

NOMBRE DEL PROGRAMA: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

PROGRAMA REFORMULADO - VERSIÓN: 5
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROBLEMA

Tal como lo han señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la emergencia de enfermedades infecciosas con potencial epidémico o pandémico, junto al envejecimiento poblacional y a diversas condiciones socioeconómicas y epidemiológicas, ha contribuido al aumento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles. Este escenario representa un

PROPÓSITO

Optimizar el uso de camas hospitalarias mediante la entrega de atención clínica integral, segura y oportuna en el domicilio a personas que, por su condición de salud, requieren cuidados de nivel hospitalario, permitiendo la continuidad asistencial y reduciendo la ocupación de camas por casos clínicamente derivados al programa, dentro de la red asistencial pública de salud.

JUSTIFICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN

Los recientes lineamientos emanados desde MINSAL sobre la Hospitalización Domiciliaria (HD) sienta la base para un Proceso de Atención Único en HD a nivel de todo el país, que deben ser actualizados en plataforma MIDESO. Unidades que en 2011 eran unidades piloto actualmente por Reglamento de HD (DS N°1) se consideran Unidades de Atención Cerrada para pacientes con requerimiento de hospitalización por patologías agudas o crónicas reagudizadas.

Dentro de monitoreo permanente que se realiza a estas unidades tenemos estadísticas DEIS (REM A21. Sección C) podemos ver el aumento de personas atendidas por año desde 2019 al 2024:

Personas Atendidas (Se refiere al total de pacientes que son atendidos bajo la modalidad de Hospitalización Domiciliaria, Incluye los pacientes que se traspasaron del mes anterior y los ingresos del mes actual. (Definición Manual REM 2025 - 2026):

2019 70.687

2020 116.140

2021 139.095

2022 141.162

2023 148.609

2024 166.707

N° Camas Estimadas (Días personas atendidas/365días) Días personas atendidas: Corresponde al total de días de Hospitalización Domiciliaria por cada paciente atendido en el período (año) a la sumatoria de días totales de hospitalización por paciente durante el año: (Definición Manual REM 2025 - 2026):

2019 1.683

2020 2.354

2021 3.088

2022 3.285

2023 3.650

2024 3.705

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2026 (Miles de \$ 2025)	Producción estimada 2026 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2026 (Miles de \$ 2025)
Atención Integral de Salud	82.640.870	178.894 (Personas.)	461,95
Gasto Administrativo	8.264.087		
Total	90.904.957		
Porcentaje gasto administrativo	9%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2026 (cuantificación)
Población Potencial	<p>La población potencial beneficiaria del programa de Hospitalización Domiciliaria corresponde a personas que presentan condiciones clínicas que, si bien requieren cuidados de nivel hospitalario, pueden ser manejadas de forma segura y eficaz en el domicilio, bajo criterios clínicos definidos por lineamientos ministeriales y con respaldo de la red asistencial. Esta población incluye pacientes con enfermedades agudas, subagudas o enfermedades crónicas reagudizadas que presentan estabilidad clínica.</p> <p>Entre los grupos más frecuentes se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con infecciones respiratorias, urinarias o de tejidos blandos que requieren tratamiento antibiótico parenteral. • Personas con descompensaciones de enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, entre otras. • Pacientes postquirúrgicos que requieren cuidados de enfermería y seguimiento médico. • Personas en cuidados de fin de vida que, junto a su familia, optan por una atención centrada en el hogar. • Pacientes en etapa de recuperación que pueden continuar su rehabilitación o tratamiento bajo supervisión domiciliaria, contribuyendo así a una reducción de la estancia hospitalaria. 	499.083 Personas
Población Objetivo	<p>El programa ha definido como población objetivo a las personas que, presentando condiciones de salud que requieren cuidados clínicos de nivel hospitalario, pueden recibir dicha atención en su domicilio en condiciones de seguridad, eficacia y continuidad, sin requerir hospitalización convencional. Esta población se caracteriza por estar clínicamente estable, contar con una red de apoyo familiar o comunitaria suficiente, y disponer de un entorno domiciliario adecuado para la implementación del tratamiento.</p> <p>Criterios de ingreso a Hospitalización Domiciliaria (HD) en Chile (Según lineamientos del MINSAL: DS N°1/2022, Norma Técnica HD 2024 y OOTT HD 2021)</p> <p>1. Criterios clínicos</p> <p>Paciente con diagnóstico que requiere cuidados clínicos de nivel hospitalario que puedan ser proporcionados en el domicilio.</p> <p>Estabilidad clínica suficiente para ser tratado fuera del hospital, sin riesgo vital inminente.</p> <p>Plan terapéutico definido, con objetivos clínicos claros y posibilidad de seguimiento domiciliario.</p> <p>No requiere intervenciones o procedimientos que solo puedan ser realizados en ambiente hospitalario (ej. cirugía mayor, vigilancia intensiva continua).</p> <p>Pacientes en cuidados paliativos en fase terminal, que deseen y puedan ser manejados en su domicilio.</p> <p>2. Criterios sociales</p> <p>Existencia de una red de apoyo (familiares, cuidadores) con capacidad y disposición para colaborar en los cuidados.</p> <p>Consentimiento informado del paciente y/o familia para ingresar a la modalidad de hospitalización domiciliaria.</p> <p>El paciente manifiesta su voluntad (o la de su representante legal) de recibir atención en el hogar.</p> <p>3. Criterios del entorno domiciliario</p> <p>Condiciones mínimas de habitabilidad: espacio limpio, ventilado, seguro y con acceso a servicios básicos.</p> <p>Factibilidad de acceso al domicilio por parte del equipo clínico de HD.</p> <p>Ubicación geográfica dentro de la cobertura y área operativa del equipo de HD.</p>	318.241 Personas

Población Beneficiaria	<p>La población beneficiaria de la Hospitalización Domiciliaria (HD) corresponde al subconjunto de la población objetivo que se espera atender anualmente, considerando la capacidad operativa de los equipos, la disponibilidad de recursos y las necesidades clínicas identificadas en el territorio.</p> <p>Esta población está compuesta por pacientes que, cumpliendo con los criterios de ingreso establecidos, son priorizados para recibir atención domiciliaria de nivel hospitalario en función de criterios clínicos, sociales y operativos. La selección de los beneficiarios se realiza de manera focalizada, asegurando una atención eficiente y de calidad, especialmente en contextos donde la demanda supera la capacidad instalada del programa.</p> <p>1. Priorización clínica</p> <p>Pacientes hospitalizados que se encuentran clínicamente estables y pueden continuar su tratamiento en el domicilio, contribuyendo así a liberar camas hospitalarias.</p> <p>Pacientes con enfermedades crónicas descompensadas o agudas que requieren seguimiento clínico diario, pero no hospitalización convencional.</p> <p>Personas en situación de final de vida que requieren cuidados paliativos integrales en su entorno familiar.</p> <p>Pacientes con patologías de mediana complejidad que, por su condición, podrían deteriorarse si no se garantiza la continuidad de los cuidados.</p> <p>2. Priorización por eficiencia del sistema</p> <p>Pacientes que están ocupando camas hospitalarias sin necesidad clínica de hospitalización convencional, afectando la disponibilidad del recurso cama para otros usuarios.</p> <p>Casos cuya atención domiciliaria permita una mejor gestión de recursos del sistema, reduciendo días de hospitalización y costos asociados.</p> <p>Esta focalización permite que los recursos disponibles se orienten a los pacientes que más lo necesitan, promoviendo el acceso equitativo, la continuidad del cuidado y el fortalecimiento del modelo de atención centrado en la persona.</p>	185.784 Personas
------------------------	---	------------------

Gasto por beneficiario 2026 (Miles de \$2025)	Cuantificación de Beneficiarios				
	2025	2026	2027	2028	2029
489 por cada beneficiario (Personas)	178.894	185.784	195.776	206.305	217.401

Concepto	2026
Cobertura (Objetivo/Potencial)	64%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	58%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2026 (Estimado)
Número promedio de visitas domiciliarias efectuadas por el equipo HD por cada paciente ingresado al programa	$(\text{Número total de visitas realizadas por el equipo de hospitalización domiciliaria en el año } t / \text{Número total de personas atendidas por la unidad de hospitalización domiciliaria en el año } t)$	<p>Dimensión: Eficiencia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Numérico</p>	13

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2026 (Estimado)
Porcentaje de reingresos a hospitalización tradicional	$(\text{Número total de reingresos a hospitalización tradicional en el año } t / \text{Número total de personas atendidas en el programa en el año } t) * 100$	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Descendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	5%

II. EVALUACIÓN

1. Atigencia : No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Antecedentes

Dado que no se realizó ninguna modificación al diseño, se mantienen los mismos comentarios que en el último informe de recomendación.

Diagnóstico

Respecto al problema principal, se observa que el enunciado presentado no cumple con los criterios establecidos para una formulación adecuada. Actualmente, el texto describe un contexto amplio en materia epidemiológica y sociodemográfica, pero no se explicita una situación negativa concreta y acotada que afecte el bienestar de una población específica y que pueda ser abordada mediante este programa. Tampoco se identifica de forma clara quiénes son las personas afectadas ni cuál es la situación que se espera revertir, lo que dificulta establecer una línea lógica con el resto del diseño del programa. Se solicita reformular el problema para que dé cuenta de una situación negativa claramente definida, expresada como un estado que requiere ser modificado, que serían las hospitalizaciones innecesarias o prolongadas en usuarios con condiciones clínicas que podrían ser manejadas en domicilio, incluyendo la población afectada y asegurando que la situación descrita pueda ser abordada mediante la intervención pública propuesta.

En cuanto al diagnóstico, si bien se incorpora la cifra de hospitalizaciones, esto es insuficiente pues no permite dar cuenta de la magnitud del problema en su globalidad ni de las brechas o desigualdades existentes. No se caracterizan adecuadamente los pacientes que serían candidatos a hospitalización domiciliaria, considerando sus atributos principales (por ejemplo, concentración territorial, sexo, edad, entre otros). Tampoco se entrega información sobre distribución, evolución en el tiempo o cobertura a nivel nacional del servicio de hospitalización domiciliaria.

En relación a grupos afectados particularmente por el problema, la respuesta no es pertinente. No se justifica que no hayan grupos particularmente afectados, y dada la temática se debería considerar la referencia a población adulta mayor y al envejecimiento (entre otros atributos que pudieran ser relevantes).

Respecto a la identificación de causas, se observa que la causa propuesta ("Aumento de la demanda de camas hospitalarias") no cumple completamente con los criterios requeridos. En primer lugar, esta causa corresponde a una condición estructural del sistema de salud, de difícil abordaje por parte de un solo programa, y no guarda relación directa con el problema específico que se busca resolver mediante hospitalización domiciliaria. Asimismo, el problema que enfrenta el programa no es simplemente la alta demanda de camas, sino el uso de camas hospitalarias por personas que podrían ser atendidas en otros dispositivos. Por tanto, se recomienda reformular la causa, incorporando elementos que sean directamente abordables por la estrategia del programa, tales como la escasa disponibilidad de dispositivos alternativos de atención, la débil articulación entre niveles de atención para derivaciones oportunas, o la limitada capacidad instalada para la atención clínica domiciliaria. Finalmente, si bien se incluyen datos de la OCDE, estos no permiten respaldar la causa en el contexto nacional ni vincularla directamente con la población objetivo del programa.

En cuanto a los efectos o consecuencias negativas que se espera evitar con la implementación del programa, lo descrito hace referencia a los efectos que se espera obtener con la implementación de este. Se requiere revisar y corregir, tal que quede redactado como efectos y consecuencias negativas que existirían de no implementarse este programa.

Por último, sobre la justificación de la reformulación del programa, si bien se incorpora información de desempeño mediante datos estadísticos provenientes del sistema REM, esta información es insuficiente para concluir que exista una necesidad de reformulación del programa. Se sugiere, además de los datos, incorporar evidencia más robusta que permita argumentar con mayor claridad la necesidad y oportunidad de reformulación, considerando resultados de evaluaciones anteriores, indicadores de desempeño cualitativos o cuantitativos que den cuenta de logros o debilidades en su implementación, y que estos sean analizados críticamente para sustentar el rediseño. Dicho eso, lo mencionado en la versión anterior del formulario podría ser parte de la respuesta, si es complementada con los otros aspectos solicitados.

2. Coherencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Objetivos y poblaciones

El propósito del programa no es pertinente, ya que no se vincula directamente con la reversión del problema que presenta la población afectada. Además, debe acotarlo y no presentar los medios a través de los cuáles implementará la estrategia de intervención. Se sugiere que, al modificar el problema principal del programa, se ajuste el propósito como la reversión del problema planteado, pudiendo relacionarse a disminuir la permanencia de personas hospitalizadas que pueden continuar su atención en domicilio.

La población potencial está correctamente descrita, sin embargo, se solicita eliminar la primera frase que menciona "la población potencial beneficiaria del programa de HD corresponde a" y comenzar directamente con la descripción de la población ("Personas que.."). Además, no es necesario incluir a quienes se encuentran entre los grupos más frecuentes, dado que esta información debiera estar contenida en el diagnóstico.

La descripción de la población objetivo, si bien presenta criterios de focalización, éstos no se diferencian de los criterios de priorización incluidos en la descripción de la población beneficiaria. Se solicita definir cuáles serán criterios de focalización y cuáles de priorización. Como comentario general, se recomienda escribir el mismo enunciado para las poblaciones, sumando para cada tipo de población los criterios correspondientes (para población objetivo, los criterios de focalización, y para población beneficiaria, los criterios de focalización y los de

priorización). Por último, se debe comenzar las descripciones directamente con "Personas que cumplen .." tal como fue mencionado en el párrafo anterior.

Estrategia de intervención

Respecto al componente del programa, su descripción es insuficiente para comprender el servicio que se provee y las actividades que se desarrollan, por lo que debe explicar con mayor detalle. En este sentido, en la estrategia de intervención se mencionan atenciones dirigidas al paciente y también actividades de apoyo y educación para familiares y cuidadores, las que no fueron incluidas en el componente. Se debe evaluar la pertinencia de incluir este tipo de atenciones en otro componente, de manera de reflejar completamente la intervención que recibe cada paciente del programa. Por último, la unidad de producción del componente no da cuenta del bien o servicio provisto por éste sólo menciona "personas" y, la cuantificación de la producción del año 2026 no es coherente con la población beneficiaria estimada para el año 2026, ya que se utiliza la cifra correspondiente a 2025. Se solicita revisar y ajustar.

Finalmente, el tiempo de duración de la intervención reportada en 36 meses o más, no resulta coherente con la duración máxima de 10 días indicada en el componente y criterios de egreso.

Articulaciones y complementariedades

No es pertinente que el programa no presente complementariedades con otros programas vigentes de la oferta pública, especialmente con programas de la misma institución.

Enfoques de derechos humanos

Si bien el programa aborda una prestación crítica en salud, declara no incorporar los enfoques de género ni de derechos humanos, pese a ser pertinentes. Dado que las mujeres representan la mayoría de quienes asumen labores de cuidado informal en los hogares, resulta relevante considerar cómo la hospitalización domiciliaria puede afectar su salud, empleo y autonomía económica. El diseño del programa debería evaluar si existen barreras diferenciadas de acceso o permanencia, así como su potencial para mitigar o reproducir desigualdades en el sistema de cuidados.

Respecto del enfoque de derechos humanos, se observa que el programa declara no incorporarlo formalmente, señalando como justificación la falta de una estrategia diferenciada según grupo de enfoque, así como la ausencia de indicadores específicos. No obstante, el mismo texto reconoce que se implementan principios vinculados a este enfoque, como la no discriminación, la participación de la persona usuaria y su entorno, la accesibilidad y el consentimiento informado. Esta contradicción vuelve la justificación poco clara, y no permite comprender si el enfoque está efectivamente ausente o si ha sido integrado sin una formalización explícita. Dado que el programa entrega prestaciones a personas que requieren cuidados de nivel hospitalario y que podrían estar en situación de dependencia, discapacidad o migración?, resulta esperable que integre el enfoque de Derechos Humanos de forma clara y deliberada, ya que este permite resguardar estándares mínimos de equidad y dignidad en la atención. Se solicita revisar la sección y considerar su incorporación explícita con medidas concretas.

3. Consistencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Indicadores de propósito

El indicador de propósito "Número promedio de visitas domiciliarias efectuadas por el equipo HD por cada paciente ingresado al programa" no se considera pertinente para medir el logro del propósito del programa, ya que no refleja un cambio en la situación del problema ni en el bienestar de la población beneficiaria. Si bien permite monitorear un aspecto operativo de la implementación, se trata más bien de un indicador de proceso, y no evidencia directamente si el programa ha contribuido a optimizar el uso de camas hospitalarias ni a garantizar una atención continua y oportuna en el domicilio. Además, el uso de un promedio no considera las necesidades específicas de cada paciente, que debieran variar según patología, gravedad y plan terapéutico. En caso de mantener un indicador cuantitativo, se sugiere revisar su formulación para que represente una dimensión de eficacia y, además, incluir explícitamente el valor estándar o meta con el cual se evaluará el resultado del indicador.

Por último, en cuanto a la evidencia con la que se determinaron los valores entregados en las metas de los indicadores, se solicita corregir lo mencionado, debido a que señalan que "El registro en DEIS, permite obtener información del indicador de manera histórica, tanto para el indicador 1 como para el indicador 2 asociados al propósito", sin embargo, el programa presenta un indicador de propósito.

Sistemas de información

Si bien se incorpora detalle en poblaciones, y es correcto, también debe hacerlo para estrategia, indicadores y presupuesto, notando que en presupuesto la descripción indica que el sistema SIGFE no permite identificar la ejecución presupuestaria, sin embargo, para hacer seguimiento al presupuesto disponible y ejecutado igualmente el programa debe tener alguna forma propia de llevar estos datos, y debe reportarse. Se debe recordar que es necesario indicar qué plataformas se emplearán, qué tipo de información o variables se extraerán de cada una, y cómo estas permitirán llevar un registro efectivo para el monitoreo y seguimiento del programa.

Gastos del programa

Dado que en esta versión del formulario la información ingresada es la misma que en la versión anterior, se mantiene el comentario.

Respecto a los gastos, tanto por componente como administrativos, se requiere especificar si corresponden a gastos nuevos o existentes en la

institución.