



Manual de Procedimientos: Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar

ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.160318

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

2018

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 2



Manual de Procedimientos: Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar

ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.160318

Versión: 01

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

2018

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 3

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. Yorlery 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
COAUTORES DE LAS INTERVENCIONES	Randall Fernando Angulo Fallas. Médico de Familia. Karla Patricia Berrocal Saborío. Trabajadora Social. Sofía Blanco Lara. Medica de Familia. María Yamileth Chaves Cubillo. Enfermera. Vilma García Camacho. Geriatra. María Jesús Medrano Chavarría. Enfermera. Marlene Montoya Ortega. Nutricionista. Kathia Mora Segura. Terapeuta de Lenguaje. José Ernesto Picado Ovaes. Geriatra. Rita María Ramírez Ramírez. Terapeuta Ocupacional. María Paula Ruiz Guarín. Terapeuta de Lenguaje. Norma Wong Fernández. Odontóloga. Abigail Zúñiga Alvarado. Terapeuta Física.	ASD1 AAIP-PNAPAM HSJD ASMP AAIP-PNAPAM HGGRBC AAIP-PNANN CENARE HNGGRBC CENARE HGGRBC ASD1 HGGRBC
APORTE AL DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES:	Profesionales de nutrición Ana Victoria Cantillano Flores Carolina Castro Calvo Yancy Méndez Arce Larissa Muñoz Rivera Grace Murillo Loaiza Miguel Obando Bogantes Monserrat Urefia Chang	ASD3 ASMRH HSJD HGGRBC AR/CN. HGGRBC ASUM
	Profesional en Odontología Rolando Meléndez Bolaños Luis Diego Girald Apéstegui	AR/CO. HGGRBC
	Profesionales en enfermería Guiselle Barrantes Brenes Vivian Benavides	AR/CE. ASD3
	Profesionales en Trabajo Social Celenia Corrales Fallas Mayra Pérez Chaves Ana Eugenia Fajardo Espinoza	AR/CTS. AR/CTS. HGGRBC

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 4

	Alejandra Hernández Solano Jeannette Martínez Muñoz Nancy Patricia Navarro Bartels	ASMRH HGGRBC ASUM
	Profesionales en Farmacia Gabriela Campos Obando Juan Manuel Salazar Monge Catalina Venegas Campos	HGGRBC ASD3 HSJD
	Profesionales en registro de información Patricia Darcia Córdoba. Secretaria Maleydis Yusibel Figueroa Paiz. Secretaria	HSJD HGGRBC
	Profesionales de Terapia Alexandra Calvo Feoli. Terapia Física Evelyn Zúñiga Loaiza. Terapia Física Myleen Francine Arroyo Chavarría. Terapia Ocupacional Franklin Heyden López. Terapia Respiratoria	CENARE HGGRBC HGGRBC HGGRBC
VALIDADO POR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Joumana Zaglul Ruiz. Médico General. 2. Ileana Ardón Madrigal. Médico de Familia. 3. Randall Alvarado Juárez. Director Médico de Hospital. 4. Esron García Acosta. Médico Internista. 5. Nilka Medina González. Médico de Familia. 6. Herminia Villalobos Monge. Enfermera. 7. Nancy Jessica Rojas Sanabria. Médico General. 8. Marta On Centeno. Administradora. 9. Osvaldo Farías Garita. Psiquiatra. 10. Luz Marina Barrantes Elizondo. Trabajadora Social. 11. Wendy López Andrade. Trabajadora Social. 12. Serlyn Solano Pineda. Enfermera. 13. Hazel Rojas Jiménez. Médico Paliativista. 14. Odinia Bennett Easy. Enfermera. 15. Grace Marchena Marchena. Enfermera. 16. Luis Gómez Chávez. Médico Paliativista. 17. Alejandra Barrantes Solano. Trabajadora Social. 18. Kattia Mejías Rodríguez. Fisioterapeuta. 19. Juan Carlos Rojas Rojas. Psicología. 20. Jenny Vargas Castañeda. Enfermera. 21. Ginger Arias Valverde. Médico General 22. Manrique Soto Montero. Enfermera. 23. Susana Ávila Hernández. Médico de Familia. 	APE HM HMS HMS HMS HMS HMS HTFC HTFC HTFC HG HG CAISS ASM ASC ASC ASC ASC ASC AST AST AST
REVISADO POR:	<p><i>Dr. Hugo Chacón Ramírez. Jefe Área de Atención Integral a las Personas.</i> <i>Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Director. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</i> <i>Dra. María del Rocío Sánchez Montero. Directora de Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.</i></p>	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 5

APROBADO POR:	Gerencia Médica. Oficio GM-MDD-6750-2018 del 24 de mayo de 2018.
Fecha de emisión:	<i>Junio, 2018</i>
Próxima revisión:	2022
OBSERVACIONES	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AAIP. Área de Atención Integral a las Personas - AAIP-PNAPAM. Programa de Normalización de la Atención de la Persona Adulta Mayor - APE. Asesora de Presidencia Ejecutiva. - AR/CN. Área de Regulación. Coordinación de Nutrición - AR/CO. Área de Regulación. Coordinación de Odontología - AR/CE. Área de Regulación. Coordinación de Enfermería - AR/CTS. Área de Regulación. Coordinación de Trabajo Social - ASC. Área de Salud Cariari - ASD1. Área de Salud Desamparados 1 - ASD3. Área de Salud Desamparados 3 - ASM. Área de Salud Matina - ASMP. Área de Salud Mora Palmichal - ASMRH. Área de Salud Mata Redonda-Hospital - AST. Área de Salud de Talamanca - ASUM. Área de Salud Uruca-Merced - CAISS. Centro de Atención Integral en Salud de Siquirres - CENARE. Centro Especializado Nacional de Rehabilitación - DRGSSHA. Dirección Regional de Gestión y Servicios de Salud Huetar Atlántica. - HG. Hospital Periférico de Guápiles - HGRBC. Hospital Especializado Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes - HM. Hospital Nacional México - HMS. Hospital Regional Víctor Manuel Sanabria Martínez - HNP. Hospital Nacional Psiquiátrico - HSJD. Hospital Nacional San Juan de Dios - HTFC. Hospital Regional Dr. Tony Facio Castro - <p>Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.</p>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 6

INDICE

INDICE	6
PRESENTACIÓN	8
1.1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	11
1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS	16
1.3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	18
1.4. JUSTIFICACIÓN	18
1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL	19
1.6. POBLACIÓN USUARIA	20
1.7. POBLACIÓN META	20
1.8. METODOLOGÍA	20
DESARROLLO DEL TEMA	21
2.1. MARCO CONCEPTUAL	22
a. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona	22
b. Atención Integral e integrada	26
c. Trabajo en red	28
d. Atención compartida	31
ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIAR Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIAR	35
3.1. ELEMENTOS A OPERATIVIZAR	36
a. Datos generales de las modalidades	36
b. Criterios de ingreso	38
c. Criterios de egreso o alta	39
d. Criterios de referencia entre niveles	40
e. Criterios de interconsulta	42
f. Criterios de derivación entre establecimientos y/o modalidades de atención en la red de servicios	42
g. Actividades que se realizan	42
h. Personal necesario	51
i. Equipo, medicamentos y materiales necesarios	53
j. Infraestructura mínima necesaria	54

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 7

CONTACTO PARA CONSULTAS	54
VALIDACIÓN	54
APLICACIÓN DEL MANUAL Y EVOLUCION DE LA MODALIDAD DE ATENCION ..	57
ANEXOS.....	60
REFERENCIAS	65

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 8

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, Hospitalización Domiciliar, Atención Domiciliar y la Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel, que constituyen modalidades de atención no convencionales, ambulatorias y articuladas en red, como parte de la estrategia de mejora de la capacidad resolutoria 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 Domiciliar y Hospitalización Domiciliar. La Hospitalización Domiciliar y la Atención Domiciliar¹ son modalidades no convencionales de atención, que se desarrollan en el escenario domiciliario con la participación de un equipo interdisciplinario capacitado. Todas las intervenciones son programadas y forman parte de una estrategia sistematizada y oficializada en un establecimiento o en una red de servicios. Las personas que ingresan a la modalidad lo hacen por criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, considerando aspectos geográficos, sociales y clínicos.

La Atención Domiciliar corresponde a las Áreas de Salud e implica la atención a personas portadoras de una enfermedad crónica estable, con condición de vida limitada, personas con enfermedad en fase terminal, con dificultades de movilización o dificultades de acceso hasta el establecimiento de salud por sus condiciones físicas. Los recursos con que se organiza son los propios de las Áreas de Salud y los profesionales y técnicos del área se convierten en referentes últimos de la asistencia, prestando los profesionales de atención especializada una función de apoyo.

La familia y/o persona allegada es quien se ocupa de la persona enferma, sus cuidados y la potenciación de medidas de autocuidado. El apoyo asistencial a la persona y su familia o cuidador se brinda por periodos de tiempos más amplios que la hospitalización, sin embargo, la intervención presencial estará

¹ 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. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 9

más espaciada en semanas o meses o es realizada mediante la tele asistencia. El objetivo básico, es vigilancia, compañía y atención personal.

La atención domiciliar, puede realizarse como un producto del accionar simultaneo de varias modalidades no convencionales y del trabajo conjunto interniveles; en este caso se denominará Atención Diferenciada en el Domicilio, como aquella modalidad surge como 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.

Por otra parte, la **hospitalización domiciliar** corresponde a los hospitales e implica proporcionar continuidad asistencial completa, curativa, rehabilitativa, paliativa y preventiva en el ámbito familiar, la atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas), cuenta con recursos de atención especializada y son los profesionales del hospital quienes proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales y técnicos de áreas de salud elementos de apoyo. Se ofrece a personas que de otra manera hubieran precisado un hospital de agudos por un período de tiempo limitado, brinda apoyo asistencial a la persona usuaria y su familia o cuidador 24 horas, apoyándose tanto en la intervención presencial como mediante la Tele asistencia (teléfono fijo en el servicio, WhatsApp, correo electrónico, teléfono celular, entre otros).

Ambas modalidades acortan los tiempos de recuperación por el efecto psicosocial que implica la intervención en el hogar. Con el manual se ofrece a los profesionales a cargo, una descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones con las personas hospitalizadas o atendidos bajo modalidad no convencional.

El documento, presenta el proceso de atención integral, en equipo, con enfoque interdisciplinario que debe ejecutarse en el domicilio y establece 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.

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 10

INTRODUCCIÓN

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 11

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 persona².
- **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 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 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.

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. 67.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 12

- 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, electrónico o telefónico. 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 cuidado 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 13

- **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 de la persona, a la prolongación del tiempo de estancia y al aumento de los costos hospitalarios.

- **Equipo Básico.** Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Sector de Salud, en el Primer Nivel de Atención. Está integrado por un Médico General, un Auxiliar de Enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP). Se ubica en la Sede de EBAIS³.
- **Equipo de Apoyo.** Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Área de Salud, en el Primer Nivel de Atención.
Realiza acciones de educación para la salud, supervisión técnico- asistencial, capacitación permanente y atención de casos referidos⁴. Se ubica en la Sede de Área de Salud.⁵ Está integrado por: Enfermería General, Farmacia, Medicina Familiar y Comunitaria, Microbiología, Nutrición, Odontología General, Psicología General, Trabajo Social.

- **Equipo de Hospitalización Domiciliar.** Corresponde a hospitales, según necesidades particulares de la persona usuaria de los servicios, en coordinación con el especialista que refiere; por ejemplo: médico de familia, geriatra, paliativista o internista, una enfermera profesional, un trabajador social, una nutricionista, entre otros. La Hospitalización domiciliar es realizada por personal del Hospital, con continuidad asistencial brindada por el EBAIS, pero es una acción del Componente de Internamiento⁶.

- **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.

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. 152.

⁴ 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.92.

⁵ 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. 152.

⁶ 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.96.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 14

- **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 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.
- **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 sociofuncionales y clínicas, bajo la indicación y seguimiento del médico especialista tratante del hospital.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 15

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 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 16

- **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

- **CAIS.** Centro atención integral en salud.
- **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.

1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS

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

Número	Nombre de normativas	Año
Normativa Internacional		
NA ⁷	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

⁷ NA= No tiene número.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 17

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 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
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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 18

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. Es un insumo importante de conocer por el personal de atención directa de todos los niveles, en aras de que se sistematice el manejo de las personas hospitalizadas o atendidas en el domicilio, así como, el proceso de comunicación entre los servicios que les brindan la atención en salud.

1.4. JUSTIFICACIÓN⁸

El Manual describe los criterios básicos que se deben considerarse al organizar la atención domiciliar y la hospitalización domiciliar, desde una intervención interniveles e interdisciplinaria articulada, que

⁸ Arcand, M. y Williamson, J. (1981). An evaluation of home visiting of patients by physicians in geriatric medicine. Br Med J; 283. pp. 718-20.

Fabacher, D., Josephson, K. y Pietruszka, F. (1994). An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc.; 42. pp. 630-638.

Hsia Der, J. (Feb. 01, 1997). Am Geriatr Soc.;45(2). pp. 211-214.

Hughes, S. L. et al. (1997). Impact of home care on hospital days: a metanalysis. Health Services Research; 32(4). pp. 415-432.

Ramsdell, S.W. et al. (1989). The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. J Am Geriatr Soc; 37. pp. 17-20.

Stuck, A.E., et al. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assesment for elderly people living in the community. N Engl J Med; 333. pp. 1184-1189.

Tinetti, M.E. et al. (1994). A multifactorial intervention to reduce risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med.; 333. pp. 821-827.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 19

integre a la familia como agente de salud. La información descrita 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 homogenizar la oferta de servicios para el seguimiento de la persona desde el escenario de salud hacia el escenario familiar, domiciliario y comunal⁹, al tiempo que clarifica al personal las intervenciones que deben realizarse y la manera en que pueden fortalecer la articulación de la red de servicios para la atención de las personas. La intervención ambulatoria 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 holística del mundo, donde toda intervención en salud debe ser integral e interdisciplinaria para alcanzar su máximo potencial y su capacidad resolutoria sin duplicidad de servicios buscando un enfoque de complementariedad¹⁰.

1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL

Considerando lo anterior, con la implementación de este Manual se busca proporcionar al personal de salud los procedimientos técnicos y lineamientos operativos del proceso de atención domiciliar y hospitalización domiciliar, para la persona con circunstancias especiales buscando la estandarización y atención en red de esta modalidad no convencional en la prestación de servicios de salud, se plantea:

- 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.
- Responder oportunamente a las necesidades de las personas, familiares y cuidadores según recursos disponibles en la red mediante la aplicación de esta modalidad de atención no convencional.
- Orientar al personal de salud sobre el tratamiento y manejo más efectivo de la persona basado en evidencia científica, desde un enfoque integral e integrado a la persona usuaria y su familia.

⁹ 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. 29.

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. 76.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 20

1.6. POBLACIÓN USUARIA

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 cumplen con los criterios para ser remitidos a la modalidad de Atención Domiciliar o a la modalidad de Hospitalización Domiciliar¹¹.

1.8. METODOLOGÍA

La información que se presenta se sustenta en revisiones de la evidencia disponible en diferentes bases de datos: Ovid, Access Pharmacy, Access Medicine, The JAMA Network, SpringerLink, WILEY, HINARI, PubMed, Scielo, Medline, EBSCOhost, UpToDate. La búsqueda se organiza utilizando como palabras clave como: home visiting, home care, community treatment, home preventive assessment.

Además 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.

¹¹ Ver criterios de ingreso a la modalidad de Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar pp. 38-39.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 21

DESARROLLO DEL TEMA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 22

2.1. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se expone el marco conceptual y los enfoques teóricos que fundamentan y orientan la gestión en el Domicilio.

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”¹². 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 poblacional¹³. Mediante la modalidad de atención domiciliar 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 salud¹⁴.

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).

¹² Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

¹³ 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.

¹⁴ 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. 44.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 23

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 personas¹⁵. 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.

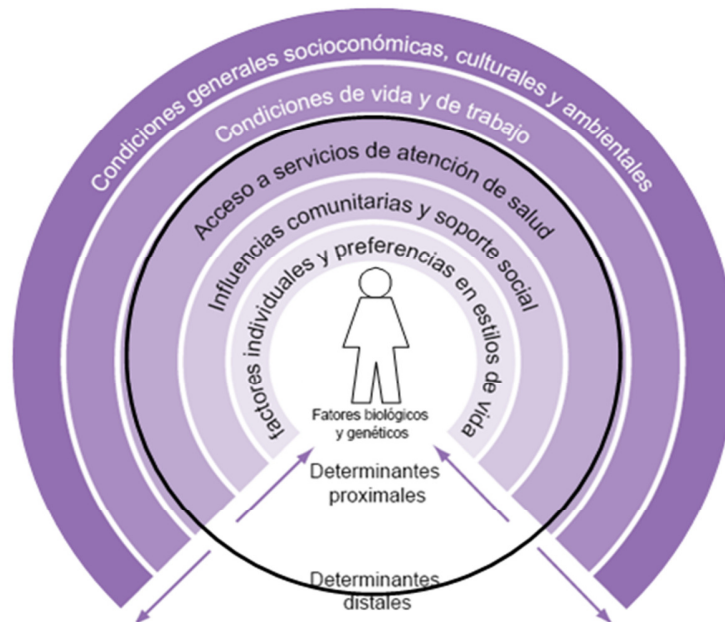
Un aspecto relevante de este enfoque, es el abordaje de los determinantes de la salud de las personas, procurando equidad en el acceso y uso de los servicios de salud por las personas, considerando la edad, sexo, etnia, idioma, lugar de procedencia o residencia, preferencias (política, sexual o religiosa), 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).

¹⁵ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 24

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 éstos¹⁶. 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”¹⁷. 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.

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).

¹⁶ OMS. (2009). Subsanan las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

¹⁷ OPS/OMS. (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda Edición revisada. Washington D.C.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 25

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 de WHO. *People-Centered Health Care-A policy framework*. Gineva, 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.

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 26

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 integrada¹⁸

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

¹⁸ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 27

necesidades y problemas en salud y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares, que no pueden ser estandarizadas¹⁹. 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^{20,21} al tiempo que aborda todas las dimensiones de la persona 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 completas²².

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 enfermedad²³. 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 dimensiones²⁴. 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 prevención²⁵. 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”*²⁶. Esta

¹⁹ 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. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

²⁰ CCSS. (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José, Costa Rica.

²¹ OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.

²² 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. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

²³ 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. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

²⁴ Ministerio de Salud del Perú. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.

²⁵ 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. CENDEISS, SEP. San José, Costa Rica.

²⁶ WHO. (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 28

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 disponibles²⁷.

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 red²⁸

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

²⁷ WHO. (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

²⁸ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 29

salud, asegurando la continuidad de la atención. En este sentido, la Red de prestación de servicios de salud en la CCSS se define como²⁹:

*“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

²⁹ CCSS. (Noviembre, 2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. San José, Costa Rica: CCSS.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 30

Recuadro 1. Formas de organización en Red.

	<p>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).</p>
<p>Fuente. Adaptado de: OPS/OMS. (2008). Gestión de Redes en Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas.</p>	

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 Red³⁰.

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 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 Institución³¹.

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 resolutive, 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 operación³².

³⁰ Modificado de: Ministerio de Salud República de Perú. (Julio, 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. República de Perú.

³¹ 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.

³² Modificado de: CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, Costa Rica.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 31

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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 resolutoria 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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 32

atención, durante la cual se brinda un intercambio de información que incide positivamente en la gestión de la persona y la capacidad resolutoria de los equipos, más allá del alta y la referencia habituales³³.

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 Nivel³⁴. Además, se identifica que la atención compartida puede ser más efectiva en personas con circunstancias especiales, encamados, secuestrados 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 brindan su servicio a nivel comunitario como responsables de todos los aspectos de la asistencia sanitaria³⁵.

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 domiciliar, hospitalización domiciliar y atención compartida³⁶:

- 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.

³³ 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.

³⁴ 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.

³⁵ 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.

³⁶ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 33

- 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 compartidas³⁷.

- **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 domiciliar 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 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.

³⁷ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 34

- **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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 35

ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION DOMICILIAR Y HOSPITALIZACION DOMICIILIAR

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 36

2.2. ELEMENTOS A OPERATIVIZAR

En este apartado se incluyen condiciones de gestión que deben considerarse al organizar la hospitalización y atención domiciliar de la persona.

a. Datos generales de las modalidades

La Hospitalización Domiciliar y la Atención Domiciliar³⁸ son modalidades no convencionales de atención, que se desarrollan en el escenario domiciliar con la participación de un equipo interdisciplinario capacitado, con experiencia en su disciplina, en el trabajo en equipo y con habilidades sociales. Todas las intervenciones son programadas y forman parte de una estrategia sistematizada y oficializada en un establecimiento o en una red de servicios. Las personas que ingresan a la modalidad lo hacen por criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, considerando aspectos geográficos, sociales y clínicos.

Atención Domiciliar

La **Atención en el domicilio** corresponde a las Áreas de Salud e implica la atención a personas usuarias de los servicios de salud con enfermedades crónicas estables, con condición de vida limitada, con enfermedad en fase terminal que tienen dificultades de movilización o de acceso hasta el establecimiento de salud por sus condiciones físicas, sociales y económicas.

Los recursos con que se organiza son los propios de las Áreas de Salud y los profesionales y técnicos del área se convierten en referentes últimos de la asistencia, prestando los profesionales de Atención Especializada una función de apoyo. La familia, persona allegada o cuidador, es quien se ocupa de la persona enferma, sus cuidados y la potenciación de medidas de autocuidado.

El apoyo asistencial a la persona y su familia o cuidador se brinda por periodos de tiempos más amplios que la hospitalización convencional, sin embargo, la intervención presencial estará más espaciada en semanas o meses o es realizada mediante la teleasistencia. El objetivo básico es vigilancia, compañía y atención personal.

El horario y periodicidad de las visitas se establece en cada Área de Salud, dependiendo de los recursos disponibles y las necesidades asistenciales.

³⁸ 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. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 37

La atención en el domicilio, puede realizarse como un producto del accionar simultaneo de varias modalidades no convencionales y del trabajo conjunto interniveles; en este caso se denominará **Atención Diferenciada en el Domicilio**, dada la mezcla de procedimientos de complejidad hospitalaria aplicados por personal del Área de Salud. La Atención diferenciada en el domicilio, es una modalidad para la cual los recursos provienen tanto del primer, como del segundo o tercer nivel según corresponda a la situación de salud de la persona y su cuidador. Los profesionales del Área Salud son responsables del seguimiento, cuidado y aplicación de tratamientos y procedimientos propios de hospitalización, bajo el acompañamiento del equipo de hospitalización domiciliar y del especialista tratante.

Las intervenciones de este tipo se aplican únicamente en periodos agudos de la enfermedad. El especialista tratante y/o el equipo de hospitalización domiciliar son responsables del seguimiento de la persona para definir el alta o modificaciones en el plan de intervención. Esta modalidad puede aplicarse en Áreas de Salud que cuenten con profesionales de enfermería dedicadas a tareas de atención clínica con alcance en el domicilio.

Hospitalización Domiciliar

La **Hospitalización Domiciliar**, brinda un conjunto de atenciones y cuidados profesionales de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a las personas en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. En esta modalidad, el paciente es tratado en su casa en condiciones de apoyo equivalentes al manejo que tendría en el hospital.

Este tipo de cuidados se brinda en el Escenario Domiciliar y se diferencia de otros servicios brindados por las Áreas de Salud, como la Visita Domiciliar y la Atención Domiciliar, porque es brindada por profesionales de salud del Hospital y el personal del Área de Salud funge como apoyo³⁹.

La hospitalización domiciliar corresponde a los hospitales e implica:

- Proporcionar continuidad asistencial interdisciplinaria (médico sanitaria) completa, curativa, rehabilitativa, paliativa y preventiva en el ámbito familiar.
- Atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas).
- Cuenta con recursos de atención especializada y son los profesionales del hospital quienes proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de áreas de salud elementos de apoyo.
- Se ofrece a personas que de otra manera hubieran precisado un hospital por un período de tiempo limitado.

³⁹ 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 109-110.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 38

- Brinda apoyo asistencial a la persona usuaria y su familia o cuidador 24 horas, apoyándose tanto en la intervención presencial como mediante la Tele asistencia (teléfono fijo en el servicio, WhatsApp, correo electrónico, teléfono celular, entre otros).

Acorta los tiempos de recuperación por el efecto psicosocial que implica la intervención en el hogar. Requiere de recursos tecnológicos para fortalecer el enlace entre los diferentes servicios de hospitalización de la red de servicios, el domicilio y los servicios de apoyo durante las 24 horas de los días que permanezca el internamiento domiciliario. Es indispensable que su oferta incluya apoyo y disponibilidad las 24 horas, para brindar soporte especializado a la persona y al cuidador.

Ambas estrategias, la Hospitalización Domiciliar y la Atención Domiciliar, son reconocidas por su alto impacto humano y financiero en el abordaje de persona crónica, terminal, con alguna discapacidad, síndrome de inmovilización y personas con secuelas incapacitantes. Para su implementación, resulta oportuno contar con recurso tecnológico para la tele vigilancia o tele asistencia (MSLync) y con equipo de seguimiento de la persona que provea datos objetivos a distancia.

b. Criterios de ingreso

A Hospitalización Domiciliar

- Compromiso del seguimiento del especialista tratante durante el cumplimiento del tratamiento y procedimientos, quedando claramente establecido el plan a seguir y los medios que serán utilizados para las valoraciones (atención especializada a distancia o valoración directa u otros).
- Personas:
 - o Con problema agudo que pueda seguirse en el domicilio
 - o Hemodinámicamente estable
 - o Con apoyo de cuidador capacitado o dispuesto a capacitarse⁴⁰
 - o Con domicilio fijo y acceso telefónico.
 - o Con domicilio en el área de adscripción del establecimiento de salud.

A la Atención Domiciliar

- Personas con patologías crónicas estables o reagudizados, con condición de vida limitada, enfermedad en fase terminal, con dificultades de movilización o dificultades de acceso hasta el establecimiento de salud por sus condiciones físicas, sociales y económicas.

⁴⁰ Es importante que se identifique, de ser posible según red social de apoyo de la persona, varias personas del entorno que funjan como cuidadores para evitar el "burnout" que genera esta tarea cuando es asumida por mucho tiempo por una misma persona..

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 39

- Con apoyo de cuidador capacitado o dispuesto a capacitarse.
- Con domicilio en el área de adscripción del establecimiento de salud.
- Perfil de funcionalidad o estado de salud coincide con tipo de equipo humano disponible en el área de salud para la intervención (equipo básico o equipo de apoyo).

A la Atención diferenciada en el Domicilio.

- Usuarios en seguimiento por el equipo de hospitalización domiciliar o por especialista en internamiento convencional que por su condición de salud pueden ser manejados en conjunto con un profesional del Área de Salud.
- Es indispensable que el Área de Salud cuente con el recurso humano (en particular enfermeras profesionales) para cumplir con la aplicación de la terapia farmacológica y/o los procedimientos especiales en coordinación con el equipo de hospitalización domiciliar.

c. Criterios de egreso o alta

En la modalidad de hospitalización domiciliar y atención diferenciada en el domicilio (atención de personas con problemas agudos), los criterios son:

- Persona cuya patología ya no requiera continuar con la intervención.
- Persona cuya intervención aguda se finaliza, es derivado y aceptado en otra modalidad de atención o servicio.

La decisión de egreso se toma de manera coordinada entre el equipo interdisciplinario y el médico tratante que refirió a la persona o que lo está tratando en ese momento. En ambas modalidades implica de manera general:

- Que la situación física o mental de la persona y su cuidador se resuelva de modo que les permita desplazarse hasta las unidades prestadoras de servicios (mejoría clínica).
- Que la persona decida que no quiere la atención en el domicilio, previa valoración volitiva y cognitiva.
- Que la atención domiciliar no cumpla con los resultados esperados y sea necesario revalorar la modalidad de atención requerida por la persona.
- Que la persona sea institucionalizada.
- Que la persona cambie de domicilio fuera del área de adscripción del establecimiento de salud.
- Que la persona fallezca.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 40

d. Criterios de referencia entre niveles

Los criterios que se describen seguidamente pueden variar y enriquecerse según necesidades. Se proponen considerando la organización (tipos) de equipos disponibles en el establecimiento de salud: Básico, Ampliado o Especializado. El Equipo Básico y el Equipo el Ampliado son aquellos que pueden formarse en el Área de Salud según la disponibilidad de recurso humano que pueda trabajar en el domicilio. Y el especializado es el que se integra en los hospitales para realizar intervenciones en el domicilio.

El **Equipo Básico** está integrado por un profesional de medicina y otro de enfermería, quienes hacen coordinaciones con otros profesionales del Área de Salud para beneficiar a las personas atendidas en el domicilio, pero el mayor porcentaje de las intervenciones son su responsabilidad y corresponden a sus competencias profesionales. Por su parte, el **Equipo Ampliado**, refiere a un equipo integrado profesionales de diversas disciplinas, que incluyen medicina y enfermería sin falta, apoyados por otros profesionales disponibles en el Área de Salud como: farmacia, trabajo social, odontología, nutrición, entre otras. Se denomina equipo ampliado porque el nivel de complejidad del Área de Salud permite a los diferentes profesionales miembros del equipo (varias disciplinas) tener tiempos asignados al trabajo en el domicilio.

Así los criterios de referencia, entre equipos o niveles de una misma red o entre redes diferentes según el domicilio de la persona y sus necesidades son los siguientes:

Del Equipo Básico al Equipo Ampliado (entre Áreas de Salud)

Pacientes portadores de patologías crónicas que se descompensen o no sea posible manejarlas por parte del Equipo Básico, como:

- UPP GII con caverna o infectadas sin respuesta a antibioticoterapia, evolución tórpida, UPP GIII-GIV,
- riesgo de lesión en los tejidos blandos,
- descompensación subaguda de su patología crónica (por ejemplo más de 2 consultas al semestre por la misma causa),
- riesgo alto de enfermedad bucodental con secuelas graves de enfermedad activa sin atención posible en el I Nivel de Atención, sepsis oral,
- paciente con síntomas que sugieran enfermedad mental.

Del Ampliado al Equipo Especializado (entre Área de Salud y Hospital)

- **Paciente Terminal no oncológico descompensado según los siguientes criterios**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 41

- enfermedad Cardiovascular avanzada NYHA IV sintomática pese a tratamiento optimizado
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad
 - cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- **Enfermedad Pulmonar según los siguientes criterios**
- neumopatía avanzada sintomática pese a tratamiento optimizado
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad
 - cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- **Enfermedad Hepática Terminal según los siguientes criterios**
- enfermedad hepática evolucionada sintomática pese a tratamiento óptimo
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad
 - cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- **Enfermedad Renal Terminal**
- Insuficiencia renal crónica Estadio 5 sintomática pese a tratamiento óptimo
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad
 - cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- **Síndromes Demenciales y Evento Cerebro Vascular terminal**
- paciente demenciado con trastornos severos de conducta pese a tratamiento inicial
 - paciente demenciados GDS 7 con úlceras GIII o mayor
 - cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- **Enfermedad Arterial Periférica Terminal**
- Dolor severo en reposo
 - Isquemia severa o gangrena de un miembro
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad.
 - cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- Persona adulta mayor con patología aguda que requiera hospitalización y sea posible manejarse en el domicilio.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 42

e. Criterios de interconsulta

- En los casos de personas atendidas en el escenario domiciliario por cualquier patología, para quienes según criterio médico, social, de enfermería, odontológico, farmacéutico, nutricionista, microbiólogo o terapéutico tratante sea necesario.
- Procesos de atención compartida en marcha que supone el manejo de la persona por varios equipos a la vez de manera articulada.

f. Criterios de derivación entre establecimientos y/o modalidades de atención en la red de servicios

- En sesión de análisis interdisciplinario del caso, considerando el perfil de la persona, las morbilidades asociadas, la red de apoyo existente, el grado de funcionalidad familiar, la respuesta al tratamiento, las secuelas y las condiciones de acceso a los servicios de salud; el gestor de casos con el equipo de alta programada coordina la referencia de la persona al equipo de atención domiciliar u hospitalización domiciliar correspondiente.
- La gestión de referencia de cada caso debe hacerse de manera telefónica o electrónica con la unidad a la cual se refiere la persona, para asegurar la continuidad de la atención.
- La referencia debe incluir una clara descripción de las intervenciones realizadas por el equipo que refiere y las recomendaciones de seguimiento.
- El caso debe ser del conocimiento del equipo del Área de Salud y del profesional de enfermería que dará seguimiento al plan de tratamiento aplicación de medicamentos y procedimientos en el caso de la atención diferenciada en el domicilio.

g. Actividades que se realizan

- **Revisión del expediente / referencia.** El equipo de hospitalización o atención domiciliar recibe la referencia y revisa los criterios de inclusión. Si la persona cumple con los criterios de inclusión se procede a la aprobación del ingreso.
- **Atención a referencias de Equipo de Alta programada o de especialistas tratantes.** Las personas referidos del hospital mediante gestión clínica de Alta Programada o por parte un especialista tratante, se integran a la modalidad de Atención Domiciliar u Hospitalización Domiciliar, para dar seguimiento al Plan de intervención sugerido por estos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 43

- **Valoración de la persona.** Todo persona ingresada a la modalidad de Hospitalización Domiciliar o Atención Domiciliar, será valorada según su condición y necesidades por los profesionales miembros del equipo. Para ello acciones sustantivas son: el análisis de la información del expediente, análisis clínico, examen físico, impresión diagnóstica, plan de tratamiento (interconsultas, referencias, exámenes de laboratorio y gabinete, entre otras.), ejecución de intervenciones sugeridas por equipo o profesional que refiere según condición de la persona y evaluación de resultados.

El plan de tratamiento debe incluir recomendaciones de todos los profesionales que realizan la valoración y ser presentado a la familia para que conozca el curso de acción a seguir con la persona atendida. Durante este proceso de valoración deben considerarse aspectos como:

- Capacidad o nivel de resolución del establecimiento donde se realiza la atención, para valorar si es necesario referir, hacer interconsultas o tomar otras decisiones de gestión.
- Inestabilidad de la persona o la familia (visitas a emergencias, solicitudes de atención extra, recurso de apoyo familiar agotado) de manera que se valore la necesidad de otros servicios o apoyos de la red.
- Aplicación de alguna terapia o tratamiento específico.
- Valoración o intervención específica.

Lo anterior, en aras de que desde el proceso de valoración el equipo considere aspectos de gestión del caso importantes para su resolución con la mayor calidad e integralidad posible.

- **Preparación de medicamentos.** Tiene como proceso sustantivo la preparación de fármacos, endovenosos, intramusculares, intradérmicos, subcutáneos, entre otros.
- **Aplicación de tratamiento farmacológico y soporte.** Tiene como proceso sustantivo la aplicación y administración de farmacoterapia, según indicación médica, entre otros. Todo lo anterior de acuerdo a la patología y condición de la persona, para brindar el seguimiento oportuno y priorizando a partir de la complejidad de cada caso y su grado de compensación. Implica adicionalmente evaluar la necesidad de ajustar la dosis de medicamentos o estrategias terapéuticas para la estabilidad de la persona de acuerdo con su perfil y condición de salud.

Ejemplos de terapias farmacológicas: antibióticos, analgésicos, esteroides, antiinflamatorios, antiespasmódicos, agentes inmunomodulares, antineoplásicos, diuréticos, entre otros y/o nutrición enteral / parenteral.

- **Aplicación de procedimientos clínicos de atención.** Tiene como proceso sustantivo la realización de los procedimientos médicos, de enfermería y terapias, según competencia del equipo que realiza la hospitalización o la atención en el domicilio.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 44

Incluye control de signos vitales, drenajes, desbridaciones, suturas, toma de biopsias, recepción o ablación de masas, diálisis peritoneal ambulatoria, paracentesis, irrigación vesical, curación y vendajes de heridas (quirúrgicas, úlceras grado I II III, abordaje de pie diabético, infecciones de tejidos blandos, drenajes de abscesos, quemaduras grado I, II y III), canalización de vías, lavado de oídos, curación de vía periférica y vía central, recolección de muestras (frotis, orinas cateterizadas, hemocultivos), retiro de suturas o grapas, enema evacuante, desimpactación, cirugía menor, manejo de secreciones: realización de aspiraciones, capacitación en técnicas de percusión o uso de dispositivo respectivo, valoración antropométrica, evaluación nutricional, colocación y cambio de sondas nasogástricas y vesicales, rehabilitación física, rehabilitación ocupacional, rehabilitación de comunicación y deglución, rehabilitación pulmonar, estimulación temprana, realización de nebulizaciones, higiene de ostomías, control de glicemias por micro método, confección de Certificados de defunción para los pacientes del programa, registro diario de información, entre otras.

- **Coordinación para la derivación de la persona.** Tiene como acción sustantiva el análisis de las necesidades de la persona, su clasificación según haya sido su evolución para derivar su intervención y seguimiento de acuerdo a los requerimientos en otras modalidades de atención. En el caso de que la persona no tenga control médico de sus patologías de fondo, debe ser referido al servicio respectivo.
- **Gestión de enlace para estudio y diagnóstico oportuno.** Se trata de un sistema de coordinación entre el coordinador del Equipo de Hospitalización o Atención Domiciliar o el gestor de caso o coordinador del Área de Salud con el gestor de enlace o coordinador del centro de gestión (Hospital de Día Polivalente) y el prestatario del servicio requerido por el usuario. Incluye, sesiones entre los equipos para valorar la gestión y atención de los pacientes manejados en la red. Este proceso de gestión requiere de un medio de comunicación fácil, rápida, efectiva, permanente y sostenible; que garantice la articulación entre los tres niveles de atención.
- **Coordinación para el traslado de personas.** Supone el traslado de personas en condición vulnerable de sus domicilios a establecimientos de salud para valoración y diagnóstico oportuno, o la coordinación del traslado de la persona internada en servicios de hospitalización convencional a su domicilio una vez derivado para seguimiento en la modalidad respectiva.

Este proceso de gestión requiere coordinar con el equipo de Alta Programa y con especialistas del segundo y tercer nivel para la derivación a diferentes modalidades, coordinar las interconsultas con diferentes profesionales, hacer referencias y contra referencias a los diferentes servicios cuando amerite para seguimiento de las personas en forma adecuada,

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 45

según sus necesidades, coordinar con ONG's, asociaciones de desarrollo, para seguimiento y apoyo a las personas que lo requieran.

Esta coordinación no puede descansar únicamente en el llenado o envío de formularios o el intercambio de comunicados escritos, incluye la conversación entre profesionales involucrados para tomar la mejor decisión para la persona atendida.

- **Educación a la persona atendida y su familia.** En relación al tratamiento, la causa de internamiento o atención, el autocuidado, así como, los hábitos de vida saludable de prevención de patologías asociadas a la inmovilización y promoción de estilos de vida saludables, factores de riesgo de las patologías de acuerdo con la condición de la persona, atención farmacéutica, entre otras. Educar es una actividad permanente.
- **Capacitación de personal de otros equipos.** Dado el expertise que cada equipo de trabajo va desarrollando, una tarea importante es la capacitación a equipos del mismo establecimiento de salud u otros para que se constituyan en multiplicadores respecto al manejo clínico de la persona en el domicilio y la derivación del mismo en la red, las características de la modalidad y los resultados o lecciones aprendidas que se derivan de esta práctica. Igualmente, respecto a los protocolos locales de gestión que se aplican exitosamente que pueden facilitar la intervención local en el domicilio, entre otros.
- **Análisis de egresos.** Implica la aplicación de las acciones propias para el egreso o alta de la persona de la modalidad considerando los criterios descritos previamente. Supone acciones como la elaboración de la nota medica del alta, registro de enfermería, plan de seguimiento y derivación si amerita, educación a la persona, familia o cuidador, entrega de medicamentos y coordinación para atención farmacéutica cuando amerite, entre otros.
- **Organización del plan de intervención para la persona cuidadora.** En las modalidades de hospitalización domiciliar y atención domiciliar, la participación del cuidador es determinante, por lo cual debe garantizarse su capacitación y condiciones adecuadas para brindar el cuidado. Por lo tanto, el equipo a cargo de la modalidad debe realizar acciones como las siguientes:
 - Capacitación en autocuidado en salud, instrucción para el manejo de la persona; a cargo de equipos interdisciplinarios que permita el abordaje biológico, social, psicológico y espiritual, para beneficio de la atención de la persona y de quien le brinda los cuidados.
 - En caso de documentar personas cuidadoras con sobrecarga de cuidado o desgaste físico y emocional se debe organizar la ejecución de las siguientes intervenciones:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 46

- Consulta médica a cuidadores a cargo de personal de medicina de las áreas de salud
- Consulta de salud mental individual o grupal
- Recepción a domicilio del tratamiento indicado
- Toma de muestras en el domicilio requeridas para análisis
- Grupos de apoyo dirigidos por trabajo social, psicología o enfermera especialista en salud mental y psiquiatría
- Referencia a espacios terapéuticos, como estrategia de autocuidado para la persona cuidadora.
- Intervención social para organizar red de apoyo o cambio de cuidador.

Para todos estos servicios los establecimientos de salud de la red se apoyarán entre sí, de modo que si un Área de Salud u hospital no tiene los recursos para ofrecer una atención ofrezca al usuario dónde puede recibirlo y se coordine para que el mismo tenga acceso a lo que necesita.

- **Organización de la atención compartida.** Entre los principales problemas de las redes, como ya se mencionó, está *la fragmentación de los servicios*, es decir, la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas (*Salud en las Américas 2007, Washington DC: OPS/OMS*). De manera que el mayor aporte del trabajo en red es la eliminación de la fragmentación en la atención, de manera que además de la organización ya citada, se proponen dos estrategias funcionales y de gestión, con el fin de garantizar la atención oportuna, la maximización de los recursos y la eliminación de la fragmentación. Ellas son:
 - **Apoyo entre profesionales de diferentes servicios.** Consiste en la accesibilidad de que los funcionarios de los establecimientos articulados en la red para que ofrezcan, en casos necesarios y previamente coordinados, su intervención para resolver interconsultas presenciales o a distancia. Se espera que esta estrategia incluya progresivamente la participación activa de los especialistas de hospitales nacionales, regionales y periféricos. Así mismo es vital el involucramiento directo del personal interdisciplinario de los servicios de apoyo y de registros médicos.
 - **Manejo conjunto de personas o atención compartida.** En algunos casos, dada la complejidad del perfil de la persona, cuidador o familia, se hace necesaria la intervención coordinada de varios niveles de manera simultánea. Este tipo de intervenciones interniveles sólo es posible previa coordinación entre los profesionales involucrados.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 47

- **Uso del Carné de Atención en Salud en el Domicilio.** En el proceso de atención de la persona en el domicilio, como estrategia de seguimiento y empoderamiento positivo de la familia o del cuidador, se utilizará el carné de atención domiciliar, que un formulario disponible en el Almacén de la institución bajo el código N° 470058080.

El carné es un documento intransferible y confidencial, de competencia universal, es utilizado por todos los servicios de salud de la CCSS y aplica a todos(as) los asegurados que el equipo interdisciplinario determine que requieren atención domiciliar. Debe ser bien resguardado por la persona usuaria de los servicios o por la persona responsable o encargado(a) según ordenamiento jurídico costarricense.

Tiene como objetivo general permitir la comunicación entre los servicios de atención de la CCSS, que tienen como responsabilidad la atención integral de las personas en el domicilio, así como, servir como documento de identificación de la persona y su historia clínica, lo cual se enmarca en el cumplimiento de sus derechos en salud y estrategias para garantizar la continuidad de la atención. En los establecimientos de salud el Carné se entrega a toda persona dada de alta, que se deriva con indicaciones para la atención en el escenario domiciliar (atención domiciliar u hospitalización domiciliar).

En caso que de pérdida, destrucción u otros motivos, el Carné se puede reponer, será llenado y entregado en el hospital o establecimiento en el que es atendida la persona, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- El Carné se repondrá porque se ha llenado completamente el apartado de atenciones brindadas a las personas o por daño parcial que impida su uso o por pérdida del mismo.
- Los requisitos para reponer el Carné son:
 - a. Presentación de cédula de identidad de la persona o su cuidador debidamente autorizado.
 - b. Se debe corroborar la información registrada en el Expediente de Salud.
 - c. En caso de daño del Carné, en el que sea posible leer la información que contiene, se transcribe la misma. En estos casos el funcionario(a) designado, debe transcribir la información al nuevo Carné, para entregarlo a la persona o a su cuidador y eliminar el carné dañado.
 - d. Si ocurre daño total o pérdida del documento, se debe recurrir el expediente de salud correspondiente para buscar la información necesaria.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 48

- e. El Carné que sea repuesto por daño o pérdida por responsabilidad de la persona, se registrará por los requisitos establecidos a nivel institucional para este tipo de trámites.
- **Registro de casos atendidos.** Inicialmente el registro de información relacionado con el proceso de atención, se hará en una base de datos simple confeccionada en Excel que comparten todos los equipos, es importante que desde el inicio del funcionamiento del equipo se establezca la articulación con Registros Médicos, para acordar definir las variables posibles de registrar en el sistema de información institucional. La información que se debe registrar en la base de datos del equipo incluye los siguientes indicadores:
- i. Área de Salud u Hospital que brinda el servicio
 - ii. Nombre de la persona
 - iii. Apellidos de la persona
 - iv. Fecha de nacimiento
 - v. Edad
 - vi. N° de identificación
 - vii. Nivel de escolaridad
 - viii. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - ix. Ocupación
 - x. Dirección exacta
 - a. Provincia
 - b. Cantón
 - c. Distrito
 - d. Barrio
 - e. Otras señas
 - xi. Nombre del cuidador
 - xii. Apellidos del cuidador
 - xiii. N° Teléfono del cuidador
 - xiv. Fecha de ingreso a la modalidad (unidad, programa, etc.)
 - xv. Fecha de primera visita al domicilio
 - xvi. Origen de la referencia
 - a. Primer Nivel Establecimiento
 - b. Segundo Nivel Establecimiento
 - c. Tercer Nivel Establecimiento
 - d. Otro
 - xvii. Diagnóstico principal de ingreso a la modalidad
 - xviii. Diagnóstico biológico

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 49

- xix. Diagnóstico psíquico
- xx. Diagnósticos funcionales
- xxi. Diagnóstico socio-familiar
- xxii. Coordinaciones realizadas para la atención (escribir el tipo de coordinación realizada)
- xxiii. Condición de egreso de la persona
 - a. Traslado saliente
 - b. Re-hospitalizado
 - c. Activo estable
 - d. Falleció en el hogar
 - e. Falleció en el hospital
 - f. Alta de la atención domiciliar
- xxiv. Fecha de egreso a la modalidad (unidad, programa, etc.)
- xxv. Fecha de última visita realizada
 - a. Día
 - b. Mes
 - c. Año
- xxvi. Fecha de próxima visita por realizar
 - a. Día
 - b. Mes
 - c. Año
- xxvii. Observaciones

Se inician las coordinaciones respectivas para que las intervenciones relacionadas en el domicilio sean incluidas en el sistema de información institucional y se defina el cuadro de reporte de datos adecuado. En este sentido se sugiere el formato descrito en el Anexo 2.

- **Capacitación del equipo.** Los equipos conformados y designados para la hospitalización domiciliar y atención domiciliar, deben participar en capacitaciones en relación con el abordaje clínico de las personas, y aspectos generales de la gestión de red, la gestión de casos, el alta programada, la hospitalización de día, herramientas de calidad, entre otros. Igualmente en el marco de funcionamiento de la red, se deben realizar progresivamente pasantías dentro y fuera del sector geográfico que abarca la red, en temas diversos que les permitan mejorar sus competencias clínicas y de gestión. El programa de capacitación es continuo y se modificará según se evidencien las necesidades.

La capacitación será organizada por el equipo coordinador del proceso con el apoyo de las jefaturas inmediatas, la Comisión Local de Educación Permanente, y en caso necesario, con la intervención de la unidad técnica del nivel central responsable del acompañamiento de las modalidades no convencionales en marcha, que es el Área de Atención Integral a las Personas

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 50

de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, previa coordinación, con las Direcciones Regionales de Gestión y Red de Servicios de Salud o las Direcciones Generales de Hospitales Nacionales y Especializados.

- **Gestión de enlace para la atención domiciliar y la hospitalización domiciliar.** El modelo de gestión de la atención al que responden estas modalidades, se basa en la necesidad de las personas considerando las particularidades del curso de vida. Supone aceptar que el servicio que se brinda no refiere a una oferta organizada de acuerdo a lo que los equipos definen que se debe hacer, sino a la construcción de la modalidad de atención partiendo de lo que las personas requieren para su bienestar. Se parte entonces, del diagnóstico interdisciplinario que lleva a la maximización de los recursos disponibles, en tanto la gestión desde el inicio de la atención se asume interniveles e interdisciplinaria.

El nivel resolutivo de cada equipo, se complementa con el apoyo recibido como resultado de derivaciones a otros equipos o recursos del sistema. Esto supone la activación de una verdadera atención en red. 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.⁴¹

Este estilo de gestión y atención clínica no es simple, entre otras razones por carencias en la formación de los profesionales para el trabajo en red, por la estructura centralizada y en ocasiones lineal de los procesos administrativos y por la complejidad de los procesos de comunicación que implica. Aquí el papel facilitador de coordinación del equipo se vuelve importante; su función es abrir espacios de comunicación entre profesionales y técnicos, favorecer el uso de diversas herramientas de gestión, propiciar los espacios de capacitación necesarios con base en la identificación de necesidades de mejora en la gestión y manejo de la persona, entre otras.

Esta manera de gestionar la atención, hace más accesible establecer el trabajo en red no solo a los internos de los servicios de salud (interniveles), sino incluir a otros actores sociales también responsables del bienestar de las personas. La intersectorialidad emerge entonces, no como una opción, sino como una característica del modelo que garantiza una oferta de servicios integral, integrada y continuada según las necesidades de cada persona y familia o cuidador.

⁴¹ 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.76.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 51

Además de las condiciones y acciones descritas previamente, la gestión de la red supone la conformación de un equipo coordinador del proceso, mismo que debe estar integrado por los coordinadores de cada equipo de hospitalización domiciliar y atención domiciliar de los establecimientos miembros de la red.

- **Evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias de la modalidad.** Una variable importante es el grado de satisfacción de las personas y sus familias o cuidadores, por tanto es una tarea del equipo, su medición mediante la aplicación de instrumentos simples que actúen como indicadores de autoevaluación para realizar las correcciones pertinentes.
- **Entrega de informes.** Como parte de un sistema que permita medir los avances de metas, identificar desviaciones en el proceso y hacer las debidas correcciones los informes mensuales, semestrales y anuales se deben presentar. Es muy importante contar con sistemas que permitan medir la cobertura con variables hagan posible aplicar planes correctivos, medir las mejoras, seguimiento y evolución de los procesos.

Entre las variables a utilizar se encuentran: personas que no califican para el ingreso a la modalidad, egresos, fallecimientos, consumo global de medicamentos específicos, estancia media, re-consultas al servicio de Emergencias, internamientos convencionales, visitas efectivas, procedimientos y actividades realizadas, entre otros. Es importante destacar que los informes deben ser del equipo interdisciplinario y no por disciplinas, que todas las acciones que realiza el equipo queden documentadas en un libro de actas y en el expediente de la persona atendida.

h. Personal necesario

Para Atención Domiciliar

La organización del trabajo en el domicilio, se define considerando el recurso humano disponible en cada equipo de atención domiciliar u hospitalización domiciliar, así como, el perfil de las personas que se atienden. Cada Área de Salud considerando las necesidades de su población adscrita y su trabajo en red con hospitales y otras Áreas de Salud define el tipo de equipo⁴² que requiere considerando lo siguiente:

- **EQUIPO BASICO.** Corresponde a Áreas de Salud que cuentan con un médico general y una enfermera profesional, capacitados y asignados para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el Área de Salud. Este equipo atiende:

⁴² Los tres tipos de equipos presentados requiere del apoyo de personal secretaria o de registros médicos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 52

- Personas inmovilizadas en situación de salud crónica estable que requiere seguimiento (con secuela de ECV, PCI, secuelas de accidente de tránsito, demenciado, ulcerado (GI-II), con sonda Foley, SNG o cistotomías, con PEG, cirugía menor, enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas, entre otros).
- **EQUIPO AMPLIADO.** Corresponde a Áreas de Salud que cuentan con un médico de familia, geriatra, paliativista o internista y una enfermera profesional como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio, a quienes se unen otros profesionales disponibles en el Área para hacer intervenciones en el domicilio como son: trabajador social, odontólogo, nutricionista, terapeuta físico y farmacéutico⁴³. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el Área de Salud. Este equipo requieren de más miembros porque atiende situaciones de mayor complejidad que incluyen:
 - Personas con algún grado de inmovilización con diagnóstico claro de grandes síndromes geriátricos, secuelas de accidente de tránsito, secuelas de ECV, ERC en soporte crónico (demencia, caídas, fragilidad, incontinencias, delirio), personas con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas y/o ulcerado que requiere seguimiento de especialista en medicina familiar, geriátrica, psiquiátrica, entre otros.

Además del personal técnico citado, los equipos deben contar con el apoyo de REDES y Transporte. De lo contrario su función no será posible.

Para Hospitalización Domiciliar

EQUIPO ESPECIALIZADO. Corresponde a la atención brindada por hospitales, cuenta con un médico de familia, geriatra, paliativista o internista, una enfermera profesional, trabajador social, nutricionista, farmacéutico, además reciben el apoyo de profesionales en odontología, terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria, entre otros⁴⁴. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el hospital. Este equipo atiende:

- Personas con algún grado de inmovilización, con condición de vida limitada, con enfermedad terminal oncológica no oncológica avanzada, poli consultante por pluripatología de manejo complejo, EVC, ERC.

Además del personal técnico citado, los equipos deben contar con el apoyo de REDES y Transporte. De

⁴³ El profesional en Microbiología constituye un apoyo del equipo como los demás especialistas disponibles en el CAIS, hospital o Área de Salud.

⁴⁴ El profesional en Microbiología constituye un apoyo del equipo como los demás especialistas disponibles en el hospital.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 53

lo contrario su función no será posible.

i. Equipo, medicamentos y materiales necesarios

El estado de salud de la persona, la complejidad del procedimiento y/ o tratamiento definirán el equipo, medicamentos y materiales que cada equipo de Atención Domiciliar u Hospitalización Domiciliar requieren para cumplir con las actividades o intervenciones de su competencia. Recomendaciones generales en este sentido son las siguientes:

- **Equipo.** Set de diagnóstico, esfigmomanómetro, estetoscopio, “riñones”, equipo para glicemias por micro método, tijera recta y curva, cinta métrica, oxímetro de pulso, azafate, equipo de curaciones, mango de bisturí, equipo para tomar vías, equipo para lavado de oídos, equipo para retiro de suturas y grapas, espéculos, equipo para onicoplastías, equipo para diálisis peritoneal ambulatoria, equipo para realizar paracentesis, equipos para para punción lumbar, equipos para realizar venodisección, nebulizador portátil, tubos y frascos para tomas de muestras sanguíneas, hielera, balanza, equipo odontológico básico que se utiliza en el consultorio, artrocentesis, bolsa roja, negra o gris, otros equipos portátiles de medición de signos vitales, Tableta electrónica para registro de casos en expediente digital, equipo de rehabilitación, valija o maletín multiusos, entre otros.
- **Medicamentos.** Antibióticos, antifúngicos, antivirales, antisépticos, adrenérgicos, agentes cardiacos, antihipertensivos, diuréticos, vasodilatadores, anticoagulantes, hemostáticos, antieméticos, antianémicos, antiinflamatorios, uricosúricos, analgésicos no narcóticos y narcóticos, anestésicos locales, antiasmáticos y broncodilatadores, antihistamínicos, antiparkinsonianos, anticonvulsivos, antipsicóticos, vitaminas, hipoglucemiantes, corticoesteroides, antidiarreicos, laxantes, medicamentos hormonales, biológicos, electrolitos y soluciones parenterales, preparaciones dermatológicas (crema rosa, óxido de zinc, entre otras), medicamentos, misceláneos (alcohol, jabón líquido, yodo, agua oxigenada, agua estéril, alginato de calcio, entre otros), membranas todo tipo, gel desbridante, gel lubricante, apósitos hidrocoloides, entre otros.
- **Materiales.** Guantes estériles, gasa, campo estéril, vendaje, apósito, tubos para toma de muestras, frascos para toma de muestras, torundas de gasa, espadrapo (todo tipo y tamaño) jeringas y agujas todo tipo y tamaño, set para colocación de soluciones, bisturí, algodón, formularios oficiales de registro, gel para higiene de manos, toallas de papel, material educativo, entre otros.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 54

j. Infraestructura mínima necesaria

En cada establecimiento de salud el equipo interdisciplinario de atención y hospitalización domiciliar requiere acceso a un área física adecuada que incluya:

- Sala de sesiones.
- Consultorio con mobiliario e instrumentación básica para uso de los profesionales del equipo en atención a la persona (mesa de sesiones, sillas, archivos, impresora/ fotocopidora/ fax, entre otros).
- Equipo de cómputo y de multimedia completo.
- Espacios para sesiones educativas.
- Vehículo para trasladar al equipo..

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 una sesión presencial con una muestra de equipos de profesionales que desarrollan esta modalidad 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 para la primera validación cuenta con un total de 24 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 57

Personal necesario es:																				
22. Para el contenido del apartado Equipo, medicamentos y materiales necesarios es:																				
23. Para Usted el contenido del apartado infraestructura mínima necesaria es:																				
24. Su evaluación de la presentación y claridad 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 todos los apartados alcanzan puntajes entre 8.0 y 8.5 revelando que el documento cuenta con el consenso necesario para su publicación.

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 vinculados con el Hospital de Día se utiliza la clasificación con mayor uso internacional⁴⁵ 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 Domiciliar y Hospitalización Domiciliar a nivel institucional son los siguientes.

⁴⁵ Chacón, H. (2017). Conferencia. Indicadores en salud: concepto y metodología para su definición. Sesión de trabajo. Manuscrito no publicado.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 58

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad
N° de visitas realizadas	N° total de visitas realizadas por al menos un miembro del equipo al domicilio de la persona ingresada a la modalidad	Indicador de proceso (número absoluto)	Sumatoria de visitas (*) en el periodo (*) se sumaran las visitas realizadas por cualquiera de los miembros del equipo	Documento de registro de visitas del establecimiento	Mensual
N° de personas en la modalidad	N° total de personas ingresadas y atendidas en la modalidad	Indicador de proceso (número absoluto)	Sumatoria de ingresadas y atendidas en la modalidad en el periodo	Registros Médicos	Mensual
Días de estancia en hospitalización domiciliar	N° total de días que cada persona permanece ingresado en Hospitalización Domiciliar	Indicador de proceso (número absoluto)	Estancia por persona	Registros Médicos Bitácora de visitas	Mensual
Días de estancia por patología en Hospitalización Domiciliar	Cantidad total de días que cada persona permanece ingresado en Hospitalización Domiciliar según diagnóstico de ingreso	Indicador de proceso (cantidad)	Estancia por persona ⁴⁶	Registros Médicos Bitácora de visitas	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 establece un Plan correctivo para mejorar.	Indicador de proceso (calidad subjetiva)	Resultado de la encuesta	Encuesta de percepción del cliente aplicada por la Contraloría de Servicios del Establecimiento de Salud	Semestral
Satisfacción del cuidador	Percepción que el cuidador tiene del	Indicador de proceso	Resultado de la encuesta	Encuesta de percepción del	Semestral

⁴⁶ Se debe contar en el establecimiento con un registro básico de personas ingresadas donde se indican variables como nombre completo, fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de egreso, cumplimiento o no de Plan terapéutico, coordinaciones necesarias, etc.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 59

	servicio o atención que la persona, respecto a la cual en caso de ser negativa se establece un Plan correctivo para mejorar.	(calidad subjetiva)		cuidador aplicada por la Contraloría de Servicios del Establecimiento de Salud	
Personas que cumplen criterios de ingreso	Porcentaje de personas que cumplen con los criterios de ingreso a la modalidad como condición para ser admitidos en ella	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº de personas que cumplen con criterios de ingreso X 100 / Total de personas admitidos	Lista de chequeo de cumplimiento de criterios	Semestral
Cumplimiento de atención programada para cada visita	Porcentaje de visitas en las que se brindó la atención programada por el equipo o funcionario responsable	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Nº de visitas en las que se cumple con los programado X 100 / Total de visitas realizada	Lista de chequeo de cumplimiento de actividades	Semestral
Costo de estancia en Hospitalización Domiciliar vs hospitalización convencional	Valor en colones de la estancia en Hospitalización Domiciliar por persona por diagnóstico vs valor de la estancia en hospitalización convencional	Indicador de costos	Por proponer	-	Semestral

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 Domiciliar y la Hospitalización Domiciliar. 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 persona, la familia y la comunidad, en aras de disponer de mayor información respecto a la puesta en marcha 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 60

ANEXOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 61

Anexos 1
Nota de Gerencia Médica con 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



FLIC/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)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 62

Anexo 2. Cuadro de reporte de actividades interdisciplinarias: consultas domiciliarias en equipo



Establecimiento de Salud

PERSONAS ATENDIDOS		ACTIVIDADES DE GESTION	
Total de personas en el programa		Horas de educación en salud a familias	
Total de visitas realizadas en el mes		Horas de educación continua al personal	
N° de personas ingresados en el mes		Programación de personas	
Personas de seguimiento vistos por primera vez en el año		Reprogramación de citas	
Personas subsecuentes		Seguimiento telefónico al personas	
Reingresos		Atención de consulta telefónica y de oficina	
Fallecidos		Elaboración de informes	
Altas		Reunión de equipo	
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR LOS PROFESIONALES		Coordinaciones	
Curaciones		Entrevista a casos nuevos	
Cambios de membranas		Asistencia a reuniones administrativas	
Colocación y cambio de sondas nasogástricas		OBSERVACIONES	
Colocación y cambio de sondas vesicales			
Colocación y cambio de sonda supra púbica			
Control de signos vitales			
Inyectables/venoclisis			

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Código
GERENCIA MÉDICA		MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 63

Retiro de puntos de suturas		
Administración de tratamiento		
Lavado de oídos		
Glicemia por micro método		
Desbridaciones		
Desimpactación fecal/tacto rectal		
Tacto vaginal		
Tacto rectal		
Interconsultas recibidas		
Sesión familiar presencial		
Sesiones educativas a cuidadores y familias		
Tele asistencia a la familia		
Consultas de la familia en el establecimiento de salud		
Sesión de familia		
Consulta telefonía administrativa		
Consulta administrativa en el establecimiento de salud		
ACTIVIDADES DE APOYO SECRETARIAL		
Atención de familias en la oficina		
Atención de familias vía telefónica y com. Citas		
Toma de datos de ingresos e información de la modalidad		

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 64

PERSONAL	TOTAL DE FUNCIONARIOS	HORAS	
		PROGRAMADAS	UTILIZADAS
MEDICO (General/Especialista)			
PROF. ENFERMERIA			
PROF. TRABAJO SOCIAL			
PROF. PSICOLOGIA			
FISIOTERAPEUTA			
OTROS PROFESIOANLES DE APOYO			
TOTALES			

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION Y HOSPITALIZACION EN EL DOMICILIO	Página N° 65

REFERENCIAS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 66

- Arcand, M. y Williamson, J.(1981). An evaluation of home visiting of patients by physicians in geriatric medicine. *Br Med J*;283. pp. 718-20.
- 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., 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. 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.
- 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.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Fernández, X. y Robles, A. (2008). Primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica, CONAPAM. San José, Costa Rica.
- Fries, J.F. et al. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 303.
- 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.
- Hsia Der, J. (Feb. 01, 1997). *Am Geriatr Soc*;45(2). pp. 211-214.
- 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.
- Hughes, S. L. et al. (1997). Impact of home care on hospital days: a metanalysis. *Health Services Research*; 32(4). pp. 415-432.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 67

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.

Martínez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Documentos de Bienestar Social. (1º ed.). España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. p. 22.

Mata, A. et al. (2013). Atención Integral y Desarrollo: Fortalecimiento Intersectorial. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

Milne, A., et al. (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.).

Ministerio de Salud de Chile. (2005). Guía Clínica Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. (1º ed.). Santiago: Minsal.

O.E.A. (2015). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. AG/RES. 2875 (XLV-O/15). Aprobada en la Segunda Sesión Plenaria de la Asamblea General. Washington, D.C. EUA.

OMS. (1987-1989). Cancer Pain relief and Palliative Care.

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

Ramsdell, S.W. et al. (1989). The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. J Am Geriatr Soc;37. pp. 17-20.

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.

Sanz, et al. (2003). Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL 2002-2003).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.160318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO	Página N° 68

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.

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.

Stuck, A.E., et al. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assesment for elderly people living in the community. *N Engl J Med*;333. pp. 1184-1189.

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.

Tinneti, M.E. et al. (1994). A multifactorial intervention to reduce risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med.*;333. pp. 821-827.

Wagner, E.H. y Groves, T. (2002). Care for chronic diseases. *BMJ* 325; pp. 913-914.