Manual de Procedimientos: Alta Programada

ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.24092017

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas

2017

Manual de Procedimientos: Alta Programada

ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.24092017

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

2017

ELABORADO POR:	Nelly Astorga Cruz. Enfermera. Stella Bolaños Varela. Médica Internista. Marjorie Francis Castro Sirias. Enfermera. Silvia Chavarría Díaz. Médico Paliativista. Marjorie Garro Montoya. Enfermera. Lindsay Guevara Araya. Recursos Humanos. Santiago Herrera López. Farmacéutico. Adelaida Mata Solano. Psicóloga. Yorleny Quesada Bolaños. Farmacéutica. Heileen Sánchez Solano. Neonatóloga. Mónica Soto Morera. Microbióloga. Henry Villegas Navarro. Médico de Familia	AST AAIP HTFC HTFC HG DRGSSHA DRGSSHA AAIP HTFC HTFC HTFC HTFC
VALIDADO POR	1. María Lidia Montero Jiménez. Enfermera. 2. Alejandra María Trejos Chacón. Enfermera. 3. Carlos Carneguie Gouldbourne. Médico. 4. Marlene Álvarez J. Enfermera. 5. Daniela Barrantes Martínez. Enfermera. 6. Damaris Rivera Picado. Enfermera. 7. Fressy Arce Chaves. Enfermera. 8. Edgar Aguilar Muñoz. Paliativista. 9. Luis Alvarado Vega. Médico Internista. 10. Paola Ramos Pastrana. Enfermera. 11. María del Carmen Aragón. Enfermera. 12. Raquel Arroyo Aguilar. Farmacéutica. 13. Wendy López Andrade. Trabajadora Social. 14. Luz Marina Barrantes Elizondo. Trabajo Social. 15. Caridad Loría Valverde. Enfermera. 16. Dunia Lorena Ureña Murillo. Enfermera. 17. Heivy Méndez Arias. Nutricionista. 18. Laura Morales Villalobos. Farmacéutica. 19. Santiago Rodríguez León. Médico Internista. 20. Dennis Nutgent Lettman. Médico. 21. Damaris Martina Saavedra Acuña. Enfermera. 22. Tobías Arroyo Villalobos. Trabajo Social. 23. Silvia Arroyo Aguilar. Nutrición. 24. Gina Rodriguez R. Farmacéutica.	DRGSSCS DRGSSCS DRGSSHA HRACG HRACG HRACG HRACG HSRA HEBB HEBB HEBB HEBB HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HG HG HG HG
REVISADO POR:	*Dr. Hugo Chacón Ramírez. Jefe Área de Atención Integral a las Personas.* *Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Director. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.* *Dra. María del Rocío Sánchez Montero. Directora de Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.*	

APROBADO POR:	Gerencia Médica. Oficio GM-S-33137-2017
Fecha de emisión:	Noviembre, 2017
Próxima revisión:	2021
OBSERVACIONES	La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo: - **AAIP.** Área de Atención Integral a las Personas. - **AST.** Área de Salud de Talamanca - **DRGSSCS**. Dirección Regional de Gestión y Servicios de Salud Central Sur. - **DRGSSHA**. Dirección Regional de Gestión y Servicios de Salud Huetar Atlántica. - **HEBB.** Hospital Regional Enrique Baltodano Briceño. - **HG.** Hospital Periférico de Guápiles. - **HRACG**. Hospital Nacional Rafael Ángel Calderón Guardia. - **HSRA.** Hospital Regional San Rafael de Alajuela. - **HTFC.** Hospital Regional Dr. Tony Facio Castro Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.

INDICE

PRESENTACIÓN 7

INTRODUCCIÓN 9

1.1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS 10

1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS 15

1.3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN 17

1.4. JUSTIFICACIÓN 17

1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL 18

1.6. POBLACIÓN USUARIA DEL MANUAL 18

1.7. POBLACIÓN META 18

1.8. METODOLOGÍA 18

DESARROLLO DEL TEMA 19

2.1. MARCO CONCEPTUAL 20

a. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona 20

b. Atención Integral e integrada 25

c. Trabajo en red 27

d. Atención Compartida 30

ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL ALTA PROGRAMADA 33

3.1. DATOS GENERALES DEL SERVICIO 34

3.2. CRITERIOS DE INGRESO 39

3.3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A OTRA MODALIDAD O NIVEL DE ATENCIÓN 40

3.4. ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN 40

3.5. PERSONAL NECESARIO 48

3.6. INFRAESTRUCTURA, EQUIPO Y MATERIALES NECESARIOS 49

CONTACTO PARA CONSULTAS 49

VALIDACIÓN.....49

APLICACIÓN DEL MANUAL Y EVOLUCION DE LA MODALIDAD DE ATENCION.....53

ANEXOS.....57

REFERENCIAS.....60

PRESENTACIÓN

La manera tradicional de entregar los servicios de salud en el país, enfrenta un desgaste que exige la revisión y definición de cambios en las modalidades de abordaje existentes. Urge formular modalidades novedosas que faciliten la solución de los problemas en salud de la población, que involucren a la comunidad, la familia, cuidadores y otras instituciones desde una perspectiva sistémica, articulada en red, más humana y efectiva, centrada en las personas y una participación social, encaminada tanto hacia la utilización adecuada como racional de los recursos.

En este sentido, el desarrollo de una red de servicios, implica un proceso de transición desde un modelo institucional tradicional a un modelo de gestión donde el eje de la asistencia está centrado en equipos interdisciplinarios de los diferentes niveles de atención, que interactúan en las diferentes modalidades de atención y dan seguimiento a las personas que les son derivadas. En este estilo de gestión, el Alta Programada se transforma en una condición para el egreso de un servicio hospitalario, en aras de garantizar que la persona continúe siendo atendida de manera oportuna, en el servicio idóneo de acuerdo a su perfil de salud, su situación familiar (red de apoyo para los cuidados) y su lugar de residencia.

El presente manual ilustra a los funcionarios de salud respecto a la manera de organizar y aplicar el alta programada en un hospital de la CCSS, desde el ingreso, durante la estancia y hasta el egreso del escenario hospitalario, facilitando la toma de decisiones a favor del estado de salud integral de la persona, considerando las particularidades de su red de apoyo familiar o social, salvaguardando la responsabilidad institucional.

Como características fundantes de esta gestión hospitalaria se encuentran la interdisciplinaridad y la articulación de los diferentes niveles entre atención, servicios, unidades, instituciones y ONG vinculadas con la satisfacción de necesidades de la persona en tratamiento. Así, el Alta Programada permite al personal de salud, hacer un abordaje integrado e integral a favor de la persona, la familia y la comunidad, con los respectivos beneficios en términos de la gestión institucional como son: disminución de la estancia hospitalaria, disminución del riesgo de infecciones cruzadas, resolución de la lista de espera, aumento en el tiempo de giro cama, mayor capacidad resolutiva y mayor satisfacción de las personas usuarias tanto internos como externos.

Con esta gestión hospitalaria se potencia el abordaje, de modo que mientras se atiende la causa de la hospitalización (problema agudo), se profundiza en las necesidades de salud de la persona y se generan las respuestas oportunas para satisfacerlas durante el periodo de estancia. Igualmente, al momento del egreso, se analizan las alternativas disponibles para la derivación a alguna modalidad alternativa, previa

elaboración del plan de seguimiento con participación del equipo interdisciplinario a cargo y en conjunto con el trabajo articulado con el especialista tratante. Cabe mencionar, que las modalidades básicas necesarias para generar un alta programada exitosa son:

a. Hospital de Día Polivalente
b. Atención diferenciada en el primer nivel
c. Cirugía ambulatoria
d. Hospitalización Domiciliar
e. Atención Diferenciada en el Domicilio
f. Atención Domiciliar.
g. Atención Especializada a Distancia

Con este documento busca aportar al camino que ha tomado la institución para fortalecer modalidades no convencionales de atención.

Dr. Raúl Sánchez Alfaro

Director

DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIONES[1] Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento, para su comprensión. Se hace uso de conceptos ya existentes o formalizados en la Institución, cuando esto es posible. Las definiciones y abreviaturas se describen en orden alfabético.

Definiciones

- **Atención compartida.** Se ha definido como la participación conjunta y sincrónica de profesionales de salud de un nivel de atención con otros de un nivel diferente. Requiere la participación del Equipo tratante es aquel que tiene a cargo a la persona durante una intervención o tratamiento y del Equipo de Apoyo que es aquel al cual la persona será referido posterior al cumplimiento de la intervención. En el ejercicio del trabajo en red el rol de Equipo Tratante y de Apoyo es dinámico, puede ser asumido por los equipos de diferentes niveles de atención, según sea la condición de la persona.

- **Atención domiciliar.** se refiere a la atención programada que incluye la realización de acciones de recuperación y mantenimiento, rehabilitación y cuidado paliativo, para el abordaje a personas con diferentes necesidades, por ejemplo personas con padecimientos crónicos con limitaciones para su movilización. Su organización depende de los servicios de Primer Nivel de Atención, ya que se presta con recursos propios del Área de Salud[2].

- **Atención diferenciada en el domicilio.** Atención diferenciada en el domicilio es una modalidad producto del accionar simultaneo de varias modalidades no convencionales y del trabajo conjunto interniveles; los recursos con que se organiza son los propios tanto del primer nivel, así como, del segundo o tercer nivel según corresponda el apoyo de los especialistas.

- **Atención diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel**. Es una alternativa para recibir insumos y procedimientos necesarios para su recuperación sin necesidad de internamiento

[1]Milne, A., Potter, j., Vivanti, A., Avenell. A. (2009) Suplementos energéticos y proteicos para personas de edad avanzada en riesgo de desnutrición (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
Malafarina, V. et al. (2013) Review Effectiveness of Nutritional Supplementation on Muscle Mass in Treatment of Sarcopenia in Old Age: A Systematic Review. JAMDA 14: 10-17
Secretaría de Salud. (2014). Evaluación y Seguimiento Nutricional Del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones. México, D. F.: Secretaria de Salud.

[2] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. Pág.100.

en el hospital convencional o tener que acudir al Hospital de Día Polivalente. Consiste en la aplicación de procedimientos, según la condiciones de la persona y las condiciones del establecimiento.

Condiciones de la persona

- Tiene domicilio en lugares alejados del: HDDP, del hospital convencional y por consiguiente, no pueden acudir todos los días para cumplir tratamiento o procedimientos 2 o 3 veces al día.
- Cuenta con el aval del especialista tratante.
- Cuenta con criterios de inclusión descritos en los protocolos y lineamientos.
- Cuando su condición física lo permita.
- Cuando su condición económica y familiar lo permita.
- Cuenta con el apoyo familiar y con la facultad mental de la persona, familiar o cuidador, condiciones que deben ser tomadas en cuenta antes de ser incluidas en este modelo alternativo.

Condiciones del establecimiento

- Establecimientos de salud que atiendan 16 o 24 horas los 7 días de la semana.
- Establecimientos que cuentan con las condiciones e insumos requeridos para la aplicación de los procedimientos.
- Se plantea de dos formas: Seguimiento Continuo y Seguimiento Ambulatorio.

Esta modalidad se ofrece solo en aquellos establecimientos de salud que atiendan 16 o 24 horas los 7 días de la semana y se plantea de dos formas: **Seguimiento Continuo, Seguimiento Ambulatorio.**

- **Seguimiento Continuo**. Serán atendidos aquellas personas que por su domicilio no pueden desplazarse todos los días hasta el establecimiento de salud, por lo que serán admitidas para permanecer 16 o 24 horas (dependiendo de la jornada del establecimiento), mientras se les administra el tratamiento y/o se les realiza procedimiento indicado por el especialista tratante.
- **Seguimiento Ambulatorio**. Para personas que viven muy cerca de los establecimientos de salud y que cuentan con medios de transporte para desplazarse todos los días al establecimiento de salud que le atenderán y le darán seguimiento a las indicaciones del médico tratante.

- **Atención Especializada a Distancia**. Consiste en un acompañamiento del segundo o tercer Nivel hacia el Primer o Segundo Nivel de Atención respectivamente, a través de un sistema de comunicación virtual. Esta modalidad permite a los equipos de atención interdisciplinaria tener

acceso a interconsultas con especialistas e incluso a consultas compartidas mediante un intercambio rápido que no requiere trámites administrativos complejos.

- **Cuidador/a**. Persona que atiende y apoya a otra persona. En el contexto de este documento se refiere a la(s) persona(s) encargada(s) del cuido directo e indirecto la persona atendida en esta modalidad.

- **Derivación**. Proceso de ubicación de la persona posterior a una determinada intervención en una modalidad de atención o en un escenario determinado (domicilio, comunidad, HDDP, entre otros), garantizando la continuidad de los cuidados. Implica la definición de criterios claros de comunicación e intervención según perfil de la persona y capacidad instalada de los servicios o escenarios involucrados.

- **Equipo receptor.** Equipo que recibe una persona derivada por otro en el proceso de continuidad de la atención, que forma parte de la articulación de la red de servicios de salud y servicios sociales.

- **Equipo referente.** Equipo que refiere o deriva a una persona a otro equipo como parte del proceso de continuidad de la atención, que forma parte de la articulación de la red de servicios de salud y servicios sociales.

- **Equipo de trabajo**. Es un conjunto de personas de diversas disciplinas comprometidas con una tarea, que son nombradas o se auto-organizan de una manera determinada para lograr un objetivo común.

- **Eventos adversos.** Daños como resultado de una intervención relacionada con la atención clínica y no por las condiciones basales de la persona, pueden conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud, a la prolongación del tiempo de estancia y al aumento de los costos hospitalarios.

- **Gestión de caso**. Proceso de seguimiento personalizado de la persona consiste en el análisis de las necesidades del mismo y la gestión para su respectiva resolución durante la estancia hospitalaria o durante el manejo ambulatorio en el establecimiento de salud. Incluye además, la coordinación para una derivación adecuada a través de la gestión de red.

- **Gestor de caso.** Es la persona responsable de valorar, planificar, aplicar, coordinar, monitorizar y evaluar las opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos. En el nivel hospitalario puede un médico de familia, paliativista o internista. En el primer

nivel de atención puede ser médico general o médico de familia, capacitado para que se potencie el nivel resolutivo de la gestión clínica del caso. Debe haber un gestor de caso en el Nivel Hospitalario y uno en cada establecimiento del Primer Nivel, los cuales constituirían los puntos de enlace para referencia y seguimiento de casos entre niveles.

- **Gestión de enlace**. Proceso de articulación para garantizar la continuidad de los cuidados en la red de servicios de salud y prestaciones sociales. Consiste en el establecimiento de alianzas para obtener los insumos, equipos o intervenciones que la persona necesita según su perfil. Incluye la coordinación entre el equipo de Alta Programada, el Gestor de casos y otros Gestores. Es realizada por el Gestor de enlace.

- **Gestor de enlace**. Profesional encargado de la gestión administrativa y la logística de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales (redes de apoyo) en función de garantizar la continuidad de atención del paciente. Realiza funciones como identificar recursos disponibles, redes de apoyo, activar red institucional o intersectorial, comunicar, buscar insumos, definir alianzas, crear con el apoyo de todos los miembros del sistema familiar e interinstitucional las condiciones adecuadas para la derivación de los pacientes entre los establecimientos de salud. Puede ser un profesional de medicina, enfermería u otra disciplina debidamente capacitado para la tarea.

- **Hospital de Día Polivalente.** Hospital de Día Polivalente se define como una modalidad de atención, donde se realiza la prestación de cuidados terapéuticos y procedimientos diagnósticos, según necesidades de las personas que cumplen con condiciones socio funcionales y clínicas , bajo la indicación y seguimiento del médico especialista tratante del hospital.

  Se denomina de día, porque la persona recibe atención de complejidad hospitalaria en forma ambulatoria y continuada durante unas horas, sin requerir internamiento hospitalario convencional.

  Se denomina polivalente, porque ofrece procedimientos generales a personas con patologías variadas e incluidos en diferentes procesos asistenciales procedentes de todos los servicios médico-quirúrgicos del hospital.

- **Modalidad de atención**. Maneras o formas de organizar los procesos de atención a las personas.
- **Prestaciones sociales**. Son aquellos servicios que pueden provenir de la comunidad organizada, las ONG, las municipalidades, las instituciones gubernamentales, las entidades pertenecientes al sector salud que complementan la prestación de servicios de salud. Implica acciones que en forma conjunta y articulada se aportan para que la persona pueda enfrentar satisfactoriamente y con calidad actividades de vida diaria.

- **Red intersectorial**. Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan o hacen los arreglos para prestar conjuntamente, servicios equitativos e integrales a una población definida y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de bienestar de la población a la que sirve.

- **Red de apoyo familiar o primaria**. Grupo familiar o no de pertenencia, que está dispuesto a asumir responsabilidades de cuidado de un miembro, durante su tránsito por los servicios de salud y continuar con su apoyo una vez que la persona es dada de alta o derivada hacia el domicilio según necesidades.

- **Red de apoyo comunitario o secundario**. Grupos, líderes u organizaciones de la comunidad que están dispuestos a asumir responsabilidades de cuidado de una persona o una familia, que por su condición de salud requieren apoyo social, económico, emocional, espiritual u otro, durante su tránsito por los servicios de salud y continuar con su apoyo una vez que la persona es dada de alta o derivada hacia el domicilio. Es la participación de la sociedad civil en los diferentes procesos de apoyo para la solución de necesidades la persona y su familia.

- **Sesiones interdisciplinarias.** Espacio de tiempo dedicado al trabajo en equipo de diversas disciplinas, para comunicar información que se encuentra distribuida entre varias personas de diferentes profesiones. Son una estrategia indispensable para tomar decisiones estratégicas, tácticas y operativas respecto a la gestión y manejo de las personas y el desarrollo de las intervenciones. Son esenciales para transmitir ideas sobre un determinado tema, analizar nuevas necesidades de información, tratamiento o alternativas terapéuticas y para comunicar los resultados obtenidos como consecuencia de un estudio o valoración.

- **Seguridad de las personas.** Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible eventos adversos en la atención en salud.

- **Trabajo en equipo**. Es el trabajo hecho por varios individuos donde cada uno hace una parte pero todos con un objetivo común, para lo cual comparten metas y una filosofía de trabajo. Se analizan los sistemas de trabajo, lo referente a la formación académica e investigación, cuidado y soporte del equipo, coordinación con otros niveles y servicios.

Abreviaturas

- **CCSS.** Caja Costarricense de Seguro Social

- **HDDP.** Hospital de Día Polivalente
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud
- **RISS.** Red Integrada de Servicios de Salud.
- **EBAIS.** Equipo Básico de Atención en Salud.

1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

Número	Nombre de normativas	Año
Normativa Internacional		
NA[3]	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
NA	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1976
NA	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”	1988
NA	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Fe de erratas	1988
Leyes, Decretos y Reglamentos Nacionales		
Ley 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social	1943

[3] NA= No tiene número.

NA	Constitución Política de Costa Rica	1949
Ley 5935	Ley General de Salud	1973
Ley 7600	Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	1996
Ley 7935	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor	1999
Ley 8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
Decreto Ejecutivo N°32612-S.	Reglamento a la Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados	2005
Ley 7756 Modificada	Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal	2007
Lineamientos institucionales		
NA	Reglamento General de Hospitales Nacionales	1971
7082	Reglamento del Seguro de Salud	1996
NA	Norma para la atención odontológica	1997
Sesión 8139 Junta Directiva	Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente	22 de mayo de 2007
NA	Una Caja Renovada hacia el 2025. Plan Estratégico Institucional 2007-2012	2007
NA	Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS Articulado en Red para la Persona y su Sistema Familiar, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica.	2009
M.GM.DDSS 06 versión 01	Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos.	2012
NA	Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo, en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica.	2013

NA	Política Institucional 2013-2016.	2013
NA	Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro-Políticas 2013-2016	2013
NA	Lecciones aprendidas en el diseño e implementación de la atención y hospitalización domiciliar en Costa Rica	2013
NA	Modelo de Atención Innovador, Servicios de Salud de la Región Huetar Atlántica: Atención Integral, Integrada, Continuada, Permanente con Garantía de Calidad, Seguridad y Sostenibilidad, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica.	2014
NA	Manual de procedimientos de enfermería.	2014
NA	Plan Estratégico Institucional 2015-2018	2015
NA	Propuesta ajustada a la prueba de campo Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	2016

1.3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este Manual será utilizado por el personal de salud de hospitales del país que desarrollan Alta Programada. Es un insumo importante de conocer por el personal en aras de que se homogenice tanto el manejo de las personas que ingresan al escenario de hospitalización convencional como a las atendidas en modalidades no convencionales de resolución intrahospitalaria.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El Manual describe los criterios básicos que deben considerarse para gestionar la atención de las necesidades de las personas que ingresan al hospital. La información descrita permite replantear las intervenciones a fin de responder con eficiencia, eficacia, efectividad y calidad en la atención.
Para la Caja Costarricense de Seguro Social es necesario contar con este Manual de Procedimientos, en tanto permite sistematizar la oferta de servicios para el seguimiento de la persona en el escenario intrahospitalario, al tiempo que clarifica al personal las intervenciones que deben realizar y la manera en que pueden fortalecer la articulación de la red de servicios para la atención de las personas y el seguimiento al nivel de competencia según capacidad instalada.

La gestión hospitalaria Alta Programada, engloba una articulación de distintas disciplinas encargadas de dar la atención, control y seguimiento, por lo cual el contenido del presente documento se genera a

partir de la visión integral, donde toda intervención en salud debe ser interdisciplinaria para alcanzar su máximo potencial. Así mismo, la planificación de la atención es vital para lograr una adecuada derivación.

1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL

Considerando lo anterior, con la implementación de este Manual se busca:

- Proporcionar los procedimientos técnicos y lineamientos operativos de los macro procesos contenidos en Alta Programada: ingreso, estancia, egreso.

- Proporcionar orientación al equipo interdisciplinario acerca de las características y condiciones básicas requeridas para implementar el Alta Programada.

1.6. POBLACIÓN USUARIA DEL MANUAL

- Dirección General y jefaturas de servicios. Y todos aquellos funcionarios que participan en el desarrollo y prestación de la modalidad.

1.7. POBLACIÓN META

- Personas que cuentan con los criterios de ingreso a la modalidad de Alta Programada[4].

1.8. METODOLOGÍA

La información que se presenta en este documento se sustenta en documentos bibliográficos que por su relevancia o interés científico se consideran fuentes primarias, escritas por expertos reconocidos en la materia. El análisis de esta información fue responsabilidad del equipo que elabora este manual, quienes la examinan considerando como insumo importante las lecciones aprendidas por equipos y funcionarios de la institución que han implementado este tipo de gestión en el escenario hospitalario.

[4] Ver criterios de ingreso a la modalidad de Alta Programada p.39.

DESARROLLO DEL TEMA

2.1. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se expone el marco conceptual y los enfoques teóricos que fundamentan y orientan la gestión de Alta Programada.

a. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona

El abordaje de la persona, debe fundamentarse en los siguientes enfoques teóricos, los cuales orientarán al personal de salud para la implementación de esta modalidad de atención.

Enfoque de Derechos Humanos. El enfoque de derechos propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y contribuye a que aquellas personas que en el pasado fueron excluidas, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una "sociedad para todos"[5]. Desde este enfoque, se modifica la lógica de elaboración de las leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino el de sujetos con derechos que obligan al Estado, y en este caso a la Caja Costarricense de Seguro Social, a establecer estrategias a largo plazo para la atención en salud de este grupo poblacional[6]. Mediante la modalidad de atención en el domicilio, se busca promover la igualdad de oportunidades y vida digna a todas las personas, especialmente aquellas en condición de dependencia de cuidados.

Enfoque de género e interculturalidad. Introducir la perspectiva de género en la Prestación de Servicios de Salud, supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud, así como en los riesgos de enfermar o morir de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente. La perspectiva de género implica la búsqueda de la equidad en salud, entendiendo como tal, que todas las personas tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud.

El reconocimiento de la diversidad cultural es un derecho de los grupos culturalmente, étnicamente y en general, socialmente distintos. La interculturalidad en salud, se entiende como "la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, así como los aspectos biológicos, sociales y relacionales. Se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades" (CCSS. 2016. P. 44).

---

[5] Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

[6] Huenchan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile. p.11.

Se requiere caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertinencia étnica, cultural y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud, dentro de un sistema que debe garantizar mayor igualdad para todas las personas en el proceso de atención (CCSS. 2016, p.44). Se pretende generar un diálogo en un marco de legitimidad, dignidad, equidad y respeto. Se alienta la creación de otros modos de pensar, ser, estar, enseñar y aprender (WALCH, 2009).

Enfoque centrado en las personas[7]**.** En los últimos años, ha evolucionado el interés en la perspectiva de las personas y de cómo los servicios de salud pueden dar una mejor respuesta a sus necesidades de salud. La población, cada vez más informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a la prestación de servicios de salud, exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud.

En respuesta a esas expectativas, el enfoque centrado en las personas pretende mejorar la atención de las personas en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad. Como característica esencial de la atención en salud centrada en las personas, se debe proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado que asegure que sean atendidas con respeto.

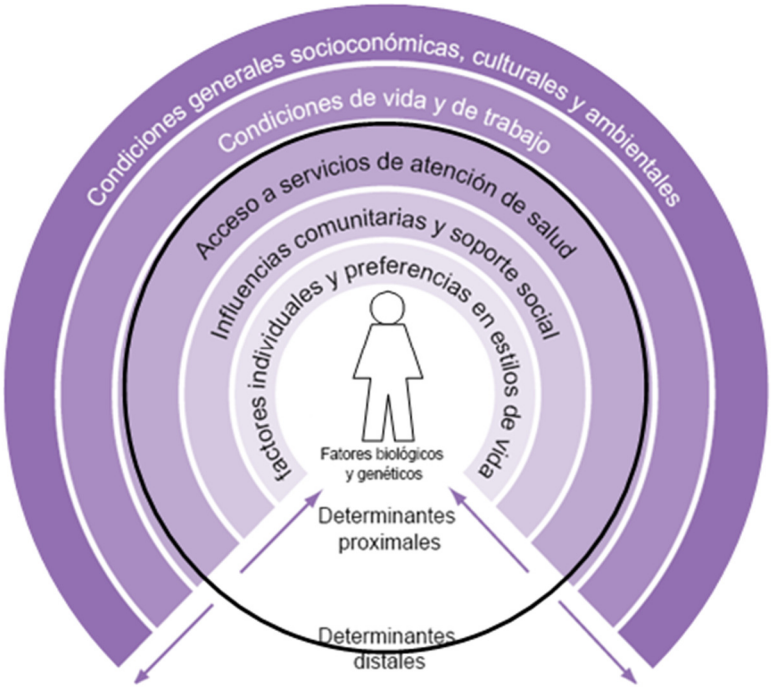
Desde este enfoque, los aspectos familiares y comunitarios que influyen sobre la salud y la determinan, se entrelazan y se asume que forman parte inherente de los individuos. Es imprescindible considerar a la familia como la unidad fundamental del sistema social y el más importante factor de influencia sobre las personas, incluyendo la disponibilidad de soporte social. La familia se encuentra en constante interacción con el contexto comunitario, que es donde las personas nacen, crecen, se educan, trabajan y envejecen, por lo que este ámbito debe abordarse en la prestación para mejorar la salud de la población. El enfoque centrado en las personas, por ende, incluye a individuos, familias y comunidades como sujetos de atención.

Un aspecto relevante de este enfoque, es el abordaje de los determinantes de la salud de las personas, procurando equidad en el acceso y uso de los servicios de salud por las personas, considerando la edad, sexo, etnia, idioma, lugar de procedencia o residencia, preferencias (política, sexual o religiosa), nivel educativo, ocupación, ingresos y la condición (económica, social, cultural, psíquica o ambiental). Estos factores están interrelacionados y estrechamente vinculados con las experiencias y los beneficios de la atención en salud (Figura 1).

[7] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 27-30.

La Prestación de Servicios de Salud se identifica como uno de los determinantes que influye en los efectos de otros determinantes y se ve influido por éstos[8]. Tiene como ámbito de responsabilidad atender o incidir sobre los determinantes proximales, "asociados a características del ámbito individual" y participar, como un actor más y como parte del Sector Salud y, eventualmente otras instituciones gubernamentales en el abordaje de los determinantes distales de la salud, "asociados a variables poblacionales"[9]. Por ende, la Prestación debe atender a las necesidades de salud de las personas, abordando los determinantes proximales a su alcance. Esta atención debe considerar las poblaciones a las que pertenecen las personas y los espacios geográficos donde conviven y se desarrollan, como el entorno en donde se expresan los determinantes.

Figura 1. Determinantes de la salud de las personas



Fuente. Modificado de OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda edición revisada. Washington D.C. citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 28.

[8] OMS. (2009). Subsanar las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.
[9] OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda Edición revisada. Washington D.C.

Desde la óptica del prestador de los servicios, visualizar a la persona desde distintas dimensiones, facilita el abordaje a las necesidades de salud, de forma más eficaz. En la prestación de servicios de salud la aplicación del enfoque tiene una serie de implicaciones (Figura 2).

Para concretar la atención centrada en las personas, es necesario mejorar la actitud del personal, de manera que los prestadores se concentren más en la persona y en la comunicación que en el abordaje de la patología, logrando una prestación humanizada, empática y con calidez, lo cual fortalece la relación entre ambas partes.

Otro elemento clave en este enfoque, es la asignación de equipos de salud responsables de espacios-población, de manera que se facilite la continuidad de la atención, condición fundamental para una atención integrada e integral. Más que establecimientos de salud cerca de las personas, lo que se debe promover es que el personal de salud trabaje en otros escenarios, lo que permite el abordaje de los determinantes de la salud en las familias y comunidades.

Figura 2. Implicaciones del enfoque centrado en las personas

Fuente. Modificado por WHO. (2007). People-Centered Health Care-Apolicy framework. Gineva citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 29.

El informe Mundial de la Salud de la OMS relacionado con “La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca”, se refiere a la contribución del enfoque centrado en los personas, sustentada en evidencia y cita los varios aspectos como mejor integración y comprensión, aumento de la confianza, entre otros (Figura 3).

Por lo tanto, colocar a las personas en el centro de la prestación consigue que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos, además, se recalca la justicia social, la participación y la colaboración intersectorial.

Figura 3. Contribución del enfoque centrado en los personas, sustentada en evidencia

Fuente. OPS/OMS. (2010). La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca, citado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p. 30.

b. Atención Integral e integrada[10]

La conceptualización sobre la integralidad en salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares, que no pueden ser estandarizadas[11]. Este enfoque corresponde al Sistema de Salud y Estado.

En la Prestación de Servicios de Salud, se define la atención integral e integrada como la atención que integra las intervenciones de promoción, prevención, recuperación, mantenimiento, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos[12,13] al tiempo que aborda todas las dimensiones de la personal al prestar el servicio. Claramente el énfasis debe darse en las primeras intervenciones, para lograr un mayor impacto en salud. Este enfoque aborda al individuo como un todo; permitiendo comprender a la persona con un problema de salud, con el objetivo de buscar soluciones más completas[14].

Adicionalmente, esta integralidad implica necesariamente que la Prestación de Servicios de Salud reconozca la participación de la familia y comunidad en el proceso de salud y enfermedad[15]. Las dimensiones del individuo, la familia y la comunidad, están correlacionadas entre sí, influyéndose unas a otras; por tanto, la atención integral sólo está completa cuando actúa en las tres dimensiones[16]. Conocer las condiciones de vida familiares y comunitarias del individuo, facilita la labor preventiva, diagnóstica y terapéutica de los servicios de salud.

La atención integral procura mantener al individuo y su familia sanos. Es por ello que todo contacto con la persona y su familia, inicialmente orientado a la recuperación de la salud, idealmente debe ser aprovechado, además, para realizar intervenciones de promoción y prevención[17]. El espectro disponible de intervenciones para la atención de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas es muy amplio y se puede agrupar en cinco dimensiones (Figura 4).

---

[10] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 30-32.
[11] CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISSS, SEP. San José, Costa Rica.
[12] CCSS. (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José, Costa Rica.
[13] OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.
[14] CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISSS, SEP. San José, Costa Rica.
[15] CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISSS, SEP. San José, Costa Rica.
[16] Ministerio de Salud del Perú. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.
[17] CCSS, UCR. (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISSS, SEP. San José, Costa Rica.

En la práctica de la Prestación de Servicios de Salud estas intervenciones frecuentemente se encuentran entremezcladas, y deberían serlo, si se pretende implementar la atención integral. En esta Propuesta, los servicios de salud integrados en la CCSS se pueden definir como *"la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los usuarios reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud"*[18]. Esta definición es bastante amplia y permite abarcar muchos modos de integración de servicios. Los servicios integrados deben basarse en una fotografía de las necesidades de salud, de las barreras para una expansión equitativa de los servicios y de los recursos disponibles[19].

Figura 4. Tipos de prestación en la atención integral

Fuente. Modificado de: Institute of Medicine. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academy Press. Washington DC.

[18] WHO. (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.
[19] WHO. (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

c. Trabajo en red[20]

El modelo de organización en Red incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial), como responsables de los resultados de salud de su población. Plantea la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una serie de guías, protocolos y formas de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de las personas entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, asegurando la continuidad de la atención. En este sentido, la Red de prestación de servicios de salud en la CCSS se define como[21]:

> "Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica.
>
> Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente."

Bajo este concepto, una red puede tener un territorio o población determinada y puede relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible, a partir de lo cual surgen algunos modelos de integración asistencial con diversas formas de organización y gestión en Red, entre los que destacan la red temática, la red espontánea y la gestión de red (Recuadro 1).

Recuadro 1. Formas de organización en Red.

Red temática	Orientada hacia la integración de los procesos clínicos (a nivel micro). En este caso, los procesos de atención a personas con enfermedades crónicas, han recibido una atención especial y su uso está extendiéndose de forma destacable.
Red espontánea	Surge cuando varios establecimientos de salud con intereses mutuos, se organizan para la prestación y/o la gestión de algunos servicios. Se producen

[20] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 75-76.
[21] CCSS. (Noviembre, 2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. San José, Costa Rica: CCSS.

Recuadro 1. Formas de organización en Red.	
(por afinidad)	episodios de ayuda espontánea con cierta expectativa de reciprocidad.
Gestión en Red	Se centra en la arquitectura organizacional del sistema de provisión de los servicios de salud. Reúne en una misma organización, proveedores de distintos niveles de atención y de diferente complejidad, los cuales comparten actividades de forma organizada, con objetivos y proyectos comunes, que permiten establecer acuerdos destinados a compartir recursos, vinculados por la mutua confianza. En este último caso, se da un avance gradual de la integración en red. En la primera fase, a cada establecimiento se le establecen las competencias para funcionar adecuadamente y, adicionalmente se asigna una fracción o porcentaje de presupuesto (presupuesto marginal) para estimular el trabajo y cumplimiento de objetivos en red. En la integración más efectiva y eficiente, existe una mayor complementariedad en la gestión de los recursos de la Red (humanos, equipamiento, mantenimiento, presupuestarios, otros)
Fuente. Adaptado de: OPS/OMS. (2008). Gestión de Redes en Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas.	

En este contexto, se define como micro red o sub red, al conjunto de establecimientos de salud cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. La agregación de micro redes o sub redes, conformará una Red[22].

De forma general, el hablar de redes es hablar de integración horizontal y vertical. La integración horizontal trata de coordinación entre entes prestadores de condiciones similares (intraniveles), con objetivos de mejorar eficiencia por medio de economías de escala, atraer inversiones y recursos, a fin de fortalecer el nivel de atención. La integración vertical es la que establece la coordinación entre niveles, promoviendo la continuidad asistencial y la integración territorial de los recursos, con la participación de proveedores de distintos niveles de atención.

Esta forma de organización facilita la complementariedad de los recursos según la complejidad de los servicios prestados, la atención oportuna en otros Niveles de Atención cuando son requeridos; contribuye a: la disminución de costos, evita la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejora los procesos de decisión compartida; facilita la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de la atención continuada, pero también

[22] Modificado de: Ministerio de Salud República de Perú. (Julio, 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. República de Perú.

para conocer la realidad de los diferentes niveles de prestación y afianzar el sentido de pertenencia a la red de servicios de salud y a la Institución[23].

Con ello se espera, lograr que la población perciba un sistema de salud que le trata de una manera integral y personalizada. Además de potenciar la satisfacción profesional del personal, al facilitarse los flujos de trabajo, la visión integrada de la atención y el fomento del trabajo en equipo. La organización en redes pretende además alcanzar la propuesta institucional de que todas las unidades y los servicios se gestionarán en redes, con el propósito de generar mayor capacidad resolutiva, eliminar duplicidades en el proceso de la atención, disminuir tiempos de espera, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y reducir los costos de operación[24].

El propósito principal de la conformación de las Redes es promover e implementar mecanismos para el acceso de la población a servicios equitativos, eficientes y de calidad, optimizando la organización y gestión en todos los niveles de atención de la Institución. En general, las Redes de prestación de servicios de salud, deben procurar alcanzar los objetivos descritos en el Recuadro 2.

Recuadro 2. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud

- Implementar estrategias de gestión y articulación de los establecimientos de salud, que permitan alcanzar los objetivos de la prestación.
- Asegurar a las personas una atención continua y oportuna para resolver sus necesidades y problemas de salud.
- Mejorar la capacidad resolutiva de todos los Niveles de Atención en su ámbito de competencia, para dar una respuesta más eficiente, efectiva y de calidad a la población.
- Optimizar la asignación, distribución equitativa y el uso de los recursos, potenciando fortalezas y la complementariedad entre los establecimientos de la Red.
- Fortalecer las capacidades y competencias del personal en los establecimientos de salud, que impacten la calidad y equidad del acceso a los servicios de salud.
- Desarrollar un sistema de evaluación que evidencie los resultados obtenidos por la red asistencial en la prestación, la gestión, la asignación y utilización de los recursos, que permita el mejoramiento continuo de la calidad de la prestación.

[23] OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.

[24] Modificado de: CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, Costa Rica.

Recuadro 2. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud
• Orientar la adecuación o modificación futura, mediante el seguimiento y la evaluación.
Fuente. Modificado de: CCSS. (Abril, 2014). Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Plan de Gestión. San José, Costa Rica.

d. Atención Compartida

La atención compartida se ha utilizado en el tratamiento de muchas afecciones crónicas porque proporciona un mejor resultado que las estrategias de atención primaria o la especializada aplicadas de manera fragmentada. Se ha definido como la participación conjunta y sincrónica de profesionales de salud de un nivel de atención con otros de un nivel diferente. Supone la prestación planificada de la atención, durante la cual se brinda un intercambio de información que incide positivamente en la gestión de la persona y la capacidad resolutiva de los equipos, más allá del alta y la referencia habituales[25].

Diversos estudios indican que la atención compartida mejora significativamente la prescripción apropiada y el cumplimiento de la medicación, proporcionando beneficios a largo plazo para la persona atendida. El aspecto fundamental de la atención compartida es que debe incluir una verdadera colaboración entre la atención en el I, II y III Nivel[26]. Además, se identifica que la atención compartida puede ser más efectiva en personas con circunstancias especiales, encamados, secuelados de ECV, traumas, adultas mayores con depresión u otras enfermedades mentales crónicas graves y en los que presentan alta morbilidad.

La atención compartida brinda la oportunidad de proporcionar los beneficios de la intervención especializada, combinada con la continuidad de la atención y el tratamiento de las comorbilidades por parte de los médicos generales u otros profesionales que brinda su servicio a nivel comunitario como responsables de todos los aspectos de la asistencia sanitaria[27].

---

[25] Hickman, M., Drummond, N. y Grimshaw, J. (1994). A taxonomy of shared care of chronic disease. Journal of Public Health Medicine;16(4). pp. 447-454.

[26] Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

[27] Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

Los sistemas de atención compartida incluyen protocolos clínicos predefinidos, normas de referencia, educación continua de los profesionales de salud participantes, sistemas de intercambio de información específicamente diseñados, auditoría y evaluación en el curso de los servicios administrados.

Se destacan los siguientes aspectos a tomar en cuenta para implementar intervenciones de atención y hospitalización domiciliar y atención compartida[28]:

- La finalidad de tal intervención debe ser la mejora en la atención a la persona y no solamente intercambiar la atención entre los sectores con la finalidad de reducir costos
- Participación activa de las personas, cuidadores y familias en el proceso de atención
- Uso de tecnologías de la información para aumentar la efectividad de la organización de la atención compartida
- Definición de un gestor de red o de caso en el equipo tratante de hospitalización domiciliar, de atención domiciliar y de apoyo para el desarrollo de la intervención

En una revisión sistemática de la literatura sobre la integración de redes de salud, se identifican los siguientes principios como importantes para ser tomados en cuenta en la implementación de atenciones compartidas[29-30].

- **Brindar un continuo en la atención.** La persona y su familia deben de experimentar durante la atención domiciliar y hospitalización domiciliar compartida un continuo, donde no es dejado de lado por su equipo de cabecera, más bien otro equipo se integra a su atención para su propio beneficio. Para evitar malos entendidos, es importante explicar claramente el funcionamiento, los límites y alcances de la atención que se ofrecerá a la persona y la familia.

- **Enfoque a las Personas.** La atención y hospitalización domiciliar compartida se debe de organizar para solventar las necesidades de la persona y su familia y no las de los equipos de salud.

- **Calidad de atención sostenida a lo largo de la red.** Los roles y responsabilidades de todos los miembros de los equipos están claramente identificados para asegurar una transición suave de los persona de un tipo de cuidado a otro. Protocolos compartidos basados en evidencia son esenciales para el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y ayudan a normalizar la

[28] Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007).Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

[29] Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. y Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, *13*(Spec No); pp. 16–23.

[30] Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. y Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, *13*(Spec No); pp. 16–23.

atención en todos los servicios y sitios, mejorando así la calidad de la atención. En esta modalidad la comunicación es fundamental, se debe de promover reuniones de equipo periódicas, conocer las aptitudes de cada uno de los profesionales de la red, hacer uso de sistemas electrónicos de información y sobre todo emplear un canal de comunicación empático y respetuoso entre los integrantes.

- **Evaluación de la atención.** Los equipos involucrados en la atención y hospitalización domiciliar compartida deben de entender que las evaluaciones periódicas de su desempeño y labores deben de realizarse para garantizar la calidad y la mejora continua.

- **Liderazgo.** La atención y hospitalización domiciliar compartida exige un liderazgo comprometido y visible con procesos claros de comunicación. Los líderes deben promover la nueva visión entre el personal para facilitar el proceso y reconocer la importancia del aprendizaje y cómo contribuye al unificar el objetivo general entre los diferentes equipos de la red y aquellos que si bien no están en la red, eventualmente podrían tener una participación en la atención de las personas.

- **Personal Idóneo.** Los profesionales de la red tienen que integrarse de manera efectiva a todos los niveles de la red, su liderazgo aplica en el diseño, implementación y operación de la misma. Es importante tener claro que, la percepción de pérdida de poder, prestigio o cambio en el estilo de práctica puede provocar descontento, resentimiento y resistencia al cambio y que para algunos profesionales trabajar en un sistema de atención integrado con capacidad de decisión compartida puede ser poco atractivo, este tipo de personal no es idóneo para el trabajo en modalidades que impliquen la atención compartida.

Fortalecer los vínculos formales pero sobre todo los informales entre los profesionales, el compartir la misma visión y misión, y fortalecer el enfoque a las personas permite integrar a los profesionales al modelo compartido. Además resulta importante que el personal de dichos equipos cuente con espacios para discutir casos, experiencias y donde se puedan actualizarse en temas de relevancia.

ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL ALTA PROGRAMADA

3.1. DATOS GENERALES DEL SERVICIO

La gestión hospitalaria de Alta Programada la realiza un equipo interdisciplinario del hospital, que depende jerárquicamente de la Dirección General del Hospital y trabaja en coordinación con los todos los servicios y modalidades de hospitalización. Como gestión clínica integral de las personas internadas, inicia con la sesión de ingreso y finaliza con el egreso.

Hay una proactividad en el accionar del establecimiento de ambulatorizar lo más pronto posible a la persona, siempre y cuando cumplan con las condiciones indicadas. Debe ser entendida como la gestión clínica, que permite de manera sistemática, obtener los mejores resultados de calidad, satisfacción y seguridad de la persona, desde su ingreso hasta su egreso del centro hospitalario. Egreso que sólo ocurre cuando se garantiza la continuidad en la atención de la persona, tanto en la red de servicios de salud, como en los servicios de apoyo, según la condición y perfil al que responde[31].

El Alta Programada es una gestión por procesos, que supone el acompañamiento sistemático de la persona mediante una oferta de servicios articulada a lo interno del hospital e incluye redes que van desde la atención especializada hasta la atención del primer y segundo nivel, integrando el hogar como elemento de la estructura de servicios, tomando en cuenta la familia, los cuidadores(as) y la comunidad como agentes de salud. En este sentido, la implementación del alta programada tiene como implicaciones las siguientes:

- **Compromiso,** de los miembros de los equipos de salud gestionando recursos, aplicando las intervenciones y acompañando a las familias; y compromiso de las familias, asumiendo las recomendaciones y aplicando los planes de seguimiento.

- **Corresponsabilidad**, de los miembros de los equipos de salud desconcentrando las funciones y fortaleciendo las decisiones por los diferentes profesionales y corresponsabilidad las familias en el cuidado y apoyo a la persona atendida.

- **Enfoque en procesos,** el trabajo debe estar enfocado hacia la gestión de los procesos de autoevaluación y la mejora continua de los procedimientos e intervenciones, cada participante debe estar claro en sus tareas y aportes, es vital la documentación de acciones para el seguimiento de las acciones realizadas, dada la complejidad de las interconexiones que son propias de esta gestión y del número de personas que estarán involucradas. Los procesos a considerar en el alta programada son:

[31] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pág. 106.

- **El análisis de ingreso:** es un proceso indispensable para la detección de necesidades propias de la causa aguda de la hospitalización en el contexto de otros problemas de salud pre existentes, cuya resolución a nivel institucional aún está pendiente, ya sea programada (por ejemplo en lista de espera) o no programadas, que requerirían algún tipo de coordinación.

  Este análisis, permite planificar el tiempo de cada intervención en el marco del alta programada y priorizar las intervenciones de acuerdo al estado de la persona y los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y comunitarios existentes.

  Es importante tener en cuenta que para el éxito de esta alternativa de atención, se requiere el involucramiento de la familia o cuidador, mediante coordinación y comunicación de ambas partes, desde que persona ingresa al hospital [32].

  Durante el análisis de ingreso se valoran los criterios de inclusión a otras modalidades alternativas, como resultado disminuyen tanto la estancia hospitalaria como el riesgo de infecciones intrahospitalarias, disminución de probables eventos adversos y, aumenta el giro cama generando excelencia en la atención clínica de la persona y una gestión de calidad en el manejo de los recursos (Figura 5).

- **La estancia hospitalaria:** es el segundo proceso, implica ofrecer una valoración integral e intervención a los hallazgos detectados con la participación de profesionales todas las disciplinas según lo ameriten las necesidades de la persona. Supone que en lugar de emitir referencias al egreso hospitalario de la persona, se requiere gestionar la resolución de los problemas prioritarios mediante interconsultas que se aplican durante el tiempo de estancia.

  Durante la estancia hospitalaria, la persona debe ser valorada integralmente por el equipo interdisciplinario del servicio, con participación e incorporación de la persona, su familia y cuidadores. El equipo de salud, deberá procurar la potencialización de los recursos disponibles[33].

  La estancia hospitalaria debe ser aprovechada como una oportunidad para capacitación a los familiares y cuidadores, (por ejemplo que lo ayude a bañarlo, vestirlo, cambios de posición, aplicación de medicamentes, entre otros), que a su vez le brindan opciones para empoderarse en su rol de cuidador hacia la persona enferma.

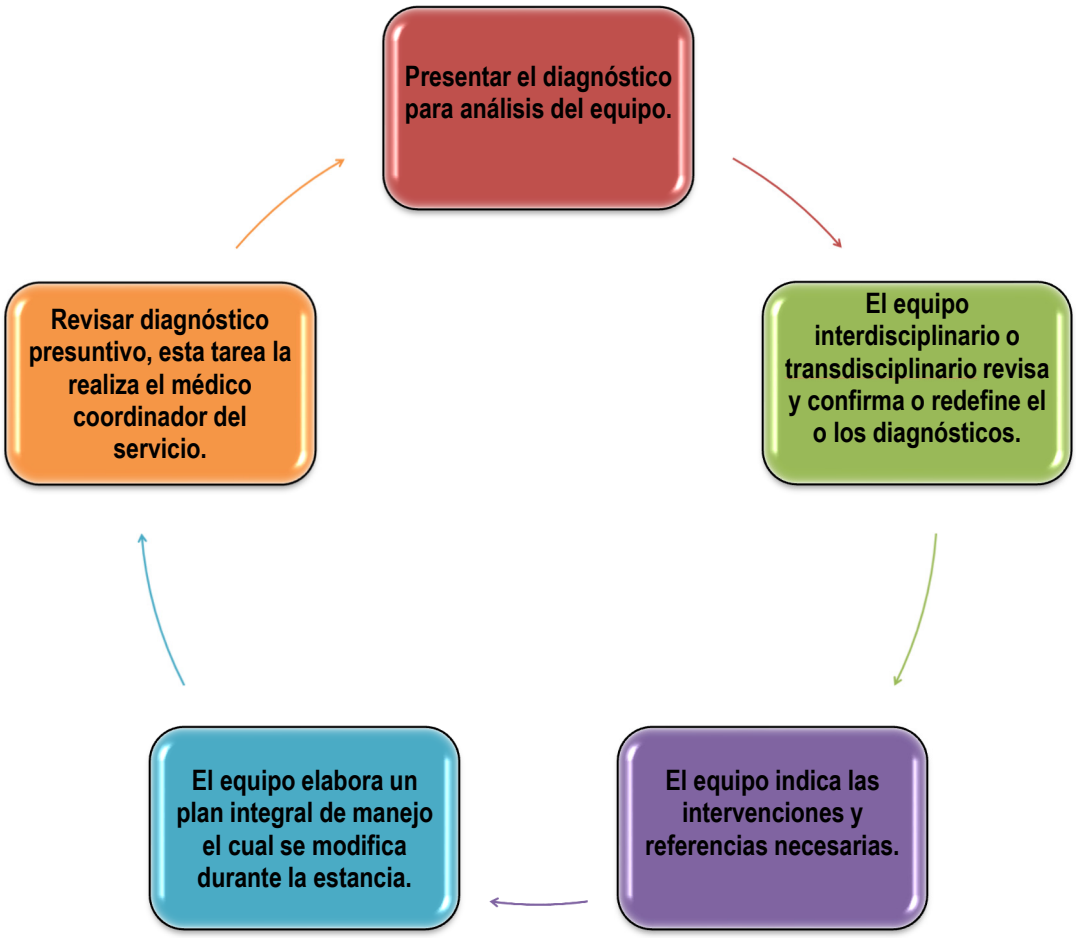
---

[32] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pág. 107.

[33] Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pág. 107.

Por ello, es determinante que previo a la estancia se realice el análisis de ingreso, y en ese momento se determine qué se requiere hacer durante el tiempo internamiento de la persona y cuánto tiempo será necesario. En dicho tiempo se realizarán las principales intervenciones para resolver el diagnóstico de ingreso y los hallazgos pendientes según historia clínica (incluyendo la revisión en su expediente de salud de citas programadas, análisis diagnósticos pendientes u otros) de la persona y resultados del análisis multidimensional de su condición (Figura 6).

Figura 5. Actividades básicas durante el ingreso hospitalario



Fuente. Arreola, L., Bolaños, S. y Mata, A. (2012). Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Figura 6. Actividades básicas durante la estancia hospitalaria

Fuente. Arreola, L., Bolaños, S. y Mata, A. (2012). Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

- El **análisis de egreso:** Aplicar el alta programada requiere de la definición clara de la estrategia del seguimiento, que garantice la continuidad de la atención, mediante otras modalidades de atención, según el caso. Supone el análisis de los resultados de las intervenciones aplicadas durante la estancia, para emitir criterio y valorar alta o derivación a otra modalidad de atención institucional o a servicios de apoyo organizados por la comunidad.

  El egreso solo ocurre cuando se garantiza la continuidad en la atención de la persona, tanto en la red de servicios de salud interniveles, como en los servicios de apoyo, según la condición y perfil al que responde la persona, su familia o cuidador.

  Esta continuidad solo se puede garantizar si se articula la responsabilidad del cuidado con los diferentes niveles de atención según sea la complejidad requerida por las

personas, asegurando la cristalización de los principios de la seguridad social, al tiempo, que se potencia y aprovecha la organización de los servicios de apoyo comunitario. Los servicios hospitalarios necesitan ser reforzados por personas, ONG`S y otras instituciones públicas, privadas o mixtas que apoyen la interface de la atención intramuros y la atención extramuros. Ello permite el seguimiento oportuno de la condición de salud de la persona al tiempo que genera un impacto sistémico positivo en la salud de las familias, que se transforman en agentes de salud que asumen su cuota de responsabilidad en el autocuidado y bienestar de sus miembros.

Figura 7. Actividades básicas al egreso

Fuente. Arreola, L., Bolaños, S. y Mata, A. (2012). Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

El análisis de ingreso, el abordaje integral interdisciplinario durante la estancia y el plan de seguimiento como requisito del egreso, son la combinación perfecta que transforma el modelo tradicional de atención en salud en un modelo novedoso articulado, centrado en la persona y sostenible.

La implementación del Alta Programada supone el trabajo articulado del equipo, con el gestor de caso y el gestor de enlace. En tanto, en conjunto garantizan el manejo eficiente de la condición de salud de la persona que origina el internamiento al tiempo que, desde el ingreso se coordinan las acciones que

harán efectivo el proceso de derivación a la red de servicios de salud o a la red de servicios de apoyo sociales. El trabajo articulado previene las estancias hospitalarias prolongadas, permite la identificación de riesgos para el autocuidado en el escenario familiar y de apoyos para garantizar estabilidad o mejoría en la condición de la persona.

En suma la gestión hospitalaria del Alta Programada, fortalece las diferentes modalidades de atención convencional y no convencional, al tiempo que, incentiva la comprensión de que la gestión de los hospitales no puede estar aislada de la red de servicios de salud y la red de servicios de apoyo**.** Solo mediante la articulación es posible garantizar la calidad de la atención y la sostenibilidad de los servicios, realizar el seguimiento adecuado para la pronta recuperación de la persona y potenciar la satisfacción genuina de la persona usuaria de los servicios tanto a nivel interno como externo.

3.2. CRITERIOS DE INGRESO

En la primera fase de implementación en cada hospital, deben establecer criterios de priorización y avance considerando aspectos como:

- Ser referido a internamiento convencional o no convencional
- Probabilidad de estancias hospitalarias prolongadas (en función de morbilidad y la situación de salud de la persona)
- Problemas de salud emergentes y pre existentes, cuya resolución a nivel institucional aún está pendiente, ya sea programada (por ejemplo referencias a consulta especializada o a procedimientos diagnósticos o quirúrgicos) o no programadas, que requerirían algún tipo de coordinación
- Condiciones de movilidad
- Compromiso de la autonomía y capacidad funcional.
- Re-internamientos frecuentes
- Reagudizaciones frecuentes
- Involucramiento de la familia o cuidador
- Riesgo social alto (imposibilidad de egreso por esta condición).
- Alta dependencia de cuidados especiales e intervenciones intrahospitalarias (pluripatologias, plurimedicados, entre otros).

3.3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A OTRA MODALIDAD O NIVEL DE ATENCIÓN

- Criterios ya establecidos para el ingreso a cada modalidad[34].
- Visto bueno de especialista tratante.
- Consentimiento informado la persona.
- Condiciones de infraestructura, equipo y recurso humano en centro de adscripción correspondiente, aptas para atender a la persona según su condición.
- Equipo receptor, con habilidades y competencias de acuerdo con las necesidades de la persona y del equipo referente.

3.4. ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN

Los funcionarios del equipo de Alta Programada organizan sus actividades considerando los siguientes macro procesos.

MACROPROCESO 1. INGRESO HOSPITALARIO.

Implica direccionar todas las intervenciones que una persona amerita según sus necesidades y los recursos disponibles en el centro hospitalario, para que ambos sean articulados al máximo, evitando la duplicidad y maximizando su potencial de los recursos sin fragmentar la atención. Debe considerarse que el ingreso de una persona, se realiza por referencia al centro hospitalario proveniente de diversas fuentes:

- Áreas de Salud.
- Consulta externa.
- Servicio de Emergencias.
- Servicios de valoración en aquellos centros que lo tengan.
- Servicios de clasificación.
- Hospital de Día Polivalente.
- Equipos de Atención Domiciliar u Hospitalización Domiciliar
- Clínicas del dolor y cuidados paliativos

[34] Para ello deben consultarse los Manuales de Procedimientos de Hospital de Día Polivalente, Atención Domiciliar, Hospitalización Domiciliar, Atención Especializada a Distancia y Atención Diferenciada en el Primer Nivel.

De manera que el equipo de Alta Programada puede recibir información de cualquiera de ellas. Ahora bien, el ingreso hospitalario incluye tres grandes prioridades:

- Priorización de necesidades de atención, tamizaje interdisciplinario multidimensional y clasificación de la persona y su familia. Supone que la estancia hospitalaria inicia con la sesión de ingreso, en la cual el equipo interdisciplinario diagnostica las necesidades de atención de la persona de manera multidimensional, resolviendo aquellas prioritarias para la vida y condición de la persona. Además, se definen los instrumentos que deben ser aplicados como parte del tamizaje de la persona. El propósito de tamizaje con instrumentos es evidenciar las condiciones de la persona en todas las áreas, en complemento al criterio clínico de los profesionales del equipo.

- **Elaboración del Plan de Atención Intrahospitalaria de la persona y condiciones de alta.** El Plan de Atención incluye la descripción de las intervenciones por desarrollar aprovechando los recursos humanos y materiales disponibles en el hospital, para que el abordaje de la persona sea integral e integrado desde su ingreso, y se apliquen todas las acciones necesarias para resolver tanto la patología de ingreso y sus complicaciones como otras situaciones de salud detectadas.

Por lo tanto, el Plan debe elaborarse de manera interdisciplinaria y ser comunicado a la persona y su familia. Es importante tener claro, que el análisis de los eventos que garantizan la estabilidad de la persona y su bienestar se realizan desde el momento en que es hospitalizado, de manera que se disponga del tiempo y las condiciones necesarias para garantizar una oferta de servicios de calidad, eficiente y eficaz que necesite.

- **Valoración interdisciplinaria de la persona.** Valoración de la persona, el cuidador y la red de apoyo por parte del equipo de atención de alta programada. Consiste en la valoración de la capacidad de la persona para realizar las funciones que permiten el mantenimiento de una vida social autónoma e independiente desde el punto de vista de la función física, perceptiva y de comunicación, incluyendo audición, habla y visión, mental, afectiva y social. Así, la valoración de la persona supone el análisis de su situación de salud considerando la valoración de la función física, mental, del desarrollo afectivo, social y del entorno.

Implica la valoración del potencial de la persona usuaria, que permita la evaluación de la capacidad de autocuidado más allá del entorno hospitalario.

Por ello es necesario, que se realice durante el ingreso, en donde el equipo interdisciplinario (con base en escalas o protocolos estandarizados), valorará realizar las evaluaciones mínimas de diferentes componentes, buscando una evaluación integral de la persona usuaria de los servicios de salud desde su dimensión social, física y mental, incluyendo a la familia y cuidador.

- Valoración de la función física: evalúa la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria en el desenvolvimiento en el entorno social. Importante también evaluar aquellas relacionadas con la capacidad de desarrollar competencias para conocer y auto administrar medicamentos o autocuidados especiales, bajo principios que aseguren su integridad y adherencia al tratamiento[35](Consultar pie de página).

- Valoración de la función mental y afectiva: aborda la evaluación de la función cognitiva y procesos de salud mental. En el área afectiva detectar, aquellas alteraciones que impidan u obstaculicen las vinculaciones de apego que pueda afectar su interacción en el medio familiar o con el cuidador[36](Consultar pie de página).

- Valoración social: se refiere al conocimiento de la situación socioeconómica, cultural y familiar de las personas en aras de identificar la red de servicios de apoyo que requiere para atender sus necesidades. Es una valoración que determina las recomendaciones de egreso hospitalario.

- Valoración de la persona cuidadora: evaluar en general, si posee las habilidades básicas necesarias para un acompañamiento pertinente de la persona, según sus necesidades, basados en la información que se le proporciona en el proceso de capacitación durante la estancia hospitalaria o la asistencia a los servicios ambulatorios.

Esta valoración debe considerar una doble dimensión, el autocuidado del cuidador mismo y su capacitad para atender a la persona durante la estancia hospitalaria y posterior al egreso, el tiempo que la evolución de la enfermedad o situación de salud detectada lo requiera

En relación a cuidador propiamente dicho, identificar sus prácticas de autocuidado y estilo de vida, partiendo del hecho de que debe de tener las calidades y cualidades básicas para fungir como cuidador, sin dejar de lado sus propias necesidades.

---

[35] Se puede recurrir a instrumentos específicos de valoración, propios de una u otra disciplina, que para el caso de este componente, ejemplos de aspectos a valorar pueden ser: capacidad de la persona para realizar las actividades principales de la vida diaria como alimentación, baño, vestido, continencia, movilidad y traslados. Al igual que, actividades instrumentales más complejas que requieren el uso e integración de determinados instrumentos y destrezas de aplicación y desenvolvimiento en el entorno social como transporte (conducir), ir de compras, utilizar dinero, el teléfono o la computadora, y desarrollar competencias para la conocer y auto administrar medicamentos bajo principios que aseguren su integridad y adherencia a la terapia manejar medicamentos, realizar las tareas domésticas, asistir al centro educativo, entre otras. Se debe tener claro que esta valoración incluye los aspectos de percepción y comunicación, incluyendo audición, habla y visión.

36 Se puede recurrir a instrumentos específicos de valoración, propios de una u otra disciplina, que para el caso de este componente, ejemplos de aspectos a valorar pueden ser: en valoración de la función mental: evaluación de la función cognitiva, en la que se analizan las áreas de orientación, fijación, memoria, atención, lenguaje y comprensión, y procesos de salud mental entre otros de acuerdo al perfil y circunstancia contextual de la persona. En Valoración afectiva incluye la detección de alteraciones vinculadas a depresión, fobias, psicosis, esquizofrenias y otros problemas psicopatológicos. Es decir a aquellas alteraciones que impiden u obstaculizan las vinculaciones de apego y/o sociales.

Considerando las prioridades anteriores en la sesión de ingreso se incluye la siguiente secuencia de pasos, de manera inmediata ante el ingreso de la persona al hospital:

1) Revisión de diagnóstico presuntivo, esta tarea la realiza el médico del servicio.

2) Presentación de diagnóstico para análisis del equipo interdisciplinario.

3) El equipo interdisciplinario revisa y confirma o redefine el o los diagnósticos.

4) El equipo interdisciplinario indica las intervenciones y referencias necesarias.

5) El equipo interdisciplinario elabora un plan integral de manejo el cual se modifica durante la estancia hospitalaria según necesidades y evolución de la persona. En este plan deben se describir con claridad las necesidades integrales de la persona (tratamiento y abordaje) y la familia (información, acompañamiento y capacitación) y las maneras en las cuales se responderá a ellas, tanto durante la estancia hospitalaria como posterior al egreso en los servicios de salud y apoyo.

   En tanto constituye el momento inicial del alta programada, algunas de las intervenciones del plan se modifican e integran a lo largo del proceso de atención hospitalaria. Es importante tener claro que, la historia clínica debe ser única para cada persona de manera que esta información pueda ser utilizada por los diferentes equipos que le darán seguimiento.

Durante estos pasos se aplican los siguientes procedimientos:

- Realización de sesión interdisciplinaria para el análisis de ingreso
- Valoración, diagnóstico e intervenciones inmediatas por el servicio tratante
- Identificación de medios diagnósticos o citas pendientes en listas de espera
- Análisis de caso, categorización (caracterización) inicial de la persona por el equipo interdisciplinario, básico para determinar plan de intervención intra y extra hospitalario (corto y mediano plazo) tomando en cuenta:
    - Nivel de funcionalidad, dependencia, afecto
    - Tipo de cuidador necesario
    - Tipo de ayudas o apoyos necesarios en caso de discapacidad
    - Capacitación necesaria (tipo y destinatarios)
    - Perfil de medicamentos que requiere o utiliza (revisión de terapia medicamentosa de la persona)

- Estado nutricional y alimentario
- Secuelas incapacitantes (deficiencias) originadas por la enfermedad o lesión, y prever aquellas de posible aparición (complicaciones secundarias), teniendo en cuenta todos los padecimientos anteriores a la afección actual o sobreañadidos a esta
- Seguimiento necesario:
  - ✓ Atención Domiciliar.
  - ✓ Hospitalización Domiciliar.
  - ✓ Hospital de Día Polivalente.
  - ✓ Seguimiento en Atención Especializada a Distancia
  - ✓ Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del I Nivel o el CAIS
  - ✓ Atención diferenciada en el domicilio
  - ✓ Consulta de seguimiento en Área de Salud o EBAIS.
  - ✓ Servicio de apoyo requerido (centro diurno, albergue, etc.)
  - ✓ Alta hospitalaria.

Se debe recordar que el Alta Programa requiere de estructura de gestión formal, donde uno de los miembros del equipo debe asumir las tareas vinculadas con la calidad de la gestión (gestor de casos). Se requiere que esta persona tenga experiencia en el tema, para dar soporte a los responsables del Alta Programada en su organización y funcionamiento.

MACROPROCESO 2. ESTANCIA HOSPITALARIA. Es el periodo comprendido entre el momento en que una persona es ingresada a un servicio hospitalario y el momento en que es egresada del mismo (alta hospitalaria). Durante la estancia hospitalaria, la persona debe ser valorado con una visión integral por el equipo interdisciplinario, con participación de la persona, su familia o cuidador, en la búsqueda a nivel intrahospitalario de la potencialización de los recursos donde la participación y el trabajo en equipo sean las principales fortalezas.

Este cambio implica entre otros, la reorganización de los servicios existentes, la revisión y ajustes de la capacitación a los funcionarios y a las personas (con énfasis en autocuidado), sus familias o cuidadores, la conformación de clínicas de familia y la aplicación de evaluaciones periódicas para el mejoramiento continuo del quehacer intrahospitalario. Las sesiones clínicas y las sesiones de familia deben articularse con las sesiones académicas y la investigación, donde las evaluaciones son la base el proceso.

La coordinación, la integralidad, la cooperación, la complementariedad de las competencias y habilidades de las diferentes disciplinas, así como, la participación de la persona y la familia o cuidador permitirán el desarrollo de un nuevo modelo, en el que el respeto a la individualidad obliga a plantear y

elaborar soluciones particulares para que las personas tengan el apoyo adecuado para solucionar sus necesidades, asumir su presente con calidad y reincorporándose a su familia y a su comunidad.

Es importante tener claro que las intervenciones de los diferentes profesionales que se realicen durante la estancia hospitalaria, deben organizarse con tendencia hacia el manejo ambulatorio, considerando que el internamiento debe ser lo más corto y eficiente posible, aprovechando al máximo los recursos intrahospitalarios disponibles, de manera que, la atención sea integral e integrada, indistintamente del motivo de ingreso. Este tipo de abordaje se garantiza mediante la evaluación continua integral aplicada con el apoyo de guías, protocolos y manuales construidos con tal fin.

Para evaluar lo actuado y la evolución de la persona al egreso, es necesario, contar con el instrumental apropiado, previamente definido y validado para conocer las condiciones basales de cada persona y de su entorno (familiar, domiciliar, laboral, comunitario), que se identifican desde la sesión de ingreso. Esto permite disponer de elementos comparativos para que los gestores valoren el tipo, resultados y calidad de la atención proporcionada a nivel hospitalario.

Las prioridades a considerar durante la estancia hospitalaria son las siguientes:

- Aplicación de intervenciones interdisciplinarias según clasificación de la persona y su familia o cuidador.
- Seguimiento interdisciplinario y análisis de evolución de la persona con su participación y la de su familia o cuidador(a).
- Análisis interdisciplinarios de resultados de las intervenciones para determinar egreso y confirmar alta.

Considerando las prioridades anteriores, la estancia hospitalaria incluye la siguiente secuencia de pasos aplicada por el equipo a cargo del servicio o piso y verificada y acompañada por el Equipo de Alta Programada como parte de la gestión del caso:

1. Valoración interdisciplinaria asincrónica y documentada en hoja de evolución. Según las necesidades de la persona, se proporciona en el internamiento convencional la atención que cada persona requiere.
2. Verificación de que el proceso de enfermería fue aplicado por el personal de enfermería del piso o servicio.
3. Aplicación del Protocolo o Guía Clínica específica según patología o diagnóstico de ingreso.
4. Aplicación de:
    - Atención farmacéutica (inducción a la medicación y valoración de factores predictivos de adherencia).

- Planes de cuidado nutricional.
- Mantenimiento de las amplitudes fisiológicas del movimiento.
- Movilizaciones preventivas de problemas circulatorios y úlceras de decúbito.
- Adopción y el mantenimiento de posturas funcionales para evitar deformidades, anquilosis articulares y retracciones de partes blandas.

5. Resolución de necesidades asociados a medios de diagnóstico, citas pendientes en listas de espera y otras intervenciones pendientes en aras de maximizar el aprovechamiento de la estancia hospitalaria.
6. Educación a la persona y familia para garantizar manejo de suficiente información acerca de su situación, incluyendo el proceso de enfermedad identificada, sus etapas y consecuencias; el tratamiento por aplicar; (desarrollo de destrezas de autocuidado relacionadas a la terapia), las posibles complicaciones por enfrentar y las posibles necesidades de apoyo que se requieren. Para ello debe garantizarse los siguiente:
   - Educación farmacéutica a la persona, familiar o cuidador.
   - Instrucción a la persona, familiares o cuidador, en procedimientos para el tratamiento rehabilitador (medidas de autocuidado y desarrollo de destrezas relacionadas con la terapia).
   - Seguimiento y educación alimentaria-nutricional, según condición de la persona.
7. Seguimiento de la persona durante el internamiento.

MACROPROCESO 3. EGRESO O ALTA HOSPITALARIA. Implica el análisis de los resultados de las intervenciones aplicadas durante la estancia, para emitir criterio y valorar alta o derivación a otra modalidad de atención institucional o a servicios de apoyo organizados por la comunidad. Los pasos a considerar son:

1. Realización de la sesión interdisciplinaria para el análisis de egreso, puede participar el equipo o el médico de la modalidad o establecimiento al que se le va a entregar el caso y el encargado de la gestión de casos respectivo.

2. Confirmación de la comprensión y manejo de la información por parte de la persona, su cuidador o familia, acerca de su situación de salud y tratamiento que debe seguir, incluyendo entre otras las dimensiones: emocional, nutricional, farmacológica y/o rehabilitatoria.

3. Confirmación de adherencia al tratamiento por parte de la persona, mediante la identificación del desarrollo y adquisición de las destrezas de autocuidado y comprensión de la terapia de tratamiento.

4. Dispensación de medicamentos y/o insumos necesaria para garantizar la continuidad de la atención, con la respectiva coordinación con la Red de Farmacia y la Central de Equipos en caso de requerirse entregas en el Área de Salud objeto de la derivación.

5. Coordinación con el servicio de farmacia del Área de Salud a la que se refiere la persona.

6. Diseño de Plan de Seguimiento por aplicar en la modalidad o escenario hacia el cual se deriva la persona.

7. Definición y remisión, según condición de la persona y criterios de ingreso a las modalidades de:

    - Atención Domiciliar
    - Hospitalización Domiciliar
    - Hospital de Día Polivalente
    - Seguimiento en Atención Especializada a Distancia
    - Atención Diferenciada en el I Nivel o el CAIS
    - Consulta de seguimiento en Área de Salud o EBAIS
    - Servicio de apoyo requerido (centro diurno, albergue, etc.)
    - Comunidad, residencia.

Otras acciones que deben considerarse en el marco de la gestión del Equipo de Alta Programada son las siguientes.

- **Gestión en red para estudio y diagnóstico oportuno**: este proceso de gestión requiere de un medio de comunicación fácil, rápida, efectiva, permanente y sostenible, que garantice la articulación entre el gestor de caso con la unidad de la que se requiere del estudio o medio de diagnóstico para la persona usuaria del servicio.

- **Coordinación con registros médicos y estadística del hospital:** para definir el tipo de registro e instrumentos a utilizar en la gestión para reportar la producción.

- **Coordinación para el traslado la persona:** supone el traslado de personas en condición vulnerable a sus domicilios u otros establecimientos de salud o atención para valoración y diagnóstico oportuno.

- **Coordinación para la derivación a diferentes modalidades con aval de especialista tratante**: este proceso de gestión requiere coordinar con el equipo de alta programa y con especialistas del

segundo y tercer nivel para la para la derivación a diferentes modalidades de atención o la valoración de acuerdo a la patología o perfil de la persona.

- **Coordinación de las interconsultas con diferentes profesionales según necesidades de las personas:** Coordinación con ONGS, asociaciones de desarrollo, para seguimiento y apoyo a personas que lo requieran.

- **Educación:** es un factor de éxito en el Alta Programada, educar al personal, a la persona, familia y cuidador, en relación con la causa de internamiento, los factores de riesgo de las patologías crónicas frecuentes que padece, el autocuidado y tratamientos necesarios, así como hábitos de vida saludable.

- **Llenado y entrega del carnet atención domiciliar**: a personas que son derivadas para seguimiento en atención domiciliar u hospitalización domiciliar.

Además de las actividades descritas en párrafos anteriores, como parte de la ejecución rutinaria de procesos institucionales el equipo de Alta Programada debe velar por el correcto cumplimiento de los procesos administrativos correspondientes. Por ser un proceso nuevo en el hospital, toma como base para la acción, las funciones y procedimientos básicos de cada puesto, así como, las líneas de acción sugeridas en el documento “Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y servicios de apoyo, en el marco de la atención domiciliar y la hospitalización domiciliar”, emitido por el Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica.

3.5. PERSONAL NECESARIO

El equipo básico para realizar el proceso de Alta Programada debe estar conformado por 6 funcionarios, (incluye el gestor de casos), según el siguiente detalle:

- Profesional de Enfermería 4 para la gestión directa y administrativa
- Profesional de Trabajo Social
- Profesional de Farmacia 2
- Profesional de Nutrición
- Secretaria

Los funcionarios anteriores son el equipo base del proceso, quienes deben contar con el apoyo técnico de todas las especialidades del hospital, por ejemplo:

- Vascular Periférico, Urología, Neurología, Medicina Interna, Cardiología, Pediatría, Geriatría, cuidados paliativos, Terapia respiratoria, Terapia física, Salud ocupacional, Terapia de lenguaje, Fisiatría, Psiquiatría, Ginecoobstetricia, oftalmología, Gastroenterología, neonatología, otorrinolaringología, emergencias, entre otros.

La cantidad de funcionarios por disciplina que requiere cada hospital dependerá del número de camas que se manejen, para la fase inicial del proceso se recomienda disponer de un profesional de cada disciplina de manera que progresivamente se cree la línea base de tiempo requerido para las acciones y se valore el aumento de personal dedicado a la actividad.

3.6. INFRAESTRUCTURA, EQUIPO Y MATERIALES NECESARIOS

Para realizar las actividades administrativas y análisis clínico el Equipo de Alta Programada necesita una sala u oficina en la que se pueda realizar los requerimientos en cada uno de los macro procesos: análisis de ingreso, estancia, análisis de egreso. Además es necesario disponer de un espacio con equipo de cómputo, impresora y acceso a Microsoft Lync para elaborar los informes, enviar correos, llenar la base de datos, hacer las coordinaciones respectivas, entre otros. En relación a las sesiones interdisciplinarias y educación a grupos se sugiere utilizar la sala de sesiones, aula y área de personal del Hospital de Día Polivalente u otros espacios ya disponibles en el centro hospitalario para tal fin.

CONTACTO PARA CONSULTAS

Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

- Tel. 2539-0000 Ext. 6000
- Tel. 22223-8948

VALIDACIÓN

El proceso de validación del Manual supuso una sesión presencial con los equipos de profesionales que desarrollan Alta Programada o Alta Hospitalaria en la institución, la lista de participantes se incluye en la contraportada de este documento. Se realiza una validación por criterio de experto, en la cual se aplica una encuesta de validación estructurada al panel de expertos. Cada profesional lee el documento que se le entrega, valorar numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier

observación, si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta cuenta con un total de 14 preguntas, respecto a cada una se aplica una escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales.

Cuando el experto asigna una calificación de 6 o menos debe agregar una propuesta de cambio sobre el documento o en el espacio de comentario y aportar sustento bibliográfico para que sea más fácil para el grupo que analiza los resultados del consenso poder realizar los cambios pertinentes. Para hacer la valoración cuantitativa de cada apartado se sugiere a cada experto considerar los siguientes factores:

- **Balance entre beneficios y riesgos**: se tomó en cuenta el riesgo basal de la población a la que va dirigida el documento y el efecto tanto en términos relativos como absolutos de las intervenciones que se sugieren.
- **Calidad de la evidencia científica**: el contenido del documento es coherente con la evidencia científica, económica, social e institucional disponible por Usted hasta el momento.
- **Valores y preferencias**: la incertidumbre sobre los valores y preferencias de la población a la cual va dirigido el documento, es otro de los factores que ha tenido en cuenta.
- **Costos:** las intervenciones que se sugieren según su experiencia y conocimiento mantienen un equilibrio costo-beneficio.

La encuesta aplicada es la siguiente.

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Comentario
Le solicitamos que evalúe cada uno de los diferentes componentes que mostramos a continuación y que forman parte del manual:										
1. **Para Usted el contenido de las Definiciones es:**										
2. **Para Usted el contenido del aparado de Alcance y Campo de Aplicación es:**										
3. **Para Usted el contenido del aparado de Justificación es:**										
4. **Para Usted el contenido de los Objetivos del Manual es:**										
5. **Para Usted el contenido la Población Usuaria del Manual es:**										
6. **Para Usted el contenido la Población Meta es:**										
7. **Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado "Alta Programada" es:**										
8. **Para Usted el contenido del apartado "Datos generales del servicio" es:**										
9. **Para Usted el contenido del apartado Criterios de ingreso es:**										
10. Para Usted el contenido del apartado **Criterios de derivación a otra modalidad o nivel de atención** es:										
11. **Para Usted el contenido del apartado Actividades que se realizan es:**										
12. **Para Usted el contenido del apartado Personal necesario es:**										
13. Para el contenido del apartado **Infraestructura, equipo y materiales necesarios** es:										

14. **Su evaluación de la presentación y claridad general del Manual es:**										

Para obtener los resultados de la validación se promedia la valoración del panel de expertos y se analiza si se llega o no al consenso. Se alcanza el consenso cuando el promedio de las validaciones para cada apartado alcanza una puntuación entre 7 y 9 puntos. Los apartados que no alcanzan esta puntuación requieren de una segunda validación.

Los resultados de la validación indican que se alcanza la puntuación, requerida para proceder con la publicación. Cada apartado alcanza puntajes entre 8 y 8.9.

APLICACIÓN DEL MANUAL Y EVOLUCION DE LA MODALIDAD DE ATENCION

Dado que el Manual describe una gestión clínica que la institución quiere fortalecer e impulsar, la definición de indicadores para valorar su avance es de suma importancia, en este sentido vale mencionar que la propuesta de indicadores siguiente más que monitorear el manual como documento normativo, permite valorar la gestión de Alta Programada en sí misma. Para el diseño de los indicadores se utiliza la clasificación con mayor uso internacional[37] que los agrupa en:

- Estructurales o de habilitación que refieren a las condiciones macro necesarias para que el proceso a evaluar funcione (estructura de la oferta, estructura de la demanda, entre otros).
- De proceso. Que refieren a la evaluación del encuentro ente la oferta y la demanda, incluyendo la calidad, eficiencia, eficacia, entre otras. Estos indicadores pueden ser tanto de cantidad, calidad como de costos.
- De resultado. Vinculados con la producción cuantitativa, los resultados intermedios y los resultados de impacto. Tienen como condición que los procesos se encuentren organizados y en marcha, sin esta condición no es posible aplicar indicadores de impacto.

Considerando lo anterior, indicadores que pueden tomarse en cuenta durante la fase de desarrollo y consolidación del Alta Programada a nivel institucional son los siguientes.

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad
Nº de personas valorados	Nº total de personas que son valoradas en una sesión de ingreso del equipo	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas valoradas en una sesión de ingreso del equipo en el periodo	Registros Médicos Registro de la modalidad	Mensual
% personas gestionadas por Equipo Alta Programada[38]	% de personas egresadas del hospital que fueron gestionados por el Equipo de Alta Programada desde	Indicador de proceso (porcentaje)	Nº de personas egresados del hospital que fueron gestionados por el equipo de Alta	Registros Médicos Registro de la modalidad	Mensual

[37] Chacón, H. (2017). Conferencia. Indicadores en salud: concepto y metodología para su definición. Sesión de trabajo. Manuscrito no publicado.

[38] Este indicador puede desagregarse por piso, Servicio o criterio de priorización, en particular al inicio de su implementación que el Alta Programada no será posible aplicarla a todos las personas internadas.

	el ingreso hasta el egreso		Programada X 100 / Total de personas egresadas del hospital en el periodo		
% de personas con cumplimiento de criterios de ingreso	% de personas que fueron gestionados por el Equipo de Alta Programada y cumplen con criterios de ingreso	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº de personas gestionadas por el Equipo de Alta Programada que cumplen criterios de ingreso x 100 / Total de personas gestionadas por el Equipo de Alta Programada en el periodo	Registros Médicos Registro de la modalidad	Mensual
% de personas con cumplimiento de actividades durante la estancia	% de personas que a los cuales se les cumplen todas las actividades programadas por el equipo para desarrollarse en la estancia	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº de personas que cumplen todas las actividades programadas por el equipo para desarrollarse en la estancia x 100 / Total de personas gestionadas por el Equipo de Alta Programada en el periodo	Registros Médicos Registro de la modalidad	Mensual
% de personas con cumplimiento de criterios de egreso	% de personas que fueron gestionados por el Equipo de Alta Programada y cumplen con criterios de egreso	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº de personas gestionadas por el Equipo de Alta Programada que cumplen criterios de egreso x 100 / Total de	Registros Médicos Registro de la modalidad	Mensual

			personas gestionadas por el Equipo de Alta Programada en el periodo		

La lista de indicadores que se presentada no es exhaustiva, sin embargo permite generar una línea base institucional para el seguimiento de la evolución del Alta Programada en los hospitales. Como pasos siguientes, cada equipo debe generar nuevos indicadores que permitan visibilizar el impacto tanto de la gestión del trabajo en equipo como de las intervenciones articuladas en red con la participación de la persona, la familia y la comunidad, en aras de disponer de mayor información respecto a la puesta en macha del enfoque centrado en la persona, el trabajo en red, la atención integral e integrada y la atención compartida entre niveles y equipos de salud.

ANEXOS

Anexos 1

Aval de Gerencia Médica

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 Ext. 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

07 de diciembre de 2017
GM-S-33137-2017

Señor (as)
María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, **Directora**
Dirección Proyección Servicios de Salud

Roció Sánchez Montero, **Grupo Tarea**
Modelo de Prestación de Servicios de Salud

Hugo Chacón Ramírez, **Jefe - Área De Atención Integral A Las Personas**
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Presentes

ASUNTO: AVAL A ESTUDIO TÉCNICO ELABORADO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS MECANISMOS PARA MEJORAR LA ROTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN

Estimado (a) Doctor (a)

Reciban un cordial saludo. Esta Gerencia en seguimiento a lo aprobado en el periodo 2013 respecto del Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias y lo recomendado por la Contraloría General de la República en la disposición 4.8 del informe DFOE-SOC-IF-21-2016, sobre ***"elaborar y aprobar un estudio técnico que permita establecer mecanismos para mejorar la rotación y distribución de las camas de hospitalización. Como parte de eso mecanismos, considere la posibilidad de formalizar las Unidades de Estancia Corta dentro de los HNG. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a la Contraloría General, a más tardar el 29 de setiembre 2017, una certificación donde se haga constar que el estudio técnico fue elaborado y aprobado, de conformidad con los puntos 2.34 al 2.44 de este informe";*** hace de su conocimiento, que se avala los documentos técnicos elaborados por sus distinguidas personas para la atención de integral de la gestión de camas en los nosocomios institucional.

Documentos avalados en el acto:

- Manual de Procedimientos: Alta Programada atención en red - Código MP.GM.DDSS.24092017.
- Gestión de Camas Hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación) – Código: dt.GM.DDSS.AAIP.150817
- Análisis de unidades de corta estancia emitido mediante el oficio DPSS-0418-09-17

En cuanto a la implementación de los documentos antes referidos, es importante referir que se deberá realizar por medio de los Equipos Gestores de camas de cada nosocomio como complemento de los Lineamientos para la Gestión de Camas Hospitalarias, a partir del periodo 2018.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 Ext. 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

07 de diciembre de 2017
GM-S-33137-2017

Segura de su valiosa colaboración, para la implementación integral los documentos antes referidos, como parte de la Estrategia Institucional para la mejora en la gestión de camas en los Hospitales de la Institución, mediante los equipos gestores de camas.

Cordialmente,

GERENCIA MÉDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
GERENTE

MEVB/STM/Tatiana

Cc: Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo
Dr. Rafil Sánchez Alfaro, Director a.i., Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Dr. Eduardo Cambronero Hernández, Director, Direccion de Red de Servicios de Salud
Archivo (ref. 2901-25914-17)

REFERENCIAS

Arreola, L., Bolaños, S. y Mata, A. (2012). Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Bolaños, S. (2004) Conferencia “El proceso de Calidad en Costa Rica”. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente. San Salvador, El Salvador.

Bolaños, S., Arreola, L. y Mata, A. (2010). Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar. (1° ed.). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Bolaños, S. y Mata, A. (2013). Lecciones aprendidas en el diseño e implementación de la Atención y Hospitalización Domiciliar en Costa Rica: Ideas para iniciar el vuelo. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Región Huetar Atlántica. (2012). Proyecto de Modalidades Innovadoras de Atención. Atención Integral Ambulatoria en Red en la Región Huetar Atlántica: Alta Programada, Atención y Hospitalización Domiciliar y Hospital de Día Polivalente. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

DM-GI-0002-25 noviembre de 2013. Segundo Informe de Intervención al Hospital Tony Facio Castro. Dirigido a Junta Directiva y Gerencia Médica. Firmado por: Dr. Hendricks Miles, Director General; Dr. Luis Carlos Vega, Subdirector; MBA. Alexis Vargas, Administrador; Lic. Raimond Berty, Asistente de Administración; Arq. Janitzia Zamora, Jefe de Mantenimiento. Limón, Costa Rica.