**en el.**

**Descripción de funcionamiento y su rol durante la primera ola de la Pandemia COVID-19.**

Autores: María Francisca Rojas-Goldsack1,Teresita Lyng1, Ximena Aguilera2,Javiera Herrera1,Juan Pablo Leiva1,Viviana Menaa

 1. Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile.

 2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo y Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

a. Enfermera Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile. María Francisca Rojas. Los monjes 12008, Las Condes. +569 93559701. mfrojasg@gmail.com

Archivos adjuntos: 3 tablas y 2 figuras

Total de palabras: 2.991

**RESUMEN**

En este artículo se da a conocer brevemente en qué consiste la hospitalización domiciliaria, sus diferentes modelos de atención, y los beneficios y dificultades asociadas a ésta. Buscamos también describir el funcionamiento de la unidad de hospitalización domiciliaria del Hospital Padre Hurtado (UHD HPH) de Santiago de Chile y el rol que tomó en el contexto de la primera ola de la Pandemia de COVID-19, específicamente entre marzo y agosto del año 2020.

Nuestro objetivo es dar a conocer nuestra experiencia en esta manera emergente de hospitalización que ya es una realidad en la salud pública de Chile y que esperamos siga creciendo en el transcurso de los años.

**ABSTRACT**

This article briefly discloses what home hospitalization consists of, its different models of care, and the benefits and difficulties associated with it. We also seek to describe the operation of the home hospitalization unit of the Padre Hurtado Hospital in Santiago de Chile and the role it took in the context of the first wave of the COVID-19 Pandemic, specifically between March and August of the year 2020.

Our goal is to make known our experience in this emerging form of hospitalization that is already a reality in public health in Chile and that we hope will continue to grow over the years.

**Palabras claves (Key words):** Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital (Home Care Services, Hospital-Based), Servicios de atención de salud a domicilio (Home Care Services), Visita domiciliaria (House calls).

**INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, el sistema de salud chileno ha tenido que realizar cambios en sus modelos de atención para poder dar respuesta a nuevas y crecientes demandas sanitarias que tensionan al sistema1,2 .Todo esto, en un contexto de mayor exigencia y de importantes cambios demográficos, epidemiológicos y sociales1,3,4. Si bien el país es considerado de altos ingresos, los recursos que destina a salud (7,7% del producto interno bruto) están por debajo de la media de los países de la OCDE1,2, caracterizándose por un bajo gasto público en salud, un elevado gasto de bolsillo y baja disponibilidad de camas hospitalarias, horas médicas y recursos tecnológicos1,2.Es así como surgió la hospitalización domiciliaria (HD) en nuestro país, en un principio con el objetivo de descongestionar hospitales, pero con el tiempo y con el aumento de las enfermedades crónicas, ésta ha evolucionado, representando hoy una alternativa real a la hospitalización convencional5. Un reflejo de esto es el hecho de que solo durante el año 2020, en Chile, se atendieron a 115.357 personas bajo esta modalidad de atención6. Actualmente la HD significa también una estrategia vital para poder complejizar las camas hospitalarias y aumentar el flujo de los pacientes hospitalizados de manera convencional.

Entendiendo la magnitud del problema y la oportunidad que significa la HD, nuestro objetivo es describir brevemente en qué consiste la hospitalización domiciliaria, con énfasis en su definición, sus diferentes modelos de atención, además de sus beneficios y desventajas. Pensamos que a raíz de las nuevas UHD y empresas con prestaciones de salud domiciliarias que han surgido en el último tiempo, es muy importante dar a conocer estos aspectos conceptuales básicos que puedan ser de utilidad para homogenizar definiciones. Por otro lado, daremos a conocer el funcionamiento de la unidad de hospitalización domiciliaria del Hospital Padre Hurtado (UHD HPH) de Santiago de Chile, con su contexto social, crecimiento y funcionamiento. Por último, se hará mención al rol de la UHD HPH durante la primera ola de la pandemia de COVID-19.

**¿QUÉ ES LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA? DEFINICIÓN, DIFERENCIAS CON OTRAS ATENCIONES EN DOMICILIO Y ESQUEMAS DE TRABAJO**

La hospitalización domiciliaria es aquella modalidad y estrategia asistencial alternativa a la hospitalización tradicional, en donde el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, en atención a lo exigido por su estado de salud hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada6.

La HD surge en Nueva York, Estados Unidos, en el año 1947, posterior a la segunda guerra mundial, para descongestionar los hospitales, disminuir los costos sanitarios y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación7. Hoy, el envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades crónicas han obligado a los servicios de salud a seguir utilizando la HD como alternativa a la hospitalización clásica.  Esta modalidad, se postula como una buena opción asistencial para muchos procesos médicos y post quirúrgicos, proporcionando una atención especializada, segura, eficaz y eficiente en el domicilio del paciente8. Si bien existen desventajas asociadas a la HD, son múltiples los beneficios asociados a ella2,8,9 *(Ver Tabla 1).* Cabe destacar la disminución de los costos, de las infecciones intrahospitalarias y del delirium comparado con la hospitalización convencional8, 9.

Se describen tres grandes modelos organizativos de las atenciones en domicilio: la hospitalización domiciliaria (HD) descrita anteriormente, la asistencia domiciliaria basada en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y la ayuda en domicilio o “Sistema de Delivery”10 *(Ver Tabla 2).* Si bien, todos son necesarios y tienen igual fundamento, prestar atención sanitaria en el domicilio del paciente, es importante diferenciarlos y definirlos.

Otra base conceptual que nos parece muy relevante son los diferentes esquemas de trabajo en una HD. *(Ver Tabla 3)11.* De estos, los más utilizados son dos: el esquema de evitación de ingresos, que sustituye el ingreso convencional y en donde el paciente proviene principalmente desde los servicios de urgencia, y el esquema de alta temprana, que acorta la hospitalización tradicional continuando los requerimientos de hospitalización en el domicilio11 y en dondeel paciente es ingresado habitualmente desde las unidades médico quirúrgicas. En nuestra experiencia hemos visto que a medidas que aumenta el porcentaje de pacientes que ingresan bajo la modalidad de evitación de ingresos, la complejidad asociada del paciente también aumenta, con un aumento asociado necesario en recursos humanos y de infraestructura.

**CONTEXTUALIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO**

El HPH es un hospital público general de 391 camas convencionales (a septiembre de 2020), que pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de la ciudad de Santiago de Chile12. Su población a cargo son los residentes de tres comunas: La Pintana, San Ramón y La Granja, con una población total de 376.806 habitantes, distribuida en un territorio de 47,6 km2 13.

Según las diferentes encuestas CASEN, la situación de pobreza en la región metropolitana (RM) había ido disminuyendo progresivamente desde el año 2006 hasta el año 2017, pasando de un 20,2% a un 5,4% respectivamente. Sin embargo el año 2020, este valor aumentó, llegando a haber un 9,0% de la población de la RM en situación de pobreza. Si se disgrega por comuna en el año 2020, la Pintana contaba con una tasa de pobreza de 15,3%, San Ramón de 13,1% y La Granja de 11,9%, lo que demuestra el mayor nivel de pobreza de las comunas atendidas por el HPH14.

Según el índice de prioridad social del año 2020, las comunas de La Pintana y San Ramón se encuentran en la categoría de alta prioridad social, presentando las peores condiciones socioeconómicas relativas medibles del conjunto de las comunas de la región metropolitana15.

**BREVE HISTORIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (UHD) DEL HPH.**

*Inicios y Crecimiento:* La UHD del HPH inició sus actividades el año 2011, con capacidad para atender 10 pacientes al día, teniendo un importante crecimiento en estos últimos años *(Ver Figura 1).* Actualmente contamos con 125 los pacientes hospitalizados en sus domicilios cada día, lo que equivale a 145 cupos diarios para visita en terreno. La diferencia entre ambos números se debe a que un paciente puede ser visitado en el mismo día por distintos profesionales. De esta manera, elq

*Equipo:* Para cumplir estas demandas, la unidad cuenta con un equipo multidisciplinario de médicos internistas y generales, enfermeras, trabajadores sociales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, técnicos paramédicos en salud (TENS) y personal administrativo. En cuanto a la proporción de pacientes y profesionales de la salud, la recomendación internacional para una UHD es de 1 médico y 2 o 3 enfermeras cada 15 pacientes16. Si bien la unidad ha presentado por muchos años una dotación menor, cada año se logra reducir dicha brecha al igual que con otros profesionales de la salud como kinesiólogos y fonoaudiólogos. La proporción de kinesiólogos y de otros funcionarios se define según las prestaciones y requerimientos que cada unidad tenga16.

*Indicadores de calidad:* Si bien los indicadores de calidad en una UHD siguen en discusión y desarrollo17, nos parece que los días de estadía son un indicador importante en una UHD, ya que representa el carácter agudo de la patología atendida y una derivación adecuada del paciente dentro de la red asistencial al momento del alta. Así el año 2019 la UHD HPH tuvo un promedio de estadía de 6,9 días. Otro indicador de calidad hace referencia con el porcentaje de reingresos y con la razón de recurso humano por personas atendidas16.

*Esquemas de trabajo*: La UHD HPH funciona principalmente con tres esquemas de trabajo: evitación de ingreso, alta temprana y rehabilitación precoz en domicilio para los pacientes de ortogeriatría *(Ver Tabla 3).* De esta manera, las principales procedencias de los pacientes son el servicio de urgencia adulto (SUA), el servicio de medicina interna, y el de traumatología. El año 2018, el 14% de los ingresos provinieron del SUA, aumentando a 19,2% el año 2019 y representando un 60% el 2020. A su vez, la procedencia de los pacientes presenta variaciones estacionales, como en los meses de invierno dónde aumenta la captación de pacientes desde el SUA. En este período, se presentan bruscos aumentos de la demanda asistencial debido a los brotes de enfermedades respiratorias, desbordando los servicios de urgencia, aumentando la actividad de la UHD. Uno de los beneficios que hemos visto al aumentar los ingresos desde el SUA, es que se disminuye el tiempo de espera para ser atendido en este servicio, ya que el ingreso a la UHD acelera el flujo de atención.

*Patologías más frecuentes*: En el año 2020, los principales diagnósticos de ingreso fueron: infección por Covid-19 (48%); patología respiratoria infecciosa o crónica reagudizada (19%); patología infecciosa no respiratoria como genitourinaria, de piel y partes blandas, abscesos y colecciones entre otras (7%); enfermedad tromboembólica (4%);   fractura de cadera y coxartrosis severa operada (4%); insuficiencia cardíaca descompensada (3%); seguida por patologías neurológicas como el accidente cerebrovascular y neoplásicas, entre otras.

**DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UHD DEL HPH**

En la figura 2 se presenta el flujo de trabajo de la UHD HPH. Los pacientes ingresan desde distintos servicios y desde otros hospitales de la red. Para este ingreso, los médicos tratantes presentan a su paciente a la unidad de UHD HPH y es el equipo de esta unidad quien acepta o no la solicitud. Para esto, se aplican los siguientes criterios de inclusión: estabilidad hemodinámica, un diagnóstico claro con posibilidad de mejora en domicilio, pertenecer a las comunas adscritas y contar con un tutor. Si cumple con los criterios, se realiza un ingreso médico, de enfermería y social, estableciéndose un plan terapéutico a cumplir en domicilio.

El personal administrativo reúne a todos los pacientes ingresados en un mismo día y los programa en una planilla, generando así las distintas “hojas de ruta diarias” para cada uno de los equipos que saldrán a terreno (médico, de enfermería, TENS, de kinesiología y fonoaudiología).

En cada visita domiciliaria, se registra el control de signos vitales, se realiza el plan terapéutico y se evoluciona en la ficha clínica del paciente. En el caso de la UHD HPH, desde enero de 2021, se trabaja con ficha clínica electrónica móvil, que permite evolucionar en tiempo real. Ésta fue desarrollada y diseñada por el equipo de informática del HPH y de la UHD del HPH.

Todo lo anterior esta supervisado por el equipo médico donde cada mañana, previo a las salidas a terreno, se realiza una reunión multidisciplinaria sectorizada, liderada por un médico en conjunto con el resto del equipo, En esta instancia se analiza a cada uno de los pacientes que serán visitados en el día. Se discute la evolución clínica que ha tenido cada uno y se realizan modificaciones a las indicaciones terapéuticas si corresponde. Cuando los objetivos de un paciente son cumplidos, éste se da de alta por un médico, siendo derivado donde corresponda (APS, CRS, Policlínico especialista u otros).

.

**PRESTACIONES ENTREGADAS POR LA UHD DEL HPH**

Las prestaciones entregadas en los domicilios por la UHD del HPH son las siguientes:

* Visita médica al ingreso, para evaluación según necesidad del paciente y al momento del alta.
* Tratamiento endovenoso (antibióticos, analgesia, fierro, entre otros).
* Curaciones simples y avanzadas, diarias o con menor frecuencia, según necesidad.
* Traslape y dosificación de tratamiento anticoagulante.
* Oxigenoterapia para traslape a oxígeno definitivo o destete.
* Kinesioterapia respiratoria y/o motora.
* Educación (insulinoterapia, uso de sondas y drenajes).
* Control de exámenes de laboratorio y cultivos.
* Terapia nutricional aguda: evaluación nutricional, nutrición enteral y parenteral.
* Hidratación parenteral.
* Cuidados de fin de vida.
* Manejo del dolor.
* Ventilación mecánica no invasiva en espera de la entregada por el Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva Domiciliaria en adultos (AVNIA).
* Tratamiento oral y/o subcutáneo.
* Terapia fonoaudiológica para trastornos de deglución.

**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA HPH EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19**

La pandemia de COVID-19 ha representado un gran desafío para nuestra UHD, que ha tenido que atender a 3.576 pacientes ingresados desde marzo de 2020, fecha en que se confirma el primer caso de COVID-19 en Chile, hasta agosto del mismo año inclusive (fecha de cierre de este reporte).

Producto de las condiciones sociales, el territorio atendido ha sido uno de los más fuertemente impactados del país. Enfrentar una epidemia de enfermedad transmisible persona a persona en un contexto social de pobreza y hacinamiento, exigió una reorganización de la unidad reforzando el trabajo asistencial, además de los procedimientos de control de infecciones y el seguimiento clínico de los pacientes. Para esto, se aumentó la capacidad de atenciones en terreno de 120 a 210 cupos diarios y se sumó al equipo multiprofesional ya existente, un nuevo equipo dedicado en su totalidad a realizar ingresos, seguimiento telefónico y trazabilidad de todos los pacientes con COVID-19 y a sus contactos. Hasta agosto del año 2020, se logró una capacidad de 450 llamadas diarias y el equipo creció de 29 a 64 funcionarios, recibiendo además la colaboración de alumnos voluntarios de carreras de la salud de la Universidad del Desarrollo de Santiago (UDD)-Clínica Alemana. Dicho aumento de funcionarios, respondió a la alta demanda y se financió con recursos ministeriales extraordinarios otorgados por la pandemia. Durante el período peak de COVID-19 en Santiago de Chile (mayo y junio de 2020), en la unidad se realizaron hasta 30 ingresos diarios, tres veces más que el promedio habitual de 10 ingresos diarios.

En este contextoComo ejemplo de lo anterior, es que se protocolizó que todo paciente COVID-19 mayor de 65 años, embarazada, con algún grado de disnea, y/o con comorbilidades, se les realizó una visita médica domiciliaria precoz para evaluar estado clínico, y una visita de enfermería para toma de exámenes. Según esta evaluación, se definía si el paciente requería hospitalización en su domicilio, debía ser derivado a hospitalización convencional, o bien solo requería monitoreo telefónico. Otro elemento interesante, es que antes de la definición de caso probable, se protocolizó que a todos los contactos estrechos sintomáticos se les tomó una PCR en sus domicilios, con el fin de no sobrecargar al SUA y de disminuir la propagación del contagio. Se creó también un protocolo de cuidados de fin de vida del paciente COVID en su domicilio, el cual fue de gran ayuda para aquellos pacientes en los cuales se decidió, en conjunto con su familia y dado su contexto de salud, limitar el esfuerzo terapéutico. Esto permitió un fallecimiento más humano, en compañía de familiares y con todas las medidas de protección personal entregadas por la UHD.

La letalidad total en la UHD en el período entre marzo y agosto inclusive del 2020 fue de 2,09% (75 pacientes fallecidos de un total de 3.576 ingresados), estando el 85,3% de ellos en cuidados de fin de vida (64 pacientes).  Así, 11 pacientes fallecieron de manera no esperada hospitalizados en sus domicilios, de los cuales 5 tenían diagnóstico de COVID y 6 tenían otras patologías agudas. Al calcular la letalidad exclusiva de pacientes COVID durante este período, fue de 0,8% (19 pacientes COVID fallecidos de 2261 pacientes COVID ingresados), esto es muy bajo respecto a la letalidad nacional por COVID de 3,0% del año 202018. Pensamos que los factores que influyeron fue la creación del protocolo para pacientes COVID hospitalizados en domicilio, y una doble visita médica (mañana y tarde) en donde se pudo pesquisar precozmente los pacientes COVID con mala evolución, con consiguiente derivación al SU o a una unidad de paciente agudo, según disponibilidad, en un trabajo colaborativo con gestión de camas.

Por último, constatamos que el aislamiento para grupos familiares que viven en condiciones de hacinamiento y cuyo sustento se basa en lo ganado diariamente, es difícil de lograr. En este contexto, se tuvo que derivar a muchos pacientes a residencias sanitarias, dispositivos creados por la autoridad sanitaria para garantizar condiciones de aislamiento19. Así, gracias a donaciones y apoyo del grupo UDD-Clínica Alemana, repartimos más de 500 cajas de mercadería. Esta ayuda de insumos básicos, más la entregada por el gobierno, facilitó el real aislamiento de la población en cuarentena.

**CONCLUSIONES**

La hospitalización domiciliaria entrega múltiples beneficios y es de gran ayuda para el sistema de salud de nuestro país, ya que no solo mejora el acceso, descongestiona los servicios de urgencia, facilita la complejización de camas convencionales y da movilidad a las escasas camas hospitalarias, sino que también permite un manejo más humano, integral y vinculado con el medio de los pacientes, sin el desmedro en la calidad de atención.

La UHD HPH, a pesar de pertenecer a una zona vulnerable del país y contar con limitaciones, como, no contar con ficha electrónica durante 10 años y contar con escaso recurso económico y de personal médico, ha tenido un importante crecimiento estos últimos años. Hemos aprendido que independiente de la escasez de recursos, el trabajo organizado y multidisciplinario tiene un rol central. Sabemos que aún quedan muchos espacios de aprendizaje y mejora como son: la incorporación de la docencia, el estudio de los estándares e indicadores de calidad y el crecimiento en el uso de la tecnología en hospitalización domiciliaria, como es la telemedicina con interconsultas a subespecialistas, o la ecografía domiciliaria. Existe también el desafío de aumentar la complejidad de las prestaciones como por ejemplo incluir la administración de transfusiones de hemoderivados y algunas quimioterapias en domicilio.

Con todo esto, sumado a la reciente publicación de la orientación técnica de HD6, esperamos que las unidades de hospitalización domiciliaria aumenten en todo nuestro país, logrando aportar a una atención más descentralizada, más integral, más humana, más costo efectiva y con menores complicaciones en los pacientes con requerimientos de cuidados agudos.

Para más información sobre el funcionamiento de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Padre Hurtado, contactarse por medio de correo electrónico a mfrojasg@gmail.com o tlyngb@udd.cl

**REFERENCIAS**

1. OCDE y Ministerio de Salud Chile. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública Chile HACIA UN FUTURO MÁS SANO, 35. [Internet] 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%BAblica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf [Consultado el 11 de octubre 2021]
2. Villavicencio JP., Hospitalización domiciliaria como alternativa sustentable para implementar en Chile: una mirada desde un scoping review [Internet] 2020. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3287762> [Consulta el 10 de octubre 2021]
3. Gattini, C. Síntesis de la situación de salud en Chile, 10. [Internet] 2013. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/images/SintesisSaludChile.pdf> [Consultado el 11 de octubre de 2021].
4. Instituto nacional de estadísticas (INE). Departamento de estadísticas demográficas y vitales. Población y sociedad, aspectos demográficos. [Internet]. Santiago; 2008. Disponible en: <https://enfermeriavespertina.files.wordpress.com/2010/07/poblacion_sociedad_enero09.pdf> [Consultado el18 Julio de 2020].
5. Goic A. El sistema de salud de Chile: Una tarea pendiente. [Internet] Santiago 2015. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en>  [Consultado 11 de octubre de 2021]
6. Ministerio de salud. Subsecretaria redes asistenciales. División de gestión de la red asistencial. Orientación técnica de hospitalización domiciliaria. [Internet] Abril 2021. Disponible en: https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/05/Orientacion-Tecnica-de-Hospitalizacion-Domiciliaria-abril-2021.pdf [Consultado el 22 octubre 2021]
7. Cotta, R. M, Morales M, Llopis A, Sette J, Ramón E, Días J . La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública 2001;* *10* (1): 45–55.
8. Lafuente P. Introducción y justificación de la hospitalización a domicilio. Organización de la hospitalización domiciliaria. [Internet]. Valencia: Universidad Tecnológica TECH; 2019. [Consultado el 26 de julio de 2020].
9. Lafuente P. Medicina basada en la evidencia: ventajas e inconvenientes del modelo de unidad de hospitalización domiciliaria, respecto a la hospitalización convencional. Organización de la hospitalización domiciliaria. [Internet]. Valencia: Universidad Tecnológica TECH; 2019. [Consultado el 24 de julio de 2020].
10. Lafuente P. Modelos organizativos. Atención domiciliaria basada en el hospital, basada en atención primaria y servicio de ayuda a domicilio. Organización de la hospitalización domiciliaria. [Internet]. Valencia: Universidad Tecnológica TECH; 2019. [Consultado el 28 de julio de 2020].
11. Lafuente P. Cartera de servicios: esquema de alta temprana, esquema de alta tecnología y esquema de función de soporte. Organización de la hospitalización domiciliaria. [Internet]. Valencia: Universidad Tecnológica TECH; 2019. [Consultado el 28 de julio de 2020].
12. Hospital Padre Hurtado. Cantidad de Camas. [Internet]. Disponible en: <https://www.hph.cl/cantidad-de-camas/> [Consultado el 10 de octubre 2021]
13. Base de datos abierta: Cantidad de personas por sexo y edad. Censo 2017, Historia del Censo. [Internet] 2017. Disponible en: http://www.censo2017.cl/descargue-aqui-resultados-de-comunas/ [Consultado el 20 de octubre de 2021].
14. Data Social. Ministerios de Desarrollo social y familia. [Internet] 2020. Disponible en: https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ [Consulta el 28 de marzo de 2022]
15. Gajardo S. Región metropolitana de Santiago, Índice de prioridad social de comunas 2020. Seremi de desarrollo social y familia metropolitano. [Internet]. Santiago, enero 2021. Disponible en:<http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/boletin_interno/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2020.pdf> [Consultado el 10 de octubre de 2021].
16. Lafuente P. Estructura y recursos de la Hospitalización Domiciliaria. Organización de la hospitalización domiciliaria. [Internet]. Valencia: Universidad Tecnológica TECH; 2019. [Consultado el 17 de agosto de 2020].
17. Puchi C-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. [Internet] 2018; 18(2):186-197. Disponible en: https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.6 [Consultado el 20 octubre 2021]
18. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Departamento de epidemiología. Informe epidemiológico número 88 enfermedad por SARS-CoV-2 (Covid-19) Chile 22-01-201. [Internet] 2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-88.pdf> [Consultado el 21 octubre 2021]
19. Ministerio de salud. Subsecretaría de redes asistenciales, división de atención primaria. Protocolo de residencias sanitarias, Plan de acción coronavirus, COVID-19. [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.ssvq.cl/ssvq/site/artic/20200519/asocfile/20200519115156/minsal_protocolo_de_residencias_sanitarias_covid_19__abril_2020_.pdf> [Consultado el 03 de noviembre de 2020].