

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v9i2.234>

Indicadores de gestión de Hospitalización Domiciliaria en la red Metropolitana Occidente de Chile, durante el período 2018-2024

Management Indicators of Home Hospitalization in the Metropolitan West Network of Chile during the 2018-2024 Period

Marjorie Treuer-Órdenes¹

Dinka Avendaño-Cañas²  0009-0009-9279-5165

Francisco Freire-Figueroa³  0000-0002-2261-5271

1. Clínica HolistiMED, Directora médica, Santiago, Chile.

2. Servicio Metropolitano de Salud Occidente, Departamento Procesos Quirúrgicos, HD y Unidades de apoyo, Referente de Hospitalización Domiciliaria, Santiago, Chile.

3. Servicio Metropolitano de Salud Occidente, Departamento de gestión de la demanda, Unidad de Referencia – Contrarreferencia, Santiago, Chile.

Correspondencia/Correspondence

Marjorie Treuer Órdenes
mtreuer@holistimed.cl

Recibido/Received

24.03.2025

Aceptado/Accepted

03.05.2025

Conflicto de Intereses/Competing interest

Ninguno que declarar.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

M.T.O y D.A.C contribución a la idea, el diseño, la recolección de datos o análisis e interpretación de los éstos. Escritura del borrador del artículo o revisión crítica de su contenido intelectual relevante. Aprobación final de la versión a ser publicada.

M.T.O creación de "Score de categorización de complejidad" que permitió implementar un instrumento objetivo de medición de la complejidad de los usuarios en base a condiciones clínicas y requerimiento de asistencia.

F.F.F Revisión crítica de su contenido intelectual relevante. Cálculo, análisis e interpretación de los datos. Aprobación final de la versión a ser publicada.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Treuer-Órdenes M, Avendaño-Cañas D, Freire-Figueroa F. Indicadores de gestión de Hospitalización Domiciliaria en la red Metropolitana Occidente de Chile, durante el período 2018-2024. *Hosp Domic.* 2025;9(1):71-80.

RESUMEN

Introducción: La falta de camas hospitalarias es un problema real y creciente en el sistema de salud público chileno. La HD representa una estrategia real para enfrentar esta problemática ya que permite otorgar prestaciones de rango hospitalario en el hogar, siendo clave para optimizar el recurso cama.

Objetivo: Describir el comportamiento de los indicadores de HD en una red de salud pública chilena, además de analizar el impacto de la implementación de un score de categorización de complejidad como herramienta de gestión clínica y administrativa.

Método: Estudio observacional retrospectivo periodo 2018 al 2024 analizando indicadores REM y score de complejidad diseñado localmente para clasificar usuarios según requerimientos clínicos y uso de recursos, en la red del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Santiago de Chile.

Resultados: Se observó un crecimiento sostenido en el número de atenciones de HD en toda la red, con mayor proporción de casos categorizados como complejos a partir de la implementación del score en 2021. La herramienta de categorización permitió estandarizar la medición de complejidad y mejorar la comparabilidad entre establecimientos.

Discusión: El score representa una innovación para la gestión de HD, sin embargo sólo es el puntapié inicial ya que requiere validación externa, análisis de confiabilidad y evaluación de su aplicabilidad en diferentes contextos. Su implementación en sistemas de registro y financiamiento podría permitir fortalecer la eficiencia del modelo de HD.

Conclusión: La HD es un modelo prometedor que requiere avanzar y consolidarse como una estrategia costo-efectiva. Herramientas objetivas como el score de complejidad, contribuyen a la toma de decisiones clínicas y políticas públicas basadas en evidencia.

Palabras clave: Hospitalización Domiciliaria; Indicadores de Salud; Gestión Hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: The lack of hospital beds is a real and growing problem in the Chilean public healthcare system. HD (Hospital at Home) represents a concrete strategy to address this issue, as it allows the provision of hospital-level care at home, playing a key role in optimizing bed resources.

Objective: To describe the behavior of HD indicators in a Chilean public healthcare network, and to analyze the impact of implementing a complexity categorization score as a tool for clinical and administrative management.

Method: Retrospective observational study covering the period 2018–2024, analyzing REM indicators and a locally designed complexity score to classify users according to clinical requirements and resource use, within the Metropolitan West Health Service network, Santiago, Chile.

Results: A sustained increase was observed in the number of HD cases across the network, with a higher proportion of cases categorized as complex following the implementation of the score in 2021. The categorization tool made it possible to standardize complexity measurement and improve comparability across facilities.

Discussion: The score represents an innovation for HD management; however, it is only an initial step, as it requires external validation, reliability analysis, and assessment of its applicability in different contexts. Its integration into recording and financing systems could strengthen the efficiency of the HD model.

Conclusion: HD is a promising model that needs to advance and consolidate as a cost-effective strategy. Objective tools such as the complexity score contribute to clinical decision-making and evidence-based public policy.

Keywords: Hospital at Home; Health Indicators; Hospital Management.

INTRODUCCIÓN

El sistema de aseguramiento de la salud en Chile es mixto; cuenta con financiamiento privado y público; FONASA (Fondo Nacional de Salud), administra los recursos del sector público y atiende alrededor del 82% de la población. Son beneficiarios de FONASA todas las personas inscritas en la institución que viven en el territorio nacional, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, nacionalidad, número de cargas familiares ni enfermedades preexistentes⁽¹⁾.

Del total de los egresos hospitalarios registrados a beneficiarios de Fonasa e Isapre en el año 2021, el 58,7% se realizó en hospitales de la Red Pública de Salud⁽²⁾. La disponibilidad de camas en el sector público, es una dificultad constante en la gestión del Sistema Nacional de Servicios de Salud (sistema público), el que se organiza en torno a su red de 29 Servicios de Salud Regionales a nivel nacional⁽³⁾.

La red del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc), contaba con una población asignada de 1.051.593 personas en el año 2021, para el año 2024 la población asignada aumentó a 1.353.889 personas (un aumento del 28,7% en 3 años). Geográficamente (Figura 1) se divide en 3 provincias: Santiago (comunas: Cerro Navia, Renca, Quinta Normal, Pudahuel, Lo Prado), Melipilla (comunas: Curacaví, María Pinto, Melipilla, San Pedro y Alhué) y Talagante (comunas: Peñaflor, El Monte, Talagante e Isla de Maipo) tal como como muestra la Figura 1⁽⁴⁾. Destacando la provincia de Melipilla con 5 comunas y una extensión territorial que corresponde al 26% de la Región Metropolitana y un 42,8% de ruralidad⁽⁵⁾, y la comuna de Talagante que está dentro de las comunas con mayor índice de pobreza de la Región Metropolitana⁽⁶⁾.



Figura 1. Zona geográfica correspondiente al SSMOc. Fuente: Cuenta Pública SSMOc 2020.

A esta red pertenecen 3 hospitales de alta complejidad: Hospital San Juan de Dios (HSJD), Hospital Félix Bulnes Cerda (HFB) e Instituto Traumatológico (IT); 2 de mediana complejidad: Hospital de Talagante (HT) y Hospital de Melipilla (HM); y 2 de baja complejidad: Hospital de Peñaflor (HP) y Hospital de Curacaví (HC)⁽⁶⁾.

Chile está dentro de los países con menos camas de hospital por cada 1.000 habitantes de los países pertenecientes a la OCDE, con un total de 2 camas por 1.000 habitantes⁽⁷⁾. A principios del año 2021 el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, contaba con 1,1 camas por 1.000 habitantes, demostrando la situación crítica que comprende la disponibilidad del recurso.

La Hospitalización Domiciliaria (HD), es una alternativa a la hospitalización tradicional que contribuye de manera costo-eficiente a dar respuesta a esta necesidad⁽⁸⁾ y amerita la atención y gestión de los Servicios de Salud para contribuir al uso eficiente de las camas hospitalarias.

La evidencia disponible en el área de HD, muestra que el desarrollo de la misma es muy heterogéneo, tanto a nivel nacional como internacional, existiendo hasta la fecha pocas directrices que alineen los esfuerzos de los Hospitales (públicos y privados) y Servicios de Salud para guiar el proceso de HD con un lineamiento común en cuanto a la gestión clínica y por cierto, en cuanto al control de dicha gestión.

En el sistema público de Chile se ha desarrollado la HD bajo la normativa del Ministerio de Salud (MINSAL), aunque no desde sus inicios. Recién el año 2021, con la inclusión de las Orientaciones Técnicas del Ministerio de Salud de Chile (OT 2021), se han logrado avances en esta línea de atención cerrada. El año 2022 a través del decreto 1, la legislación chilena aprueba el primer reglamento de establecimientos que otorgan hospitalización domiciliaria, siendo estos los primeros antecedentes para normar esta modalidad de atención⁽⁹⁾.

Sin embargo y pese a que se consideren las HD como una alternativa asistencial interesante y con múltiples beneficios, el consenso se pierde a la hora de diseñar estrategias organizativas, de gestión y financiamiento de estos servicios⁽¹⁰⁾.

La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, considera fundamental conseguir indicadores asistenciales y de calidad en HD⁽¹⁰⁾. La acción de comunicar y tomar determinaciones en salud basadas en indicadores, en el campo de la salud pública, es la base de lo que se ha denominado "salud pública basada en la evidencia"⁽¹¹⁾.

El presente trabajo pretende contribuir a robustecer la actual escasez de estudios que describan las diversas características de las HD, aportando con el análisis de herramientas que contribuyan y faciliten su gestión clínico-administrativa a nivel local y en red.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, que analiza el resultado de los registros estadísticos e indicadores de todos los pacientes ingresados a HD de la Red Occidente en 5 hospitales: Hospital San Juan de Dios (HSJD), Hospital Félix Bulnes Cerda (HFBC), Hospital Talagante (HT), Hospital de Peñaflor (HP) y Hospital San José de Melipilla (HSJM), atendidos en HD desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre del 2024.

Para el análisis de datos, se utilizó el software estadístico IBM SPSS 24. Se aplicó estadística descriptiva según la naturaleza de cada variable, reportando valores absolutos y relativos (n (%)) y/o tasas para las variables categóricas nominales, mientras que para las variables cuantitativas continuas y discretas con distribución normal (Kolmogórov-Smirnov, $p > 0,05$), se presentaron los resultados en promedio y desviación estándar.

Las tasas fueron calculadas por cada 1.000 habitantes, y sus promedios se obtuvieron mediante un cálculo ponderado.

Los datos se obtuvieron de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), de la categorización de complejidad registrada en cada establecimiento y del registro local de otros indicadores solicitados en las Orientaciones Técnicas del Ministerio de Salud (Porcentaje de Ocupación; Promedio días de estada; Porcentaje de reingreso; Número de fallecidos no esperados).

Para la categorización de complejidad, desde el año 2020 en adelante, se implementó un "Score de Categorización de complejidad" (Tabla 1) creado por las autoras del presente artículo, considerando los requerimientos clínicos en cuanto al número de visitas, tipo de procedimientos y uso de oxigenoterapia, de los usuarios en los tres niveles que describe FONASA⁽¹²⁾, que asignaba hasta ese entonces, un valor por día de hospitalización correspondiente a:

- Día cama hospitalización integral domiciliaria básica aguda adulto (CÓD: 0204001): 22,73 € ≈ 24,75 USD.
- Día cama hospitalización integral domiciliaria intermedia aguda adulto (CÓD: 0204201): 28,06 € ≈ 30,59 USD.
- Día cama hospitalización integral domiciliaria compleja aguda adulto (CÓD: 0204101): 123,76 € ≈ 134,90 USD.

Tabla 1. Score de categorización de complejidad de pacientes en HD.

Categorización de complejidad pacientes en Hospitalizados en Domicilio					
Puntaje	0	1	2	3	4
Ítem					
Número y tipo de visita	Sin visita, seguimiento telefónico	1 Técnico paramédico	1 Profesional	1 Profesional + 1 técnico	2 o más profesionales
Procedimientos	Educación y evaluación.	Instalación de vía subcutánea	Curación Simple	Curación avanzada	2 o más curaciones avanzadas
	Control de signos vitales	Instalación de sonda nasogástrica.	Toma de muestra venosa y/o instalación de VVP.	Sutura simple.	Administración de tratamiento atb de amplio espectro vía ev.
		Instalación de sonda Foley.	Toma de panel viral y/o cultivo de expectoración.	Toma de gases arteriales.	Administración de tratamiento vía parenteral a través de BIC.
		Administración de hidratación ev.	Administración de tratamiento antibiótico EV o IM.	Kinesioterapia respiratoria compleja (ej: aspiración de secreciones).	Administración de nutrición parenteral.
		Kinesioterapia motora y/o respiratoria.			
Oxigenoterapia	No	No	O2 por naricear 1-3lt	O2 flujo mayor a 3lt	Paciente con VMNI o VMI

NOTA: Puntaje 0 a 2: Básico; Puntaje 3 a 5: Intermedio; Puntaje 6 o más: Complejo.

Para aplicar el “Score de categorización de complejidad de pacientes en HD”, se solicitó asignar puntaje diariamente a los ítems especificados en la Tabla 1, y realizar una sumatoria simple cuyo puntaje final se interpretó según se indica. De esta manera, cada paciente fue evaluado diariamente según estos criterios y se le asignó complejidad según lo solicitado por FONASA en básico, intermedio o complejo en forma dinámica a lo largo de su evolución.

RESULTADOS

Durante el período de la investigación, se atendió un total de 76.661 personas en Hospitalización Domiciliaria (HD), quienes consumieron 631.336 “días/cama HD” (equivalentes a “días persona atendidas” en registro REM). En cuanto al registro de fallecimientos en HD, se reportaron 3.683 casos, lo que representa un 5% del total de personas atendidas (Tabla 2).

Respecto al número de personas que reingresaron a la hospitalización tradicional, se registraron 3.146 (4,1%) casos, lo que corresponde a una tasa de reingresos de 41 por cada mil personas atendidas en hospitalización domiciliaria.

Tabla 2. Resumen estadístico REM.

RESUMEN ESTADISTICO REM	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
INGRESOS	5.434	6.262	6.567	6.251	9.897	11.875	13.101	59.387
PERSONAS ATENDIDAS	6.931	8.727	8.839	9.457	12.906	14.126	15.675	76.661
DÍAS PERSONAS ATENDIDAS	48.885	64.473	65.210	96.061	115.782	117.813	123.112	631.336
ALTAS	4.879	5.486	5.893	8.121	9.694	10.741	11.679	56.493
FALLECIDOS	216	385	346	418	738	775	805	3.683
REINGRESOS A HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL	88	131	378	536	653	669	691	3.146
TASA DE REINGRESO	13	15	42	56	50	47	44	41

NOTA: Fuente REM. Incluye sumatoria de registros de todas las HD de los Hospitales de la red.

Durante el periodo en estudio se registraron 91.264 (17%) atenciones categorizadas como hospitalización básica, 218.748 (40%) atenciones de complejidad intermedia y 240.618 (41%) atenciones por hospitalizaciones complejas.

La Tabla 3 muestra detalladamente la evolución de la categorización de complejidad de la red. Durante 2018 y 2019, esta categorización se basó en los criterios descriptivos de complejidad en Hospitalización Domiciliaria (HD) definidos por la autoridad sanitaria. En promedio, en 2018, se registró un 39% de prestaciones básicas, un 31% de prestaciones intermedias y un 30% de prestaciones complejas, con datos reportados únicamente por dos establecimientos. En 2019, la distribución porcentual de cada categoría se mantuvo similar.

En 2021, se implementó un método cuantitativo estandarizado a través de un score único de categorización de complejidad en todos los establecimientos. Ese año, la distribución fue de un 12% en prestaciones básicas, un 48% en intermedias y un 40% en complejas y ya en 2024 se distribuye en un 9% de prestaciones básicas, 42% de prestaciones intermedias y un 50% en prestaciones complejas.

Tabla 3. Categorización de Complejidad

Categorización de Complejidad	Hospital	Año 2018			Año 2019			Año 2020			Año 2021			Año 2022			Año 2023			Año 2024		
		n°	%	TOTAL 2018	n°	%	TOTAL 2019	n°	%	TOTAL 2020	n°	%	TOTAL 2021	n°	%	TOTAL 2022	n°	%	TOTAL 2023	n°	%	TOTAL 2024
Básico	HSJDD	2.516	9	18.645	2.806	8	19.325	4.453	16	15.162	6.237	22	8.948	8.482	27	11.667	5.669	19	8.572	5.069	18	8.945
	HFB	1.508	23		1.593	24		750	4		320	3		577	2		463	2		159	1	
	HM	5.211	100		7.291	100		191	2		3	0		183	1		370	2		365	2	
	HT	4.237	100		3.511	100		2.282	58		529	9		1.398	16		1.259	12		1.900	13	
	HP	5.173	100		4.124	100		7.486	100		1.859	14		1.027	8		12	6		1.452	9	
Intermedio	HSJDD	11.047	41	15.047	15.724	45	18.965	9.837	35	29.064	11.317	40	34.873	11.613	36	35.106	11.611	38	42.268	9.047	33	43.425
	HFB	4.000	62		3.241	49		10.346	58		5.442	50		10.887	37		14.947	50		15.011	50	
	HM	0	0		0	0		7.763	71		7.344	48		6.119	35		6.981	46		8.359	54	
	HT	0	0		0	0		1.118	28		3.654	60		2.287	26		5.058	49		6.482	44	
	HP	0	0		0	0		34	0		7.116	55		4.200	31		35	3		4.526	28	
Complejo	HSJDD	13.573	50	14.562	16.440	47	18.157	13.468	49	23.640	10.730	38	29.421	11.884	37	54.349	13.128	43	48.930	13.427	49	51.559
	HFB	989	15		1.717	26		6.667	38		5.098	47		18.158	61		14.687	49		14.633	49	
	HM	0	0		0	0		2.982	27		7.827	52		10.984	64		7.908	52		6.641	43	
	HT	0	0		0	0		523	13		1.903	31		5.004	58		3.976	39		6.417	43	
	HP	0	0		0	0		32	0		3.863	30		8.319	61		54	9		10.441	64	

HSJDD: Hospital San Juan de Dios; HFB: Hospital Félix Bulnes; HM: Hospital de Melipilla; HT: Hospital de Talagante; HP: Hospital de Peñaflo. Los resultados en color verde señalan el periodo en que se utilizó el score de categorización

Finalmente, la Tabla 4 muestra un resumen del promedio de indicadores de gestión hospitalaria por establecimiento, durante el periodo 2021-2024 en base a las indicaciones de la autoridad sanitaria difundidas a través de las orientaciones técnicas de HD del MINSAL, agregando el peso medio GRD de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina de cada establecimiento como referencia.

Tabla 4. Resumen de indicadores de gestión por establecimiento.

Periodo (años)	2021-2024					
	HM	HP	HT	HSJDD	HFBC	Total
Establecimientos						
Ocupación promedio (%)	91±2	84±3	81±2	102±4	93±1	91±3
Promedio de estadía (días)	11±2	9±4	10±2	14±3	13±2	11±3
Personas atendidas (n)	7.941	8.975	6.379	13.621	15.248	52.164
Reingreso a hospitalización tradicional (%)	6±1	2±2	3±2	5±3	5±3	4±2
Peso Medio GRD (Servicio de Medicina)	0,88	0,76	1,06	1,32	1,07	-

HSJDD: Hospital San Juan de Dios; HFB: Hospital Félix Bulnes; HM: Hospital de Melipilla; HT: Hospital de Talagante; HP: Hospital de Peñaflo. Fuente: REM y GRD. Incluye Indicadores 2021 de las HD de los Hospitales de la red.

El porcentaje de ocupación promedio fue del 91%±3, con variaciones entre el 81% y el 102%, dependiendo del establecimiento. El tiempo promedio de estadía de los pacientes fue de 11±3 días, siendo el más prolongado en HSJDD (14±3 días) y el más corto en HP (9±4 días). En el período 2021 al 2024, se atendieron 52.164 personas, con una distribución que fluctuó entre 6.379 pacientes en HT y 15.248 en HFBC. La tasa promedio ponderada de reingreso a hospitalización tradicional fue de 4±2 por cada 1.000 habitantes, con diferencias importantes entre establecimientos, siendo HP el de menor tasa (2±2) y HM el más alto (6±1). Por último, el análisis del Peso Medio GRD en el Servicio de Medicina evidenció variaciones entre los establecimientos, con valores que oscilaron entre 0,76 (HP) y 1,32 (HSJDD), reflejando diferencias en la complejidad clínica de los usuarios de cada establecimiento.

DISCUSIÓN

La Hospitalización Domiciliaria (HD) se ha posicionado como una estrategia asistencial clave para mantener la capacidad de respuesta del sistema hospitalario frente a una creciente demanda, especialmente en contextos de presión como la pandemia por COVID-19. Esta modalidad permite resolver necesidades clínicas de rango hospitalario desde el hogar, disminuyendo la estancia hospitalaria y optimizando el uso de camas. En este marco, las estrategias de “evitación de ingreso” y “alta precoz” cobran un valor fundamental, ya que no solo mejoran la experiencia del usuario, sino que también tienen un impacto directo en la eficiencia hospitalaria⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Durante el periodo analizado (2018–2024), se observó un crecimiento sostenido de la HD en la red del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc), con una progresiva integración de indicadores de gestión y un avance relevante en la estandarización de la medición de complejidad. Este crecimiento parece estar estrechamente relacionado con el aumento de la población beneficiaria, los aprendizajes adquiridos durante la emergencia sanitaria y el desarrollo de herramientas de gestión más estructuradas.

Uno de los principales aportes de este estudio es la implementación y aplicación de un Score de Categorización de Complejidad, diseñado localmente para identificar la intensidad de cuidados y los recursos requeridos por cada paciente hospitalizado en su domicilio. Esta herramienta permitió pasar de una categorización subjetiva y heterogénea a una evaluación cuantitativa, objetiva y replicable. Su uso desde 2021 ha demostrado ser una estrategia útil para mejorar la gestión clínica, facilitar la comparación entre establecimientos y orientar la planificación de recursos.

A pesar los avances que pueda significar el score, presentan nuevos desafíos que se deben desarrollar para avanzar hacia su validación, aplicabilidad y utilidad real en la toma de decisiones en el ámbito clínico y de gestión. Se debe considerar que no existe hasta ahora un proceso formal de validación externa que asegure la confiabilidad interobservador ni su sensibilidad frente a cambios clínicos, así como también su aplicabilidad en otros contextos⁽¹⁵⁾ (ej: zonas rurales, sistema privado y/o establecimientos de menor complejidad), tampoco se ha realizado una correlación entre el puntaje obtenido y desenlaces clínicos (reingresos, mortalidad esperada, duración de estadía). Representando entonces un puntapié inicial para avanzar hacia un proceso de validación formal a través de estudios multicéntricos que consideren todos estos aspectos. Este proceso de validación debería analizar además la concordancia entre evaluadores, sensibilidad, especificidad diagnóstica y capacidad predictiva sobre desenlaces clínicos y administrativos. Sería interesante explorar también su relación con sistemas existentes como GRD (Grupos Relacionados por Diagnóstico), con el fin de contribuir a esquemas de financiamiento basados en la real complejidad de los cuidados.

En términos de gestión, el score facilita la visibilización de diferencias en la cartera de prestaciones, facilitando la detección de brechas y la toma de decisiones estratégicas⁽¹⁶⁾. Por ejemplo, establecimientos con mayor proporción de usuarios complejos deberían contar con mayor dotación clínica y apoyo terapéutico, mientras que aquellos con alta proporción de pacientes básicos podrían requerir revisión de sus criterios de ingreso para asegurar la pertinencia clínica y la eficiencia del modelo.

Desde la mirada de la salud pública, la herramienta del score representa una oportunidad para avanzar hacia modelos de evaluación de desempeño donde la medición de la complejidad permita no solo estimar costos sino además planificar la asignación de presupuestos de manera más eficiente. En este sentido, su estandarización a nivel nacional podría permitir al Ministerio de Salud definir estándares mínimos para las HD y establecer modelos de pago diferenciados según nivel de complejidad.

En resumen, el Score de Categorización de Complejidad representa una innovación con alto potencial para mejorar la calidad, eficiencia y sostenibilidad de la HD. Su consolidación requiere avanzar hacia su validación técnica, su integración en los sistemas de información y su uso sistemático como criterio de gestión clínica y presupuestaria. La investigación futura deberá enfocarse en su validación formal, en su relación con desenlaces clínicos y económicos, y en su capacidad de orientar políticas públicas basadas en evidencia.

Conclusión

Este trabajo constituye un puntapié inicial relevante para avanzar en el ámbito de la gestión clínico-administrativa de la Hospitalización Domiciliaria (HD). No solo propone una herramienta objetiva para medir la complejidad de los usuarios en HD sino que además muestra el comportamiento sistemático de los principales indicadores de calidad en una red de salud, abriendo la discusión hacia su análisis más profundo y aplicabilidad.

Esta experiencia demuestra que el desarrollo de instrumentos estandarizados de medición puede contribuir al fortalecimiento del modelo de HD, poniendo en evidencia, además, la urgente necesidad de avanzar hacia su validación técnica y eventual integración en los sistemas de información de las organizaciones de salud, alineándose con sistemas de financiamiento que consideren la real complejidad de las atenciones otorgadas en esta modalidad. Este trabajo propone la apertura de una línea de investigación para profundizar en la relación entre la complejidad clínica de los usuarios, el uso de recursos, eficiencia y resultados clínicos en HD, planteando una oportunidad para optimizar la sostenibilidad y calidad asistencial en el modelo público (y eventualmente también privado) de HD.

Finalmente, se hace hincapié en la necesidad de construir evidencia sólida y multicéntrica que permita validar herramientas como el score de complejidad, así como también otros indicadores de calidad en HD, siempre en la búsqueda de consolidar la HD como una estrategia eficiente, segura y centrada en las necesidades de los usuarios y el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Tramos. Santiago: Gobierno de Chile, Fonasa; 2024.
2. Superintendencia de Salud. DEIS. Estadísticas de egresos hospitalarios a nivel país, según diagnóstico principal de hospitalización, sexo, grupo etario y previsión; Por año y nacionalidad. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2022 [consultado 10/08/2025]. Disponible en: <https://bit.ly/3UZLbPL>
3. González C, Castillo-Laborde C, Matute I (editores). Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo; 2019.
4. Subsecretaría de Salud. Servicios de Salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2019.
5. Secretario Regional Ministerial de Salud (SEREMI). (2014). Diagnóstico de Salud Región Metropolitana: Análisis de la situación de salud de la región metropolitana con enfoque de determinantes sociales y económicos [Internet]. Santiago Chile: SEREMI; 2014 [consultado 10/08/2025]. Disponible en: <https://bit.ly/4m8htUQ>

6. Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Cuentas públicas. Santiago: SSMOCC; 2020.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. París, Francia: OCDE; 2020. DOI: 10.1787/740f9640-es
8. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real E, Ricós JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;10(1) 45-55.
9. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientación Técnica de Hospitalización Domiciliaria [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2021 [consultado 10/08/2025]. Disponible en: <https://bit.ly/45yQpYZ>
10. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Muijal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic*. 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington, EEUU: OPS; 2018 [consultado 10/08/2025]. Disponible en: <https://bit.ly/45EeFZC>
12. Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Arancel de Prestaciones de Salud Año 2020. Modalidad Libre Elección (Libro Arancel MLE 2020)* [Internet]. Disponible en: <https://nuevo.fonasa.gob.cl/sites/fonasa/adjuntos/Libro-Arancel-MLE-2020->
13. Echeverría A, Sampérez AL, Escolar Castellón F, Valle J, Esquillor MJ, Bonilla MV, et al. Impacto de la Hospitalización a Domicilio en la asistencia integral de los pacientes que requieren ingreso hospitalario. *Internistas* [Internet]. 1: [consultado 10/08/2025]. Disponible en: <https://bit.ly/4m9dt6t>
14. Hermida Porto ML, Dopico Santamariña LM, Lamelo Alfonsín F, Aldámiz-Echevarría Iraurgi B, Silva César MA, Vidán Martínez L Hospitalización a Domicilio en hospitales públicos gallegos. *Galicia Clin* 2015; 76 (1): 7-12.
15. Hernández P, Fernández O, Ahumada D, Ruiz MP, Calderón L, Roldán A. Servicios de atención a domicilio provisto por hospital en un área rural ¿Una alternativa a la hospitalización tradicional?. *Hosp Domic*. 2020;4(3):111-6. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i3.106
16. Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. *Aquichan* 2018; 18(2): 186-197. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.2.6