

# Hospitalización Domiciliaria

Versión: 3  
Ministerio de Salud  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Año de inicio: 2011  
Año de término: Permanente

## 1. ANTECEDENTES

**Unidad responsable:** División de Gestión de la Red Asistencial - DIGERA

**Nombre del encargado:** María Elena Campos

**Cargo:** Enfermera Ref Proceso de Hospitalización y Camas Críticas

**Teléfono(s):** 22574 2428

**E-mail:** mcampos@minsal.cl

**Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:**

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	49	01	21,22		

**Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022":** Este programa complementa y resulta ser una alternativa a la situación epidemiológica en la que se encuentra la población, la cual presenta una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que genera una mayor demanda por hospitalización. Por ello resulta relevante potenciar esta estrategia, de manera de optimizar la brecha de camas, aportando a la gestión y eficiencia hospitalaria.

**¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?:** Ninguno

**Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** Regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital.

**Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.

**Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados:** Actualmente el programa esta tramitando la aprobación del Reglamento de Hospitalización Domiciliaria. Lo vigente, es una Orientación Técnica del año 2011.

## 2. DIAGNÓSTICO

**Problema principal que el programa busca resolver:** Existencia de personas hospitalizadas que, estando en condiciones de completar tratamiento en sus domicilios, continúan ocupando una cama hospitalaria.

**Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):** El programa desde su implementación formal en el 2011 ha evolucionado satisfactoriamente, registrando un aumento sostenido en su producción, como por ejemplo desde las 8.120 personas atendidas el 2012 a las 70.695 personas el 2019, que de no contra con esta estrategia, hubiesen tenido que mantenerse hospitalizadas dificultando el ingreso de nuevos pacientes a hospitalización tradicional. DEIS, 2020 (extraído enero 2020).

**A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:** El país cuenta con una brecha estructural de camas (tasa actual 2 camas por 1000 habitantes -fuente DEIS y Depto de gestión hospitalaria de MINSAL, mientras que el promedio OCDE es de 4,9 camas). Esta falta de camas, implica optimizar este uso a nivel hospitalario, de manera eficiente, dada la alta de demanda por atención. Por lo tanto, este programa resulta un soporte a la gestión hospitalaria, de manera de dar continuidad a la atención de los pacientes, que por su condición clínica y social, pueden continuar su tratamiento en domicilio disponibilizando la cama hospitalaria para nuevos usuarios demandantes de atención. Por lo anterior, resulta fundamental contar con el financiamiento y presupuesto necesario para asegurar la continuidad del programa, el cierre de brechas y expandir el programa a nuevos equipos en los establecimientos de salud más demandados.

**Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional:** De no existir el programa, las 70.695 personas atendidas en hospitalización domiciliaria hubiesen tenido que mantenerse hospitalizadas haciendo uso de infraestructura hospitalaria, dificultando que nuevos mas complejos pacientes hicieran uso de camas de hospitalización. Diversos estudios, señalan que la saturación a la que se ven sometidos los servicios de urgencia y hospital, tienen como causas

principales insuficiente número de camas, lo que disminuye la capacidad de los hospitales para admitir nuevos pacientes (Roberge, D. et al 2010), así como también, el aumento de la complejidad de los pacientes, aumento en el volumen de la población consultante, retraso en la respuesta de las unidades de apoyo, falta de recurso humano y escasez de espacio en la planta física (Derlet, R. et al 2000). Las consecuencias de no mediar estrategias para optimizar el uso de camas, se describen manejo inadecuado del dolor, retraso en el tiempo de administración de antibióticos, aumento de riesgo de infecciones producto del hacinamiento, aumento de probabilidad de abandono sin atención, aumento de mortalidad a corto plazo, aumento de estancia media intrahospitalaria y costos asociados (Martínez, E. et al 2012).

**De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados:** De acuerdo a los registros GRD de MINSAL, del total de egresos hospitalarios para el año 2019, se registra un 5,4 % de outliers superiores, es decir, 48.062 pacientes estuvieron hospitalizados más que el promedio, con una estancia media de 29,4 días. Ocupando camas, de distinta complejidad. Por lo tanto, en este caso, resulta fundamental contar con alternativas a la hospitalización tradicional que permitan dar continuidad a la atención, optimizar el uso de camas necesarias y favorecer la atención del paciente en su propio entorno.

**Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Esta estrategia es un soporte a la gestión hospitalaria cuando existe déficit de camas, y para dar consistencia a ello, desde el rol normador que le compete a MINSAL, es que se está trabajando con DIPOL el Reglamento de HD y la actualización de la Orientación Técnica de la estrategia (documento vigente data del año 2011), con el objetivo de definir lineamientos y criterios de trabajo en las unidades de Hospitalización Domiciliaria de los establecimientos hospitalarios de la red pública del país. Así mismo resulta fundamental insistir en la asignación presupuestaria de expansión, que permita regularizar los equipos sin financiamiento desde el nivel central, así como la implementación de nuevos equipos en los hospitales de la red pública de salud.

**Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.):** Se realizan mejoras en el desarrollo de la metodología de revisión y análisis. Debido a que la información de DEIS, por contar con datos preliminares, requiere de actualización. Por ello, se revisa nuevamente los cálculos y estimaciones de la población potencial; objetivo; beneficiarios; componentes (eliminando uno, y dejando el más relevante y que contenía el segundo componente eliminado), por último se modifican los indicadores de propósito y componente, que den cuenta del programa, producción e impacto, evaluando la calidad de la atención integral del programa de hospitalización domiciliaria.

**Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Existen diversas publicaciones que hacen referencia a los beneficios de la hospitalización domiciliaria. Uno de ellos, señala que esta modalidad asistencial que requiere ser validada desde el punto de vista de la calidad de la atención para convertirse en un servicio que responda de forma óptima a las necesidades de los usuarios. Por ello, requiere que constantemente se este evaluando tanto desde su ámbito estructural como su funcional. (Pucci, C. Paravic, T. Salazar, A. 2018). Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria, una revisión integradora). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00186.pdf>

### 3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

#### 3.1) Objetivo

**Fin del programa:** Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la población que presenta un problema de salud que que puedan ser resueltos en los diferentes niveles de atención, asegurando la continuidad de atención de los pacientes en la red de salud.

**Propósito del programa:** Proporcionar cuidados de salud a aquellos pacientes que cumplen los criterios clínicos y sociales, susceptibles de ser atendidos en su domicilio, por un equipo multidisciplinario, fomentando la continuidad de atención, desde el ingreso y de acuerdo a su evolución clínica, hasta el egreso del programa

#### 3.2) Población potencial

**Descripción:** Corresponde a los pacientes egresados de una cama básica (estadísticas hospitalarias DEIS código DEIS 401-403) y aquellos pacientes que egresaron del programa de hospitalización domiciliaria (Serie A, REM 21, sección C).

**Unidad de medida:** Personas

**Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente:** 414427

**Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada:** Reporte obtenido de estadísticas hospitalarias de DEIS, reporte REM 21 sección C.

#### 3.3) Población objetivo

**Descripción:** Corresponde a aquellos pacientes con características clínicas (pacientes con un diagnóstico médico y patología de condición aguda, susceptible de continuar el plan terapéutico en domicilio, de acuerdo a tipo y periodicidad de tratamiento), sociofamiliares (cuentan con un familiar, tutor u otro adulto que acompañe durante el proceso de hospitalización domiciliaria), y habitacionales (domicilio cuentan con condiciones sanitarias y de servicios básicos disponibles) que cumplen con los criterios propios de los equipos para ingresar al programa de hospitalización domiciliaria, para recibir atención clínica de acuerdo a sus requerimientos. A las unidades de hospitalización domiciliaria se le presentan los posibles ingresos, y evaluar de acuerdo a sus protocolos internos de funcionamiento, y en concordancia con las orientaciones técnicas emanadas desde el nivel central

**¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?:** No

2020

2021

2022

2023

Población objetivo	70.000	58.870	60.047	61.248
--------------------	--------	--------	--------	--------

## 4.1) Estrategia

El programa presenta 1 componente.

Nombre	Descripción
<b>Atención Integral de Salud</b> Prestaciones de Salud (Prestaciones de Salud)	<p>El componente tiene por objetivo otorgar atención de salud por un equipo multidisciplinario (médico, enfermera, kinesiólogo, asistente social y técnico paramédico), quienes planifican el plan terapéutico acorde al diagnóstico y condiciones del paciente, generando visitas en su domicilio de acuerdo a la programación y periodicidad requerida, realizándose las prestaciones acordes a la patología, de acuerdo a los protocolos establecidos por el equipo de hospitalización domiciliaria. Este equipo es contratado por el establecimiento y es de dedicación exclusiva para este programa y requiere de vehículo para el traslado. Su financiamiento considera el costo del RRHH, insumos y equipos. Su producción se registra en DEIS, y considera las variables de ingresos, personas atendidas, días personas atendidas, reingresos a hospitalización tradicional, personas fallecidas esperadas y no esperadas, además de los cupos programados y utilizados.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 58.870 Personas atendidas.</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 4.110.643</p>

**Estrategia de intervención:** Esta modalidad de atención cuenta con estructura organizacional, equipamiento e insumos, funciones y responsabilidades del equipo, niveles de supervisión, definición de sistema de turnos diurnos para todo el personal y sistemas de información y registros estandarizados. El equipo es multidisciplinario, la atención se entrega de acuerdo con protocolos, normas y procedimientos establecidos.

El ingreso de los usuarios a esta modalidad de atención, se genera a través de la solicitud de ingreso por parte de un médico tratante, a través de una Interconsulta o documento similar, teniendo como requisito de ingreso el contar con consentimiento expreso y de colaboración por escrito del paciente o familiar responsable. Conjuntamente a la evaluación clínica del paciente por parte del equipo de Hospitalización Domiciliaria, debe existir evaluación social que asegure que las condiciones del hogar permiten acceder a esta modalidad de atención.

La periodicidad de las visitas y actividades clínicas a desarrollar se determinan de acuerdo con la evaluación clínica inicial y plan terapéutico establecido para cada paciente.

La Hospitalización Domiciliaria debe articularse mediante su coordinación con los servicios clínicos, servicios de apoyo del hospital, el nivel secundario, la atención primaria de salud, al igual que el intersector y la comunidad, de manera de asegurar la continuidad de atención del paciente en la red de salud.

El egreso es un acto de responsabilidad exclusiva del médico de la unidad y se genera una vez finalizado el plan terapéutico diseñado y recuperada la condición de salud del paciente.

**Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa:** Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 1 mes

**Criterios de egreso:** Se requiere el alta entregada por un médico.

**¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?:** Si, Una vez que el paciente es dado de alta de su atención en hospitalización domiciliaria, y se reinserta en la APS, debido a la alta prevalencia de comorbilidades de los usuarios, es posible que ese paciente vuelva a sufrir alguna descompensación, requiera hospitalizarse y nuevamente cumpla y requiera de continuar de su proceso de hospitalización en domicilio.

**Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar):** El programa se orienta a personas que estando hospitalizadas, pueden continuar de este proceso de hospitalización (atención clínica pero sin la infraestructura hospitalaria) en su domicilio, por eso da respuesta y solución a un problema ya existente, que es la pérdida de la salud.

**Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa:** Dado que el programa continua los cuidados del hospital, en el domicilio del paciente, se va a requerir de la existencia de una red de apoyo, sea familiar, cuidadores o comunidad, que faciliten que el paciente de cumplimiento al plan terapéutico y de cuidados establecido para él, por el programa de hospitalización domiciliaria.

## 4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

**Ejecución:** El programa no es ejecutado por instituciones distintas a la responsable del programa.

**Articulaciones:** El programa no se articula con otras instituciones públicas o privadas.

**Complementariedades Internas:** El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

**Complementariedades Externas:** El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

## 4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	No		El criterio principal es todo paciente con patología aguda o crónica descompensada con posibilidades de continuar su atención en el domicilio (independiente de género, ascendencia, territorio, grupo étnico o discapacidad).
Pueblos indígenas	No		El criterio principal es todo paciente con patología aguda o crónica descompensada con posibilidades de continuar su atención en el domicilio (independiente de género, ascendencia, territorio, grupo étnico o discapacidad).
Pertinencia territorial	No		El criterio principal es todo paciente con patología aguda o crónica descompensada con posibilidades de continuar su atención en el domicilio (independiente de género, ascendencia, territorio, grupo étnico o discapacidad).
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	No		El criterio principal es todo paciente con patología aguda o crónica descompensada con posibilidades de continuar su atención en el domicilio (independiente de género, ascendencia, territorio, grupo étnico o discapacidad).
Discapacidad	No		El criterio principal es todo paciente con patología aguda o crónica descompensada con posibilidades de continuar su atención en el domicilio (independiente de género, ascendencia, territorio, grupo étnico o discapacidad).
Migrantes	No		El criterio principal es todo paciente con patología aguda o crónica descompensada con posibilidades de continuar su atención en el domicilio (independiente de género, ascendencia, territorio, grupo étnico o discapacidad).
Otra condición	No		

#### 4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

**Mecanismos de participación ciudadana:** No

**Justificación:** Se crea y mantiene como programa de continuidad por definiciones técnicas.

**Mecanismos de participación y transparencia pública:** Si

- Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa

**Descripción:** Ejecución presupuestaria.

## 5. INDICADORES

### 5.1) Indicadores

**Indicadores a nivel de Propósito:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Cobertura de hospitalización domiciliaria	(Número de personas egresadas de hospitalización domiciliaria) en el año t / [(Número de personas egresadas de cama básica en el año t) + (número de personas egresadas de hospitalización domiciliaria) en el año t] *100  <b>Fuente de información:</b> DEIS, REM 20 y REM 21 serie A, sección C1	La extracción de datos del DEIS y su análisis posterior, permite evaluar la eficiencia en cuanto a la cobertura alcanzada por el programa, en términos de personas egresadas del mismo. Se realiza una relación entre las personas egresadas del programa (altas) y la suma de las personas egresadas de cama básica más las personas egresadas del programa (altas)*100. La relación (división) entre ambos, permite calcular el porcentaje de cobertura del programa.	0,19	0,14	0,16
Promedio de días de estada	(Número de días de personas atendidas en el año t/Número de personas atendidas en el año t)  <b>Fuente de información:</b> DEIS, REM 21 serie A, sección C1	La extracción de datos del DEIS y su análisis posterior, permite evaluar la eficiencia en el uso del programa, tras el cálculo del promedio de días de estada. Cuyas definiciones son: Días personas atendidas corresponde al número de días por paciente que se atendió en el programa (sumatoria) y Personas atendidas, se define como los pacientes que son atendidos bajo esta modalidad de atención en domicilio. La relación (división) entre ambos, permite calcular el promedio de días de estada.	8,77	8,71	8,69

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Tanto el numerador como el denominador se encuentra registrado en DEIS, fuente oficial en salud, que permite exportar la información a través de archivos excel.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** El registro en DEIS, permite obtener información del indicador de manera histórica, tanto para el indicador 1 (cálculo de los egresos de cama básica como para los egresos del programa de hospitalización domiciliaria (altas)), como para el indicador 2. Estos reportes permiten ver los comportamientos históricos, así como proyecciones. Sin embargo, este año se debe tener la consideración de ser un año en que el sector salud tuvo que dar respuesta a una demanda producto de la pandemia, como: 1) Complejización de camas (aumentando camas críticas y medias, disminuyendo las básicas) 2) Aumento de la complejidad clínica de los pacientes atendidos 3) Aumento de la producción de hospitalización domiciliaria 4) Desde el 2015 al 2019 disminuyen en aproximadamente en 52 mil los egresos de cama básica, pero más del 50% de esta baja, lo absorbe el programa de hospitalización domiciliaria (27 mil egresos) y 5) Reducción de camas básicas por cambios en la funcionalidad de las camas (complejización).

#### Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de reingresos a hospitalización tradicional	Número de reingresos a hospitalización tradicional en el año t/Número total de personas atendidas en el componente en el año t)*100  <b>Fuente de información:</b> DEIS, REM 21 serie A, sección C1	La extracción de datos del DEIS permite evaluar la calidad del programa, tras el cálculo del porcentaje de reingresos a hospitalización tradicional. Se entenderá como reingreso, a número de personas que por su condición de salud, deben reingresar a ocupar una cama hospitalaria, y personas atendidas, a aquellos pacientes que son atendidos bajo esta modalidad de atención en domicilio. La división entre ambos (*100), permitirá calcular el porcentaje de reingresos, manteniendo valores cercanos a un 4%	0,04	0,04	0,04

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Tanto el numerador como el denominador, se encuentran registrados en DEIS, fuente oficial en salud, que permite además permite exportar la información en planillas excel para sus análisis posteriores.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** El registro en DEIS, permite obtener

información del indicador de manera histórica, tanto para el cálculo de los reingresos como personas atendidas. Estos reportes permiten ver los comportamientos históricos, así como proyecciones.

## 5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos: El registro de la información se realiza en DEIS, en el registro estadístico mensual (REM 21, serie A, sección C 1 (personas atendidas) , C2 (visitas realizadas) y C3 (cupos). No se identifican usuarios. Son datos acumulados. Sin embargo, cada unidad de Hospitalización Domiciliaria, al ser dependiente del hospital, sigue la normativa de uso de ficha clínica y el resguardo de la información.

¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?: No

## 6. PRESUPUESTO

### 6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Atención Integral de Salud	4.110.643	El gasto se asocia a toda la atención integral producto de las prestaciones otorgadas por el equipo multidisciplinario (médico, enfermera, kinesiólogo, asistente social y técnico paramédico) que visitan al paciente en su domicilio, de acuerdo a la periodicidad requerida y se realizan las prestaciones acordes a la patología que presenta el pacientes, en relación con los protocolos establecidos de la unidad de Hospitalización Domiciliaria. Este equipo es contratado por el establecimiento y es de dedicación exclusiva para este programa y requiere de vehículo para el traslado el que es del pool del establecimiento y está asignado al programa. Su financiamiento considera el RRHH, insumos y equipos. Su producción se registra en DEIS, y considera ingresos, personas atendidas, días personas atendidas, reingresos a hospitalización tradicional y personas fallecidas esperadas y no esperadas.

**Gastos Administrativos:** 822.129

**Detalle gastos administrativos:** Gasto asociado a compras en insumos y movilización.

**Total Gastos:** 4932772

### 6.2) Gastos de Inversión

**Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$):** 4.932.772

### 6.3) Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	49	01	21 Gastos en personal	2.779.499	2.779.499
16	49	01	22 Bienes y servicios de consumo	1.331.144	1.331.144

**Gasto Total por Subtítulo (M\$):** 4.110.643