Manual de Procedimientos: Atención Especializada a Distancia

ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.140318
Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
2018

Manual de Procedimientos: Atención Especializada a Distancia

ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.140318
Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

2018

ELABORADO POR:	Nelly Astorga Cruz. Enfermera. Stella Bolaños Varela. Médica Internista. Marjorie Francis Castro Sirias. Enfermera. Silvia Chavarría Días. Médico Paliativita. 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. Shamelia McLeod Cole. Médico. 2. Marco Antonio Espinoza Quesada. Médico. 3. Osvaldo Farías Garita. Psiquiatra. 4. César De La Hoz De La Hoz. Pediatra. 5. Eduardo Elizalde Agüero. Neurólogo. 6. Lilliana Morales Mora. Trabajo Social. 7. Sonia Valverde Arce. Pediatra. 8. Gonzalo Enrique Mena Selles. Director Médico. 9. Sonia Xiani Gardener Hall. Enfermera. 10. Francis Chavarría Casasola. Enfermera. 11. Carol Rodríguez Acevedo. Farmacéutica. 12. Luis Gómez Chaves. Médico. 13. Juan Carlos Rojas Rojas. Psicólogo. 14. Efraín Retana Álvarez. Médico. 15. Juan Orlando Gil Ng. Director Médico. 16. Hansel Herrera Dixon. Médico 17. Flor Cortés Sandoval. Enfermera. 18. Karen Casasola Contreras. Enfermera. 19. Tanny Wilson Doman. Enfermera. 20. Alejandro Vargas Calderón. Farmacéutico.	**HTFC** **HTFC** **HTFC** **HTFC** **HTFC** **HTFC** **HSVP** **ASVE** **ASVE** **ASVE** **ASVE** **ASC** **ASC** **AST** **ASM** **ASM** **ASM** **ASL** **CAISS** **CAISS**
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-MDD-6750-2018 del 24 de mayo de 2018.	
Fecha de emisión:	*Junio, 2018*	
Próxima revisión:	*2022*	

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 - **ASC.** Área de Salud de Cariari. - **ASL**. Área de Salud de Limón. - **ASM.** Área de Salud Matina. - **AST.** Área de Salud de Talamanca. - **ASVE.** Área de Salud de Valle de la Estrella. - **CAISS.** Centro de Atención Integral en Salud de Siquirres. - **DRGSSHA**. Dirección Regional de Gestión y Servicios de Salud Huetar Atlántica. - **HG.** Hospital Periférico de Guápiles - **HGGRBC.** Hospital Especializado Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes - **HSVP.** Hospital Periférico San Vicente de Paul de Heredia - **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 8
1.1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS 9
1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS 14
1.3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN 16
1.4. JUSTIFICACIÓN 16
1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL 16
1.6. POBLACIÓN USUARIA DEL MANUAL 17
1.7. POBLACIÓN META 17
1.8. METODOLOGÍA 17
DESARROLLO DEL TEMA 18
2.1. MARCO CONCEPTUAL 19
a. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona 19
b. Atención Integral e integrada 23
c. Trabajo en red 25
d. Atención compartida 28
ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A DISTANCIA 32
3.1. ELEMENTOS A OPERATIVIZAR 33
a. Datos generales de la modalidad 33
b. Criterios para definir si la persona puede admitirse en esta modalidad 35
c. Criterios para finalizar la atención a distancia 38
d. Criterios de derivación entre niveles 39
e. Actividades que se realizan 39
f. Requerimientos para la implementación de la modalidad 41
g. Personal necesario 42
h. Equipo y materiales necesarios 42
CONTACTO PARA CONSULTAS 42
VALIDACIÓN 42
APLICACIÓN DEL MANUAL Y EVOLUCION DE LA MODALIDAD DE ATENCION 45

ANEXOS.....48

REFERENCIAS.....50

PRESENTACIÓN

En el marco del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social impulsa el Hospital de Día Polivalente, la Atención Especializada a Distancia, la Hospitalización Domiciliar, la Atención Domiciliar y la Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel, constituyen modalidades de atención no convencionales, ambulatorias y articuladas en red, como parte de la estrategia de mejora de la capacidad resolutiva de los servicios de salud institucionales, con miras a acercar los servicios de salud a la población considerando sus necesidades.

Además de estas modalidades, se promueve el fortalecimiento del Alta Programada como proceso de gestión de los casos que requieren hospitalización. Para cada una de dichas acciones se diseña el Manual de Procedimientos que describe de manera básica su definición y funcionamiento. El objetivo de cada manual es dotar a los funcionarios de la institución de una guía para implementar la modalidad, basada en evidencia científica, que facilita la toma de decisiones centradas en las personas, su familia y comunidad.

El presente documento corresponde a la Modalidad de Atención Especializada a Distancia, que es una alternativa de abordaje de la situación de salud de la persona de forma personalizada, directa, digna, con calidad mediante un acercamiento entre el especialista tratante, la persona usuaria de los servicios de salud y el equipo interdisciplinario. Es muy importante tener claro que este abordaje requiere de tecnología apropiada para asegurar la comunicación entre profesionales que se encuentran en diferentes establecimientos de salud, separados por la distancia, su éxito depende de las herramientas digitales, electrónicas o telefónicas que se implementen como medios de ejecución de la atención.

Con el manual se ofrece a los profesionales a cargo, una descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de la Atención Especializada a Distancia y les permite contar con una guía descriptiva de la modalidad, sus condiciones y características basadas en evidencia científica que facilita su implementación a favor la persona, la familia y la comunidad.

El objetivo es presentar el proceso de atención integral de la Atención Especializada a Distancia en equipo, con enfoque interdisciplinario, estableciendo el marco metodológico y conceptual para garantizar la calidad, eficacia y eficiencia de los procedimientos y cuidados que se ofrecerán bajo esta modalidad, para fortalecer modalidades no convencionales de atención en la institución.

Dr. Hugo Chacón Ramírez
Director
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIONES 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

- **Alta programada**. Proceso de gestión clínica que permite de manera sistémica, 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, tanto en la red de servicios de salud, como en los servicios de apoyo, según la condición y perfil al que responde la persona[1].

- **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 que 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.** 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.

[1] 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. 67.

[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. p.100.

- **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 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 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 de 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 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. Son profesionales y técnicos que se organizan y trabajan de una forma coordinada 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 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.

- **Hospitalización domiciliar**. Atención que se proporciona a las personas, en su domicilio, por profesionales de salud quienes brindan un tratamiento activo a "determinados" enfermos, que de otra manera hubieran precisado internamiento en un hospital por un período de tiempo limitado. Los hospitales domiciliarios trasladan toda la estructura de servicios al hogar de la persona, teniendo a la familia como pilar básico e insustituible de la recuperación de su estado de salud.[3]

- **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 sociofuncionales 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.

- **Hospital General.** En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social corresponde a los hospitales regionales, periféricos y nacionales, en los cuales se atiende a la población que pertenece a su área de adscripción o red de servicios.

- **Modalidad de atención**. Maneras o formas de organizar los procesos de atención a las personas.

[3] 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. 68.

- **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 prestan 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.

- **Red de apoyo comunitaria o secundaria**. 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 según necesidades. Es la participación de la sociedad civil en los diferentes procesos de apoyo para la solución de necesidades de 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 actividad 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 la persona.** Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible eventos adversos de la atención en salud.

- **Trabajo en equipo**. Es el trabajo realizado por varios individuos, donde cada uno aporta y todos tienen 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.
- **EBAIS**. Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
- **HDDP.** Hospital de Día Polivalente
- **OMS**. Organización Mundial de la Salud.
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- **RISS.** Red Integrada de Servicios de Atención.

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	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	Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento	1982
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
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	2002

	públicos y privados.	
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
D.E. N° 38036-MP-MBSF	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.	2011-2021
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	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 y Áreas de Salud del país que desarrollan la modalidad de Atención Especializada a Distancia, en aras de que se tome en cuenta para el abordaje de las personas que son atendidas en el Primer Nivel y que requieren una intervención especializada, o aquellos que se encuentran hospitalizados y que requieren de una entrega personalizada para asegurar un seguimiento específico en el momento del alta como parte del abordaje continuo en red.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El Manual describe los criterios básicos que deben considerarse al atender a las persona a través de la modalidad de Atención Especializada a Distancia, misma que se aplica mediante una intervención utilizando herramientas virtuales, electrónicas o telefónicas. La información permite replantear las intervenciones a fin de responder con eficiencia, eficacia y calidad en la atención.

Para la Caja Costarricense de Seguro Social es necesario contar con este Manual de Procedimientos, en tanto permite aumentar la oferta de servicios especializados e incrementar el nivel de resolutividad de la atención en el primer nivel, previniendo las listas de espera o disminuyéndolas, asegurando el seguimiento de la persona. Al tiempo, clarifica al personal las intervenciones que debe realizar y la manera en que pueden fortalecer la articulación de la red de servicios para la atención de las personas.

Describe servicio orientado hacia la atención integral, integrada, continuada, permanente con garantía de calidad, seguridad y sostenibilidad. Las condiciones institucionales, la demanda de servicios con calidad efectividad y eficiencia de las personas y el gran desarrollo tecnológico que vive el país, exige que los equipos de trabajo innoven, mejoren y agilicen los servicios que ofrecen, esta modalidad se ajusta a la oferta y demanda actuales.

1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL

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

- Proporcionar al equipo interdisciplinario los procedimientos de la modalidad no convencional de Atención Especializada a Distancia.

- Estandarizar los procedimientos técnicos y operativos por competencia y capacidad instalada para responder a las necesidades de las personas, familiares y cuidadores en el escenario domiciliar.

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 usuarias de los servicios de salud, que cumplan los criterios para ser remitidos a la modalidad de Atención Especializada a Distancia[4].

1.8. METODOLOGÍA

La información que se presenta se sustenta en revisiones de la evidencia disponible en documentos bibliográficos que por su relevancia o interés científico se consideran fuentes primarias en un campo disciplinar, escritas por expertos reconocidos en la materia. El análisis de la información revisada en ambos tipos de documentos fue responsabilidad del equipo que elabora este manual.

[4] Ver criterios de ingreso a la modalidad de Atención Especializada a Distancia pág. 35.

DESARROLLO DEL TEMA

2.1. MARCO CONCEPTUAL

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[7]. 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 (CE-LADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile. p.11.

[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. 43.

Enfoque centrado en las personas[8]. 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).

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[9]. 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”[10].

[8] 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.

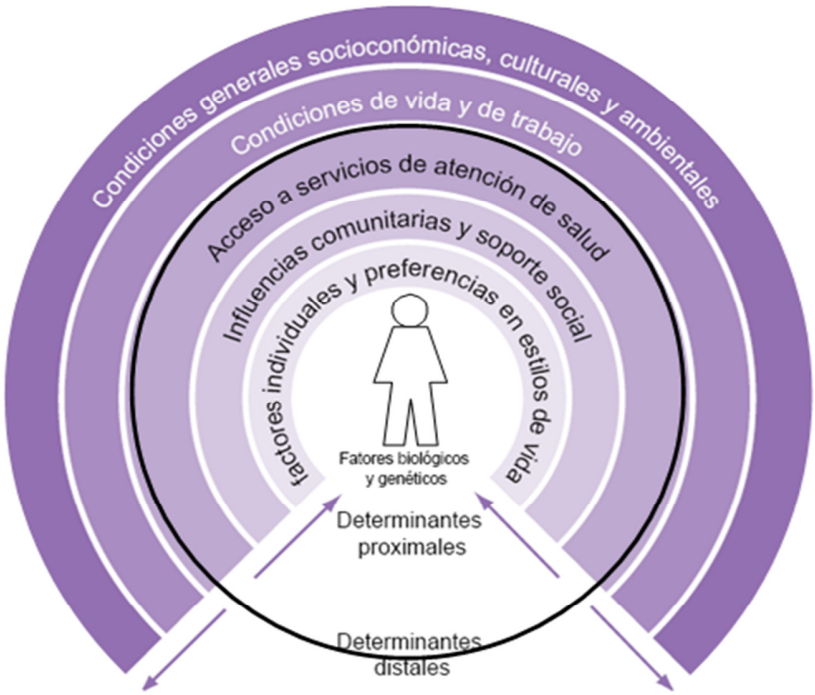
[9] OMS. (2009). Subsanar las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

[10] OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda Edición revisada. Washington D.C.

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.

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.

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.

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.

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 2. Implicaciones del enfoque centrado en las personas

FUENTE: Modificado de WHO. People-Centered Health Care- A policy framework. Geneva, 2007.

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.

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[11]

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[12]. Este enfoque corresponde al Sistema de Salud y Estado.

[11] 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.

[12] 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 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[13,14] 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[15].

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[16]. 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[17]. 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[18]. 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).

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"*[19]. 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[20].

---

[13] CCSS. (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José, Costa Rica.
[14] OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.
[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] 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.
[17] Ministerio de Salud del Perú. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.
[18] 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.
[19] WHO. (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.
[20] WHO. (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

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.

c. Trabajo en red[21]

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[22]:

[21] 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.
[22] CCSS. (Noviembre, 2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. San José, Costa Rica: CCSS.

> *"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 (por afinidad)	Surge cuando varios establecimientos de salud con intereses mutuos, se organizan para la prestación y/o la gestión de algunos servicios. Se producen 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[23].

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 (intra niveles), 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 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[24].

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[25].

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.

[23] Modificado de: Ministerio de Salud República de Perú. (Julio, 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. República de Perú.
[24] 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.
[25] Modificado de: CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, Costa Rica.

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.
- 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[26].

[26] 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.

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[27]. 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[28].

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[29]:

- 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.

[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.

[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] 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.

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[30].

- **Brindar un continuo en la atención.** La persona y su familia debe de experimentar durante la atención 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 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 domiciliar 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.

[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.

- **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 DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A DISTANCIA

3.1. ELEMENTOS A OPERATIVIZAR

a. Datos generales de la modalidad

La Atención Especializada a Distancia, forma parte de un modelo de gestión para la atención, articulado en red que facilita el abordaje y seguimiento de las personas que requieren por su estado de salud la intervención de un especialista. Esta modalidad fortalece calidad de la intervención mediante el sistema de educación continua que genera el manejo de los casos de manera conjunta entre dos o más profesionales, lo cual lleva a la actualización, garantiza el mantenimiento de las ventajas de la atención ambulatoria y la utilización racional de los recursos institucionales. En tanto es una modalidad muy sencilla, fácil de implementar y de bajo costo que garantiza la maximización de recursos, agiliza los procesos de la atención especializada, previene el crecimiento de las listas de espera futuras, disminuye las existentes, reduce el desgaste de los personas usuarias internas y aumenta la satisfacción de los personas usuarias externas.

A nivel hospitalario, lo relativo a las coordinaciones y gestión asociadas, deben realizarse en una dependencia específica, en aquellos hospitales que tienen el Hospital de Día Polivalente, en su calidad de Centro Diagnóstico puede constituirse en el lugar ideal. En las áreas de salud el gestor de casos, debe programar con los médicos de EBAIS, la agenda para que puedan realizar los intercambios con los especialistas en los horarios que estos ofrezcan o en su defecto para hacer las coordinaciones que permitan programar la consulta.

Consiste en un acompañamiento real del Segundo y Tercer nivel de Atención hacia el Primer Nivel de Atención, a través de un sistema de comunicación digital, electrónico o telefónico, facilitando la entrega o devolución de la persona posterior a un internamiento o valoración presencial, durante o posterior a la aplicación de un plan de cuidados específicos, entre otros. Como característica fundante de esta modalidad, se encuentra su interdisciplinaridad, su facilidad para articular los diferentes niveles de atención, servicios y especialidades, favoreciendo con su puesta en marcha una atención especializada, integral e integrada en red. La Atención Especializada a Distancia permite al profesional que detecta la necesidad de abordaje o de la intervención especializada, hacer un enlace directo con la disciplina involucrada, además permite:

- Transformar el actual modelo de asistencia hospitalaria, predominantemente biologistas, en uno de carácter más integral, que tome en cuenta las dimensiones sociales, culturales y psicológicas del proceso salud-enfermedad y que por ende, dé espacio a enfoques e intervenciones de carácter multidisciplinario.

- Fortalecer y extender de manera creciente y sostenida, las acciones preventivas y de promoción de la salud, así como, las modalidades no convencionales de cuidado intra y extra hospitalario, tales como: Hospital de Día Polivalente, Atención Diferenciada en el Primer Nivel, Cirugía ambulatoria, Atención Domiciliar, Hospitalización Domiciliar, Atención Diferenciada en el Domicilio y otras que prevengan, reduzcan o sustituyan el uso de las camas hospitalarias.

- Desarrollar un modelo de organización basado en procesos, de carácter más matricial, que sustituya el actual esquema excesivamente rígido y jerarquizado (con atomización de servicios), con el fin de racionalizar el uso de recursos, evitar duplicidades y mejorar la capacidad de respuesta operativa.

- Fortalecer la capacidad gerencial y funcional de los hospitales nacionales, regionales y periféricos, para la toma de decisiones estratégicas y operativas, en el marco de las redes de servicios en las cuales estén integrados.

- Establecer equipos interdisciplinarios de enlace y sistemas de comunicación utilizando la tecnología, para asegurar la continuidad de la atención de las personas con patologías crónicas, acortar los periodos de internamiento y prevenir la hospitalización, así mismo, para reducir la demanda de las personas que puedan ser atendidos en unidades de menor complejidad.

- Proyectar sistemáticamente los hospitales hacia las comunidades de las que forman parte y hacerlas realmente partícipes del gobierno de estos establecimientos.

De esta manera se obtienen diversos beneficios, entre ellos:

- Garantía de mayor acceso a los servicios
- Respuesta rápida y efectiva a la situación de la persona
- Accesibilidad a la atención especializada de forma oportuna a personas con domicilio en zonas retiradas
- Eliminación de trámites administrativos innecesarios
- Ahorro en gastos de desplazamiento, transporte y tiempo de las personas y los funcionarios
- Disminución de traslados innecesarios
- Agilización de traslados calificados por indicación de especialista.
- Incremento de los niveles de satisfacción de la persona usuaria a nivel interno y externo
- Descongestionamiento hospitalario.
- Disminución del tiempo de espera en atenciones especializadas
- Prevención y disminución de las listas de espera de las especialidades médicas
- Fortalecimiento de la gestión en red
- Fortalecimiento del trabajo en equipos interdisciplinarios.

Los servicios especializados, necesitan ser reforzados por personal del Primer Nivel, que apoye la modalidad a distancia, teniendo en cuenta que el primer nivel es el responsable del manejo integral continuo y permanente de la salud de la población que se le asigna; dado que conoce los aspectos sociales, culturales y económicos de cada uno de los habitantes, mantiene relaciones más cercanas con las personas, con actividades centradas en la promoción de la salud y acciones de prevención, curación y rehabilitación; promueve la participación ciudadana y refiere al nivel hospitalario y especializado cuando la condición de la persona lo requiere, apoyando el manejo ambulatorio, el seguimiento y garantizando la continuidad de la atención. Así la respuesta a las referencias y la contra-referencias puede ser reforzada con la articulación de Atención Especializada a Distancia.

Para la implementación de esta modalidad se hace necesaria la inversión en tecnología adecuada para la comunicación con el objetivo de fortalecer la red, creando las condiciones y canales necesarios para la atención integral e interdisciplinaria. Herramientas que puede utilizarse son Microsoft Office Lync, Cisco Javer, Skype Empresarial, entre otras.

Dichas herramientas es importante que integre simultáneamente varios modos de comunicación: mensajería instantánea, videoconferencia, telefonía, uso compartido de aplicaciones, transferencia de archivos, entre otros. El uso de dichas instrumentos implica la disponibilidad de internet, computadora, cámara Web HD (con micrófono), parlantes y cuenta de acceso a Microsoft LYNC (licencia institucional).

No solo necesita tecnología, al mismo tiempo requiere de una articulación entre servicios de apoyo del primer nivel y otros como por ejemplo: farmacia, rayos x, entre otras, para que a nivel local cuenten con los insumos básicos para que el procedimiento sea efectivo; abriendo la posibilidad de ampliar y articular red para la participación de disciplinas a nivel local que brinden apoyo a la consulta, por ejemplo la accesibilidad a psicología, trabajo social, entre otras, ya sea a nivel local o a distancia.

b. Criterios para definir si la persona puede admitirse en esta modalidad

- Condición de la persona que requiere abordaje de mayor complejidad y el recurso necesario se localiza en otro nivel muy distante en términos de: tiempo, acceso geográfico o acceso de medios de transporte o si la condición de la persona no le permite la movilización al siguiente nivel.

- Necesidad del profesional tratante, de apoyo técnico especializado o de un profesional con amplia experiencia, para tomar la decisión de trasladar o no, o aplicar alguna terapia farmacológica antes de trasladar a la persona usuaria de los servicios.

- Para gestionar medios de diagnóstico considerados urgentes por la condición de la persona (fecha lejana al presente).

- Ante la solicitud de la persona, que no pueda desplazarse por motivos personales (ejemplo una madre que tiene con quien dejar a sus hijos), se le puede ofrecer esta modalidad como parte de la oferta de servicios institucionales.

A continuación, se presentan otros criterios y condiciones requeridas para que una persona sea atendida a distancia por las especialidades médicas o quirúrgicas de un centro hospitalario:

- Casos tipificados como emergencia, para los cuales el Área de Salud requiere definir prioridad del traslado y garantizar recepción adecuada de la persona, en el servicio hospitalario (según protocolo local de coordinación establecido en la red de pertenencia).

- Persona usuaria de los servicios de salud, que cumple con criterio de ingreso a la modalidad según definición de cada especialista del hospital[31], considerando aspectos generales como los siguientes:

  - **Oftalmología**
    - Persona diabética con disminución de la visión
    - Persona diabética con disminución de la visión con antecedentes de Glaucoma
    - Estrabismos
    - Catarata
  - **Ortopedia**
    - Artrosis
    - Lumbalgias
    - Artritis Séptica
    - Pie Plano
  - **ORL**
    - Vértigo
    - Otitis
    - Rinitis
    - Masa Cabeza y cuello
  - **Fisiatría**
    - Lumbalgias.
    - Defecto Postural.
    - Omalgia.

[31] Cada hospital debe crear un protocolo interno con los criterios de derivación validados por los especialistas de los cuales dispone, considerando las características, recursos y perfil epidemiológico de red de establecimientos de la que forma parte.

- **Cardiología**
  - Función sistodiastólica del corazón
  - Insuficiencia cardiaca
  - Dilatación del corazón
  - Hipertensión Arterial
  - Hipertensión pulmonar
  - Infarto del miocardio
  - Anticoagulación
  - Arritmias
- **Ginecoobstetricia**
  - Sangrado de I y II trimestre mitad del embarazo.
  - Tratarnos hipertensivos del embarazo.
  - Diabetes en el embarazo
  - Sangrado uterino anormal
  - Papanicolaou Alterado
- **Pediatría**
  - Patologías respiratorias agudas (bronconeumonía)
  - Patologías gastrointestinales agudas
  - Enfermedad urinaria aguda
  - Enfermedad glomerular
  - Adenopatías
  - Cólicos del lactante
  - Bronconeumonías
  - Toda patología aguda definida por el pediatra de la red.
- **Gastroenterología**
  - Hepatopatía crónica evolucionada
  - Enfermedad ácido péptica en poli consultantes
  - Sangrado Activo Bajo
  - Uso Crónico de omeprazol.
- **Medicina Interna**
  - Casos complejos que generen duda al médico tratante del EBAIS
  - Diabéticos e Hipertensos de difícil manejo
  - Personas con Insuficiencia Renal Crónica descompensados.
  - Tiroides FRA
- **Geriatría**
  - Pérdida de peso
  - Anemia
  - Trastornos cognitivos
  - Descompensación diabética

- **Neurología**
  - Cefaleas
  - Epilepsias.

- **Vascular periférico**
  - Varices.
  - Insuficiencia arterial.
  - Pie diabético
- **Psiquiatría**
  - Primera intervención en trastornos de conducta
  - Intervenciones en crisis
  - Adecuación de la medicación (en algunos trastornos ya diagnosticados, trastornos afectivos y psicóticos, trastornos orgánicos por consumo de alcohol o patologías orgánicas)
  - Ansiedad, depresión
  - Casos que por su grado de complejidad ameriten de criterio especializado para definir su manejo.
  - La primera consulta de psiquiatría debe ser presencial.
- **Medicina paliativa**
  - Delirium
  - Sangrado
  - Sospecha de compresión medular
  - Dolor de difícil control y Dolor irruptivo
  - Evaluación del estado cognitivo de la persona.
  - Claudicación de red familiar o de cuido

La lista anterior por especialidad no es exhaustiva y debe coordinarse en cada red entre los profesionales que la conforman, cada red por sus características de capacitad instalada puede y debe hacer las modificaciones necesarias.

c. Criterios para finalizar la atención a distancia

- Evolución apropiada de la persona, se resuelve o requiere traslado.
- Apoyo de familiares y buena red de cuido, hace que no sea necesaria una nueva intervención a distancia.
- Persona usuaria de los servicios que genera dificultad y que no cumple indicaciones o requiere cambio de modalidad.
- Cumplimiento del Plan de seguimiento, se finaliza la intervención.

d. Criterios de derivación entre niveles

- El especialista aconseja el traslado y asegura la atención. Esta modalidad permite entonces, coordinar una derivación de manera inmediata o posterior, en tanto los profesionales involucrados definen durante el proceso de abordaje las acciones a seguir para garantizar el bienestar de la persona. En este sentido los criterios de derivación que aplican son aquellos propios de cada caso, según criterio compartido de los médicos o profesionales tratantes.

  Es importante tomar en cuenta que dar seguimiento vía telefónica, o por intervención de los ATAP, dar consulta a los 2,4 y 6 meses ha demostrado que disminuye los internamientos.

e. Actividades que se realizan

- **El médico del EBAIS, enfermera(o) o gestor de casos u otro profesional respectivo, en el Área de Salud debe:**

  - Verificar que la persona cumpla con los criterios descritos en el protocolo respectivo, para la inclusión en la modalidad de Atención Especializada a Distancia.
  - Coordinar para la presentación del caso al especialista, que incluye: realización de la llamada al especialista, presentación del caso incluyendo las pruebas de laboratorio, RX, US u otros medios diagnósticos, tratamientos actuales o anteriores, definidos según protocolo.
  - Dar seguimiento a las recomendaciones del especialista.
  - Garantizar el seguimiento del caso según sea indicado, ya sea para:
    - continuar manejo en Área de Salud y/o EBAIS.
    - trasladar a la persona al hospital en tiempo discrecional.
    - trasladar a la persona de manera urgente al hospital siguiendo las recomendaciones del protocolo y/o del especialista.
  - En caso de que el especialista envíe un tratamiento que no está disponible en el Primer Nivel, la farmacia del Área de Salud, coordinar con el nivel de mayor complejidad (segundo, tercero o centro especializado), el despacho del medicamento indicado. Para ello se aprovecha la red de farmacia establecida a nivel institucional.
  - Contar con el respaldo de una referencia y/ o contra referencia, cuando los profesionales involucrados lo consideren pertinente.
  - Contar con las indicaciones de los especialistas que deberán quedar anotadas utilizando EDUS, en caso de no contar con EDUS, serán transcritas por el médico que presenta el caso. Así cabe destacar, que Skype empresarial, permite dejar anotaciones grabadas en la conversación del chat y hacer grabaciones de videos y audios.

Otra opción es que el especialista realice las anotaciones en el expediente clínico físico y hoja de referencia, que luego envía al médico o equipo interdisciplinario, que realizó la consulta y dará seguimiento del tratamiento y procedimientos prescritos.

Es importante hacer notar que estas consultas pueden ser compartidas de forma simultánea por varios especialistas, garantizando la atención integral e interdisciplinaria en red. De esta forma se garantiza que el personal profesional y técnico cuenten con indicaciones prescritas por varios profesionales a quienes pueden consultar si se requiere.

En el campo de la psiquiatra, en caso de niños y adolescentes, es fundamental tener en cuenta que los antecedentes patológicos y no patológicos, que sirven para descartar causa orgánica, apoyándose en laboratorios gabinete. La investigación sobre la conducta en la escuela y el hogar es fundamental, la intervención conjunta entre la institución educativa y la familia para la obtención de información es siempre exitosa. El Primer nivel tiene mayor acceso en circunstancias como esta, de modo que es responsabilidad del médico del EBAIS o gestor de casos en el Área de Salud, contar con la historia clínica más completa posible al momento del enlace con el especialista.

- **El especialista del hospital debe:**

  - Valorar los casos presentados por los médicos de los EBAIS o coordinados por el gestor de casos de esa Área de Salud.
  - Emitir su criterio y recomendaciones técnicas en relación al caso.
  - Definir la acción de seguimiento que debe aplicarse, ya sea si:

    - La persona usuaria de los servicios es de su competencia, pero, la resolución puede aplicarla el equipo del Primer Nivel de Atención (EBAIS o Equipo de Apoyo del Área de Salud).
    - La persona debe ser valorada por otra especialidad, hacer el contacto intrahospitalario mediante una interconsulta.
    - La persona se debe trasladar al hospital en tiempo discrecional.
    - La persona se debe trasladar de manera urgente al hospital de referencia, siguiendo sus recomendaciones con base en el protocolo y su criterio técnico.

En suma, bajo esta modalidad a distancia se realizarán intervenciones como las siguientes:

- Consulta directa con la presencia de la persona usuaria, para resolución de caso en red.
- Apoyo técnico a equipos del Primer Nivel.

- Entrega de casos de personas que requieren intervención de mayor complejidad entre niveles.
- Entrega de casos de personas para seguimiento posterior a: internamientos, intervenciones en los servicios de observación, intervenciones en consulta externa hospitalaria e intervenciones en cualquiera de las modalidades no convencionales, para asegurar el seguimiento del cuidado por el nivel que corresponde según el perfil de la persona.
- Derivación de personas a las modalidades existentes como: Hospital de Día Polivalente, Atención Domiciliar, Hospitalización Domiciliar, Atención diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel y Atención Diferenciada en el Domicilio; incluyendo plan de seguimiento interniveles.

f. Requerimientos para la implementación de la modalidad

- Cada establecimiento de salud debe tener acceso a internet, cámara Web HD (con micrófono) parlantes y cuenta de acceso a la herramienta utilizada institucionalmente. Para aquellos que brindan atención u hospitalización a domicilio deben disponer de las aplicaciones para tecnología móvil.

- Herramienta de comunicación instalada en equipo de cómputo dedicado al desarrollo de la modalidad, por ejemplo Microsoft Office Lync, Skype Empresarial, Cisco Javer, entre otras.

- Las herramientas de comunicación que sean utilizadas, se recomienda que integren simultáneamente varios modos de comunicación: mensajería instantánea, videoconferencia, telefonía, uso compartido de aplicaciones y transferencia de archivos.

- Protocolos definidos en conjunto por los equipos de la red que van a implementar la modalidad.

- Inclusión en las agendas de los especialistas de tiempos específicos, para participar en interconsultas, consultas o asesorías mediante la modalidad, en horarios y días previamente coordinados, para el beneficio de todos los funcionarios de la red en términos de gestión, considerando aspectos como transporte, traslado de medicamentos, entre otras.

- Capacitación del personal para el uso adecuado de las herramientas tecnológicas por utilizar.

- Apoyo del personal de los Centros de Gestión de Informática (CGI) como soporte al desarrollo de la modalidad.

g. Personal necesario

La Atención Especializada a Distancia es una modalidad que se desarrolla con el recurso humano profesional y técnico existente en los diferentes niveles de atención. En el hospital los especialistas son vitales y en el área de salud, el equipo interdisciplinario junto con el gestor de casos son clave y deben de contar con el tiempo, equipo, capacitación y accesos necesarios para realizar las conexiones o enlaces. Dado que el éxito de la implementación de la modalidad depende de la fluidez y efectividad de la herramienta tecnológica a utilizar, la participación del personal de soporte técnico CGI es clave en este proceso.

Igualmente dado que el proceso de atención a distancia corresponde a tiempo de especialistas y profesionales de salud en general, la participación y apoyo del personal de Registros Médicos es vital para organizar la agenda del especialista y realizar las modificaciones necesarias. Además, para hacer los ajustes necesarios para los registros y reportes estadísticos de los casos atendidos bajo esta modalidad.

h. Equipo y materiales necesarios

Para realizar las actividades administrativas, los funcionarios que implementan la modalidad Atención Especializada a Distancia requieren que sus consultorios, oficinas o espacio destinado a la atención cuenten con acceso a internet y estén equipados con la tecnología necesaria para garantizar la atención, y cuentes con la confidencialidad necesaria para la atención.

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 profesionales que desarrollan procesos similares 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, valora 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 para la primera validación cuenta con un total de 21 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 de las **Referencias Normativas** es:										
3. Para Usted el contenido del aparado de **Alcance y Campo de Aplicación** es:										

4.	Para Usted el contenido del aparado de **Justificación** es:									
5.	Para Usted el contenido de los **Objetivos del Manual** es:									
6.	Para Usted el contenido la **Población Usuaria del Manual** es:									
7.	Para Usted el contenido la **Población Meta** es:									
8.	Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado "**Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona**" es:									
9.	Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado "**Atención Integral e Integrada**" es:									
10.	Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado "**Trabajo en red**" es:									
11.	Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado "**Atención especializada a distancia**" es:									
12.	Para Usted el contenido del Marco Conceptual, subapartado "**Atención compartida**" es:									
13.	Para Usted el contenido del apartado **"Datos generales de la modalidad"** es:									
14.	Para Usted el contenido del apartado **Criterios para definir si la persona puede manejarse en esta modalidad** es:									
15.	Para Usted el contenido del apartado **Criterios para finalizar la atención a distancia** es:									
16.	Para Usted el contenido del apartado **Criterios de derivación entre niveles** es:									
17.	Para Usted el contenido del apartado **Actividades que se realizan** es:									
18.	Para Usted el contenido del apartado **Requerimientos para la implementación de la modalidad** es:									
19.	Para Usted el contenido del apartado **Personal necesario** es:									
20.	Para el contenido del apartado **Equipo y materiales necesarios** es:									
21.	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 los apartados cuentan con el consenso. Todos alcanzan una puntuación ubicada entre los puntajes 7.2 y 8.6. Por tanto el documento está listo para publicarse.

APLICACIÓN DEL MANUAL Y EVOLUCION DE LA MODALIDAD DE ATENCION

Dado que el Manual describe una modalidad 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 el avance de la modalidad en sí misma. Para el diseño de los indicadores se utiliza la clasificación con mayor uso internacional[32] 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 de la Atención Especializada a Distancia a nivel institucional son los siguientes:

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad
Nº de consultas realizadas por especialidad y área de salud apoyada	Nº total de personas que se admiten en la modalidad por especialidad del	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas admitidas en la modalidad por especialidad	Registros Médicos	Mensual

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

	hospital y área de salud		del hospital y área de salud en el periodo		
Relación consultas a distancia vs consultas en Consulta Externa del Área de Salud	Porcentaje de consultas que se atienden mediante la modalidad vs total de consultas de la Consulta Externa del Área de Salud	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº consultas realizadas por medio de la modalidad x 100 / Total de consultas del Área de Salud en el periodo	Registros Médicos	Mensual
Relación consultas de cada especialidad por vía convencional vs consultas a distancia de cada especialidad	Porcentaje de consultas de cada especialidad generadas a distancia vs total de consultas de cada especialidad	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº consultas realizadas a distancia por cada especialidad x 100 / Total de consultas de cada especialidad en el periodo	Registros Médicos	Mensual
Referencias a cada especialidad resueltas mediante especializada a distancia	% de referencias dirigidas a cada especialidad que fue posible resolver mediante la atención especializada a distancia	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº de referencias dirigidas a cada especialidad resueltas por diferenciada a distancia x 100 / Total de consultas de cada referencias enviadas a la especialidad en el periodo	Registros Médicos Registros de la modalidad	Mensual
Satisfacción de la persona	Percepción que la persona tiene del servicio o atención que recibió, respecto a la cual en caso de ser negativa se	Indicador de proceso (calidad subjetiva)	Resultado de la encuesta	Encuesta de percepción del cliente aplicada por la Contraloría de Servicios del Establecimiento	Semestral

	establece un Plan correctivo para mejorar.			de Salud	

La lista de indicadores presentada no es exhaustiva, sin embargo, permite generar una línea base institucional para el seguimiento de la evolución de la Atención Especializada a Distancia en su carácter de modalidad no convencional. 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
Nota de Gerencia Médica com el aval del Manual

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

24 de mayo de 2018
GM-MDD-6750-2018

Doctor
Hugo Chacón Ramírez, Director
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Presente

ASUNTO: AVAL DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN EL ESCENARIO DOMICILIAR.

Estimado Doctor:

Reciba un cordial saludo. En atención a oficio DDSS-0511-18, en el que se adjuntan los siguientes documentos:

- Manual de Procedimientos: Hospital de Día Polivalente en un Hospital General, código MP.GM.DDSS. 190318.
- Manual de Procedimiento Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar, código MP.GM.DDSS. 160318.
- Manual de Procedimiento Atención Diferenciada en el establecimiento de salud de Primer Nivel, código MP.GM.DDSS.150318.
- Manual Procedimiento Atención Especializada a Distancia, código MP.GM.DDSS. 140318.

Con base en lo anterior, se le solicita que proceda a gestionar lo que corresponda para su debida divulgación, a fin de que se implementen en los establecimientos de salud según corresponda y con base en la planificación establecida para tal fin.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dr. Fernando Llorca Castro
Presidente Ejecutivo
A/C Gerente Médico

GERENCIA MEDICA SEGURO SOCIAL

FLLC/VAG/mdm

- Dra. María del Rocío Sánchez Montero. Fortalecimiento Prestación Servicios de Salud
- Dra. Adelaida Mata Solano. Area de Atención Integral a las Personas
- Archivo (2901-6659-18)

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.