

Hospital Virtual Hospital Domiciliario

HOSPITALIZATION AT HOME.

Dra. María Ibaceta Lizana*

Resumen

Se analiza la situación de recursos, y especialmente la disponibilidad de camas del Hospital Regional de Temuco.

Frente a la situación existente, se propone la creación de un sistema de hospitalización en el domicilio de los pacientes, con atención diaria por un equipo multiprofesional itinerante, que se denomina Hospital virtual. La propuesta se apoya en el éxito obtenido por la Unidad de Atención Domiciliaria que funciona desde el mismo Hospital desde 1994; pero es de un alcance diferente.

Se indican los recursos y condiciones requeridos. El costo por día de hospitalización virtual será poco más de la mitad del arancel para un día cama en el hospital.

Palabras clave: hospitalización domiciliaria, solución de problemas, efectividad, eficiencia.

Abstract

Resource availability, and particularly bed availability in the Regional Hospital of Temuco, are analyzed.

Given the current situation, the creation of a system of hospitalization in the patients' homes, with daily care provided by an itinerant multiprofessional team, is proposed. The scheme is given the name of "virtual hospital". The proposal is an extension of the successfully applied concept of the Home Care Unit which exists in the same Hospital since 1994.

The requirements are indicated. The cost per day would be slightly more than half that which is paid by the Ministry for a day of inpatient care.

Key words: home care, hospital, problem solving, effectiveness, efficiency.

* *Ex Directora del Hospital Hernán Henríquez Aravena, de Temuco; Coordinadora de la Unidad de Atención Domiciliaria del mismo Hospital; Docente de la Universidad de la Frontera. <mibaceta@entelchile.net>*

1.-INTRODUCCION

El Hospital Regional Dr. Hernán Henríquez Aravena es el único hospital de Temuco urbano. Al ser EL establecimiento de nivel terciario de la IX Región, es el lugar obligado de derivación de la patología compleja de Temuco y de los hospitales de los Servicios de Salud de la Araucanía.

El crecimiento poblacional de Temuco y la Región ha sido importante en las dos últimas décadas; la ciudad de Temuco ha experimentado el crecimiento mayor del país (Tabla 1). De esta población un 80% son beneficiarios del Sistema de Salud. Además en nuestra región hay un 40% de población rural y un 26,5% de población definida como mapuche.

Tabla 1.
POBLACION DE TEMUCO Y LA REGION 1972 -2002

Años	Temuco	Región
1974	160.981	644.448
1984	183.396	674.511
1994	262.235	824.387
2004	302.816	874.245

Para efectuar la atención cerrada referida y de urgencia el Hospital contaba con 715 camas hasta 1997, distribuidas en 14 Servicios Clínicos; actualmente las camas son 694.

Según la encuesta de situación socioeconómica (CASEN) realizada en 2000 por el Ministerio de Planificación, la IX Región tenía un 11,1% de habitantes en extrema pobreza (indigencia) y un 21,6% de pobres no indigentes. Ambas cifras eran las más altas entre todas las Regiones de Chile, y superan con creces a los índices nacionales, que eran 5,7% y 14,9%, respectivamente.

La misma encuesta Casen revela que el 77% de la población era beneficiaria del sistema público de previsión de salud. La gran mayoría de los egresos del hospital corresponde a los beneficiarios de los dos estratos más pobres: A y B. Por ende debemos optimizar nuestros esfuerzos, ya que no es fácil multiplicar los recursos.

Durante los 30 últimos años el Hospital ha tenido un aumento de la complejidad de sus prestaciones que no ha sido seguido por un aumento del número de camas de los servicios; más bien se plantea un mejor aprovechamiento de ellas, mejorando los índices de estada, el porcentaje ocupacional, la estadía preoperatoria de los servicios quirúrgicos, etc. Algu-

nos Servicios tienen un porcentaje de ocupación muy alto derivado de la creciente demanda de atención.

La demanda permanente de camas hace que a veces se indique un alta prematura a pacientes aun no plenamente restablecidos. Esta alta prematura hace que no esté asegurado el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, provocando complicaciones, reagudizaciones de las patologías, demora en obtener resultados de los tratamientos y/o cronicidad. No es infrecuente que facilite la aparición de otras patologías.

Un hecho digno de mencionar es la concurrencia después del alta a otras instancias de salud tradicionales. Se trata de personas guiadas por sus creencias y porque no se sienten satisfechas con la atención recibida; esta conducta se traduce muchas veces en rehospitalización por reagudización de la patología.

Pensamos que esto se debe a la falta de comunicación entre el equipo de salud y el paciente; éste, una vez dado de alta, no tiene un cambio de conducta que favorezca su restablecimiento.

2. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales:

- * Crear un nuevo sistema de hospitalización domiciliaria para atender la patología secundaria y optimizar el uso de las camas del Hospital Hernán Henríquez Aravena.
- * Disminuir el rechazo de enfermos que necesitan hospitalización electiva o de urgencia.
- * Mejorar la calidad de atención de los enfermos de la ciudad de Temuco y Padre Las Casas con la implementación de un modelo a escala humana y tecnológicamente adecuado aplicado al ámbito ambulatorio.
- * Mejorar la percepción de los pacientes y de la opinión pública respecto a nuestro sistema de salud.
- * Cooperar con el mejor uso de los recursos públicos.
- * Posicionar a la región en el ámbito nacional en cuanto a innovación tecnológica y sistemas de atención actualizados.

2.-2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Atender el rechazo que se produce y la demora en la atención por estar las camas de observación de la Unidad de Emergencia ocupadas, ya que no

existen las camas de hospitalización suficientes para un traslado expedito.

- * Dar atención en su domicilio a los pacientes de patología de mediana y baja complejidad de la ciudad de Temuco que consultan en el Hospital Regional.
- * Mejorar la calidad de atención de los Adultos Mayores con patologías crónicas de difícil traslado al establecimiento.
- * Mejorar los indicadores de aquellos servicios que trabajen con el sistema domiciliario.

- * Atender a la emergencia que se producirá al demoler el edificio del Hospital Remodelado para comenzar las obras de Normalización del Hospital.

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL.

3.1. Servicios Clínicos

La tabla 2 muestra la forma en que han evolucionado los indicadores del Hospital Regional Temuco.

Tabla 2.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
N egresos	28.958	29.761	31.231	31.183	29.832	30.978
N días estada	217.427	219.813	219.745	220.779	214.023	223.156
Promedio días estada	7,5	7,4	7.0	7,1	7,2	7.2
N camas	679	679	694	694	678	694
Egresos por cama	42,6	42,8	45.0	44,9	44.0	44.6
Días cama ocupados	218.921	220.348	221.070	222.657	215.718	223.794
Días cama disponible	247.835	247.835	254.004	253.310	248.792	253.110
% ocupación	88,3	88,9	87.0	87.9	86.7	88.4
Indice sustitución	1,0	1,0	1.1	1.0	1.1	0.9
N fallecidos	907	894	931	979	866	997
% fallecidos	3,1	3,0	3.0	3.2	2.9	3.2

3.2. Unidad de Emergencia.

Cuenta con modernas dependencias en la Unidad de Paciente Crítico (U.P.C), en que se ubican además las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios de Adultos

- * **Urgencia Adultos:** Cuenta con un nuevo local, de estructura moderna, equipado como para atender pacientes de urgencia, con 6 camas de observación. Los enfermos que ameriten hospitalización deben pasar a los servicios correspondientes
- * **Urgencia Infantil:** iguales condiciones de infraestructura, los niños que lo precisan son hospitalizados en el Servicio de Cirugía Infantil o Pediatría.
- * **Urgencia Obstétrica:** en el mismo edificio; las pacientes son hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia que está en el 4° piso del edificio principal del Hospital

En el Servicio de Urgencia del Hospital Regional Temuco se atendieron en el 2003: 156.811 consultas anuales de las cuales 55.690 eran infantiles, 79.041 eran de adultos y 22.080 eran maternas.

Desde su inauguración se ha observado un flujo constante de enfermos que presentan patologías no necesariamente de urgencia que esperan atención especializada, la que no consigue en los consultorios de la ciudad. Esto es un fenómeno coincidente con el que se observa en casi todos los hospitales del país. En Temuco se ve agravado porque la Unidad de Emergencia es unidad de referencia regional y a los enfermos de la ciudad se suman aquellos de patología terciaria derivados de toda la Novena Región.

Los Servicios de Medicina Interna y Cirugía Adultos han debido soportar la demanda creciente de enfermos derivados desde la Unidad de Emergencia porque:

- * Se eliminaron las 24 camas de hospitalización de la antigua unidad de emergencia y los enfermos que antes evolucionaban en ese lugar ahora son derivados a los diferentes servicios.
- * La curva epidemiológica regional presenta la misma tendencia del resto del país y el aumento de los adultos mayores ha incrementado el número de pacientes con patologías crónicas que al no

recibir atención primaria adecuada se agudizan o reagudizan, con complicaciones graves, requiriendo atención de urgencia.

- * Los accidentes de tránsito son atendidos por el sistema de urgencia prehospitalaria que permite el salvataje de politraumatizados gravísimos que ingresan por la Unidad de Emergencia.
- * Los Servicios de Cirugía y Medicina Interna están ocupados en un 50 a 60% por enfermos derivados desde la Unidad de Emergencia y no pueden atender toda la patología electiva, lo que alarga las listas de espera.
- * Los enfermos postoperados y médicos ya atendidos y que son de hospitales periféricos deben esperar el traslado a su lugar de origen, lo que a veces demora 2 o más días por dificultades de coordinación de la red.

Resulta obvio que un mayor crecimiento de los egresos es difícil en las condiciones actuales y en algunos servicios clínicos este crecimiento es imperceptible. Además son servicios críticos, tanto en imagen pública como en necesidad real de nuestra población. Para superar esto entre otras cosas se puede realizar:

- * Aumentar la eficiencia de los servicios clínicos.
- * Protocolizar tanto los ingresos como las pautas terapéuticas y de estudio.
- * Aumentar la capacidad de camas del Hospital Regional en algunos servicios que están colapsados.
- * Mejorar la atención ambulatoria de todo nivel.

Los Servicios han logrado disminuir el promedio de días de estada, aunque reconocen que es muy difícil mejorarlo más sin un cambio en la gestión y la renovación o implementación de algunos equipos.

El porcentaje de ocupación en la mayoría de los servicios es muy alto, siendo los más altos los Servicios de Cirugía, Medicina, Traumatología y Neurocirugía.

Buscando caminos para enfrentar la demanda insatisfecha de atención de salud, se ha puesto en práctica modalidades de trabajo en equipo de diferentes líneas; estas modalidades responden a las exigencias de una sociedad en rápido proceso de cambio, los cuales repercuten en el ámbito de la salud, modificando el perfil epidemiológico, las demandas y costos de la salud, así como las exigencias de calidad y eficiencia por parte de los usuarios, del equipo de salud y del sistema.

Una respuesta ha sido el funcionamiento, desde 1994, de la Unidad de Atención Domiciliaria del Hos-

pital Regional Temuco (1). También se conocen otros programas de esta índole creados por el Hospital San José (2) y por el de Arica.

Por otra parte, algunos Servicios de Temuco han modificado sus camas según necesidad. En Pediatría disminuyeron las camas de la Unidad de Infecciosos. Cirugía ha aumentado sus camas con una sala de Tratamiento Intermedio. Obstetricia ha disminuido sus camas a favor de Ginecología. Neurocirugía está faltente de camas, aunque han aumentado de 12 a 16.

Ha comenzado a trabajar la Unidad de Paciente Crítico, con 12 camas UCI y 24 camas de Tratamiento Intermedio. Hay un nuevo local para la Unidad de Emergencia, sin camas de hospitalización. Además la Unidad Cardioquirúrgica ha llegado a tener 16 camas.

4. LOS DESAFÍOS.

El Hospital Hernán Henríquez Aravena es el único establecimiento de alta complejidad de toda la Región y en algunas patologías es de resolución suprarregional.

- * Es incuestionable que el Hospital Regional Temuco está sobrepasado en su capacidad, que fué calculada para dar atención a la población de 1960, muy inferior a la actual (según se vió en la Introducción).
- * Insuficiente capacidad resolutive de los hospitales de mediana complejidad de la red, lo que obliga a que trasladen indiscriminadamente pacientes de baja a alta complejidad.
- * Aumento de la complejidad de los pacientes, dado por:
 - a) El aumento de la proporción de adultos mayores en la población, esperándose que para el 2010 alcance al 10.5%, con cuadros de morbilidad de difícil resolución.
 - b) Ha disminuido la natalidad, pero hay cada vez más recuperación de recién nacidos con menos peso, por lo tanto con más problemas de alta complejidad durante los primeros años de vida.
- * Tenemos un triste record de accidentes de tránsito, que produce gran número de politraumatizados, que hoy, gracias a la atención prehospitalaria, tienen mejores posibilidades de supervivencia.
- * Nuevas técnicas de tratamiento médicas y/o quirúrgicas permiten tratar pacientes cada vez más complejos y que exigen espacio, personal, y equipamiento.

- * Aumento de enfermedades crónicas invalidantes como EBOC, Diabetes, Insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, Insuficiencia renal crónica, cáncer y otras que requieren cuidados continuos y atención preferencial.
- * Insuficiente disponibilidad de camas públicas en la comuna de Temuco. Cada vez que se plantea un problema de cobertura se trata de solucionar sólo aumentando el número de camas, sin considerar otro tipo de solución al problema
- * Reticencia médico administrativa al alta precoz.
- * Demolición del Hospital Remodelado al comenzar las obras de la Normalización. En este momento alberga los servicios de Neurocirugía, Traumatología, Neumotisiología, Urología, Otorrino-Oftalmología, además de algunas oficinas administrativas.

Las posibilidades de resolver los problemas del Hospital Regional Temuco en forma radical y completa pasan por modificar:

- * El sistema de atención.
- * Estructuras físicas.

El mejoramiento de la Unidad de Emergencia del Hospital Regional Temuco, ha generado un aumento de la demanda de camas de observación, estudio o tratamiento, generando un círculo vicioso que, en ausencia de innovaciones, ha colapsado nuevamente al Hospital en su conjunto. La nueva Unidad de Emergencia no tiene camas de hospitalización, sino que está planificada para trabajar con el sistema de camillas de observación. Por lo tanto, los pacientes deben pasar de inmediato a los servicios correspondientes. Cirugía Infantil y Obstetricia no tienen problemas; pero Cirugía de Adultos, desde Junio de 1998, ha visto sobrepasada su capacidad de ingresar pacientes electivos, ya que los pacientes operados por la Unidad de Emergencia ocupan hasta un 50% de sus camas.

La mantención de esta crisis genera gran frustración en el personal, además de aumentar las listas de espera.

5. DISCUSIÓN.

Se consideran cuatro alternativas de solución, las cuales se analizan a continuación.

Alternativa 1:

Creación de un Hospital Virtual, que a menor costo permita atender la patología de mediana y baja complejidad, de Temuco y Padre las Casas, con

un esquema semejante al ya probado de la Unidad de Atención Domiciliaria (1), y que ha sido reconocido a nivel nacional con una "Distinción de Excelencia en Salud"

Tiene la desventaja actual de que no tiene retorno, pero se están haciendo las gestiones ante FONASA para que la prestación del día cama domiciliario sea reconocida y cancelada.

Haciendo un estudio comparativo de costos: FONASA cancela \$ 24.000 por un día cama Hospital, lo que está por debajo de su costo real que es alrededor de \$ 45.000. El costo de la visita domiciliaria para el año 2000 fue de: \$ 6.190. La visita de Hospital Domiciliario será de un costo superior, alrededor de \$ 14.000, lo que es de todas maneras cerca de la mitad del costo del día cama Hospital.

Esta alternativa es de inmediato y alto impacto social, ya que, como no necesita infraestructura, su preparación y puesta en marcha son rápidas.

Alternativa 2:

Construcción de un segundo Hospital para Temuco y Padre Las Casas: este es un anhelo muy sentido por la comunidad, que no ha podido llevarse a cabo por su alto costo de infraestructura y especialmente de Gasto Operacional.

Es una alternativa que a futuro creo que será considerada, tal vez no como un Hospital de Agudos o Materno Infantil, sino como uno de mediana o larga estadía, considerando el aumento de la proporción de adultos mayores.

Es de alto impacto social, pero no sería realidad antes de 4 años a partir de la decisión de construir. Los estudios respectivos de factibilidad han sido descartados por el Ministerio en este momento por su alto costo operacional.

Alternativa 3:

Compra de Servicios a otros establecimientos asistenciales de la ciudad: es de alto costo, ya que estos establecimientos son de carácter privado con fines de lucro, y los retornos Fonasa no cubren los gastos operativos de estos establecimientos. Además son de poca capacidad para lo que necesita la ciudad.

Inicialmente sería de gran impacto social, especialmente por las diferencias de hotelería, pero al producirse dificultades por las diferencias de costo, que serían de cargo del usuario, resultaría en frustración.

Alternativa 4:

Uso de hospitales de la red cercanos para la derivación de pacientes rechazados por el Hospital: esto permitiría usar la capacidad ya instalada de la red asistencial, pero los enfermos serían alejados de sus familiares y se sentirían rechazados al no ser atendidos en Temuco. Además la capacidad de estos establecimientos es limitada.

El impacto social sería moderado.

6. ALTERNATIVA PROPUESTA: LA CREACIÓN DE UN “HOSPITAL VIRTUAL”.

Se trata de una Unidad que, mediante un equipo profesional multidisciplinario definido para pacientes de mediana y baja complejidad, reciba los enfermos que han sido dados de alta precozmente desde los servicios, derivados desde la Unidad de Emergencia y desde el CDT y progresivamente desde los Consultorios de la red municipal.

Este equipo, premunido de equipamiento ad-hoc, deberá hacer la atención en domicilio de estos enfermos según protocolos de atención y horarios previamente establecidos.

6.1. Patologías y pacientes tipo que pueden manejarse en domicilio:

En EEUU el parto, el enfermo cardíopata, el insuficiente renal se manejan en su domicilio.

En nuestra realidad, si bien es cierto podríamos argumentar un problema de costos, a nuestro modo de ver, el problema es de desarrollo y capacidad organizacional y lo que es importante es convencer a nuestros colegas de las bondades de este tipo de atención.

Los que hemos trabajado en domicilio y hemos superado algunas situaciones difíciles, sabemos que en el hogar y con una familia comprometida se pueden hacer más cosas de las imaginables por algunos.

Como un marco inicial, nos permitimos aseverar que los siguientes pacientes pueden ser manejados con seguridad en sus hogares:

- * Enfermos respiratorios crónicos: enfermedad bronquial obstructiva crónica que necesita oxigenoterapia a domicilio; asma bronquial.
- * Enfermos respiratorios agudos: síndrome bronquial obstructivo, neumonías tipo 1.
- * Cuadros graves amigdalianos o de senos paranasales, que se hospitalizan para tratamiento antibiótico endovenoso.

- * Post operatorios de: colecistectomía, hernioplastias, bocio, várices, injertos hasta 10% de extensión, drenajes pleurales post toracotomía mínima, laparotomía exploradora y cirugías electivas de mediana y baja complejidad.
- * Curaciones de baja y mediana complejidad: heridas en postoperados, quemaduras de índice de gravedad hasta 75 puntos, heridas traumáticas que no comprometen áreas de orificios naturales, úlceras venosas crónicas, escaras de decúbito.
- * Post operatorios de cesáreas y de operaciones ginecológicas de mediana y baja complejidad.
- * Post operatorios de Traumatología y Ortopedia; fracturas cerradas y expuestas con tutor externo, tanto de adultos como de niños.
- * Abscesos o procesos supurativos de la piel, sin sepsis, que actualmente se hospitalizan para tratamiento endovenoso.
- * Pacientes con accidente cerebrovascular estabilizados.
- * Control de evolución de pacientes con hernias de núcleo o lumbociáticas en período de estudio preoperatorio.
- * Diabéticos descompensados sin compromiso hemodinámico, hasta estabilización; pié diabético en su período de granulación pre y post injerto.
- * Hipertensos que necesitan control para estabilización.
- * Pacientes con cáncer y dolor crónico o terminales que no pueden desplazarse hacia el Consultorio.
- * Pacientes con síndromes o síntomas no específicos, sin compromiso hemodinámico, que actualmente se ingresan para observación.
- * Pacientes con infección urinaria aguda que actualmente ingresan para tratamiento antibiótico inyectable y control de urocultivos seriados.
- * Pacientes con contusiones y traumatismos de variada índole que ingresan para observación y que no ameritan hospitalización.
- * Pacientes con cuadros digestivos agudos, gastritis, gastroenteritis, sin alteraciones hemodinámicas que necesiten hidratación.
- * Ostomizados, ya sea transitorios o definitivos.
- * Pacientes en espera de resultado de biopsia o de otro examen especializado, que en este momento permanecen en el hospital para no perder su cupo mientras se decide conducta a seguir.
- * En general, adultos mayores con patología crónica que permanecen postrados y que en este momento no tienen atención médica ninguna.

Durante los 5 años de funcionamiento de la Unidad de Atención Domiciliaria no ha sido necesario rehospitalizar de Urgencia a ningún paciente adulto por complicaciones, y aquéllos como los recién nacidos en que se ha detectado ictericia progresiva han sido llevados para tratamiento en forma más precoz que sin la visita domiciliaria.

OTROS PACIENTES POTENCIALES

- * Altas postergadas de los servicios. Entrevistas a las enfermeras supervisoras de cada servicio confirman que estas altas se postergan básicamente por escaso movimiento en los servicios de recepción.
- * Hay pacientes que necesitan completar tratamientos y exámenes que en el actual sistema no se pueden hacer en forma ambulatoria. Algunos son enviados a la Unidad de Emergencia o a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia a cumplir tratamientos y frecuentemente pierden el contacto con el Servicio que los atendía.
- * En Cirugía, en algunas ocasiones, hasta un 40% de las camas están ocupadas por pacientes del Servicio de Urgencia, resaltando el hecho que se postergan cirugías electivas de las listas de espera. Algunos de ellos deben hospitalizarse para efectuar preparación especial preoperatoria. Por ejemplo: bocios hipertiroideos, cirugía cardíaca, procedimientos diagnósticos como colangiografía endoscópica retrógrada o colonoscopia.
- * En otras ocasiones los pacientes son hospitalizados para recibir fármacos o procedimientos de enfermería, lo que fácilmente se podría realizar en su domicilio.
- * Pacientes del dolor. Si bien es cierto existe un policlínico del dolor es claro que la ampliación de los cuidados al domicilio se hace necesaria; de hecho en la actualidad un porcentaje importante de los pacientes de Atención Domiciliaria está constituido por controles o monitoreo del dolor.
- * Un grupo de pacientes para los que hay que programar una solución diferente son aquellos de la zona rural de Temuco que es muy extensa y con caminos intransitables en invierno. Para ellos hay que tener una Casa de Convalecencia o un sistema de contrarreferencia expedito. Esto también es aplicable para aquellos pacientes que vienen de hospitales de la red, que por diferentes motivos no han podido ser llevados a sus lugares de origen. Esto será motivo de otra presentación a futuro.

6.2. Equipamiento:

PARA DESPLAZAMIENTO DEL PERSONAL

Unidades de transporte de personal: médicos, enfermeras universitarias y paramédicos. Se considera la salida en equipos de trabajo.

Unidad de transporte de material, equipos y de personal.

Unidad de Radio central: deben preferirse los sistemas de comunicación radial ya que están presentes en el actual sistema y son más económicos en el largo plazo.

Unidades de radio para personal.

PARA TRATAMIENTOS EN DOMICILIO

- * Equipos de oxigenoterapia, tipo concentrador de oxígeno, individual. Se prefieren los condensadores a los actuales equipos de oxígeno con balón y manómetro, ya que proveen de oxígeno medicinal sin costo, no hay que estar pendiente de los balones que son incómodos y peligrosos de manipular, además de que su carga se agota de noche, o durante fines de semana con los consiguientes problemas para los usuarios. Además este oxígeno actualmente lo debe proveer el hospital con el costo correspondiente.
- * Espirómetros o flujómetros.
- * Esfigmomanómetros.
- * Fonendoscopios.
- * Otoscopios.
- * Portasueros.
- * Glucómetro.
- * Oxímetros de pulso portátiles, para controlar a los pacientes dependientes de oxígeno.
- * Bombas de infusión, para tratamientos endovenosos.
- * Equipos de resucitación para posibles emergencias.
- * Termómetros digitales.
- * Insumos correspondientes.

PARA REGISTROS Y COORDINACIÓN

- * Espacio físico de coordinación.
- * Computador.
- * Un palm para cada médico, a fin de llevar las fichas y tratamientos en forma computerizada.
- * Impresora.
- * Equipamiento oficinas de coordinación, secretaría y bodega de equipos.
- * Sistema computacional de registro.
- * Teléfono; un celular con tarjeta para cada móvil.
- * Fax.
- * Artículos de escritorio.
- * Insumos correspondientes.

6.3. Gasto (en pesos del año 2002).

RECURSOS MATERIALES

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total	
3	Móviles (Automóviles)	4.500.000	13.500.000	
1	Unidad de transporte equipos	9.000.000	9.000.000	
1	Unidad de radio central	1.350.000	1.350.000	
5	Unidades de radio personal	200.000	1.000.000	
10	Concentradores de Oxígeno	860.000	8.600.000	
10	Bombas de infusión	Comodato	0	
1	Espirómetro	150.000	150.000	
20	Equipos de curaciones	7.000	140.000	
6	Esfigmomanómetros	30.000	180.000	
6	Fonendoscopios	24.000	144.000	
6	Portasueros	25.000	150.000	
24	Termómetros	2.000	48.000	
1	Medidor de electrolitos y gases	5.780.000	5.780.000	
1	Glucómetro	Comodato	0	
1	Sistema computacional de registro	3.000.000	3.000.000	
1	Computador	600.000	600.000	
1	Impresora	60.000	60.000	
	Muebles escritorio	500.000	500.000	
	SUBTOTAL		44.202.000	
	RECURSOS HUMANOS	Sueldo Mes		Por 1 año
6	Médicos de Familia 22 horas	489.283	2.935.698	35.228.376
1	Médico Coordinador 33 horas	750.000	750.000	8.500.000
1	Enfermera Universitaria Supervisora	464.534	464.534	5.574.408
6	Enfermeras Universitarias 22 horas	197.935	1.187.610	14.251.320
2	Kinesiólogos 22 horas	197.935	395.870	4.750.440
1	Asistente Social 44 horas	464.534	464.534	5.574.408
18	Técnicos Paramédicos	202.736	3.649.248	43.790.976
2	Oficial administrativo	188.571	377.142	4.525.704
	SUBTOTALES		9.963.919	122.167.026

Se solicitará dentro del perfil del personal licencia de conducir de clase B

6.4. Costo aproximado anual del Hospital Virtual o Domiciliario.

Recursos Humanos	122.167.026
Gastos operativos	48.000.000
	\$ 170.167.026

Calculamos que se atendería por médico un total de 24 pacientes diarios. Controles de enfermería pura: 36 pacientes más, o sea 60 en total. Es decir: 1200 al mes, 14.400 en un año.

Esto arroja un costo operacional o recurrente aproximado de \$11.817 POR VISITA. A este costo

hay que agregar el gasto inicial de \$ 44 millones en equipos.

De esta manera podríamos tener en forma virtual un hospital de 60 camas de mediana y baja complejidad y de crónicos que tanto necesita la ciudad de Temuco para poder mejorar la atención.

6.5. Implementación.

- * Difusión del proyecto a nivel del Hospital Regional Temuco, todos los estamentos.
- * Difusión del proyecto a nivel de las autoridades competentes.

- * Difusión del proyecto a nivel de opinión pública.
 - * Encuestas de percepción de estas iniciativas comunicacionales.
 - * Funcionará dependiente de la Municipalidad o de la Dirección de Servicio, o directamente del Ministerio como Proyecto de Innovación.
 - * Deberá buscar un lugar de funcionamiento adecuado según su dependencia.
- * La implementación de sistemas de registro, control de insumos, etc será independiente, de tal manera de facilitar su funcionamiento como centro de responsabilidad.
 - * El presupuesto de insumos será variable mientras se establece el patrón de usuarios.
 - * Habrá un sistema de evaluación permanente del trabajo efectuado.

Referencias.

1. *Ibaceta Lizana M, Unidad de atención domiciliaria: Ruka Care, en: "El Hospital Público en Chile" Vol I, Ministerio de Salud de Chile, Santiago Diciembre 2002.*
2. *Salvo López C, San Miguel García MA, Concha Martínez E, Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital San José, en: "El Hospital Público en Chile" Vol II, Ministerio de Salud de Chile, Santiago, Octubre 2003.*