telefónica previa a la visita.

4. Deterioro cognitivo en pacientes: se observó que hubo más pacientes de lo esperado con diagnóstico de demencia o algún grado de deterioro cognitivo que los incapacitaba para responder la encuesta de satisfacción usuaria. Esta situación disminuyó considerablemente el número de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.
5. Imposibilidad de generar un indicador compuesto: la metodología utilizada en este estudio no permitió la creación de un indicador compuesto para medir la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de HD. Para poder lograr aquello era necesario medir los indicadores simples propuestos (22 indicadores) en más unidades de HD de manera simultánea. La creación de un indicador compuesto facilitaría mucho más la medición de la calidad en estas unidades ya que integran y resumen diferentes dimensiones de un tema y son fáciles de interpretar por su capacidad de síntesis al reducir el tamaño de la lista de indicadores a tratar en el análisis.

VII. RECOMENDACIONES

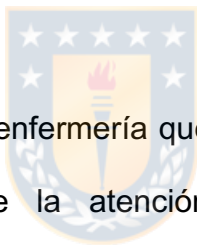
Frente a los resultados presentados se hace necesario brindar algunas recomendaciones:

- Realizar una investigación multicéntrica de la medición de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios ingresados a unidades de HD. Esto permitiría realizar análisis estadísticos multivariados más complejos que posibilitaría la selección de los indicadores más representativos para cada dimensión de la calidad.
- Generar un indicador compuesto para la medición de la calidad de la atención en salud en HD ya que este tipo de instrumento atrae mucho más el interés público por su capacidad de facilitar la comparabilidad entre unidades de análisis y su evolución. Para poder lograr lo anterior es necesario realizar un estudio multicéntrico.
- En una potencial nueva investigación acerca de la calidad de la atención en salud en HD podría realizarse un focus group para determinar los tópicos a evaluar en HD y sucesivamente un e-delphi para consensuar los indicadores que medirían dichos tópicos. Este tipo de abordaje permitiría

esclarecer más los conceptos relacionados con la calidad de la atención en salud en HD.

- Desarrollar proyectos de continuidad sobre indicadores de calidad, similares a este estudio, en los hospitales pertenecientes al sistema de salud público del país. El presente estudio parece ser una de las primeras iniciativas de consenso en la priorización de indicadores para evaluar de forma integral la calidad de la atención en salud en HD. Se propone continuar con esta línea de investigación, mejorando el diseño, la aplicación y la medición de los indicadores, y ampliando la investigación a un grupo mayor de hospitales, para facilitar la evaluación en todos los centros con unidades de HD y la comparación o *benchmarking* entre centros, lo cuál sería posible mediante acuerdos entre los profesionales y las distintas administraciones sanitarias.
- Mejorar los actuales indicadores de calidad con las actualizaciones de la evidencia científica y eliminar aquellos indicadores que, al ser implementados en la práctica clínica de otras unidades de HD, no sean factibles de medir, procurando siempre mantener un conjunto de indicadores que tributen a todas las dimensiones de la calidad de la atención en salud.

- Los establecimientos hospitalarios que cuenten con HD deberían evaluar periódicamente la calidad de la atención en salud en estas nuevas unidades para lograr la validación institucional de la misma. Es sabido que la comunidad acepta este tipo de hospitalización y la considera positiva, pero a veces son los propios profesionales de la salud que están insertos en los servicios de hospitalización tradicional los que se niegan a hacer uso de esta modalidad asistencial. Dar a conocer los resultados obtenidos en las consecutivas evaluaciones de la calidad de HD a todos los directivos hospitalarios podría mejorar la confianza con este tipo de atención.



- Los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de HD deben medir la calidad de la atención en salud mediante indicadores periódicamente y generar planes de mejora continua para la gestión de la calidad.
- En el contexto de la digitalización de los servicios de salud del país y la implementación cada vez más difundida de los registros clínicos electrónicos y la telemedicina, sería congruente crear una plataforma tecnológica interactiva interoperable que permita ingresar variables y calcular todos los indicadores creados en esta tesis de manera automática. La idea de esta plataforma sería también contar con los resultados de los indicadores de todas las unidades de HD que trabajen

con este sistema para de esta forma comparar los resultados entre las distintas unidades, siempre y cuando los directivos de dichos establecimientos así lo deseen. Esta plataforma facilitaría el cálculo de los indicadores y motivaría más a los profesionales de enfermería encargados de la gestión de calidad de HD a seguir investigando acerca de esta temática.

- Promover el empoderamiento de los profesionales de enfermería en la investigación en HD. Es sabido que el rol que cumplen los enfermeros y enfermeras en estas unidades es primordial porque representan el mayor porcentaje de profesionales de la salud en esta modalidad asistencial tanto a nivel nacional como internacional. Acompañan al paciente y a su cuidador principal en todo el proceso de hospitalización y otorgan cuidados desde el área asistencial, de gestión y educacional. La investigación en HD ha estado exenta de la participación de enfermería y, sobre todo, ha sido explorada principalmente por médicos. Es tiempo que esto cambie y que enfermeros y enfermeras comiencen a generar conocimientos propios de la disciplina en torno a esta nueva modalidad asistencial. Una tarea pendiente es generar una teoría o modelo de enfermería que logre estandarizar conceptos/variables como “calidad de la atención en salud en HD”, “cuidado profesional de enfermería” y “atención de salud brindada por el equipo de HD”, entre otros. La creación e implementación de un

constructo teórico de enfermería basado en la evidencia permitirá, por un lado, evaluar la calidad de la atención de salud y por otro, explicar cómo y por qué se dan unos u otros resultados en los pacientes/familias. Entender cómo se relacionan todas (o la gran mayoría) de las variables involucradas en la calidad de la atención en salud permitirá al profesional de enfermería generar planes de mejora en la gestión de calidad.



VIII. GLOSARIO

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

HaH: Hospital at home.

HD: Hospitalización domiciliaria.

IOM: Institute of Medicin.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OMS: Oranización Mundial de la Salud.

PIO: acrónimo que representa las palabras-Patient, Intervention and Outcome.

STEEP: Acrónimo que representa las 6 dimensiones de la calidad de la atención en salud escritas en idioma inglés- *safety, timeliness, effectiveness, efficiency, equity and patient centredness.*

IX. REFERENCIAS

1. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025 2012 [cited 2015 05 junio]. Available from: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la Enfermería en Salud del Adulto Mayor. Washington D.C.2012. Available from: <http://www.paho.org/>.
3. Estadísticas INE. Adultos Mayores en Cifras Censo 2017. Chile 2018.
4. Instituto Nacional de Estadísticas. Cifras Mayores. Chile 2002. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/cifrasmayores.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Desafíos Sanitarios planteados por el envejecimiento de la población 2014 [cited 2015 05 jun]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/es/>
6. Organización Mundial de la Salud. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. 2008 [cited 2015 05 jun]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf
7. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones 2011 [cited 2015 06 jun]. Available from: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/44309/lcw395.pdf>
8. Cerda R. Cambios demográficos y sus impactos en Chile. Estudios Públicos [Internet]. 2008 04 agosto 2019 [cited 2019 04 agosto]; 110. Available from: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160304/20160304094525/rev110_cerda_cambiosDemograficos.pdf.
9. Balinsky W. Home Care Current Problems and Future Solutions. 1a ed. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.; 1994.
10. Cuxart Melich A, Estrada Cuxart O. [Hospital at home: an opportunity for change]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2012 Apr 7 [cited 2015 06 jun]; 138(8):[355-60 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696788>.

11. Fernandez-Miera MF. [Hospital at home for acutely ill older]. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2009 Jun [cited 2015 07 jun]; 44 Suppl 1:[39-50 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19501428>.
12. CONGESA. Estudio de Evaluación Ex post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria. Santiago 2014 [cited 2015 07 jun]. Available from: <http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/Informe%20Final%20Expost%20HD.pdf>.
13. Minardi R, Morales M, Sette J, Llopis A, Días J, Ramón E. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2001 [cited 2015 08 jun]; 10(1):[45-55 pp.]. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000700007&script=sci_arttext.
14. Mas MA, Santa Eugenia S. [Hospital-at-home in older patients: a scoping review on opportunities of developing comprehensive geriatric assessment based services]. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 Jan-Feb [cited 2015 08 jun]; 50(1):[26-34 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24948521>.
15. Beaglehole R, Bonita R. What is global health? Global health Action 2010 [cited 2015 09 jun]. Available from: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/download/5142/5544>.
16. Zarate V. Evaluaciones económicas en salud: conceptos básicos y clasificación. Rev Med Chile [Internet]. 2010 [cited 2015 08 jun]; 138 (2). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010001000007&script=sci_arttext
17. Alonso J, Escudero J. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010 [cited 2015 09 jun]; 33(1):[97-106 pp.]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original12.pdf>.
18. Restrepo C, Echavarría J, Manrique R, Valencia J. Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. Revista CES Medicina [Internet]. 2009 [cited 2015 09 jun]; 23(1):[27-35 pp.]. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/998>.
19. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". Med J Aust [Internet]. 2012 Nov 5 [cited 2015 09 jun]; 197(9):[512-9 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121588>.

20. Leff B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. CMAJ [Internet]. 2009 [cited 2015 08 jun]; 180(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621275/>.
21. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Clark R, et al. Satisfaction with hospital at home care. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2006 Sep; 54(9):[1355-63 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16970642>.
22. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Greenough W, et al. Comparison of Functional Outcomes Associated with Hospital at Home Care and Traditional Acute Hospital Care. JAGS [Internet]. 2009; 57:[273-8 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19170781>.
23. Ram , Wedzicha J, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. BMJ [Internet]. 2004 [cited 2015 09 jun]; 329. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/329/7461/315.full.pdf>.
24. Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [cited 2015 02 jul]; 2. Available from: http://americas.evipnet.wikibvs.org/img_auth.php/2/26/Session6_6_shefferd-review_es.pdf.
25. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008 [cited 2015 08 jul]; (4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843751>.
26. Larkins RG, Martin TJ, Johnston CI. The boundaryless hospital--a commentary. Aust N Z J Med [Internet]. 1995 Apr [cited 2015 02 jul]; 25(2):[169-70 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7605302>.
27. Montalto M. Hospital in the Home Principles & Practice. 1^a ed. Victoria, Australia: ArtWords 2002.
28. Regalado de Los Cobos J, Aizpuru Barandiaran F, Oceja Barrutieta E, de Juan Rodriguez M, Apraiz Ruiz L, Altuna Basurto E, et al. [Efficacy of hospital at home (HaH) in the treatment of community-acquired pneumonia (CAP) with different degrees of severity]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010 Jun 12 [cited 2015 03 jul]; 135(2):[47-51 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20451224>.

29. Greysen SR, Stijacic Cenzer I, Auerbach AD, Covinsky KE. Functional impairment and hospital readmission in Medicare seniors. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 03 jul]; 175(4):[559-65 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25642907>.
30. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper 2006 [cited 2015 03 jul]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>.
31. Wolfe A. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. Policy, Politics, & Nursing Practice [Internet]. 2001 [cited 2015 04 jul]; 2:[233-5 pp.]. Available from: <http://ppn.sagepub.com/content/2/3/233.full.pdf+html>.
32. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems 2006 [cited 2015 09 jul]. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
33. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020 Estrategia Nacional de Salud 2011 [cited 2015 09 jul]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>.
34. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Hospital at home early discharge (Review). *The Cochrane Library* [Internet]. 2011 [cited 2015 02 ago]; (8). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000356.pub3/pdf>.
35. Montalto M, Portelli R, Collopy B. Measuring the quality of hospital in the home care: a clinical indicator approach. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1999 Oct; 11(5):[413-8 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10561033>.
36. Institute of Medicine (IOM). Performance Measurement: Accelerating Improvement 2005 07 abril 2016 [cited 2016 07 abril]. Available from: http://www.nap.edu/download.php?record_id=11517.
37. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El terremoto y tsunami del 27 de febrero en Chile. Crónicas y lecciones aprendidas en el sector salud. Santiago de Chile 2010 [cited 2015 02 ago]. Available from: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/20978/mod_page/content/1/documentos/modulos/terremoto_chile_lecciones_aprendidas.pdf
38. Organización Panamericana de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente 2007 [cited 2015 02 sept]. Available from:

<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20de%20paciente.pdf>

39. Organization WH. Patient safety 2019 04 agosto 2019]:[1 - 8 pp.]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
40. Collière M. Promover la Vida. 2ª ed. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A., editor. México, 2009.
41. Puchi C, Sanhueza O. Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos. Revista de Educación e Investigación en Enfermería [Internet]. 2015 [cited 2015 08 jun]; 1. Available from: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/146/>.
42. Gunther M, Alligood MR. A discipline-specific determination of high quality nursing care. J Adv Nurs [Internet]. 2002 May [cited 2015 03 oct]; 38(4):[353-9 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985686>.
43. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. J Nurs Admin [Internet]. 2008 May [cited 2015 09 sept]; 38(5):[223-9 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18469615>.
44. Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, et al. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2015 Feb [cited 2015 09 sept]; 52(2):[535-42 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25213091>.
45. Van den Heede K, Sermeus W, Diya L, Clarke SP, Lesaffre E, Vleugels A, et al. Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: cross-sectional analysis of administrative data. Int J Nurs Stud [Internet]. 2009 Jul [cited 2015 09 sept]; 46(7):[928-39 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18656875>.
46. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2009 Jul-Aug [cited 2015 10 sept]; 28(4):[w625-33 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19525289>.
47. Mark W, Stanton MA. [Hospital nurse staffing and quality of care]. Prof Infirm [Internet]. 2005 Apr-Jun [cited 2015 10 sept]; 58(2):[67-74 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16219174>.

48. Draper D, Felland L, Liebhaber A, Melihar L. The Role of Nurses in Hospital Quality Improvement. Research Brief [Internet]. 2008 [cited 2015 09 sept]; 3. Available from: <http://www.hschange.com/CONTENT/972/972.pdf>
49. Milos P, Larraín A. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. Aquichan [Internet]. 2015 [cited 2015 09 sept]; 15(1):[141-53 pp.]. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2935>.
50. Consejo Internacional de Enfermeras. Seguridad de los Pacientes. Declaración de Posición del CIE [Internet]. 2012 [cited 2015 09 sept]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf.
51. Smith M, Parker M. Nursing Theories and Nursing Practice. 4ª ed. United States of America: S.A. Davis Company; 2010.
52. Finkelman A, Kenner C. The Essence of Nursing: Knowledge and Caring, . 2013. In: Professional Nursing Concepts, [Internet]. United States of America: Jones & Bartlett Learning. 2a Available from: http://samples.jbpub.com/9781449649029/46066_CH02_6031.pdf.
53. Rizzo RM. Nursing: The Discipline and the Profession. Nurs Sci Q [Internet]. 1998 [cited 2015 02 oct]; 12(4):[275-6 pp.]. Available from: <http://nsq.sagepub.com/content/12/4/275.full.pdf+html>.
54. Real Academia Española. Calidad Madrid [cited 2015 02 oct]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>.
55. Cubillos M, Rozo D. El Concepto de Calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista Universidad de la Salle [Internet]. s.f. [cited 2015 08 jul]:[80-99 pp.]. Available from: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260/1153>.
56. American Society for Quality. Quality Glossary [cited 2015 08 ago]. Available from: <http://asq.org/glossary/q.html>.
57. International Organization for Standardization. ISO 9000:2005 (en) Quality management systems — Fundamentals and vocabulary 2005 [cited 2015 06 ago]. Available from : <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-3:v1:en>.

58. Roemer M, Montoya-Aguilar C. Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care 1988 [cited 2015 05 sept]; (105). Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40663/1/WHO_OFFSET_105.pdf.
59. DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Wisconsin. f. [cited 2015 10 oct]. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf.
60. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. 2009 [cited 2015 11 oct]:[160 p.]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
61. Beattie M, Sheperd A, Howieson B. Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – An integrative review. Journal of Research in Nursing [Internet]. 2012; 18:[288 - 304 pp.].
62. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2001 [cited 2015 11 oct]; 16:[S29- S38 pp.]. Available from: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>.
63. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2001; 16:[S80- S7 pp.]. Available from: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>.
64. Villegas M, Díaz I. La calidad asistencia: concepto y medida. DY0 [Internet]. 2003 [cited 2015 11 sept]; 29:[29-58 pp.]. Available from: <http://w.revistadyo.com/index.php/dyo/article/view/142/142>.
65. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Públ Méx [Internet]. 1990 [cited 2015 09 oct]; 32(2):[113-7 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632203>.
66. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab [Internet]. 2013 [cited 2015 09 sept]; 25(1):[26-33 pp.]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>.
67. Moran MJ, JE. J. Quality improvement: the nurse's role. ANA publ [Internet]. 1992 25 junio 2019 [cited 2019 25 junio]; NP 80 7.5 M:[45-61 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1621942>.

68. Kane R, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes - Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*. 2007;45(12):1195-204.
69. Lacey S, Cox K. Nursing: Key to Quality Improvement. *Pediatric Clinics of North America*. 2009;56(4):975-+.
70. Sales A, Sharp N, Li Y, Lowy E, Greiner G, Liu C, et al. The association between nursing factors and patient mortality in the Veterans Health Administration - The view from the nursing unit level. *Medical Care*. 2008;46(9):938-45.
71. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. [press release]. Washington, DC: The National Academies Press 2011.
72. Gao J, Liu X, Che W, Xin X. Construction of nursing-sensitive quality indicators for haemodialysis using Delphi method. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(21-22):3920-30.
73. Ayuso-Murillo D, de Andres-Gimeno B, Noriega-Matanza C, Lopez-Suarez R, Herrera-Peco I. Quality management, a directive approach to patient safety. *Enfermeria Clinica*. 2017;27(4):251-5.
74. Saturno P. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 2004 [cited 2015 12 oct]; 19(6):[407-15 pp.]. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-invasion-los-indicadores-compuestos--13067885>.
75. Gruskin S, Ferguson L. Using indicators to determine the contribution of human rights to public health efforts. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2009 [cited 2015 18 oct]; 87:[714-9 pp.]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/08-058321/en/>.
76. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2003 [cited 2015 13 sept]; 15(6):[523-30 pp.]. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/15/6/523.full.pdf>.
77. Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid 2008 [cited 2015 12 sept]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>.

78. Agency for Healthcare Research and Quality. Desirable Attributes of a Quality Measure Rockville 2015 [Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/tutorial/attributes.aspx>].
79. Fernandes O, Gorman SK, Slavik RS, Semchuk WM, Shalansky S, Bussieres JF, et al. Development of clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists using a modified Delphi approach. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2015 Jun [cited 2015 12 oct]; 49(6):[656-69 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25780250>.
80. Farida H, Rondags A, Gasem MH, Leong K, Adityana A, van den Broek PJ, et al. Development of quality indicators to evaluate antibiotic treatment of patients with community-acquired pneumonia in Indonesia. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 09 oct]; 20(4):[501-9 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25529504>.
81. Hommel I, van Gorp PJ, Tack CJ, Wollersheim H, Hulscher ME. Perioperative diabetes care: development and validation of quality indicators throughout the entire hospital care pathway. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015 Sep 17 [cited 2015 09 oct]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26384710>.
82. Emond YE, Stienen JJ, Wollersheim HC, Bloo GJ, Damen J, Westert GP, et al. Development and measurement of perioperative patient safety indicators. *Br J Anaesth* [Internet]. 2015 Jun [cited 2015 09 sept]; 114(6):[963-72 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25673575>.
83. Schouten JA, Hulscher ME, Wollersheim H, Braspenning J, Kullberg BJ, Van der Meer JW, et al. Quality of Antibiotic Use for Lower Respiratory Tract Infections at Hospitals: (How) Can We Measure It? *CID* [Internet]. 2005 [cited 2015 06 oct]; 41(4):[450-60 pp.]. Available from: <http://cid.oxfordjournals.org/content/41/4/450.full.pdf+html>.
84. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* [Internet]. 1977 Mar; 33(1):[159-74 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/843571>.
85. Cerda J, Villarroel L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2008 12 feb [cited 2016 12 feb]; 79:[54-8 pp.]. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n1/art08.pdf>.
86. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García -Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: Avances teóricos y métodos para su estimación. *ACCIÓN*

PSICOLÓGICA [Internet]. 2013 [cited 2016 13 feb]; 10:[3-20 pp.]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n2/02monografico2.pdf>.

87. Keeney S, McKenna H, Hasson F. The Delphi Technique. Ltd JWS, editor2011.

88. Sanroma P, Sampedro I, González C, Baños M. Recomendaciones clínicas y procedimientos en HaD: Fundación Marqués de Valdecilla; 2011 [cited 2015 05 jun]. Available from: http://www.sehad.org/docs/bibliografia/libro_HaD.pdf

89. Molina E. Evaluacion de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en bogotá d.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

90. Ibarra C, Beas L. La hospitalización domiciliaria: Un desafío para las enfermeras en el presente. Horiz Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 07 jul]; 23(1):[9-10 pp.]. Available from: <http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/23-1/editorial.pdf>.

91. Orb A, Santiagos A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: Una perspectiva de la atención privada. Cienc enferm [Internet]. 2005 [cited 2015 05 abr]; 11(1). Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art02.pdf>.

92. Ministerio de Salud. I Jornada de Hospitalización Domiciliaria. Hospitalización Domiciliaria. [CD ROM]. In press 2012.

93. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Hospitalización Domiciliaria. 2011.

94. Jimenez S, Aguilo S, Gil V, Antolin A, Prieto S, Bragulat E, et al. [Psychosocial factors determine patients' acceptance of emergency department discharge directly to hospital-at-home care]. Gac Sanit [Internet]. 2010 Jul-Aug [cited 2015 08 ago]; 24(4):[303-8 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20663592>.

95. Pugh JD, Twigg DE, Giles M, Myers H, Gelder L, Davis SM, et al. Impact and costs of home-based trial of void compared with the day care setting. J Adv Nurs [Internet]. 2015 Mar [cited 2015 06 ago]; 71(3):[559-69 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25200285>.

96. Mendoza H, Martin MJ, Garcia A, Aros F, Aizpuru F, Regalado De Los Cobos J, et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. Eur J Heart Fail [Internet].

2009 Dec [cited 2015 09 nov]; 11(12):[1208-13 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19875400>.

97. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One [Internet]. 2015 [cited 2015 08 nov]; 10(6):[e0129282 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26052944>.

98. Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, Davidson PM, Macdonald P, Horowitz JD, et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: the WHICH? (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2012 Oct 2 [cited 2015 09 oct]; 60(14):[1239-48 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017533>.

99. Montes J, González L, Amador L, Novo A, Enero M, Rey G, et al. Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa profunda. Comparación de costes con la hospitalización convencional. An Med Interna [Internet]. 2005 [cited 2015 09 nov]; 22(8):[369-72 pp.]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992005000800004&script=sci_arttext.

100. Garde C, Millet M, Goenaga MA, Arzelus E, Cuende A, Sarasqueta C, et al. [Treatment of respiratory infection by Pseudomonas aeruginosa in adult patients within a hospital at home service: clinical characteristics and analysis of prognostic factors for relapse]. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2009 May [cited 2015 04 sept]; 27(5):[257-62 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19386391>.

101. Cheng J, Montalto M, Leff B. Hospital at Home. Clin Geriatr Med [Internet]. 2009 Feb; 25(1):[79-+ pp.]. Available from: <Go to ISI>://WOS:000264396800007.

102. Puchi C, Paravic-Klijn T, Salazar A. The Comfort Theory as a Theoretical Framework Applied to a Clinical Case of Hospital at Home. Holistic Nursing Practice. 2018;32(5):228-39.

103. Puchi C. Factores clínicos y demográficos asociados al promedio de días de estancia de usuarios de hospitalización domiciliaria de un hospital del sur de Chile en el periodo 2010-2012. Evidentia [Internet]. 2016 08 mayo 2019.; 13. Available from: <http://www.index-f.com/evidentia/n54/ev10100.php>.

104. Ministerio de Salud. Borrador del Reglamento de establecimientos que otorgan prestaciones de hospitalización domiciliaria. Subsecretaría de Salud Pública, editor. Santiago de Chile 2018.
105. Villanueva N, R. R. Enfermedad crónica avanzada, muerte digna en domicilio: Reto para la enfermera de UHaD en el Hospital de Mollet. Hosp Domic [Internet]. 2017 24 junio 2019 [cited 2019 24 junio]; 1:[62 - 3 pp.]. Available from: <https://www.revistahad.eu/index.php/revistahad/issue/view/3>.
106. Sánchez E. Educación sanitaria en hospitalización a domicilio. Hosp Domic [Internet]. 2017 24 junio 2019 [cited 2019 24 junio]; 1:[25-7 pp.]. Available from: <https://www.revistahad.eu/index.php/revistahad/issue/view/3>.
107. Puchi C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Enfermería Universitaria [Internet]. 2015 24 junio 2019 [cited 2019 24 junio]; 12:[219-25 pp.]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n4/1665-7063-eu-12-04-00219.pdf>.
108. Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. Aquichan [Internet]. 2018 04 agosto 2019; 18:[186-97 pp.]. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7717/4804>.
109. Tavares M, Dias M, de Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? einstein [Internet]. 2010 20 oct 2017; 8:[102-6 pp.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>.
110. Kramer AM, Shaughnessy PW, Bauman MK, Crisler KS. Assessing and assuring the quality of home health care: a conceptual framework. Milbank Q [Internet]. 1990 [cited 2015 02 nov]; 68(3):[413-43 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2266925>.
111. Mazo S, Emparán C. Integración de sistemas de control de calidad y gestión en unidades de hospitalización domiciliaria. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2006 [cited 2015 03 nov]; 21(1):[39-45 pp.]. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-integracion-sistemas-control-calidad-gestion-13084146>.
112. The Australian Council on Healthcare Standards. Australasian Clinical Indicator Report: 2006–2013: 15th edition 2014 [cited 2015 09 nov]. Available from: http://www.achs.org.au/media/87723/ach079_clinical_indicators_approved_tag.pdf.

113. Lui B, Tran A, Montalto M. Treatment of patients with pulmonary embolism entirely in Hospital in the Home. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2007 [cited 2015 06 nov]; 36(5):[381-4 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17492079>.
114. Montalto M, Lui B, Mullins A, Woodmason K. Medically-managed Hospital in the Home: 7 year study of mortality and unplanned interruption. *Aust Health Rev* [Internet]. 2010 [cited 2015 11 nov]; 34:[269-74 pp.]. Available from: <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH09771>
115. Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde urgencias: una alternativa eficiente a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 04 septiembre 2016]; 137. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311007676>.
116. The Australian Council on Healthcare Standards. Annual Report 2009-2010 2010 [cited 2015 04 nov]. Available from: http://www.achs.org.au/media/8536/ACHSAnnualReport_0910_WebVersion.pdf
117. The Australian Council on Healthcare Standards. Hospital in The Home version 4. Retrospective data in full Australasian Clinical Indicator Report 2005-2012. . 2012.
118. The Australian Council on Healthcare Standards. Australasian Clinical Indicator Report 15th Edition 2006-20132013 [cited 2015 04 nov]. Available from: <http://www.achs.org.au/publications-resources/australasian-clinical-indicator-report/>
119. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité généralisés en Hospitalisation à domicile2012 [cited 2015 05 nov]. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/ipaqss-rapport-had-v4.pdf>.
120. Shepperd S, Iliffe S. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. *J Public Health Med* [Internet]. 1998 [cited 2015 02 ago]; 20(3):[344-50 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9793901>.
121. Shepperd S, Wee B, Straus S. Hospital at home: home-based end of life care (Review). *The Cochrane Library* [Internet]. 2012; (2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735440>.

122. Board N, Brennan N, Caplan G. A randomised controlled trial of the costs of hospital as compared with hospital in the home for acute medical patients. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* [Internet]. 2000 [cited 2015 12 nov]; 24(3):[305-11 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10937409>.
123. Carter D. A 'hospital at home' program shows good outcomes. *Am J Nurs* [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 12 nov]; 112(9):[18 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22932043>.
124. Deloitte Access Economics Pty Ltd. Economic analysis of Hospital in the Home (HITH)2011 [cited 2015 14 nov]. Available from: [http://www.hithsociety.org.au/literature/62557/Economic Analysis of Hospital in the Home](http://www.hithsociety.org.au/literature/62557/Economic%20Analysis%20of%20Hospital%20in%20the%20Home).
125. Frick K, Burton L, Clark R, Mader S, Naughton B, Burl J, et al. Substitutive Hospital at Home for Older Persons: Effects on Costs. *Am J Manag Care* [Internet]. 2009 [cited 2015 11 nov]; 15(1):[49-56 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146364>.
126. Jester R, Hicks C. Using cost-effectiveness analysis to compare Hospital at Home and in-patient interventions. Part 1. *J Clin Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2015 11 nov]; 12:[13-9 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519245>.
127. Jester R, Hicks C. Using cost-effectiveness analysis to compare Hospital at Home and in-patient interventions. Part 2. *J Clin Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2015 11 nov]; 12:[20-7 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519246>.
128. Restrepo C, Echavarría J, Villegas N, Bedoya L. Costo de un servicio de hospitalización domiciliaria en medellín como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. Medellín: Universidad CES; 2009.
129. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007 [cited 2015 12 nov]; 7:[47 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17408472>.
130. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, et al. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med* [Internet]. 2005 Dec 6 [cited 2015 18 nov]; 143(11):[798-808 pp.]. Available from: http://www.hospitalathome.org/files/HAH_Annals_12-5.pdf.

131. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Koehn D, et al. Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2008 Jan [cited 2015 16 nov]; 56(1):[117-23 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17979955>.
132. Saturno P. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 1998 [cited 2015 22 nov]; 13:[437-43 pp.]. Available from: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/48.pdf>.
133. Landers S, Madigan E, Leff B, Rosati RJ, McCann BA, Hornbake R, et al. The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value. *Home Health Care Management and Practice*. 2016;28(4):262-78.
134. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México D.F.2010.
135. Johnson B, Onwuegbuzie A. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher* [Internet]. 2004 10 abril 2016 [cited 2016 10 abril]; 22:[14-26 pp.]. Available from: <http://edr.sagepub.com/content/33/7/14.full.pdf+html>
136. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med* [Internet]. 2012 [cited 2015 23 nov]; 1(2):[90-5 pp.]. Available from: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num02/07_MI_DESCRIPCION_Y_USOS.PDF.
137. Yañez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 27 sept]; 14(1):[9-15 pp.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000100002&script=sci_arttext.
138. Boulkedid R, Alberti C, Sibony O. Quality indicator development and implementation in maternity units. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 27 sept]; 27(4):[609-19 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642350>.
139. Dreesen M, Foulon V, Hiele M, Vanhaecht K, De Pourcq L, Pironi L, et al. Quality of care for cancer patients on home parenteral nutrition: development of key interventions and outcome indicators using a two-round Delphi approach. *Support Care Cancer* [Internet]. 2013 May [cited 2015 28 nov]; 21(5):[1373-81 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23229653>.

140. Skews G, Meehan T, Hunt G, Hoot S, Armitage P. Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing [Internet]. 2000 [cited 2015 23 nov]; 9:[11-8 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271008>.
141. Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El Método Delphi. REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació [Internet]. 2016; 9:[87-102 pp.].
142. López-Gómez E. El método delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica EducaciónXX1 [Internet]. 2018 29 abril 2019; 21:[17-40 pp.].
143. Avella J. Delphi Panels: Research Design, Procedures, Advantages, and Challenges. International Journal of Doctoral Studies [Internet]. 2016 08 mayo 2019.; 11:[305-21 pp.]. Available from: <http://ijds.org/Volume11/IJDSv11p305-321Avella2434.pdf>.
144. García M, Suárez M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [cited 2015 27 sept]; 39(2). Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200007&lng=en&nrm=iso.
145. Pascual M. Fiabilidad y validez de los indicadores de calidad asistencial en la Rehabilitación Pulmonar del Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [Electrónica]. Barcelona, España: Universidad de Barcelona; 2013.
146. Wood L, Bjarnason GA, Black PC, Cagiannos I, Heng DY, Kapoor A, et al. Using the Delphi technique to improve clinical outcomes through the development of quality indicators in renal cell carcinoma. J Oncol Pract [Internet]. 2013 Sep; 9(5):[e262-7 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23943895>.
147. Keeney S, McKenna H, Hasson F. Reliability and Validity 1ª ed. Ltd JWS, editor2011.
148. Hasson F, S K. Enhancing rigour in the Delphi technique research. Technological Forecasting and Social Change [Internet]. 2011 [cited 2015 23 nov]; 78:[1695–704 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040162511000801>.
149. Engels T, Powell H. Enhancing a Delphi study on family-focused prevention. Technological Forecasting & Social Change [Internet]. 2007 [cited

2015 22 nov]; 74:[433 – 51 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040162505001721>.

150. Cornick P. Nitric oxide education survey – Use of a Delphi survey to produce guidelines for training neonatal nurses to work with inhaled nitric oxide. *Journal of Neonatal Nursing* [Internet]. 2006 [cited 2015 22 nov]; 12:[62-8 pp.]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135518410600010X>.

151. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioeth* [Internet]. 2004 [cited 2015 02 dic]; 10(1):[37-48 pp.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000100005.

152. Mancini R. Normas éticas para la Investigación Clínica s.f. [cited 2015 15 nov 2015]. Available from: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76992/normas-eticas-para-la-investigacion-clinica>.

153. Wilson S, Hauck Y, Bremner A, Finn J. Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 Jun; 21(11-12):[1594-605 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416966>.

154. Montalto M. How safe is hospital-in-the-home care? *Medical Journal of Australia*. 1998;168(6):277-80.

155. Campos M. Hospitalización Domiciliaria: Un desafío de articulación en red. In: DIGERA, editor. 2015.

156. Fonseca J. 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 [Electrónica]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2015.

157. Lee G, Pickstone N, Facultad J, K. T. The future of community nursing: Hospital in the Home. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2017 07 agosto 2019; 22:[174-80 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28414540>.

158. Waibel S, Vargas I, Aller M, Coderch J, Farre J, Vazquez M. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *Bmc Health Services Research*. 2016;16.

159. Pavlovic A, Calderón O, Muñoz E, Cárcamo M, Triana J, Morales K. Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile. Acta Médica Colombiana [Internet]. 2016 08 mayo 2019.; 41:[187-90 pp.]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n3/v41n3a09.pdf>.
160. Ortega M. Descripción del Modelo de Hospitalización Domiciliaria de un hospital público de Chile [Electrónica]. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2018.
161. Baek H, Cho M, Kim S, Hwang H, Song M, Yoo S. Analysis of length of hospital stay using electronic health records: A statistical and data mining approach. Plos One. 2018;13(4).
162. Lorenzoni L, A. M. Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project. OECD Health Working Papers [Internet]. 2017 07 agosto 2019; 94:[1 - 39 pp.]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/207d/e738f9db7dadd7a3823f50568f4545cfbe6c.pdf>.
163. Pouw MA, Calf AH, van Munster BC, ter Maaten JC, Smidt N, de Rooij SE. Hospital at Home care for older patients with cognitive impairment: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. Bmj Open. 2018;8(3):9.
164. Mas MA, Santa Eugenia SJ, Tarazona-Santabalbina FJ, Gamez S, Inzitari M. Effectiveness of a Hospital-at-Home Integrated Care Program as Alternative Resource for Medical Crises Care in Older Adults With Complex Chronic Conditions. Journal of the American Medical Directors Association. 2018;19(10):860-3.
165. Guzmán A, Sánchez T, De la Barra R, Madrid A, T. Q. Implementación de 9 indicadores de calidad en un laboratorio hospitalario. Rev méd Chile [Internet]. 2011 08 agosto 2019; 139:[205-14 pp.]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000200010.
166. Sharma P, Patgiri D, Deb N. Quality indicators in laboratory medicine: A fundamental tool for quality and patient safety. J Med Soc [Internet]. 2018 08 agosto 2019; 32:[157-9 pp.]. Available from: http://www.jmedsoc.org/temp/JMedSoc322157-5912827_162528.pdf.
167. Dismore L, Echevarria C, van Wersch A, Gibson J, Bourke S. What are the positive drivers and potential barriers to implementation of hospital at home selected by low-risk DECAF score in the UK: a qualitative study embedded within a randomised controlled trial. Bmj Open. 2019;9(4).

168. Godoy J, Barraza J. La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual *Acta Bioethica* [Internet]. 2018 19 junio 2019; 24:[181-8 pp.]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n2/1726-569X-abioeth-24-2-00181.pdf>.
169. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición* [Internet]. 2008 10 agosto 2019; 6:[27-36 pp.]. Available from: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf.
170. Hilarion P, Sunol R, Groene O, Vallejo P, Herrera E, Saura R. Making performance indicators work: The experience of using consensus indicators for external assessment of health and social services at regional level in Spain. *Health Policy*. 2009;90(1):94-103.
171. McCorry N, O'Connor S, Leemans K, Coast J, Donnelly M, Finucane A, et al. Quality indicators for Palliative Day Services: A modified Delphi study. *Palliative Medicine*. 2019;33(2):197-205.
172. Ferrua M, Couralet M, Nitenberg G, Morin S, Serin D, Minvielle E. Development and feasibility of a set of quality indicators relative to the timeliness and organisation of care for new breast cancer patients undergoing surgery. *Bmc Health Services Research*. 2012;12.
173. Rubin H, Pronovost P, Diette G. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal For Quality in Health Care*. 2001;13(6):469-74.
174. Palmer R, Reilly M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical-care. *Medical care*. 1979;17(7):693-717.
175. Sun C, Prufeta P. Using a Delphi Survey to Develop Clinical Nursing Research Priorities Among Nursing Management. *Journal of Nursing Administration*. 2019;49(3):156-62.
176. Chen L, Huang L, Xing M, Feng Z, Shao L, Zhang M, et al. Using the Delphi method to develop nursing-sensitive quality indicators for the NICU. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(3-4):502-13.
177. Sansoni J, Williams K, Morris D, Thompson C, Senior K. Developing patient experience indicators for cancer care: a Delphi study. *Quality of Life Research*. 2016;25:121-2.

178. Young J, Masya L, Solomon M, Shepherd H. Identifying indicators of colorectal cancer care coordination: a Delphi study. *Colorectal Disease*. 2014;16(1):17-25.
179. Sinha I, Smyth R, Williamson P. Using the Delphi Technique to Determine Which Outcomes to Measure in Clinical Trials: Recommendations for the Future Based on a Systematic Review of Existing Studies. *Plos Medicine*. 2011;8(1).
180. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2014 08 mayo 2019. [cited 2019; 30:[179-83 pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011.
181. Valenzuela P, Morales J, Santos-Lozano A, Lucia A. Centenarians breaking records: nature or nurture? *Age and Ageing*. 2018;47(5):761-2.
182. Zapata M. Importancia del sistema grd para alcanzar la eficiencia hospitalaria importance of the grd system to achieve hospital efficiency. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018 10 mayo 2019; 29(3):[347-52 pp.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300592>.
183. Gunnell D, Coast J, Richards S, Peters T, Pounsford J, Darlow M. How great a burden does early discharge to hospital-at-home impose on carers? A randomized controlled trial. *Age and Ageing*. 2000;29(2):137-42.
184. Aguilera X ea. *Las Enfermedades no transmisibles en Chile. Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública: Universidad del Desarrollo*; 2016.
185. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) 2017 [cited 2019 18 mayo]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
186. Leiva L, Sandoval G. Encuesta Nacional de Salud revela aumento en uso de medicamentos. *La Tercera*. 2018;Sect. Nacional.
187. Hermida Porto ML, Dopico Santamariña LM, Lamelo Alfonsín F, Aldámiz Echevarría B, Silva César MA, Vidal-Martínez L. Hospitalización a Domicilio en hospitales públicos gallegos. *Galicia Clin* [Internet]. 2015 19 mayo 2019 [cited 2019 19 mayo]; 76:[7-12 pp.]. Available from: <https://galiciaclinica.info/PDF/31/650.pdf>.

188. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 1999 19 mayo 2019 [cited 2019 19 mayo]; 319:[1547–50. pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28300/>.
189. Macintyre C, Ruth D, Anzari Z. Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: a comparison with in-hospital care. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2002 19 mayo 2019 [cited 2019 19 mayo]; 14:[285-93 pp.]. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/14/4/285/1791252>.
190. Cryer L, Shannon S, Van Amsterdam M, B. L. Costs For ‘ Hospital At Home ’ Patients Were 19 Percent Lower, With Equal Or Better Outcomes Compared To Similar Inpatients. *HEALTH AFFAIRS* [Internet]. 2012 19 mayo 2019 [cited 2019 19 mayo]; 31:[1237-43 pp.]. Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2011.1132>.
191. Lemelin J, Hogg W, Dahrouge S, Armstrong C, Martin C, Zhang W, et al. Patient, informal caregiver and care provider acceptance of a hospital in the home program in Ontario, Canada. *Bmc Health Services Research*. 2007;7.
192. Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with 'Hospital at Home': quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*. 2002;52(474):9-13.
193. Richards S, Coast J, Gunnell D, Peters T, Pounsford J, Darlow M. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *British Medical Journal*. 1998;316(7147):1796-801.
194. Montalto M. Hospital in the home: take the evidence and run. *Medical Journal of Australia*. 1999;170(4):148-9.
195. Summerfelt W, Sulo S, Robinson A, Chess D, Catanzano K. Scalable Hospital at Home With Virtual Physician Visits: Pilot Study. *American Journal of Managed Care*. 2015;21(10):675-+.
196. 2017 AloHaW. Admitted patient care 2015–16: Australian hospital statistics. In: 185. HssnCnH, editor. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2017.

197. Ministerio de Salud. Informe de Seguimiento de Programas Sociales Hospitalización Domiciliaria In: Subdirección de Redes Asistenciales, editor. Santiago de Chile 2016.
198. Edmond C, Pryor G, Parker M. Hospital at home - a review of our experience. *Sicot-J*. 2017;3.
199. DeCherrie LV, Wajnberg A, Soones T, Escobar C, Catalan E, Lubetsky S, et al. Hospital at Home-Plus: A Platform of Facility-Based Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(3):596-602.
200. Ley N° 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (2012).
201. Salud Md. Resolución Exenta N° 1031: Aprueba Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud. Santiago de Chile 2012.
202. The Australian Council on Healthcare Standards. Australasian Clinical Indicator Report: 2008–2015: 17th Edition. Sidney, Australia.2016.
203. Liu AL, McD Taylo D. Adverse events and complications among patients admitted to hospital in the home directly from the emergency department. *Emergency Medicine* [Internet]. 2002 27 mayo 2019; 14:[400-5 pp.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1442-2026.2002.00381.x>.
204. Rossi F, De Oliveira S, Rodrigues S, De Carvalho P. Causas del subregistro de los eventos adversos de medicamentos por los profesionales de la salud: revisión sistemática *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 27 mayo 2019; 48(4):[739-47 pp.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/es_0080-6234-reeusp-48-04-739.pdf.
205. Norton-Westwood D, Robertson-Malt S. A randomized controlled trial to assess the impact of an Admission Service on patient and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2010;16(5):461-71.
206. Maguire P. Making headway with hospital at home 2012 [cited 2019 27 junio]. Available from: <https://www.todayshospitalist.com/making-headway-with-hospital-at-home/>.
207. Gray E, Currey J, Considine J. Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature. *Contemporary Nurse* [Internet]. 2017 27 junio 2019 [cited 2019 27 junio]; 54:[603-16 pp.]. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10376178.2018.1532802?needAccess=true>.

208. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Koehn D, et al. Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(1):117-23.

209. Helm R, Klausner J, Klemperer J, Flint L, Huang E. Accepted but Unacceptable: Peripheral IV Catheter Failure. *Journal of Infusion Nursing*. 2015;38(3):189-203.

210. Braga L, Parreira P, Oliveira A, Monico L, Arreguy-Sena C, Henriques M. Phlebitis and infiltration: vascular trauma associated with the peripheral venous catheter. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2018;26.

211. West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. *Quality in Health Care*. 2001;10(1):40-8.

212. Mark B, Hughes L, Jones C. The role of theory in improving patient safety and quality health care. *Nursing Outlook*. 2004;52(1):11-6.

213. Kaplan A. Citation classic - The conduct of inquiry - methodology for behavioral-science. *Current contents/social & behavioral sciences*. 1980(27):10-.

214. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009 10 agosto 2019; 9:[127-34 pp.]. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>.

215. Hagen E. Appraising the quality of nursing care. *Nurs Res Conf* [Internet]. 1972 10 agosto 2019; 8:[1-8 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4484173>.

216. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2013 Manual de Trabajo. Santiago de Chile 2013 [cited 2015 12 oct]. Available from: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Manual_2013_\(21oct_3\).pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Manual_2013_(21oct_3).pdf)

217. Oliva C, Hidalgo C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psycke* [Internet]. 2004 [cited 2015 13 nov]; 13(2):[173-86 pp.]. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci_arttext.

218. Valdivia G, Bastías G, Márquez P. Magnitud de la enfermedad crónica en Chile. Boletín Esc de Medicina PUniversidad Católica de Chile, [Internet]. 1994 [cited 2015 12 nov]; 23:[35-40 pp.]. Available from: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_9.html.

219. Mandeville P. Tema 9: El coeficiente de correlación intraclase (ICC). Ciencia UANL [Internet]. 2005 10 agosto 2019; 8:[414-6 pp.]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/402/40280322.pdf>.



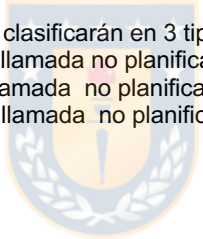
X. ANEXOS

Anexo 1. Definición Nominal y Operacional de las Variables del estudio.

Nominal	Operacional
Variable principal del estudio	
<p>Calidad de la atención en salud: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. Está constituida por las dimensiones de eficacia, eficiencia, equidad, seguridad, centrado en el paciente y aceptabilidad.</p>	<p>Se medirá con indicadores que tributen a las dimensiones de eficacia, eficiencia, equidad, seguridad, centrado en el paciente y aceptabilidad.</p>
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE	
<p>Sexo: características anatómicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres en el momento de su nacimiento.</p>	<p>Se categorizará en Femenino o Masculino según corresponda.</p>
<p>Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.</p>	<p>Se medirá en años cumplidos, expresada en número que declara la persona encuestada al momento de la encuesta respecto a su fecha de nacimiento.</p>
<p>Nivel Escolaridad: nivel educacional más alto alcanzado o nivel Educacional actual.</p>	<p>Se considerarán las siguientes categorías: General básica Educación Media Técnico Nivel superior Profesional Sin estudios</p>
<p>Situación de pareja: condición actual de convivencia de la mujer o del hombre.</p>	<p>Situación de pareja actual declarado por la persona encuestada y se contemplan las siguientes categorías: -<u>Con pareja:</u> persona encuestada refiere tener una pareja actual con la cual convive. -<u>Sin pareja:</u> persona encuestada refiere no tener una pareja actual.</p>
<p>Ocupación: actividad corriente, económica que realizó durante la última semana de referencia.</p>	<p>Se clasifica en las siguientes categorías: -<u>Ocupados:</u> personas que trabajaron al menos 1 hora durante la última semana, recibiendo pago en dinero/especie, o beneficio de empleado/empleador o cuenta propia. Esta categoría se subdivide en: -<u>Asalariados:</u> aquellos individuos que tienen contratos de trabajo implícitos o explícitos, por los que reciben una remuneración básica</p>

	<p>que no depende directamente de los ingresos de la unidad para la que trabajan.</p> <p>-Independientes: aquellos individuos en los que la remuneración depende directamente de los beneficios derivados de los bienes o servicios producidos.</p> <p>-Asesoras de Hogar: aquellas que realizan labores de limpieza, lavado, planchado, compra de provisiones y otros artículos del hogar; prepara y cocina alimentos, sirve comidas y efectúa otras faenas domésticas.</p> <p>-Desocupados: personas que no tuvieron un empleo durante la última semana, buscaron uno durante las últimas cuatro semanas y están disponibles para trabajar las próximas dos semanas.</p> <p>-Inactivos: personas, no ocupadas ni desocupadas, que refieren las siguientes razones de inactividad: razones familiares permanentes, dueñas de casa que trabajan pero sin remuneración, razones de jubilación, pensión o reciben ingresos por concepto de renta.</p>
<p>Relación con el Cuidador principal: relación o parentesco entre la persona responsable del cuidado en el domicilio del paciente durante su estadía en hospitalización domiciliaria y dicho paciente.</p>	<p>Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amigo -Conyugue -Hija -Hijo -Madre -Padre -Suegra -Suegro -Abuela -Abuelo -Otro familiar -Otro no familiar
<p>Comuna de residencia: lugar donde reside el paciente durante su estadía en hospitalización domiciliaria.</p>	<p>Las comunas correspondientes al área de cobertura de la unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chillán -Chillán Viejo
<p>Sistema Previsional de Salud: constituye la forma principal de financiamiento de la mayoría de los gastos en salud(216).</p>	<p>Se clasificará en(216):</p> <p>-<u>Sistema Público FONASA:</u> Los afiliados a FONASA son clasificados en cuatro grupos distintos de acuerdo a sus ingresos: Grupos A, B, C y D.</p> <p>Tramo A: Personas indigentes o carentes de recursos, Beneficiarios de pensiones básicas solidarias y/o Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).</p> <p>Tramo B: Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$241.000 pesos.</p> <p>Tramo C: Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$241.000 pesos y menor o igual a \$351.860 pesos (Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B).</p> <p>Tramo D: Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$351.860 pesos (Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C).</p> <p>-<u>Sistema de las FF. AA. y del Orden:</u> Entrega cobertura en salud a las personas que trabajan, son cargas o se encuentran en retiro en alguna de las siguientes instituciones: Ejército de Chile, Armada de Chile, Fuerza Aérea de Chile y Carabineros de Chile.</p> <p>-<u>Sistema Privado de Salud a través de las Instituciones de Salud Previsional, Isapre.</u></p>

<p>Satisfacción del paciente: grado de congruencia que existe entre las expectativas del paciente de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (217).</p>	<p>Se evaluará a través de una encuesta desarrollada para ese fin(12) la que fue utilizada por el Ministerio de Salud de Chile y adaptada por la tesista:</p> <p>El paciente deberá calificar con nota del 1 al 7 cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación. El puntaje final corresponderá al promedio de notas obtenida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Recepción a la Unidad de H.D (entrega de Información, orientación, etc.) 2.Tiempos de espera 3.Atención Otorgada por la Unidad de HD 4.Acceso telefónico a Unidad de H.D 5.Información para el caso de emergencia 6.Información para el Alta 7.Disposición a solucionar problemas 8.Presentación personal 9.Rapidez de respuesta a consultas 10.Trato Recibido <p>Valoración cualitativa del promedio de notas obtenido:</p> <p>1,0 -3,9 = Deficiente 4,0 – 4,9 = Regular 5,0 – 5,9 = Buena 6,0 – 7,0 = Muy buena</p>
<p>Satisfacción del Cuidador Principal: grado de congruencia que existe entre las expectativas del Cuidador Principal de una atención ideal en salud otorgada a su familiar y la percepción de éste del servicio que recibió.</p>	<p>Se evaluará a través de una encuesta desarrollada para ese fin(12) la que fue utilizada por el Ministerio de Salud de Chile y adaptada por la tesista:</p> <p>El Cuidador Principal deberá calificar con nota del 1 al 7 cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación. El puntaje final corresponderá al promedio de notas obtenida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Recepción a la Unidad de H.D (entrega de Información, orientación, etc.) 2.Tiempos de espera 3.Atención Otorgada por la Unidad de HD 4.Acceso telefónico a Unidad de H.D 5.Información para el caso de emergencia 6.Información para el Alta 7.Disposición a solucionar problemas 8.Presentación personal 9.Rapidez de respuesta a consultas 10.Trato Recibido <p>Valoración cualitativa del promedio de notas obtenido:</p> <p>1,0 - 3,9 = Deficiente 4,0 – 4,9 = Regular 5,0 – 5,9 = Buena 6,0 – 7,0 = Muy buena</p>
Variables de Salud del paciente	
<p>Diagnóstico de Ingreso a HD: Corresponde al diagnóstico médico por el cual es ingresado el usuario a una unidad de HD.</p>	<p>Se considerarán los siguientes diagnósticos (12):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neumonía adquirida en la comunidad -Infección del tracto urinario -Pielonefritis aguda -Sepsis -Cáncer -Úlceras -Osteomielitis -Trombosis Venosa Profunda -Otras condiciones infecciosas
<p>Objetivo del ingreso a HD: Corresponde al propósito por el cual un</p>	<p>El objetivo de ingreso a HD se vinculará a la o las prestaciones que recibe el paciente durante la hospitalización en su domicilio. Se considerarán las siguientes prestaciones:</p>

<p>paciente es ingresado a la unidad de HD.</p>	<p>Oxigenoterapia Kinesioterapia respiratoria Kinesioterapia motora Tratamiento Endovenoso cada 24 horas Tratamiento Endovenoso cada 12 horas Tratamiento Endovenoso cada 8 horas Control Postoperatorio Control Electrolítico Hidratación Parenteral Prevención de úlceras por presión Manejo VMNI /BIPAP Control Metabólico Control Hemodinámico Curaciones Avanzadas Manejo de Sondas Manejo de traqueotomía Manejo de gastrostomía Manejo de otras ostomías Traslape de TACO Optimizar medicamentos específicos: Insulina, B-bloqueantes, otros.</p>
<p>Llamada telefónica no planificada: corresponde a la llamada telefónica que realiza de manera inesperada el paciente ingresado a HD o el equipo de salud a cargo de su cuidado debido a dudas en el tratamiento, complicaciones clínicas, falla en algún insumo médico, etc.</p>	<p>Se clasificarán en 3 tipos: ≥ 1 llamada no planificada realizadas por paciente³ 1 llamada no planificada realizada por el equipo³ >1 llamada no planificada realizada por el equipo³</p> 
<p>Complicaciones clínicas: alteraciones físicas y/o psíquicas del paciente originadas durante su estadía en hospitalización domiciliaria.</p>	<p>Las complicaciones clínicas se categorizarán en (130): -Síndrome Confusional Agudo -Caídas -Úlceras por presión -Flebitis -Infecciones asociadas a la atención en salud en domicilio -Alteraciones digestivas (diarrea, vómitos, náuseas, constipación)</p>
<p>Patologías crónicas de base: conjunto de enfermedades crónicas no transmisibles diagnosticadas al paciente previo al ingreso o durante su estadía en HD.</p>	<p>Se categorizarán como sigue (218): -Tumores malignos en todas sus localizaciones. -Enfermedades del aparato cardiovascular: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria. - Diabetes mellitus. - Cirrosis hepática. - Enfermedad pulmonar crónica. - Enfermedades mentales.</p>
<p>Hospitalizaciones previas: corresponde a las hospitalizaciones convencionales que ha tenido un paciente en el último año previo al ingreso a una unidad de HD.</p>	<p>Se clasificarán en los siguientes rangos: Ninguna hospitalización previa 1 hospitalización previa 2 hospitalizaciones previas 3 o más hospitalizaciones previas</p>
<p>Medicamentos de uso actual: corresponde al número de fármacos que</p>	<p>Se clasificará en: 0</p>

usa un paciente al momento de a entrevista.	1 – 2 3 – 4 5 – 9 10 o más
Variables Administrativas Hospitalarias	
Servicio de Procedencia: servicio o unidad clínica del hospital de donde proviene el paciente ingresado a hospitalización domiciliaria.	Se considerarán los siguientes servicios: - <u>Servicio de Medicina Interna</u> : servicio responsable de la atención de los pacientes ambulatorios y hospitalizados afectados por patologías médicas del adulto, es decir, aquellas que pueden ser sometidas a tratamiento médico, no quirúrgico. - <u>Servicio de Cirugía</u> : servicio que atiende patologías quirúrgicas de diversas especialidades. - <u>Servicio de Urgencia</u> : unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta. - <u>Policlínico de especialidades</u>
Ingresos de HD: Cantidad de pacientes que se incorporan a una unidad de hospitalización domiciliaria en un tiempo determinado.	Número absoluto de pacientes ingresados a hospitalización domiciliaria en un periodo de tiempo determinado.
Altas de HD: cantidad de pacientes dados de alta desde una unidad de hospitalización domiciliaria en un tiempo determinado.	Número absoluto de pacientes dados de alta de hospitalización domiciliaria en un periodo de tiempo determinado
Personas atendidas: cantidad de personas que reciben atención en una unidad de hospitalización domiciliaria en un tiempo determinado.	Número absoluto de pacientes atendidos en hospitalización domiciliaria en un periodo de tiempo determinado
Días de estancia: total de días en las que se encuentra hospitalizado un paciente en un servicio o unidad clínica considerando los días correspondientes a la hospitalización convencional más los días en hospitalización domiciliaria.	Número absoluto de días en que se encuentra hospitalizado un usuario en un servicio o unidad convencional dentro de un hospital más los días que se encuentra hospitalizado en su propio domicilio bajo el cuidado de hospitalización domiciliaria.
Días de estancia en HD: corresponde al total de días en las que se encuentra hospitalizado un paciente en un programa de hospitalización domiciliaria.	Número absoluto de días en que se encuentra hospitalizado un usuario en su propio domicilio bajo el cuidado de hospitalización domiciliaria.
Reingreso a HD: corresponde al regreso de un paciente desde el establecimiento	Se categorizarán según las siguientes opciones: Pacientes que retornan al programa de HD en ≤24 horas ³ Pacientes que no retornan a HD luego del reingreso hospitalario ³

hospitalario a la unidad de hospitalización domiciliaria luego de un reingreso al hospital no programado.	Pacientes que retornan al programa de HD en >24 horas ³
Reingreso hospitalario: regreso de un paciente ingresado a hospitalización domiciliaria al establecimiento hospitalario de procedencia a causa de una complicación clínica imposible de manejar en el domicilio durante su estadía en HD.	Se considerarán las siguientes posibilidades de reingreso hospitalario: -Reingreso del paciente al hospital previo al cumplimiento de 24 horas hospitalizado en hospitalización domiciliaria. -Reingreso del paciente hospitalizado en HD al hospital, posterior a 24 horas desde que el paciente se encuentra en su hogar.
Fallecimiento: muerte del paciente durante su estadía en HD.	Se considerarán las siguientes alternativas: <u>Fallecimiento esperado:</u> a causa de una enfermedad terminal diagnosticada previamente al ingreso a HD. <u>Fallecimiento no esperado:</u> a causa de una complicación clínica o diagnóstico que no se encontraba presente previo al ingreso del paciente a HD.



Anexo 2. Cuestionario 1 a utilizar en la Ronda 1 de la Técnica e-Delphi.

Google Forms

¿Tienes problemas para ver o enviar este formulario?

RELLENAR EN FORMULARIOS DE GOOGLE

Estimados muchas gracias por haber aceptado participar de mi estudio. Ruego a ustedes enviar lo antes posible las respuestas del Cuestionario 1 para poder continuar con el e-Delphi de mi tesis doctoral.

Antecedentes Personales del Experto

Ronda 1 e-Delphi de Tesis: "Generación de indicadores para la evaluación de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria".

Estimado Experto/a: Ruego a usted enviar respuestas a la brevedad.

Dirección de correo electrónico *

Teléfono lugar de trabajo (incluir código de área). Si desea puede incluir también su teléfono móvil. *

1. ¿ A que hospital público pertenece su unidad de hospitalización domiciliaria? *

2. ¿ Cual es su profesión? *

3. ¿Su cargo en hospitalización domiciliaria conlleva trato directo con pacientes? *

4. ¿ Cuanto tiempo lleva trabajando en hospitalización domiciliaria? *

5. Lugar de experiencia laboral previa *

Con la tecnología de  Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

Responda en el espacio asignado la pregunta que se plantea a continuación.

Si usted tuviese que evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a los pacientes en la unidad de hospitalización domiciliaria en la que usted trabaja:

Continuación Anexo 2. Cuestionario 1 a utilizar en la Ronda 1 de la Técnica e-Delphi.

1. ¿Qué aspectos de estas unidades considera usted importantes de ser evaluados mediante indicadores de acuerdo a la dimensión de seguridad?
2. ¿Qué aspectos de estas unidades considera usted importantes de ser evaluados mediante indicadores de acuerdo a la dimensión de efectividad?
3. ¿Qué aspectos de estas unidades considera usted importantes de ser evaluados mediante indicadores de acuerdo a la dimensión de centrado en el paciente?
4. ¿Qué aspectos de estas unidades considera usted importantes de ser evaluados mediante indicadores de acuerdo a la dimensión de oportunidad?
5. ¿Qué aspectos de estas unidades considera usted importantes de ser evaluados mediante indicadores de acuerdo a la dimensión de eficiencia?
6. ¿Qué aspectos de estas unidades considera usted importantes de ser evaluados mediante indicadores de acuerdo a la dimensión de equidad?

Anexo 3. Instrucciones dadas al panel de expertos en Cuestionario 2.



Cuestionario 2

1. SEGURIDAD

INSTRUCCIONES

- Seleccione la alternativa que representa el nivel de acuerdo que tiene usted respecto al criterio dado para cada indicador propuesto.
- Si usted lo desea, puede escribir comentarios en el apartado "Otros" respecto al indicador propuesto con el fin de perfeccionar el nombre del indicador, la fórmula, o cualquier otro término poco claro para usted.
- Se ruega poner especial énfasis en el **umbral o estándar de cumplimiento** que se propone alcanzar en cada indicador ya que como no existe literatura científica actual que avale dichos valores en el contexto de hospitalización domiciliaria, los Expertos en el tema, es decir, ustedes, deben proponer los mejores y más adecuados umbrales de acuerdo a su propia experiencia.

* 1. Indicador N° 1: Porcentaje de caídas de pacientes en domicilio

Nombre del indicador	Porcentaje de caídas de pacientes en domicilio
ITEM	DEFINICIÓN
Justificación	Caída es definida como un cambio en la posición, de forma súbita e inexplicable, donde el paciente cae al suelo de forma no intencional. La incidencia de caídas varía en rangos de 2,2 a 7,1 caídas por 1000 días/paciente dependiendo del servicio de origen y tipo de paciente. Corresponde a un Evento Adverso prevenible. Nivel de Evidencia C: Opinión de expertos
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes en HD que presenta una caída}}{\text{Número total de pacientes en HD}} \times 100$
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.
Población	Los pacientes deben encontrarse en su domicilio para hacer efectiva esta evaluación, es decir, se excluyen aquellos pacientes que habiendo sido ingresados a HD, todavía permanecen en un servicio hospitalario convencional en espera del traslado a su hogar.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería
Estándar	< 2%
Comentarios	-Rohde JM, Myers AH, Vlahov D. Variation in risk for falls by clinical department: Implications for prevention. Infect Control Hosp Epidemiol 1990;11:521-4. -Vera L, Kraemer P. Revisión de Estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Calidad y Seguridad del paciente. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 1ª edición octubre 2008. -Artigas M. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Caídas en pacientes hospitalizados. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud Chile.

Continuación anexo 3: Instrucciones dadas al panel de expertos en Cuestionario 2.

	En total desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.El indicador es una medida útil para valorar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.El indicador está escrito en forma concreta y ordenada y, no necesita ser modificado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.El indicador es indispensable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.El indicador incorpora información que puede ser extraída de los registros de un programa de hospitalización domiciliaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro (especifique)	<div data-bbox="321 1024 787 1155" style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>				



Anexo 4. Instrucciones dadas al panel de expertos en Cuestionario 3.



Ronda 3

Indicadores Seleccionados en Ronda 2

A continuación se presenta la evaluación que usted y los demás expertos hicieron de todos los indicadores desarrollados en La Ronda 2.

Los indicadores seleccionados obtuvieron como mínimo el 65% de consenso entre todos los Expertos.

El consenso para cada indicador se logró de la siguiente forma:

- Se consideró como "indicador aprobado" aquel que tuviese la valoración **De Acuerdo** y/o **Totalmente de Acuerdo** en cada uno de los 4 criterios evaluados en un porcentaje igual o superior a 65%.

- Si en alguno de los 4 criterios no se obtuvo el mínimo de consenso, el indicador fue inmediatamente excluido.

Ejemplo:

Cuestionario 2

Indicador Nº 1: Porcentaje de caídas de pacientes en domicilio	En total desacuerdo	En desacuerdo	Medianamente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Rating Average	Número de Expertos	% aprobación	Resultado Final
1.El indicador es una medida útil para valorar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.	1	1	6	5	1	3,29	14	42,8	No se aprueba el uso del indicador
2.El indicador está escrito en forma concreta y ordenada y, no necesita ser modificado.	1	1	1	7	4	3,86	14	78,5	
3.El indicador es indispensable.	2	4	4	2	2	2,86	14	28,5	
4.El indicador incorpora información que puede ser extraída de los registros de un programa de hospitalización domiciliaria.	3	1	3	5	2	3,14	14	50	
Otro (especifique)							6		
							answered question	14	
							skipped question	0	

Explicación:

- En amarillo se encuentran las valoraciones **De Acuerdo** y **Parcialmente de Acuerdo**. Estas fueron las únicas valoraciones consideradas para calificar como "aprobado" cada indicador.

- Dentro del óvalo con línea punteada roja se pueden observar los porcentajes de consenso de los expertos para ese indicador. Se muestra que dos de los criterios evaluados (criterio 3 y 4) no obtuvieron un consenso igual o superior al 65%, por este motivo, este indicador fue excluido.

- Para que este indicador hubiera sido "aprobado", los cuatro criterios de la tabla debieron tener un porcentaje de consenso igual o superior al 65%.

Continuación anexo 4. Instrucciones dadas al panel de expertos en Cuestionario 3.

INSTRUCCIONES:

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA LA EVALUACIÓN QUE USTED Y LOS DEMÁS EXPERTOS REALIZARON DE LOS 36 INDICADORES DESARROLLADOS EN LA ETAPA PREVIA DEL E-DELPHI EN ESTA OPORTUNIDAD LE PIDO QUE POR FAVOR CONFIRME LAS DECISIONES QUE USTED TOMÓ ANTERIORMENTE. PARA ELLO SÓLO DEBE SELECCIONAR UNA DE LAS DOS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA:

- a) Apruebo el indicador
- b) Repruebo el indicador

Nota: en esta última etapa del e-Delphi usted puede cambiar de opinión respecto a su previa evaluación si lo considera apropiado.

Muchas gracias por su colaboración

1. Estimado Experto:

¿Usted aprueba o reprueba el uso del indicador N°1 para evaluar la Calidad de la Atención en Salud en Programas de Hospitalización Domiciliaria?

Indicador N° 1: Porcentaje de caídas de pacientes en domicilio		
Criterio	Porcentaje de aprobación 65%	Resultado final
1.El indicador es una medida útil para valorar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.	42,8	Indicador no aprobado
2.El indicador está escrito en forma concreta y ordenada y, no necesita ser modificado.	78,5	
3.El indicador es indispensable.	28,5	
4.El indicador incorpora información que puede ser extraída de los registros de un programa de hospitalización domiciliaria.	50	

Expertos que evaluaron el indicador: 14

- Apruebo el indicador
- Repruebo el indicador

Comentarios

Anexo 5. Prueba Piloto del estudio.

Periodo de tiempo

La Prueba Piloto se comenzó a desarrollar el 10 de julio del año 2017 y se extendió hasta el 31 de agosto del mismo año, es decir, 44 días hábiles. Durante el periodo de tiempo especificado, se logró entrevistar a 15 pacientes con sus respectivos cuidadores con el propósito de evaluar la satisfacción usuaria en relación a la atención recibida por la unidad de hospitalización domiciliaria. Además, se revisaron un total de 98 fichas clínicas correspondientes a todos los pacientes egresados de la unidad de hospitalización domiciliaria en el periodo en estudio.



Recolección de datos

La recolección de datos fue realizada por la tesista y por un colaborador contratado de manera específica para dicho trabajo. El colaborador era enfermero y funcionario de la unidad de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico Herminia Martín de Chillán. Ambos desarrollaron la recolección de datos de manera independiente, entrevistaron a los mismos pacientes y cuidadores y revisaron las mismas fichas clínicas correspondientes a todos los egresos de la unidad de HD del periodo en estudio.

Instrumento recolector de datos

El instrumento recolector de datos fue elaborado por la tesista y estuvo constituido por 25 variables que posteriormente fueron utilizadas en la medición de los indicadores correspondientes al “Conjunto de Indicadores Primario”.

Instrumento recolector de datos Prueba Piloto.

Variable	Dato observado
1. Nota Satisfacción usuaria paciente	
2. Nota satisfacción usuaria cuidador	
3. Reclamos	
4. Reclamos resueltos en 15 días o menos	
5. Fallecido (1 = sí; 0 = no)	
6. Fallecimiento inesperado (1 = sí; 0 = no)	
7. Días de estancia en HD	
8. Diagnóstico egreso NAC (1 = sí; 0 = no)	
9. Diagnóstico egreso ITU (1 = sí; 0 = no)	
10. Diagnóstico egreso PNA (1 = sí; 0 = no)	
11. Visitas domiciliarias recibidas	
12. Horas de demora de la 1ª visita domiciliaria	
13. Visitas médicas recibidas	
14. FC con registro de la entrega de información básica (1 = sí; 0 = no)	
15. FC con registro de entrega de Epicrisis al alta (1 = sí; 0 = no)	
16. Exámenes de laboratorio (cantidad por paciente)	
17. Lesiones por presión (cantidad por paciente)	
18. Escala identificación riesgo LPP aplicada al ingreso (1 = sí; 0 = no)	
19. Reingreso por descompensación patología de ingreso a HD (1 = sí; 0 = no)	
20. Reingreso por otras causas (1 = sí; 0 = no)	
21. Catéteres venosos periféricos por paciente	
22. Catéteres venosos periféricos vigentes, permeables y sin infección (cantidad)	
23. Complicación clínica presente (1 = sí; 0 = no)	
24. Flebitis (cantidad por paciente)	
25. Error de medicación notificado (cantidad por paciente)	

Fuente: Idem Tabla 5.

Recomendaciones de mejora

A continuación se presenta una serie de recomendaciones de mejora para los indicadores que surgieron luego de la realización de la Prueba Piloto.

Tesista:

- Detallar que sólo se incorporarán los exámenes de laboratorio que impliquen extracción de sangre. Se contarán sólo el número de extracciones realizadas, no que exámenes de laboratorio en específico se evaluaron.
- Explicar que en una misma visita domiciliaria pueden acudir más de un miembro del equipo HD al domicilio. Independiente de ello, sólo se contabilizará el número de veces que el paciente recibe la visita, no el número de profesionales que participa de cada una de ellas.
- Encuestas de Satisfacción Usuaría: detallar más en que consiste cada criterio que debe ser calificado por pacientes y cuidadores.
- Especificar que serían las “complicaciones nocturnas”.
- Incorporar “complicaciones digestivas” al indicador relativo a esta temática ya que se observó que numerosos pacientes padecen de este tipo de dolencias durante su hospitalización domiciliaria.

Limitaciones de la prueba piloto

Una limitante importante en el desarrollo de la prueba piloto fue el hallazgo de un colaborador que cumpliera con los requisitos necesarios para desempeñarse como tal: enfermero/a, funcionario de la unidad de hospitalización domiciliaria en estudio, con posibilidad de traslado mediante vehículo particular y con tiempo disponible para desempeñarse como colaborador. Se entrevistaron a 4 enfermeros que podrían cumplir con los requisitos antes mencionados, pero sólo uno finalmente desarrolló dicho trabajo. El periodo de búsqueda del colaborador retrasó en 1 mes la puesta en marcha de la prueba piloto.

En primera instancia, se pensó incluir en la prueba piloto una muestra de 30 pacientes con sus respectivos cuidadores. Durante el desarrollo de la prueba piloto, la tesista se percató que a pesar de que el flujo de egresos de la unidad HD era alto (aproximadamente más de 50 pacientes por mes), los que cumplían criterios para ser entrevistados fue muy inferior. Esto se vio reflejado en el total de pacientes que finalmente fueron entrevistados, $n=15$. Se observó que el criterio de exclusión que se repitió con mayor frecuencia fue "Paciente con alteración neurológica que impida una comunicación fluida con la tesista". Otras circunstancias que impidieron realizar algunas entrevistas fueron que el paciente o el cuidador se encontraban fuera del área geográfica de cobertura de la unidad HD y que el cuidador se encontraba trabajando en el horario en que tanto el colaborador como la tesista podían acudir al domicilio para hacer las entrevistas.

Como la prueba piloto ya se había retrasado 1 mes por la dificultad en la búsqueda de un colaborador para la recolección de datos, se decidió no extender más esta etapa de la tesis teniendo en cuenta que ya se tenían 98 fichas clínicas revisadas, incluyendo a los 15 pacientes y sus respectivos cuidadores entrevistados.

Análisis estadístico prueba piloto

Fiabilidad del Conjunto de Indicadores Primario

La fiabilidad de cada una de las variables que componen el Conjunto de Indicadores Primario fue analizada con el Índice Kappa, correlación intraclass o de asociación simple de acuerdo a las características de cada variable. Los resultados de la prueba piloto se detallan en la siguiente tabla:.

Fiabilidad del Conjunto de Indicadores Primario.

Variable	Correlación intraclase	Indice Kappa	Similitud Asociación Simple
1. Nota Satisfacción usuaria paciente ^a	-	-	-
2. Nota satisfacción usuaria cuidador ^a	-	-	-
3. Reclamos	-	Concordancia absoluta	-
4. Reclamos resueltos en 15 días o menos	-	Concordancia absoluta	-
5. Fallecido (1 = sí; 0 = no)	-	,928	-
6. Fallecimiento inesperado (1 = sí; 0 = no)	-	-	,980
7. Días de estancia en HD	,948	-	-
8. Diagnóstico egreso NAC (1 = sí; 0 = no)	-	,809	-
9. Diagnóstico egreso ITU (1 = sí; 0 = no)	-	,728	-
10. Diagnóstico egreso PNA (1 = sí; 0 = no)	-	,753	-
11. Visitas domiciliarias recibidas	,985	-	-
12. Horas de demora de la 1ª visita domiciliaria	-	SR	-
13. Visitas médicas recibidas	,983	-	-
14. FC con registro de la entrega de información básica (1 = sí; 0 = no)	-	SR	-
15. FC con registro de entrega de Epicrisis al alta (1 = sí; 0 = no)	-	SR	-
16. Exámenes de laboratorio (cantidad por paciente)	,711	-	-
17. Lesiones por presión (cantidad por paciente) ^a	-	-	-
18. Escala identificación riesgo LPP aplicada al ingreso (1 = sí; 0 = no)	-	-	,969
19. Reingreso por descompensación patología de ingreso a HD (1 = sí; 0 = no)	-	,651	-
20. Reingreso por otras causas (1 = sí; 0 = no)	-	,220	-
21. Catéteres venosos periféricos por paciente	,892	-	-
22. Catéteres venosos periféricos vigentes, permeables y sin infección (cantidad)	,793	-	-
23. Complicación clínica presente (1 = sí; 0 = no)	-	,456	-
24. Flebitis (cantidad por paciente)	,793	-	-
25. Error de medicación notificado (cantidad por paciente)	Concordancia absoluta	-	-

Fuente: Idem Tabla 5.

^a No fue posible medir las variables por el bajo número de casos.

SR: sin registro.

Los valores considerados para clasificar los resultados obtenidos en la prueba piloto se muestra en las siguientes tablas:

Tabla. Valores Índice Correlación Intraclase e Índice Kappa (219)

Valor	Grado de acuerdo
0	Pobre
0.01 – 0.20	Leve
0.21 – 0.40	Regular
0.41 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Substancial
0.81 – 1.00	Casi perfecto

Fuente: Mandeville P. Tema 9: El coeficiente de correlación intraclase (ICC). Ciencia UANL [Internet]. 2005 10 agosto 2019; 8:[414-6 pp.]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/402/40280322.pdf>.

Análisis:

De las 25 variables medidas, 3 presentaron “concordancia absoluta”, 8 presentaron un grado de acuerdo “casi perfecto”, 6 presentaron un grado de acuerdo “substancial”, 1 presentó un grado de acuerdo “moderado” y también 1 variable presentó un grado de acuerdo “regular”. Al analizar estos resultados, se observó que aquellas variables con el menor grado de acuerdo entre el colaborador del estudio y la investigadora tuvieron relación principalmente por la dificultad de comprensión de los registros en las fichas clínicas de los pacientes de la unidad de HD. Se comunicó este inconveniente al equipo de salud de la unidad de HD con lo que se logró que estos mejoraran la legibilidad de sus registros en las fichas clínicas. Por esta razón, se decidió mantener el mismo instrumento de recolección de datos para la fase cuantitativa posterior.

Por otra parte, las variables 14 y 15 que no pudieron ser medidas porque no existía el registro de esos datos en las fichas clínicas durante la ejecución de la prueba piloto, fueron recolectadas exitosamente en la fase cuantitativa gracias a que se manifestó dicha dificultad al equipo. A partir de ello, los profesionales de

la salud de la unidad de HD comenzaron a generar nuevos registros para las mencionadas variables.



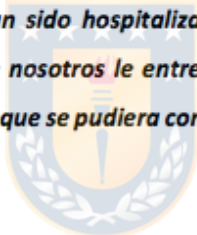
Anexo 6. Pre-consentimiento verbal.

PRE- CONSENTIMIENTO VERBAL

Tesis doctoral

"Generación de indicadores para la evaluación de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria"

Don/ña (paciente)..... le comento que una enfermera docente de la Universidad de Concepción está realizando una investigación para mejorar la calidad de la atención en salud que se otorga en Hospitalización Domiciliaria. Para ello necesita contactarse con personas que hayan sido hospitalizados bajo esta modalidad, ¿usted estaría dispuesto a que nosotros le entreguemos su número de teléfono a esta investigadora para que se pudiera contactar con usted y hacerle algunas preguntas?



Marque con una X la respuesta del paciente y del cuidador principal:

Respuesta del paciente	ACEPTA ____	NO ACEPTA ____
Respuesta del cuidador principal	ACEPTA ____	NO ACEPTA ____

Nombre de quien solicita el pre-consentimiento _____

Fecha _____

**Por favor anexar este documento a la Ficha Clínica del paciente.*

Anexo 7. Consentimiento Informado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
(PACIENTE)**



TÍTULO DEL ESTUDIO: Generación de indicadores para la evaluación de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

INVESTIGADORA RESPONSABLE: CAROLINA PUCHI GÓMEZ, Enfermera Especialista en Geriátrica, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción. RUT: 16.155.205-4.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN: Hospital Clínico "Herminda Martin" de Chillán.

TELÉFONO DE CONTACTO 24 HORAS: 9-81947073 (celular Investigadora Responsable).

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en Enfermería. Ha sido seleccionado a participar de este estudio por haber sido egresado de un programa de hospitalización domiciliaria.

Antes de decidir si participa o no, debe estar informado, conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Si usted presenta alguna duda o desea hacer un comentario respecto a este documento, no dude en plantearlo a la Investigadora Responsable.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Generar indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

El beneficio que se obtendrá de este estudio es información que contribuirá a la evaluación de la calidad de la atención en salud que se otorga a los pacientes ingresados a programas de hospitalización domiciliaria. El conocimiento del nivel de calidad de dichos programas, permitirá en un futuro, incrementar los niveles de calidad de este tipo de modalidad asistencial.

3. CENTRO DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

Este estudio se realizará en el programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico "Herminda Martin" de Chillán, Región de Ñuble, Chile.

CI Versión y fecha: N° 4.0-PHD/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martin", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez



4. PERSONAS QUE PARTICIPARÁN DEL ESTUDIO

En este estudio participarán pacientes egresados del programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico "Herminda Martín" de Chillán y sus respectivos cuidadores principales.

5. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio recibirá una visita domiciliaria de parte de la Investigadora Responsable de este estudio donde se le aplicará un cuestionario que buscará completar algunos datos personales de usted tales como su situación de pareja, ocupación y nivel educacional entre otros y evaluar la satisfacción que usted ha tenido con la atención recibida por el programa de hospitalización domiciliaria donde usted fue ingresado. La duración de la aplicación de dicha encuesta se extenderá por 30 a 40 minutos y se realizará por una única vez.

La recolección de los datos para este estudio se realizará en 06 (seis) meses. Sin embargo, como fue mencionado anteriormente, su participación será una única vez.

Además, la Investigadora Responsable, deberá acceder a información médica de usted desde su ficha clínica y otros documentos utilizados en el programa de hospitalización domiciliaria donde usted fue ingresado. Para ello, se requiere su autorización.

6. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

No existe riesgo identificable en participar en esta investigación. Sin embargo si Ud. entiende que no debe contestar a alguna pregunta, será respetada su voluntad.

7. RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR

La Investigadora Responsable deberá velar por la confidencialidad y anonimato de todos los datos que usted proporcione para esta investigación, los cuales estarán bajo su custodia por un periodo de 05 (cinco) años. Nunca se darán a conocer sus datos personales a personas ajenas a este trabajo de investigación.

Para identificar a cada participante de este estudio, se procurará almacenar la información bajo códigos numéricos, evitando de este modo utilizar el nombre de cada paciente.

Se le informarán todos los hallazgos nuevos e importantes que salgan a la luz durante la realización de esta investigación que puedan afectar su decisión de seguir participando en el estudio.

Los datos obtenidos solo se utilizarán para este estudio.

CI Versión y fecha: N° 4 0-PHD/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martín", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez



8. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y, tampoco recibirá compensación económica alguna por su participación.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.
- Se le entregará una copia firmada y fechada de este documento.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con certificado del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y el Comité Ético Científico del Hospital Clínico "Herminda Martín", de Chillán. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, usted puede contactarse con el Presidente del Comité Ético Científico del Hospital Clínico "Herminda Martín" de Chillán, Dr. Carlos Escudero Orozco, al teléfono 42-2587431.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado que sigue y es parte de este documento.



CI Versión y fecha: N° 4.0-PHD/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martín", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez

ACTA DE DECLARACIONES Y FIRMAS

COMO PARTICIPANTE DEL ESTUDIO, CONFIRMO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que comprendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información médica de mi ficha clínica sea recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en esta información escrita y formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna
- Recibiré una copia firmada y fechada de este documento.
- Estoy en conocimiento que al firmar este documento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante (paciente) en letra imprenta

Firma del participante

Fecha de la firma

Yo, la que suscribe, Investigadora Responsable de esta investigación, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

Se le proporcionará al paciente una copia de este documento de consentimiento informado regularmente firmado.

Nombre de la Investigadora Responsable en letra imprenta

Firma de la Investigadora Responsable

Fecha de la firma

**Firma Directora del Centro o su delegado/
Ministro de Fe**

Fecha de la firma

CI Versión y fecha: N° 4.0-PHD/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martín" Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez





**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
(CUIDADOR PRINCIPAL)**



TÍTULO DEL ESTUDIO: Generación de indicadores para la evaluación de la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

INVESTIGADORA RESPONSABLE: CAROLINA PUCHI GÓMEZ, Enfermera Especialista en Geriátrica, Alumna del Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción. RUT: 16.155.205-4.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN: Hospital Clínico "Herminda Martin" de Chillán.

TELÉFONO DE CONTACTO 24 HORAS: 9-81947073 (celular Investigadora Responsable).

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en Enfermería. Ha sido seleccionado a participar de este estudio por ser cuidador principal de un paciente que fue ingresado a un programa de hospitalización domiciliaria.

Antes de decidir si participa o no, debe estar informado, conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Si usted presenta alguna duda o desea hacer un comentario respecto a este documento y su participación, no dude en plantearlo a la Investigadora Responsable.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Generar indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

El beneficio que se obtendrá de este estudio es información que contribuirá a la evaluación de la calidad de la atención en salud que se otorga a los pacientes ingresados a programas de hospitalización domiciliaria. El conocimiento del nivel de calidad de dichos programas, permitirá en un futuro, incrementar los niveles de calidad de este tipo de modalidad asistencial.

3. CENTRO DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

Este estudio se realizará en el programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico "Herminda Martin" de Chillán, Región de Ñuble, Chile.

CI Versión y fecha: N° 4.0-CP/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martin", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez



4. PERSONAS QUE PARTICIPARÁN DEL ESTUDIO

En este estudio participará pacientes egresados del programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico "Herminda Martin" de Chillán y sus respectivos cuidadores principales.

5. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio recibirá una visita domiciliaria de parte de la Investigadora Responsable de este estudio donde se le aplicará un cuestionario que buscará completar algunos datos personales de usted tales como su situación de pareja, ocupación y nivel educacional entre otros y evaluar la satisfacción que usted ha tenido con la atención recibida por el programa de hospitalización domiciliaria donde fue ingresado su familiar. La duración de la aplicación de dicha encuesta se extenderá por 30 a 40 minutos y se realizará por una única vez.

La recolección de los datos para este estudio se realizará en 06 (seis) meses. Sin embargo, como fue mencionado anteriormente, su participación será una única vez.

Además, la Investigadora Responsable de este estudio deberá acceder a información médica de su familiar desde la ficha clínica y otros documentos utilizados en el programa de hospitalización domiciliaria donde éste fue ingresado, siempre y cuando el paciente lo autorice.

6. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

No existe riesgo identificable en participar en esta investigación. Sin embargo si Ud. entiende que no debe contestar a alguna pregunta, será respetada su voluntad.

7. RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR

La Investigadora Responsable deberá velar por la confidencialidad y anonimato de todos los datos que usted proporcione para esta investigación, los cuales estarán bajo su custodia por un periodo de 05 (cinco) años. Nunca se darán a conocer sus datos personales a personas ajenas a este trabajo de investigación.

Para identificar a cada participante de este estudio, se procurará almacenar la información bajo códigos numéricos, evitando de este modo utilizar el nombre de cada participante.

Se le informarán todos los hallazgos nuevos e importantes que salgan a la luz durante la realización de esta investigación que puedan afectar su decisión de seguir participando en el estudio.

Los datos obtenidos sólo se utilizarán para este estudio.

CI Versión y fecha: N° 4.0-CP/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martin", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolirfa Puchi Gómez



8. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y, tampoco recibirá compensación económica alguna por su participación.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.
- Se le entregará una copia firmada y fechada de este documento.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, con certificado del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, y la aprobación del Comité Ético Científico del Hospital Clínico "Herminda Martín", de Chillán. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, usted puede contactarse con el Presidente del Comité Ético Científico del Hospital Clínico "Herminda Martín" de Chillán, Dr. Carlos Escudero Orozco, al teléfono 42-2587431.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado que sigue y es parte de este documento.

CI Versión y fecha: N° 4.0-CP/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martín", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez



ACTA DE DECLARACIONES Y FIRMAS

COMO PARTICIPANTE DEL ESTUDIO, CONFIRMO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que comprendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna
- Recibiré una copia firmada y fechada de este documento.
- Estoy en conocimiento que al firmar este documento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante (cuidador principal) en letra imprenta

Firma del participante

Fecha de la firma

Yo, la que suscribe, Investigadora Responsable de esta investigación, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

Se le proporcionará al cuidador principal una copia de este documento de consentimiento informado regularmente firmado.

Nombre de la Investigadora Responsable en letra imprenta

Firma de la Investigadora Responsable

Fecha de la firma

**Firma Directora del Centro o su delegado/
Ministro de Fe**

Fecha de la firma



CI Versión y fecha: N° 4.0-CP/ 31-03-18 Centro de Investigación: Hospital Clínico "Herminda Martín", Chillán
N° Folio del participante _____ Investigadora Responsable: Carolina Puchi Gómez

Anexo 8. Instrumento recolector de datos: Variables para el cálculo de indicadores.

Variable	Dato observado
1. Nota Satisfacción usuaria paciente	
2. Nota satisfacción usuaria cuidador	
3. Reclamos	
4. Reclamos resueltos en 15 días o menos	
5. Fallecido (1 = sí; 0 = no)	
6. Fallecimiento inesperado (1 = sí; 0 = no)	
7. Días de estancia en HD	
8. Diagnóstico egreso NAC (1 = sí; 0 = no)	
9. Diagnóstico egreso ITU (1 = sí; 0 = no)	
10. Diagnóstico egreso PNA (1 = sí; 0 = no)	
11. Visitas domiciliarias recibidas	
12. Horas de demora de la 1ª visita domiciliaria	
13. Visitas médicas recibidas	
14. FC con registro de la entrega de información básica (1 = sí; 0 = no)	
15. FC con registro de entrega de Epicrisis al alta (1 = sí; 0 = no)	
16. Exámenes de laboratorio (cantidad por paciente)	
17. Lesiones por presión (cantidad por paciente)	
18. Escala identificación riesgo LPP aplicada al ingreso (1 = sí; 0 = no)	
19. Reingreso por descompensación patología de ingreso a HD (1 = sí; 0 = no)	
20. Reingreso por otras causas (1 = sí; 0 = no)	
21. Catéteres venosos periféricos por paciente	
22. Catéteres venosos periféricos vigentes, permeables y sin infección (cantidad)	
23. Complicación clínica presente (1 = sí; 0 = no)	
24. Flebitis (cantidad por paciente)	
25. Error de medicación notificado (cantidad por paciente)	

Anexo 9. Instrumento recolector de datos: Indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud otorgada a usuarios de hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Dimensión de la Calidad de la Atención en Salud	Indicadores
Centrado en el paciente	1. Satisfacción usuaria del paciente de HD
	2. Satisfacción usuaria del cuidador principal del paciente de HD
	3. Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido
Eficiencia	4. Promedio de días de estancia en HD (por paciente)
	5. Promedio de días de estancia en HD (por patología)
	6. Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD
	7. Promedio de visitas médicas realizadas por paciente
Efectividad	8. Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD
Equidad	9. Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria
	10. Porcentaje de cumplimiento de la entrega de Epicrisis de Alta en pacientes de HD
	11. Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD
Oportunidad	12. Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio del paciente en HD
	13. Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria
	14. Disponibilidad de un sistema único de registro
	15. Disponibilidad de contacto telefónico móvil del paciente con equipo HD
Seguridad	16. Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio
	17. Identificación del riesgo de úlcera por presión de pacientes en domicilio
	18. Porcentaje de Reingresos hospitalarios no planificados
	19. Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas
	20. Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD
	21. Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico
	22. Errores de medicación

Anexo 10. Instrumento recolector de datos: Datos biosociodemográficos de los participantes del estudio más encuesta de satisfacción usuaria.

PACIENTE

Dato	Respuesta
Folio	Fecha encuesta
Nombre y apellidos	
RUT	
Nombre y apellidos Cuidador Principal	
Variables sociodemográficas PACIENTE	
1. Sexo	a) Femenino b) masculino
2. Fecha Nacimiento dd/mm/aa	
3. Edad (años cumplidos)	
4. Nivel escolaridad	a) Primaria o Preparatoria (Sistema Antiguo) b) Educación Básica c) Humanidades (Sistema Antiguo) d) Educación Media Científico-Humanística e) Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo) f) Educación Media Técnica Profesional g) Técnico Nivel Superior (carreras de 1 - 3 años) h) Profesional (carreras de 4 o más años) **Si el nivel es incompleto, agregar una "i"
5. Situación de pareja	a) Con pareja b) Sin pareja
6. Ocupación	a) Ocupado b) Desocupado c) Inactivo
7. Relación con Cuidador Principal	a) Amigo b) Conyugue c) Hijo/a d) Padre/Madre e) Nieto/a f) Suegro/a g) Otro familiar. Especificar _____ h) Otro no familiar. Especificar _____

8. Comuna de Residencia	
9. Sistema Previsional de Salud	a) FONASA, tramo____ b) Isapre c) Sistema de las FFAA y del Orden

Variables de salud PACIENTE

1. Diagnóstico de ingreso a HD	
2. Objetivo del ingreso a HD	
3. Patologías crónicas de base	Seleccionar la o las opciones que correspondan: a) Tumores malignos en todas sus localizaciones. b) Enfermedades del aparato cardiovascular: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria. c) Diabetes mellitus. d) Cirrosis hepática. e) Enfermedad pulmonar crónica. f) Enfermedades mentales. g) Ninguna
4. Hospitalizaciones previas: corresponde a las hospitalizaciones convencionales que ha tenido un paciente en el último año previo al ingreso a una unidad de HD.	Se clasificarán en los siguientes rangos: a) Ninguna hospitalización previa b) 1 hospitalización previa c) 2 hospitalizaciones previas d) 3 o más hospitalizaciones previas
5. Número de medicamentos en uso actualmente	

Variables Administrativas Hospitalarias PACIENTE

1. Fecha ingreso	
2. Fecha Alta	
3. Días de estancia	
4. Servicio de Procedencia	a) Servicio Medicina interna b) Servicio de Cirugía c) Servicio de Urgencia d) Policlínico de especialidades. Especificar:

ENCUESTA SATISFACCION USUARIA PACIENTE FOLIO:		
Criterio a evaluar	Explicación	Nota
1. Recepción a la unidad de HD	En cuanto a la orientación respecto a la modalidad de atención, en la entrega de la información y en la amabilidad en el trato.	
2. Tiempos de espera	1) En el traslado del hospital a su casa 2) En las visitas domiciliarias diarias	
3. Atención otorgada por la unidad de HD	Durante las visitas domiciliarias. Incluye la atención de todos los integrantes del equipo de salud de HD.	
4. Acceso telefónico a la unidad de HD	Facilidad para contactarse telefónicamente con un miembro del equipo de salud de HD.	
5. Información para casos de emergencia	Entrega de información clara y sencilla respecto a la conducta a seguir de usted y su cuidador principal en casos de emergencia tales como agravamiento de su condición de salud.	
6. Información para el alta	Explicación clara y sencilla de los controles de salud posteriores al alta y el buen uso de los medicamentos.	
7. Disposición a solucionar problemas	Actitud positiva frente a la resolución de los problemas que usted le manifieste al equipo de salud de HD.	
8. Presentación personal	Aspecto con el que se muestran los miembros del equipo de salud. Incluye vestimenta, aseo, peinado, accesorios, comportamiento, forma de hablar y moverse.	
9. Rapidez de respuesta a consultas	Tiempo en que el equipo de salud de HD responde a las consultas que usted o su cuidador principal les manifiesten.	
10. Trato recibido	Atención cordial, digna, humanizante y de calidad otorgada por los miembros del equipo de salud de HD.	
Nota final		

CUIDADOR PRINCIPAL

Dato	Respuesta
Folio	
Nombre y apellidos	
Nombre y apellidos Paciente	
Variables sociodemográficas CUIDADOR PRINCIPAL	
1. Sexo	a) Femenino b) Masculino
2. Fecha Nacimiento dd/mm/aa	
3. Edad (años cumplidos)	
4. Nivel escolaridad	a) Primaria o Preparatoria (Sistema Antiguo) b) Educación Básica c) Humanidades (Sistema Antiguo) d) Educación Media Científico-Humanística e) Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo) f) Educación Media Técnica Profesional g) Técnico Nivel Superior (carreras de 1 - 3 años) h) Profesional (carreras de 4 o más años) **Si el nivel es incompleto, agregar una "i"
5. Situación de pareja	a) Con pareja b) Sin pareja
6. Ocupación	a) Ocupado b) Desocupado c) Inactivo
7. Relación con Paciente	a) Amigo b) Conyugue c) Hijo/a d) Padre/Madre e) Nieto/a f) Suegro/a g) Otro familiar. Especificar _____ h) Otro no familiar. Especificar _____
8. ¿Vive con Paciente?	a) Si b) No
9. Sistema Previsional de Salud	a) FONASA, tramo____ b) Isapre c) Sistema de las FFAA y del Orden

Variables de salud CUIDADOR PRINCIPAL	
1. Patologías crónicas de base	<p>Seleccionar la o las opciones que correspondan:</p> <p>a) Tumores malignos en todas sus localizaciones. b) Enfermedades del aparato cardiovascular: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria. c) Diabetes mellitus. d) Cirrosis hepática. e) Enfermedad pulmonar crónica. f) Enfermedades mentales. g) Ninguna</p>

ENCUESTA SATISFACCION USUARIA CUIDADOR PRINCIPAL		
FOLIO: _____		
Criterio a evaluar	Explicación	Nota
1. Recepción a la unidad de HD	En cuanto a la orientación respecto a la modalidad de atención, en la entrega de la información y en la amabilidad en el trato.	
2. Tiempos de espera	<p>1. En el traslado del hospital a su casa</p> <p>2. En las visitas domiciliarias diarias</p>	
3. Atención otorgada por la unidad de HD	Durante las visitas domiciliarias. Incluye la atención de todos los integrantes del equipo de salud de HD.	
4. Acceso telefónico a la unidad de HD	Facilidad para contactarse telefónicamente con un miembro del equipo de salud de HD.	
5. Información para casos de emergencia	Entrega de información clara y sencilla respecto a la conducta a seguir de usted y su familiar (paciente) en casos de emergencia tales como agravamiento de su condición de salud.	
6. Información para el alta	Explicación clara y sencilla de los controles de salud posteriores al alta y el buen uso de los medicamentos.	
7. Disposición a solucionar problemas	Actitud positiva frente a la resolución de los problemas que usted le manifieste al equipo de salud de HD.	
8. Presentación personal	Aspecto con el que se muestran los miembros del equipo de salud. Incluye vestimenta, aseo, peinado, accesorios, comportamiento, forma de hablar y moverse.	
9. Rapidez de respuesta a consultas	Tiempo en que el equipo de salud de HD responde a las consultas que usted o su familiar (paciente) les manifiesten.	
10. Trato recibido	Atención cordial, digna, humanizante y de calidad otorgada por los miembros del equipo de salud de HD.	
Nota final		

Anexo 11. Fichas técnicas del Conjunto de Indicadores Secundario.

Nombre del indicador	Satisfacción usuaria del paciente en HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>La Satisfacción usuaria corresponde al grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999).</p> <p>Nivel de Evidencia C: Opinión de expertos</p>
Dimensión	Centrado en el paciente
Fórmula	$\frac{c1 + c2 + c3 + c4 + c5 + c6 + c7 + c8 + c9 + c10}{10}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.</p> <p>“Encuesta de Satisfacción usuaria”</p> <p>El paciente deberá calificar con nota del 1 al 7 cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación. El puntaje final corresponderá al promedio de notas obtenida de los 10 criterios a evaluar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Recepción a la unidad de HD: en cuanto a la orientación respecto a la modalidad de atención, en la entrega de la información y en la amabilidad en el trato. 2.Tiempos de espera: en el traslado del hospital a su casa y en las visitas domiciliarias diarias. 3.Atención otorgada por la unidad de HD: durante las visitas domiciliarias. Incluye la atención de todos los integrantes del equipo de salud de HD. 4.Acceso telefónico a la unidad de HD: facilidad para contactarse telefónicamente con un miembro del equipo de salud de HD. 5.Información para casos de emergencia: entrega de información clara y sencilla respecto a la conducta a seguir de usted y su cuidador principal en casos de emergencia tales como agravamiento de su condición de salud. 6.Información para el alta: explicación clara y sencilla de los controles de salud posteriores al alta y el buen uso de los medicamentos. 7.Disposición a solucionar problemas: actitud positiva frente a la resolución de los problemas que usted le manifieste al equipo de salud de HD. 8.Presentación personal: aspecto con el que se muestran los miembros del equipo de salud. Incluye vestimenta, aseo, peinado, accesorios, comportamiento, forma de hablar y moverse. 9.Rapidez de respuesta a consultas: tiempo en que el equipo de salud de HD responde a las consultas que usted o su cuidador principal les manifiesten. 10.Trato recibido: atención cordial, digna, humanizante y de calidad otorgada por los miembros del equipo de salud de HD. <p>Valoración cualitativa del promedio de notas obtenido:</p>

	<p>1,0 -3,9 = Deficiente 4,0 – 4,9 = Regular 5,0 – 5,9 = Buena 6,0 – 7,0 = Muy buena</p>
Población	<p>Todos los pacientes que son dados de alta de un programa de hospitalización domiciliaria. Se eximen los usuarios que tienen un reingreso hospitalario no planificado.</p>
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería, Ficha Clínica
Estándar	Valoración cualitativa: Muy buena
Comentarios	<p>Montalto M. Patients' and carers' satisfaction with hospital-in-the-home care. Int J Qual Health Care [Internet]. 1996 Jun [cited 2015 12 nov]; 8(3):[243-51 pp.]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8885188. CONGESA. Estudio de Evaluación Ex post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria. Santiago 2014 [cited 2015 07 jun]. Available from: http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/Informe%20Final%20Expost%20HD.pdf.</p>



Nombre del indicador	Satisfacción usuaria del cuidador principal en HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>La Satisfacción usuaria corresponde al grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999).</p> <p>Nivel de Evidencia C: Opinión de expertos</p>
Dimensión	Centrado en el paciente
Fórmula	$\frac{c1 + c2 + c3 + c4 + c5 + c6 + c7 + c8 + c9 + c10}{10}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.</p> <p>“Encuesta de Satisfacción usuaria”</p> <p>El cuidador principal deberá calificar con nota del 1 al 7 cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación. El puntaje final corresponderá al promedio de notas obtenida de los 10 criterios a evaluar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Recepción a la unidad de HD: en cuanto a la orientación respecto a la modalidad de atención, en la entrega de la información y en la amabilidad en el trato. 2.Tiempos de espera: en el traslado del hospital a su casa y en las visitas domiciliarias diarias. 3.Atención otorgada por la unidad de HD: durante las visitas domiciliarias. Incluye la atención de todos los integrantes del equipo de salud de HD. 4.Acceso telefónico a la unidad de HD: facilidad para contactarse telefónicamente con un miembro del equipo de salud de HD. 5.Información para casos de emergencia: entrega de información clara y sencilla respecto a la conducta a seguir de usted y su cuidador principal en casos de emergencia tales como agravamiento de su condición de salud. 6.Información para el alta: explicación clara y sencilla de los controles de salud posteriores al alta y el buen uso de los medicamentos. 7.Disposición a solucionar problemas: actitud positiva frente a la resolución de los problemas que usted le manifieste al equipo de salud de HD. 8.Presentación personal: aspecto con el que se muestran los miembros del equipo de salud. Incluye vestimenta, aseo, peinado, accesorios, comportamiento, forma de hablar y moverse. 9.Rapidez de respuesta a consultas: tiempo en que el equipo de salud de HD responde a las consultas que usted o su cuidador principal les manifiesten. 10.Trato recibido: atención cordial, digna, humanizante y de calidad otorgada por los miembros del equipo de salud de HD. <p>Valoración cualitativa del promedio de notas obtenido: 1,0 -3,9 = Deficiente</p>

	4,0 – 4,9 = Regular 5,0 – 5,9 = Buena 6,0 – 7,0 = Muy buena
Población	Todos los cuidadores principales de pacientes que son dados de alta de un programa de hospitalización domiciliaria. Se eximen los cuidadores principales de usuarios que tienen un reingreso hospitalario no planificado.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería, Ficha Clínica
Estándar	Valoración cualitativa: Muy buena
Comentarios	Montalto M. Patients' and carers' satisfaction with hospital-in-the-home care. Int J Qual Health Care [Internet]. 1996 Jun [cited 2015 12 nov]; 8(3):[243-51 pp.]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8885188 . CONGESA. Estudio de Evaluación Ex post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria. Santiago 2014 [cited 2015 07 jun]. Available from: http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/Informe%20Final%20Expost%20HD.pdf .



Nombre del indicador	Porcentaje de reclamos resueltos en plazo definido
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Un reclamo es el derecho que tiene todo cliente/usuario de exigir o demandar solución referente a la atención inadecuada, calidad del servicio recibido u omisión de la prestación del servicio. Nivel de Evidencia C: Opinión de expertos
Dimensión	Centrado en el paciente
Fórmula	$\frac{\text{Número de reclamos interpuestos por un paciente o cuidador principal resueltos en un plazo definido en } t \text{ periodo}}{\text{Número total de reclamos interpuestos por un paciente o cuidador principal en } t \text{ periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Plazo definido: corresponde al tiempo máximo en el que el equipo de salud de HD debe dar una respuesta al reclamo del paciente/cuidador principal. Se sugiere como plazo máximo 15 días hábiles desde el momento en que el usuario interpone el reclamo. Sólo se considerarán los reclamos realizados de manera formal en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del hospital de origen del programa de HD.</p> <p>T periodo: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería, Ficha Clínica, Estadísticas del programa HD
Estándar	100%
Comentarios	Superintendencia de Salud. Reclamo por incumplimiento en derechos de las personas en su atención de salud - Ley N°20.584. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-7908.html

Nombre del indicador	Porcentaje de fallecimientos inesperados en HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>Un fallecimiento inesperado corresponde al deceso de un paciente ingresado en HD por una causa no prevista por el equipo de salud con anterioridad a dicho evento.</p> <p>Nivel de Evidencia C: Opinión de expertos</p>
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes egresados fallecidos inesperadamente en HD en t periodo}}{\text{Número total de pacientes egresados fallecidos en HD en t periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha clínica u Hoja de Enfermería, estadísticas del programa HD
Estándar	0 %
Comentarios	<p>Nichols L, Chew B. Causes of sudden unexpected death of adult hospital patients. Journal of hospital medicine. 2012;7(9):706-8.</p> <p>Gideon A Caplan, Nur S Sulaiman, Dee A Mangin, Nicoletta Aimonino Ricauda, Andrew D Wilson and Louise Barclay. A meta-analysis of "hospital in the home" Med J Aust 2012; 197 (9): 512-519. doi: 10.5694/mja12.10480</p> <p>En este indicador no se deben incluir aquellos pacientes que ingresan a HD con el propósito de recibir cuidados al final de la vida.</p>

Nombre del indicador	Promedio de días de estancia en HD (por paciente)
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un periodo de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso.
Dimensión	Eficiencia
Fórmula	$\frac{\text{Total de días de estancia de pacientes egresados en } t \text{ periodo}}{\text{Total de egresos en } t \text{ periodo}}$
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones mensuales. <u>T periodo</u> : corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería, estadísticas programa HD
Estándar	Menor o igual a 7 días
Comentarios	Ministerio de Salud Chile. Definiciones datos básicos de la actividad hospitalaria. Disponible en: http://deis.minsal.cl/deis/NOTAS%20TECNICAS%20REM-20.htm Gonçalves-Bradley D, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, Richards SH, Shepperd S. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4

Nombre del indicador	Promedio de días de estancia en HD (por patologías claves)
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Es el número promedio de días de hospitalización de los pacientes ingresados en HD clasificados según patologías claves. Se considerarán patologías claves a los 3 diagnósticos de egreso mas frecuentes en hospitalización domiciliaria en Chile que son: neumonía adquirida en la comunidad, infección del tracto urinario y pielonefritis aguda. El promedio de días de estancia en programas de HD en Chile desde el año 2012 hasta el año 2015 fue de 7,6 días (MINSAL, 2017).
Dimensión	Eficiencia
Fórmula	$\frac{\text{Total de días de estancia de pacientes egresados en t periodo según patología de egreso}}{\text{Total de egresos en t periodo según patología de egreso}}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones mensuales.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	<p>Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.</p> <p>Se incluirán sólo pacientes que egresan de hospitalización domiciliaria con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, infección del tracto urinario y/o pielonefritis aguda.</p>
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha clínica u Hoja de Enfermería, estadísticas programa HD
Estándar	≤ 8 días
Comentarios	<p>García-Vidal C et al. Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin.</i> 2009; 27 (3): 160-164.</p> <p>Campos M. Hospitalización Domiciliaria, Un desafío de articulación en Red. Unidad de Hospitales, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales.2017</p>

Nombre del indicador	Visitas domiciliarias por paciente
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	El número de visitas domiciliarias que requiere cada paciente variará de acuerdo a las necesidades particulares de cada uno de ellos, pero en general, todo paciente ingresado a un programa HD recibe al menos una visita domiciliaria diaria hasta el alta administrativa del programa.
Dimensión	Eficiencia
Fórmula	$\frac{\text{Número total de visitas realizadas a pacientes egresados en } t \text{ periodo}}{\text{Número total de días de estancia de los egresados en } t \text{ periodo}}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones mensuales.</p> <p>Se deben considerar las visitas realizadas por cualquier miembro del equipo profesional de HD: enfermera, matrona, médico, técnico en enfermería u otro profesional que conforme el equipo del programa HD.</p> <p><i>T periodo:</i> corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería
Estándar	≥ 1 visita domiciliaria por paciente por día
Comentarios	Elkan R, Kendrick D (2004) <i>What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?</i> Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf , accessed 25 June 2004).

Nombre del indicador	Promedio de visitas domiciliarias médicas realizadas por paciente
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	El número de visitas domiciliarias realizadas por el profesional médico que requiere cada paciente variará de acuerdo a las necesidades particulares de cada usuario. Se considera indispensable que el paciente reciba al menos dos visitas domiciliarias de parte del Médico del programa HD durante su estancia en este programa, al ingreso y egreso de esta modalidad asistencial.
Dimensión	Eficiencia
Fórmula	$\frac{\text{Número total de visitas médicas realizadas a pacientes egresados en } t \text{ periodo}}{\text{Total de pacientes egresados en } t \text{ periodo}}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones mensuales.</p> <p>Pacientes atendidos: usuarios que reciben atención por parte del equipo de HD. Incluye a los pacientes ingresados en el periodo en estudio.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería, estadísticas programa HD
Estándar	≥ 2 visitas domiciliarias por paciente
Comentarios	Elkan R, Kendrick D (2004) <i>What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?</i> Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf , accessed 25 June 2004).

Nombre del indicador	Disponibilidad de cama hospitalización integral domiciliaria
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	La complejidad de los cuidados que se realizan en HD se vincula con la “cantidad” de cuidados a otorgar. Esto se realiza desde la perspectiva de enfermería o de cuidados bajo una mirada de demanda o requerimientos de prestaciones definidas para el paciente, vale decir, que mientras más servicios necesite la persona más compleja es la atención, independiente que la propia prestación en sí sea de mayor o menor especialización técnica. Es así como el Ministerio de Salud planteó adoptar la “Categorización única de pacientes de hospitalización Domiciliaria”, la cual propone 3 tipos de camas de HD, desde la más básica, con menos necesidad de procedimientos médicos, hasta la más compleja, que requiere cuidados más frecuentes y de mayor dificultad.
Dimensión	Equidad
Fórmula	Naturaleza estadística: dicotómica 100%: se cumple 0%: no se cumple N/A: no aplicable
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones anuales.</p> <p>Los tipos de camas de hospitalización domiciliaria disponibles según la “Categorización única de pacientes de hospitalización Domiciliaria” planteada por el Ministerio de Salud (2013) es:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Día cama Hospitalización integral domiciliaria básica <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente con Toma de Muestra de exámenes: sanguíneos, baciloscopías, cultivos corrientes, orina (en paciente autovalente) 2. Paciente con indicación de tratamiento endovenoso cada 24 horas 3. Paciente con indicación de atención kinésica: KNT motora y/o respiratoria, uso de TENS + EMS, válvula inspiratoria o espiratoria, uso de triflow. 4. Paciente que requiere curación simple (plana, laceraciones menores, seromas, flictenas) 5. Paciente que requiere prevención de úlcera por presión (UPP): uso de apósitos adhesivos transparentes, hidrocoloides, películas protectoras, gasas parafinadas, gasas, compresas. 6. Paciente con indicación de seguimiento, sin tratamiento inyectable 7. Paciente en estado de postración que no posee criterios día cama intermedio o complejo 8. Paciente estable con necesidad de solicitud de rayos x, ecografía, TAC (con o sin contraste) u otro durante HD, que no requiere reingreso hospitalario. •Día cama Hospitalización integral domiciliaria intermedia <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente con Toma de Muestra de siguientes exámenes: punciones arteriales, cateterismo vesical intermitente, IFI, que demande visita al menos 2 veces por semana. 2. Paciente con indicación de tratamiento endovenoso cada 12 horas 3. Paciente con indicación de atención kinésica 2 veces/día 4. Paciente usuario de sonda Foley (SF) o que requiere instalación de SF durante HD 5. Paciente con curación avanzada no infectada 6. Paciente con agitación psicomotora con buena respuesta a tratamiento oral 7. Paciente usuario de oxigenoterapia en domicilio o paciente con necesidad actual de oxígeno < 3 lt/min 8. Paciente sólo con tratamiento oral, pero que requiere control diario por médico para supervisión y ajuste de tratamiento 9. Paciente con sonda nasogástrica.

	<p>•Día cama Hospitalización integral domiciliaria compleja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente con los siguientes dispositivos invasivos: traqueostomía (TQT), gastrostomía, cistostomía, catéter venoso central, drenaje pleural, sonda nasoyeyunal. 2. Paciente con requerimiento de aspiración de secreciones (Traqueostomía o boca – nariz) 3. Paciente con Ulcera por Presión infectada (cualquier grado), grado IV, fuera de alcance quirúrgico y/o que requiere curación diaria 4. Paciente con agitación psicomotora que requiere terapia endovenosa 5. Paciente con necesidad actual de oxígeno entre 3 y 5 lt./min 6. Paciente con ventilación mecánica no invasiva 7. Paciente con toma de exámenes complejos, por ejemplo: cultivo de secreción bronquial, etc.
Población	Programa o unidad de hospitalización domiciliaria
Tipo	Indicador de Estructura
Fuente de datos	Manual organización del programa HD
Estándar	100%: se cumple, es decir, el programa de HD puede otorgar cuidados para cama hospitalización integral domiciliaria básica, intermedia y compleja.
Comentarios	



Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento del registro de la entrega de información básica al paciente y cuidador principal en el ingreso a HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>El prestador Institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones que se le realizarán durante su hospitalización domiciliaria, así como también los números de contacto con el equipo de HD en caso de dudas, consultas o emergencias.</p> <p>El objetivo del seguimiento de este indicador es acreditar el cumplimiento de la entrega de información básica (IB) respecto al funcionamiento del programa de hospitalización domiciliaria al paciente y su cuidador principal.</p>
Dimensión	Equidad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de Fichas Clínicas con registro de la entrega de información escrita básica respecto al funcionamiento de HD a pacientes y cuidador principal según Protocolo en t periodo}}{\text{Número total de Fichas Clínicas de pacientes egresados a HD en t periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Información básica (IB): se considerará como información básica un documento que incorpore las siguientes temáticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Horarios de atención del programa de HD 2. Equipo de salud HD: nombres completos (primer nombre y apellido) y profesión 3. Números de teléfono de contacto de HD 4. Número de teléfono en caso de emergencia <p>El documento debe contener los 4 criterios para ser considerado completo.</p> <p>T periodo: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha de enfermería, Ficha Clínica
Estándar	100%
Comentarios	Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud. Aprueba reglamento de establecimientos que otorgan prestaciones de hospitalización domiciliaria [Borrador]; 25 octubre 2018.

Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la entrega de Epicrisis de Alta en pacientes de HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	El prestador Institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento. El objetivo del seguimiento de este indicador es acreditar el cumplimiento de la entrega de informe institucional al paciente dado de alta.
Dimensión	Equidad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de Fichas Clínicas con registro de entrega de Epicrisis al alta en pacientes egresados de HD en t periodo}}{\text{Número total de Fichas Clínicas de pacientes egresados en t periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p><u>Epicrisis</u>: documento emitido al momento del alta para resumir los aspectos más destacables del historial del paciente durante su internación. Este documento es confeccionado por el médico tratante del paciente y es entregado al alta.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha Clínica
Estándar	100%
Comentarios	<p>Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud. Aprueba reglamento de establecimientos que otorgan prestaciones de hospitalización domiciliaria [Borrador]; 25 octubre 2018, Santiago de Chile.</p> <p>Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud. Aprueba norma técnica N° 152 sobre estándares sobre información de salud- estándar de gestión de camas y pacientes. 08 agosto 2013, Santiago de Chile.</p> <p>Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Versión única del 01 octubre 2012. Disponible en: http://www.leychile.cl/N?i=1039348&f=2012-10-01&p=</p>

Nombre del indicador	Tiempo promedio de espera de los resultados de exámenes de laboratorio de pacientes en HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	La toma de muestra de exámenes de laboratorio forma parte de la Cartera de Servicios de un programa de hospitalización domiciliaria. Para valorar la respuesta al tratamiento del usuario y/o conocer su estado basal de salud, es necesario contar con los resultados de dichos exámenes lo más rápido posible.
Dimensión	Oportunidad
Fórmula	$\frac{\text{Tiempo (horas) de demora de los resultados de los exámenes de laboratorio de pacientes egresados de HD en t periodo}}{\text{Numero total de exámenes de laboratorio realizados a pacientes egresados de HD en t periodo}}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.</p> <p><u>Tiempo en horas</u>: corresponde a la extensión temporal medida desde que se toman los exámenes hasta que el médico tratante revisa los resultados de los mismos.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p> <p><u>Exámenes de laboratorio</u>: corresponden a las pruebas de laboratorio que examinan muestras de sangre, orina o tejidos corporales.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha Clínica, ficha de enfermería.
Estándar	< 12 horas
Comentarios	<p>Se recomienda revisar la hoja de los resultados de exámenes y contrastar la fecha de toma del examen con la fecha del registro de los resultados en la ficha clínica.</p> <p>Se excluyen las radiografías, electrocardiogramas, tomografías u otros exámenes de este tipo ya que no pueden ser realizados en la mayoría de las unidades o programas de hospitalización domiciliaria.</p>

Nombre del indicador	Tiempo promedio de espera para la primera visita domiciliaria
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	La primera visita domiciliaria debe ser realizada por parte del equipo de salud de HD como máximo 24 horas después de que el paciente haya llegado a su domicilio desde el hospital con el propósito de mantener la continuidad del cuidado y respetar los horarios de la administración de medicamentos si corresponde. Durante esta primera visita el equipo realiza la primera valoración integral en domicilio, entrega información básica escrita al cuidador principal respecto al funcionamiento del programa y realiza procedimientos, médicos, de enfermería y/o kinesiológicos, según necesidad.
Dimensión	Oportunidad
Fórmula	$\frac{\text{Tiempo (horas) de demora de la primera visita domiciliaria en t periodo}}{\text{Numero total de primeras visitas domiciliarias en t periodo}}$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.</p> <p>La primera visita puede ser realizada por uno o varios miembros del equipo de salud de HD según las necesidad de atención de cada paciente.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha de enfermería, Ficha Clínica
Estándar	< 24 horas
Comentarios	El registro de la hora de llegada del paciente a su domicilio puede estar registrado en la ficha clínica o de enfermería. Si no es así, puede ser consultado directamente al paciente y/o cuidador principal durante la primera visita domiciliaria.

Nombre del indicador	Disponibilidad de un sistema único de registro por paciente en HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>La continuidad de la atención de los pacientes, es un ámbito de la calidad que se relaciona directamente con la seguridad clínica. Uno de los objetivos de los registros de la ficha clínica, es precisamente favorecer la atención de calidad, estos constituyen documentos reservados, de utilidad para el paciente y los prestadores de salud, por lo que no se podrá autorizar su uso para otros fines, guardando en todos los casos el secreto profesional.</p> <p>Lo anterior constituye la historia clínica que debe ser elaborada con letra clara y legible, debe considerar su estructura en forma ordenada, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación que la compone.</p> <p>En HD debe utilizarse el mismo documento de ficha clínica que se usa en los servicios de hospitalización convencionales, ya sea en formato de papel o electrónico.</p>
Dimensión	Oportunidad
Fórmula	<p>Naturaleza estadística: dicotómica</p> <p>100%: se cumple</p> <p>0%: no se cumple</p> <p>N/A: no aplicable</p>
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones anuales.
Población	Se incluyen todos los pacientes ingresados a HD en el periodo específico en que se realice la medida.
Tipo	Indicador de Estructura
Fuente de datos	Manual Organizacional programa HD, Ficha Clínica
Estándar	100%
Comentarios	Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Versión única del 01 octubre 2012. Disponible en: http://www.leychile.cl/N?i=1039348&f=2012-10-01&p=

Nombre del indicador	Disponibilidad de teléfono móvil en programa HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>Todo programa HD debe disponer de un número telefónico móvil a cargo de un integrante del equipo de HD que se encuentre disponible durante todo el horario laboral del programa para responder las consultas de los pacientes y/o sus cuidadores principales.</p> <p>Se recomienda que el número de contacto corresponda a un teléfono móvil debido a la naturaleza del trabajo del equipo de salud de HD que se encuentra constantemente en terreno.</p> <p>El horario laboral estándar de un programa HD es de 08 a 17 horas, pero este puede ser superior en algunos establecimientos.</p>
Dimensión	Oportunidad
Fórmula	<p>Naturaleza estadística: dicotómica</p> <p>100%: se cumple</p> <p>0%: no se cumple</p> <p>N/A: no aplicable</p>
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones anuales.
Población	Recursos físicos programa hospitalización domiciliaria
Tipo	Indicador de Estructura
Fuente de datos	Folleto informativo del programa HD; manual organizacional del programa HD
Estándar	100%
Comentarios	Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud. Aprueba reglamento de establecimientos que otorgan prestaciones de hospitalización domiciliaria [Borrador]; 25 octubre 2018, Santiago de Chile.

Nombre del indicador	Porcentaje de lesiones por presión de pacientes en domicilio
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Se define úlcera por presión (UPP) o lesión por presión (LPP) como un “área de la piel o tejidos adyacentes que presenta daño o trauma localizado generalmente sobre una prominencia ósea como consecuencia de presión sola, o en combinación con cizallamiento o fricción”. La prevalencia de LPP en hospitales varía entre 5,1 a 38% especialmente en pacientes de unidades de cuidados intensivos.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes egresados de HD que genera una lesión por presión durante su estadía en HD en } t \text{ periodo}}{\text{Número total de pacientes egresados de HD en } t \text{ periodo}} \times 100$
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales. <u>T periodo</u> : corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.
Población	Los pacientes deben encontrarse en su domicilio para hacer efectiva esta evaluación, es decir, se excluyen aquellos pacientes que habiendo sido ingresados a HD, todavía permanecen en un servicio hospitalario convencional en espera de su traslado a su hogar. Se excluyen de esta evaluación a aquellos pacientes que ya presentaban una LPP antes de ser ingresados a HD. Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha clínica, Ficha de Enfermería.
Estándar	< 0,5%
Comentarios	Se debe tener precaución en identificar aquellas lesiones por presión que se producen durante la estadía del paciente en HD y las que se desarrollan previo al ingreso del paciente a esta modalidad asistencial (por ejemplo en un servicio hospitalario convencional). En este indicador sólo se incluyen las LPP que se desarrollan durante la hospitalización en el domicilio. Ministerio de Salud Chile. Normas sobre Seguridad del paciente y Calidad de la Atención respecto de: Prevención de úlceras por presión ó lesiones por presión en pacientes hospitalizados. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_7.pdf Stausberg J, Kröger K, Maier I, Schneider H, Niebel W; Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence, and relevance. Adv Skin Wound Care. 2005 Apr;18(3):140-5. PubMed PMID: 15840982.

Nombre del indicador	Identificación del riesgo de lesiones por presión de pacientes en domicilio
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Se define úlcera por presión (UPP) o lesión por presión (LPP) como un “área de la piel o tejidos adyacentes que presenta daño o trauma localizado generalmente sobre una prominencia ósea como consecuencia de presión sola, o en combinación con cizallamiento o fricción”. La prevalencia de UPP en hospitales varía entre 5,1 a 38% especialmente en pacientes de unidades de cuidados intensivos.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes egresados de HD con escala de identificación del riesgo de LPP aplicada antes de 24 hrs. desde la llegada del paciente a su domicilio en } t \text{ periodo}}{\text{Número total de pacientes egresados de HD en } t \text{ periodo}} \times 100$
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales. <u>T periodo</u> : corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.
Población	Los pacientes deben encontrarse en su domicilio para hacer efectiva esta evaluación, es decir, se excluyen aquellos pacientes que habiendo sido ingresados a HD, todavía permanecen en un servicio hospitalario convencional en espera de su traslado a su hogar. Para realizar la evaluación se recomienda utilizar la escala de identificación de riesgo protocolizada en su institución. Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería
Estándar	100%
Comentarios	Ministerio de Salud Chile. Normas sobre Seguridad del paciente y Calidad de la Atención respecto de: Prevención de úlceras por presión ó lesiones por presión en pacientes hospitalizados. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_7.pdf Stausberg J, Kröger K, Maier I, Schneider H, Niebel W; Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence, and relevance. Adv Skin Wound Care. 2005 Apr;18(3):140-5. PubMed PMID: 15840982.

Nombre del indicador	Porcentaje de Reingresos hospitalarios no planificados
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Un reingreso hospitalario no planificado en el contexto de hospitalización domiciliaria corresponde a la necesidad de un paciente de retornar a un servicio de hospitalización convencional para tratar una complicación clínica que no pudo ser manejada en domicilio y que tiene relación con la descompensación de la patología que dio origen a su ingreso a HD.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes egresados de HD que tienen un reingreso hospitalario por descompensación de la patología que dio origen a su ingreso a HD en t periodo}}{\text{Número total de pacientes egresados de HD en t periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales.</p> <p><u>T periodo</u>: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Los pacientes incluidos en el numerador corresponden a aquellos que por presentar alguna complicación clínica que no puede ser manejada en domicilio deben reingresar al hospital para su compensación. Esta complicación tiene que ser derivada de la patología de ingreso a HD.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha Clínica
Estándar	0%
Comentarios	<p>Caballero A et al. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(7):e00146014, jul, 2016. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00146014.pdf</p> <p>Montalto, M., et al. (1999) Measuring the quality of hospital in the home care: a clinical indicator approach. <i>Int J Qual Health Care</i> 11, 413-418</p> <p>Gideon A Caplan, Nur S Sulaiman, Dee A Mangin, Nicoletta Aimonino Ricauda, Andrew D Wilson and Louise Barclay. A meta-analysis of "hospital in the home" <i>Med J Aust</i> 2012; 197 (9): 512-519. doi: 10.5694/mja12.10480</p>

Nombre del indicador	Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas.
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Un acceso venoso periférico (AVP) tiene una vigencia estándar de 72 horas. En el domicilio existen factores que pueden hacer variar dicha vigencia, acortándola, debido a: manipulación del dispositivo por parte del paciente y /o su familia, independencia funcional del paciente que puede llevarlo a realizar actividades cotidianas del hogar que no se llevan a cabo durante una hospitalización convencionales tales como: realizar aseo del hogar, hacer la cama, cooperar en la preparación de la comida diaria, etc.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas en pacientes egresados en t periodo}}{\text{Número total de catéteres venosos periféricos instalados en pacientes egresados en t periodo}} \times 100$
Explicación de términos	Este indicador debe medirse en un periodo determinado. Se recomienda hacer mediciones trimestrales. <u>T periodo</u> : corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.
Población	Los pacientes deben encontrarse en su domicilio para hacer efectiva esta evaluación, es decir, se excluyen aquellos pacientes que habiendo sido ingresados a HD, todavía permanecen en un servicio hospitalario convencional en espera del traslado a su hogar. Se incluyen los catéteres venosos periféricos instalados durante la estadía del paciente en el hospital (servicio convencional) y que llegan in situ junto con el paciente y también aquellos que se instalan durante la estadía del paciente en su domicilio bajo el cuidado de hospitalización domiciliaria. Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Proceso
Fuente de datos	Ficha u Hoja de Enfermería
Estándar	95%
Comentarios	Véliz Elena, Vergara Teresa, Fica Alberto. Evaluación de las condiciones de manejo de catéteres vasculares periféricos en pacientes adultos. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Mayo 18] ; 31(6): 666-669. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600004&lng=es . http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600004 .

Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes que sufren complicaciones clínicas en HD
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Una complicación clínica es el agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes egresados que sufren complicaciones clínicas durante su estadía en HD en t periodo}}{\text{Número total de pacientes egresados de HD en t periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Complicaciones clínicas: serán consideradas complicaciones clínicas las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) - Trombosis venosa profunda (TVP) - Complicaciones respiratorias - Complicaciones nocturnas - Complicaciones cardíacas <p>T periodo: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha de enfermería, Ficha Clínica
Estándar	<5%
Comentarios	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hospital acquired complications. 2017. Disponible en: https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/information-strategy/indicators/hospital-acquired-complications/

Nombre del indicador	Porcentaje de flebitis asociada a catéter venoso periférico
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	<p>La cateterización de vías periféricas (CVP) es uno de los procedimientos más habituales en enfermería y uno de los que mayores complicaciones supone al paciente con terapia intravenosa (flebitis), produciendo efectos indeseables como dolor, infección nosocomial y el incremento de los gastos de hospitalización.</p> <p>El seguimiento se realiza a través de vigilancia epidemiológica en forma secuencial valorando el estado de conservación de punto de inserción del catéter así como los signos de flebitis.</p> <p>Las flebitis asociadas con los catéteres venosos periféricos (CVP), pueden ser químicas o infecciosas y aunque habitualmente no dan complicaciones graves ni incrementan la mortalidad, aumentan la morbilidad de los pacientes que las padecen.</p>
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de flebitis en pacientes egresados de HD con CVP en } t \text{ periodo}}{\text{Número total de CVP instalados en pacientes egresados en } t \text{ periodo}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Flebitis: La flebitis es la “inflamación de una vena, que puede ser acompañada de dolor, eritema, edema, endurecimiento y/o un cordón palpable”.</p> <p>T periodo: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha de enfermería
Estándar	< 5 x 100 CVP
Comentarios	<p>Véliz Elena, Vergara Teresa, Fica Alberto. Evaluación de las condiciones de manejo de catéteres vasculares periféricos en pacientes adultos. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2014 Diez [citado 2017 Mayo 18] ; 31(6): 666-669. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600004&lng=pt. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600004.</p>

Nombre del indicador	Errores de medicación
ÍTEM	DEFINICIÓN
Justificación	Un error en la medicación corresponde a un acontecimiento que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento, mientras que la medicación está bajo control del personal sanitario, del paciente o del consumidor. Este puede resultar en daño al paciente. Corresponde a una razón.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Número de errores de medicación notificados en } t \text{ periodo}}{\text{Número de pacientes egresados en } t \text{ periodo}}$
Explicación de términos	<p>Errores de Medicación: comprende las etapas de Prescripción, Transcripción, Dispensación y Administración de medicamentos.</p> <p>Notificación: corresponde al trámite o conjunto de acciones que se llevan a cabo para dar a conocer incidetes prevenibles que pueden causar daño a las personas y se relacionan con fallas en el uso de medicamentos. La notificación se debe realizar por escrito en documento ad hoc según protocolo del programa o unidad.</p> <p>T periodo: corresponde al intervalo de tiempo en el que se llevará a cabo la medición del indicador el cual variará de acuerdo a la naturaleza de los fenómenos que se medirán. Para efectos de la evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria, este intervalo de tiempo puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.</p>
Población	Todos los egresos de hospitalización domiciliaria: altas satisfactorias, fallecidos y/o reingresos.
Tipo	Indicador de Resultado
Fuente de datos	Ficha de enfermería, Ficha Clínica, Estadísticas del programa HD
Estándar	0
Comentarios	Encina P, Rodríguez M. Errores de medicación. Boletín de Farmacovigilancia. Número 7. Mayo 2017. Disponible en: http://www.ispch.cl/newsfarmacovigilancia/07/images/parte04.pdf

Anexo 12. Medidas de tendencia central de los indicadores numéricos por grandes grupos de enfermedades.

		CP-Satisfacción usuaria paciente	CP-Satisfacción usuaria cuidador	EFI-Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	EFI-Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD	EFI-Promedio de visitas médicas realizadas por paciente	S-Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio	S-Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	Válidos	9	9	71	71	71	71,000	13
	Perdidos	62	62	0	0	0	0,000	58
	Media	6,8	6,9	15,0	1,7	6,2	0,000	1,2
	Mediana	6,8	7,0	13,0	1,5	5,0	0,000	1,0
	Desv. típ.	,3	,2	10,6	,7	4,0	0,000	,4
	Mínimo	6,3	6,4	1,0	,5	1,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	49,0	3,6	20,0	0,000	2,0
	Q3	7,0	7,0	19,0	2,1	8,0	0,000	1,5
Enfermedades del sistema respiratorio	Válidos	15	15	130	130	130	130,000	87
	Perdidos	115	115	0	0	0	0,000	43
	Media	6,7	6,7	13,3	2,5	6,1	0,008	1,8
	Mediana	7,0	7,0	11,0	2,6	5,0	0,000	2,0
	Desv. típ.	,5	,4	9,4	,5	4,2	0,088	,9
	Mínimo	5,3	5,8	1,0	,8	1,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	55,0	4,0	30,0	1,000	5,0
	Q3	7,0	7,0	16,0	2,9	7,3	0,000	2,0

Enfermedades del aparato locomotor	Válidos	8	8	62	62	62	62,000	5
	Perdidos	54	54	0	0	0	0,000	57
	Media	6,8	6,9	19,7	1,0	7,2	0,000	1,6
	Mediana	6,8	7,0	16,0	,8	6,0	0,000	1,0
	Desv. típ.	,2	,1	10,2	,4	3,8	0,000	,9
	Mínimo	6,3	6,6	5,0	,6	2,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	47,0	2,6	19,0	0,000	3,0
	Q1	6,7	6,9	13,0	,7	4,0	0,000	1,0
	Q3	7,0	7,0	26,0	1,4	9,0	0,000	2,5
Enfermedades del sistema genitourinario	Válidos	10	10	48	48	48	48,000	41
	Perdidos	38	38	0	0	0	0,000	7
	Media	6,4	6,5	10,6	1,4	4,7	0,000	1,7
	Mediana	6,9	7,0	8,5	1,1	4,0	0,000	2,0
	Desv. típ.	,9	,8	8,2	,5	3,3	0,000	,6
	Mínimo	4,1	4,6	2,0	,8	1,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	50,0	2,8	21,0	0,000	4,0
	Q1	6,1	5,8	6,0	1,0	3,0	0,000	1,0
	Q3	7,0	7,0	12,5	1,8	5,8	0,000	2,0

		CP-Satisfacción usuaria paciente	CP-Satisfacción usuaria cuidador	EFI-Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	EFI-Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD	EFI-Promedio de visitas médicas realizadas por paciente	S- Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio	S- Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	Válidos	9	9	71	71	71	71,000	13
	Perdidos	62	62	0	0	0	0,000	58
	Media	6,8	6,9	15,0	1,7	6,2	0,000	1,2
	Mediana	6,8	7,0	13,0	1,5	5,0	0,000	1,0
	Desv. típ.	,3	,2	10,6	,7	4,0	0,000	,4
	Mínimo	6,3	6,4	1,0	,5	1,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	49,0	3,6	20,0	0,000	2,0
	Q1	6,6	6,8	8,0	1,1	3,0	0,000	1,0
	Q3	7,0	7,0	19,0	2,1	8,0	0,000	1,5
Enfermedades del sistema respiratorio	Válidos	15	15	130	130	130	130,000	87
	Perdidos	115	115	0	0	0	0,000	43
	Media	6,7	6,7	13,3	2,5	6,1	0,008	1,8
	Mediana	7,0	7,0	11,0	2,6	5,0	0,000	2,0
	Desv. típ.	,5	,4	9,4	,5	4,2	0,088	,9
	Mínimo	5,3	5,8	1,0	,8	1,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	55,0	4,0	30,0	1,000	5,0
	Q3	6,5	6,2	7,0	2,4	3,0	0,000	1,0
Enfermedades del aparato locomotor	Válidos	8	8	62	62	62	62,000	5
	Perdidos	54	54	0	0	0	0,000	57
	Media	6,8	6,9	19,7	1,0	7,2	0,000	1,6
	Mediana	6,8	7,0	16,0	,8	6,0	0,000	1,0
	Desv. típ.	,2	,1	10,2	,4	3,8	0,000	,9
	Mínimo	6,3	6,6	5,0	,6	2,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	47,0	2,6	19,0	0,000	3,0

	Q1	6,7	6,9	13,0	,7	4,0	0,000	1,0
	Q3	7,0	7,0	26,0	1,4	9,0	0,000	2,5
Enfermedades del sistema genitourinario	Válidos	10	10	48	48	48	48,000	41
	Perdidos	38	38	0	0	0	0,000	7
	Media	6,4	6,5	10,6	1,4	4,7	0,000	1,7
	Mediana	6,9	7,0	8,5	1,1	4,0	0,000	2,0
	Desv. típ.	,9	,8	8,2	,5	3,3	0,000	,6
	Mínimo	4,1	4,6	2,0	,8	1,0	0,000	1,0
	Máximo	7,0	7,0	50,0	2,8	21,0	0,000	4,0
	Q1	6,1	5,8	6,0	1,0	3,0	0,000	1,0
Q3	7,0	7,0	12,5	1,8	5,8	0,000	2,0	

Dimensiones*/Indicadores numéricos

Grandes grupos de enfermedades		CP-Satisfacción usuaria paciente	CP-Satisfacción usuaria cuidador	EFI-Promedio de días de estancia en HD (por paciente)	EFI-Promedio de visitas por paciente realizadas por el equipo HD	EFI-Promedio de visitas médicas realizadas por paciente	S-Porcentaje de úlceras por presión de pacientes en domicilio	S-Porcentaje de accesos venosos periféricos que se mantienen vigentes, permeables y sin signos de infección por 72 horas
Enfermedades del sistema cardiocirculatorio	Válidos	9	9	71	71	71	71	13
	Perdidos	62	62	0	0	0	0	58
	Media	6,8	6,9	15	1,7	6,2	0	1,2
	Mediana	6,8	7	13	1,5	5	0	1
	Desv. típ.	0,3	0,2	10,6	0,7	4	0	0,4
	Mínimo	6,3	6,4	1	0,5	1	0	1
	Máximo	7	7	49	3,6	20	0	2
	Q1	6,6	6,8	8	1,1	3	0	1
Q3	7	7	19	2,1	8	0	1,5	
Enfermedades del sistema respiratorio	Válidos	15	15	130	130	130	130	87
	Perdidos	115	115	0	0	0	0	43
	Media	6,7	6,7	13,3	2,5	6,1	0,008	1,8
	Mediana	7	7	11	2,6	5	0	2
	Desv. típ.	0,5	0,4	9,4	0,5	4,2	0,088	0,9
	Mínimo	5,3	5,8	1	0,8	1	0	1

Enfermedades del aparato locomotor	Máximo	7	7	55	4	30	1	5
	Q1	6,5	6,2	7	2,4	3	0	1
	Q3	7	7	16	2,9	7,3	0	2
	Válidos	8	8	62	62	62	62	5
	Perdidos	54	54	0	0	0	0	57
	Media	6,8	6,9	19,7	1	7,2	0	1,6
	Mediana	6,8	7	16	0,8	6	0	1
	Desv. típ.	0,2	0,1	10,2	0,4	3,8	0	0,9
	Mínimo	6,3	6,6	5	0,6	2	0	1
	Máximo	7	7	47	2,6	19	0	3
Enfermedades del sistema genitourinario	Q1	6,7	6,9	13	0,7	4	0	1
	Q3	7	7	26	1,4	9	0	2,5
	Válidos	10	10	48	48	48	48	41
	Perdidos	38	38	0	0	0	0	7
	Media	6,4	6,5	10,6	1,4	4,7	0	1,7
	Mediana	6,9	7	8,5	1,1	4	0	2
	Desv. típ.	0,9	0,8	8,2	0,5	3,3	0	0,6
	Mínimo	4,1	4,6	2	0,8	1	0	1
	Máximo	7	7	50	2,8	21	0	4
	Q1	6,1	5,8	6	1	3	0	1
Q3	7	7	12,5	1,8	5,8	0	2	

Fuente: idem Tabla 5.

*Abreviatura de cada dimensión de la calidad de la atención en salud: Centrado en el paciente (CE), Efectividad (EFE), Eficiencia (EFI), Equidad (EQ), Oportunidad (O) y Seguridad (S).