



# **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: ATENCIÓN DIFERENCIADA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL**

## **ATENCION EN RED**

**CÓDIGO MP.GM.DDSS.150318**

**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> <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 2



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: ATENCIÓN DIFERENCIADA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PRIMER NIVEL

## ATENCION EN RED

CÓDIGO MP.GM.DDSS.150318

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

**2018**

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 3

<b>ELABORADO POR:</b>	<p>Nelly Astorga Cruz. Enfermera. Stella Bolaños Varela. Médica Internista. Marjorie Francis Castro Sirias. Enfermera. Silvia Chavarría Días. Médico Paliativista. Marjorie Garro Montoya. Enfermera. Lindsay Guevara Araya. Recursos Humanos. Santiago Herrera López. Farmacéutico. Adelaida Mata Solano. Psicóloga. Yorleny Quesada Bolaños. Farmacéutica. Heileen Sánchez Solano. Neonatóloga. Mónica Soto Morera. Microbióloga. Henry Villegas Navarro. Médico de Familia.</p>	<p>AST AAIP HTFC HTFC HG DRGSSHA DRGSSHA AAIP HTFC HTFC HTFC HTFC</p>
<b>VALIDADO POR:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gilbert Arias Bonilla. Farmacéutico.</li> <li>2. Kattia Rocío Monge Madrigal. Enfermera.</li> <li>3. Rashira Sterling Allen. Farmacéutica.</li> <li>4. César Miguel De La Hoz De La Hoz. Pediatra.</li> <li>5. María Martha Villegas Cascante. Médica Ginecóloga.</li> <li>6. Rafael Masis Picado. Médico.</li> <li>7. Eduardo Elizalde Agüero. Neurólogo.</li> <li>8. Tricia Reid Downer. Psicóloga.</li> <li>9. Alejandra Gabriela Rugama Álvarez. Enfermera.</li> <li>10. Lilliana Wilson Rivera. Enfermera.</li> <li>11. Ana Moya Wolfe. Enfermera.</li> <li>12. Marta On Centeno. Administradora.</li> <li>13. Jennen García Arrieta. Enfermera.</li> <li>14. Juan Carlos Vargas Jiménez. Médico.</li> <li>15. Nilka Esther Medina González. Médico.</li> <li>16. Ebron García Acosta. Médico Paliativista e Internista.</li> <li>17. Herminia Villalobos Monge. Enfermera.</li> <li>18. Andrés Trigueros Fernández. Enfermero.</li> <li>19. Janssen Salas Vargas. Farmacéutico.</li> <li>20. Flor Cortés Sandoval. Enfermera.</li> <li>21. Carol Rodríguez Acevedo. Farmacéutica.</li> <li>22. Tanny Wilson Doman. Enfermera.</li> <li>23. Alejandro Vargas Calderón. Farmacéutico.</li> <li>24. Silvia Blanco Cascante. Médica.</li> <li>25. Efraín Ignacio Retana Álvarez. Médico.</li> <li>26. Victoria Villalobos Segura. Médico.</li> <li>27. Dennier Carrillo Soto. Farmacéutico.</li> <li>28. Luis Gómez Chávez. Médico Paliativista.</li> </ol>	<p>HG HG HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HTFC HSC HSC HMS HMS HMS HMS ASM ASM ASVE CAISS CAISS AST AST AST ASC ASC</p>

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 4

<b>REVISADO POR:</b>	<i>Dr. Hugo Chacón Ramírez. Jefe Área de Atención Integral a las Personas. Dr. Raúl Sánchez Alfaro. Director. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Dra. María del Rocío Sánchez Montero. Directora de Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.</i>
<b>APROBADO POR:</b>	Gerencia Médica. Oficio GM-MDD-6750-2018 del 24 de mayo de 2018.
<b>Fecha de emisión:</b>	<i>Junio, 2018</i>
<b>Próxima revisión:</b>	2022
<b>OBSERVACIONES</b>	<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.</p> <p>No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>AAIP.</b> Área de Atención Integral a las Personas</li> <li>- <b>ASC.</b> Área de Salud de Cariari.</li> <li>- <b>ASM.</b> Área de Salud de Matina.</li> <li>- <b>AST.</b> Área de Salud de Talamanca</li> <li>- <b>ASVE.</b> Área de Salud de Valle de la Estrella.</li> <li>- <b>CAISS.</b> Centro de Atención Integral en Salud de Siquirres.</li> <li>- <b>DRGSSHA.</b> Dirección Regional de Gestión y Servicios de Salud Huetar Atlántica.</li> <li>- <b>HG.</b> Hospital Periférico de Guápiles.</li> <li>- <b>HMS.</b> Hospital Regional Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez de Puntarenas.</li> <li>- <b>HSC.</b> Hospital Regional de San Carlos.</li> <li>- <b>HTFC.</b> Hospital Regional Dr. Tony Facio Castro.</li> </ul> <p><b>Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.</b></p>

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 5

## INDICE

PRESENTACIÓN .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
1.1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS .....	9
1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS.....	13
1.3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	16
1.5. OBJETIVOS DEL MANUAL .....	16
1.6. POBLACIÓN USUARIA .....	16
1.7. POBLACIÓN META .....	17
1.8. METODOLOGÍA.....	17
DESARROLLO DEL TEMA .....	18
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	19
a. Enfoques teóricos orientadores del abordaje de la persona.....	19
b. Atención Integral e integrada .....	24
c. Trabajo en red.....	26
d. Atención compartida.....	29
ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA EN EL.....	32
PRIMER NIVEL.....	32
3.1. ELEMENTOS A OPERATIVIZAR .....	33
a. Datos generales de la modalidad .....	33
b. Criterios de ingreso .....	35
c. Criterios para trasladar a Urgencias .....	35
d. Criterios para trasladar a hospitalización convencional.....	36
e. Criterios de egreso o alta .....	36
f. Actividades que se realizan .....	37
g. Personal necesario.....	40
h. Equipo y materiales necesarios.....	41
i. Infraestructura mínima .....	41
CONTACTO PARA CONSULTAS.....	41
VALIDACIÓN.....	41

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 6

APLICACIÓN DEL MANUAL Y EVOLUCION DE LA MODALIDAD DE ATENCION .....44

ANEXOS.....47

REFERENCIAS .....49

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 7

## PRESENTACIÓN

En el marco del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, la Caja Costarricense de Seguro Social impulsa el Hospital de Día Polivalente, la Atención Especializada a Distancia, la Atención Domiciliar, Hospitalización 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 resolutive 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 Diferenciada en el I Nivel, que es una alternativa para generar el intercambio de insumos hospitalarios en una intervención ambulatoria de primer nivel en aras de favorecer la recuperación de la persona sin necesidad de internamiento en el hospital. Características importantes de esta modalidad son su interdisciplinariedad, la continuidad de los cuidados, el acercamiento al entorno familiar y la garantía de un seguimiento de la prestación de los servicios de forma ambulatoria, con los beneficios de aplicación de tratamientos complejos mediante la articulación con los servicios del segundo y tercer nivel.

Con el manual se ofrece a los profesionales y técnicos a cargo, una descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones bajo la modalidad basadas en evidencia científica, que facilitan la toma de decisiones a favor de la persona, familia y comunidad.

En suma, el objetivo es presentar el proceso de atención integral con enfoque interdisciplinario y establecer 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

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b><i>Código</i></b> <b><i>MP.GM.DDSS.150318</i></b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 8

# INTRODUCCIÓN

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 9

## 1.1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, abreviaturas y símbolos 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 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 el paciente<sup>1</sup>.
- **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 la persona.
- **Atención domiciliar.** Atención Domiciliar, se refiere a la atención programada que incluye la realización de acciones de recuperación y mantenimiento, rehabilitación y cuidado paliativo, para el abordaje a personas con diferentes necesidades, por ejemplo personas con padecimientos crónicos con limitaciones para su movilización. Su organización depende de los servicios de Primer Nivel de Atención, ya que se presta con recursos propios del Área de Salud<sup>2</sup>
- **Atención diferenciada en el domicilio.** Es una modalidad producto del accionar simultaneo de varias modalidades no convencionales y del trabajo conjunto interniveles; los recursos con que se organiza son los propios tanto del primer nivel, así como, del segundo o tercer nivel según corresponda el apoyo de los especialistas. Las intervenciones de este tipo se aplican únicamente en periodos agudos de la enfermedad. El especialista tratante y/o el equipo de

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. p.100.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		<i>Código</i> <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 10

hospitalización domiciliar son responsables del seguimiento de la persona para definir el alta o cambios en el plan de intervención.

- **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 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.
- **Equipo de trabajo.** Es un conjunto de personas de diversas disciplinas comprometidas con una tarea, que son nombradas o se auto-organizan de una manera determinada para lograr un objetivo común. Son profesionales y técnicos que se organizan y trabajan de una forma coordinada para lograr un objetivo común.
- **Eventos adversos.** Daños como resultado de una intervención relacionada con la atención clínica y no por las condiciones basales de la persona, pueden conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud, a la prolongación del tiempo de estancia y al aumento de los costos hospitalarios.
- **Gestión de caso.** Proceso de seguimiento personalizado de la persona, consiste en el análisis de las necesidades de la misma 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

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 11

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

- **Gestión de enlace.** Proceso de articulación para garantizar la continuidad de los cuidados en la red de servicios de salud y prestaciones sociales. Consiste en el establecimiento de alianzas para obtener los insumos, equipos o intervenciones que la persona necesita según su perfil. Incluye la coordinación entre el equipo de Alta Programada, el Gestor de casos y otros Gestores. Es realizada por el gestor de enlace.
- **Gestor de enlace.** Profesional encargado de la gestión administrativa y la logística de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales (redes de apoyo) en función de garantizar la continuidad de atención del paciente. Realiza funciones como identificar recursos disponibles, redes de apoyo, activar red institucional o intersectorial, comunicar, buscar insumos, definir alianzas, crear con el apoyo de todos los miembros del sistema familiar e interinstitucional las condiciones adecuadas para la derivación de los pacientes entre los establecimientos de salud. Puede ser un profesional de medicina, enfermería u otra disciplina debidamente capacitado para la tarea.
- **Hospitalización domiciliar.** Atención que se proporciona a las personas, en su domicilio, por profesionales de salud quienes brindan un tratamiento activo a “determinados” enfermos, que de otra manera hubieran precisado internamiento en un hospital por un período de tiempo limitado. Los hospitales domiciliarios trasladan toda la estructura de servicios al hogar de la persona, teniendo a la familia como pilar básico e insustituible de la recuperación de su estado de salud<sup>3</sup>.
- **Hospital general.** En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, corresponde a los hospitales regionales, periféricos y nacionales, en los cuales se atiende a la población que pertenece a su área de adscripción o red de servicios.
- **Hospital de Día Polivalente.** Hospital de Día Polivalente se define como una modalidad de atención, donde se realiza la prestación de cuidados terapéuticos y procedimientos diagnósticos, según necesidades de las personas que cumplen con condiciones socio

<sup>3</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. Pág. 68.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 12

funcionales y clínicas, bajo la indicación y seguimiento del médico especialista tratante del hospital.

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

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

- **Modalidad de atención.** Maneras o formas de organizar los procesos de atención a las personas.
- **Prestaciones sociales.** Son aquellos servicios que pueden provenir de la comunidad organizada, las ONG, las municipalidades, las instituciones gubernamentales, las entidades pertenecientes al sector salud que complementan la prestación de servicios de salud. Implica acciones que en forma conjunta y articulada se aportan para que la persona pueda enfrentar satisfactoriamente y con calidad actividades de vida diaria.
- **Red intersectorial.** Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que 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. 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

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 13

diferentes profesiones. Son una actividad indispensable para tomar decisiones estratégicas, tácticas y operativas respecto a la gestión y manejo de las personas y el desarrollo de las intervenciones. Son esenciales para transmitir ideas sobre un determinado tema, analizar nuevas necesidades de información, tratamiento o alternativas terapéuticas y para comunicar los resultados obtenidos como consecuencia de un estudio o valoración.

- **Seguridad de la persona.** Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible eventos adversos de la atención en salud.
- **Trabajo en equipo.** Es el trabajo realizado por varios individuos, donde cada uno aporta y todos tienen un objetivo común, para lo cual comparten metas y una filosofía de trabajo. Se analizan los sistemas de trabajo, lo referente a la formación académica e investigación, cuidado y soporte del equipo, coordinación con otros niveles y servicios.

### Abreviaturas

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

## 1.2. REFERENCIAS NORMATIVAS

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

Número	Nombre de normativas	Año
<b>Normativa Internacional</b>		
NA	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
NA	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1976
NA	Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento	1982

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 14

NA	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador"	1988
NA	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Fe de erratas	1988
<b>Leyes, Decretos y Reglamentos Nacionales</b>		
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
<b>Lineamientos institucionales</b>		
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	2009

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 15

	Médica.	
M.GM.DDSS 06 versión 01	Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos.	2012
NA	Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo, en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica.	2013
NA	Política Institucional 2013-2016.	2013
NA	Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro-Políticas 2013-2016	2013
NA	Lecciones aprendidas en el diseño e implementación de la atención y hospitalización domiciliar en Costa Rica	2013
NA	Modelo de Atención Innovador, Servicios de Salud de la Región Huetar Atlántica: Atención Integral, Integrada, Continuada, Permanente con Garantía de Calidad, Seguridad y Sostenibilidad, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica.	2014
NA	Plan Estratégico Institucional 2015-2018	2015
NA	Propuesta ajustada a la prueba de campo Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	2016

### 1.3. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este Manual será utilizado por el personal de salud de Primer Nivel de atención que implementa la modalidad de Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel. Es un insumo importante de conocer por el personal los EBAIS, el Equipo de Apoyo del Área de Salud y el personal de Emergencias del Primer Nivel, además por el personal especialista de los hospitales que participe en los procesos de derivación a través del Alta Programada, en aras de que se sistematice, tanto el manejo de las personas como el proceso de comunicación entre los servicios que les brindan la atención en salud integrando las comunidades, las familias, los cuidadores y las redes interinstitucionales.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 16

#### 1.4. JUSTIFICACIÓN

El Manual describe los criterios básicos que deben considerarse al atender a las personas que ingresan a la modalidad Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel. 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, al tiempo que clarifica al personal las intervenciones que deben realizar y la manera en que pueden fortalecer la articulación de la red de servicios para la atención de los 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 donde toda intervención en salud debe ser integral e interdisciplinaria para alcanzar su máximo potencial y su capacidad resolutive sin duplicidad de servicios.

#### 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 diferenciada en el Primer Nivel, buscando la estandarización y atención en red de esta modalidad no convencional, para ello se plantea:

- Estandarizar los procedimientos técnicos y operativos por competencia y capacidad instalada para responder a las necesidades de las personas en la modalidad de Atención Diferenciada en el Primer Nivel.
- Proporcionar orientación al personal de salud sobre la gestión adecuada de la persona en la modalidad Atención Diferenciada en el Primer Nivel.

#### 1.6. POBLACIÓN USUARIA

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

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 17

## 1.7. POBLACIÓN META

- Personas que cumplen con los criterios para ser remitidos modalidad la Atención Diferenciada en el establecimiento de salud de Primer Nivel<sup>4</sup>.

## 1.8. METODOLOGÍA

La información que se presenta se sustenta en revisiones de la evidencia disponible y 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.

---

<sup>4</sup> Ver criterios de ingreso a la modalidad de Atención Diferenciada en el Primer Nivel p.35.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 18

## **DESARROLLO DEL TEMA**

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 19

## 2.1. MARCO CONCEPTUAL

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

### 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”<sup>5</sup>. Desde este enfoque, se modifica la lógica de elaboración de las leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino el de sujetos con derechos que obligan al Estado, y en este caso a la Caja Costarricense de Seguro Social, a establecer estrategias a largo plazo para la atención en salud de este grupo poblacional<sup>6</sup>. Mediante la modalidad de atención en el domicilio se busca promover la igualdad de oportunidades y vida digna a todas las personas, especialmente aquellas en condición de dependencia de cuidados.

**Enfoque de género e interculturalidad.** Introducir la perspectiva de género en la Prestación de Servicios de Salud, supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud, así como en los riesgos de enfermar o morir de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente. La perspectiva de género implica la búsqueda de la equidad en salud, entendiendo como tal, que todas las personas tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud<sup>7</sup>.

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

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 43.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 20

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).

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

**Enfoque centrado en las personas**<sup>8</sup>. 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,

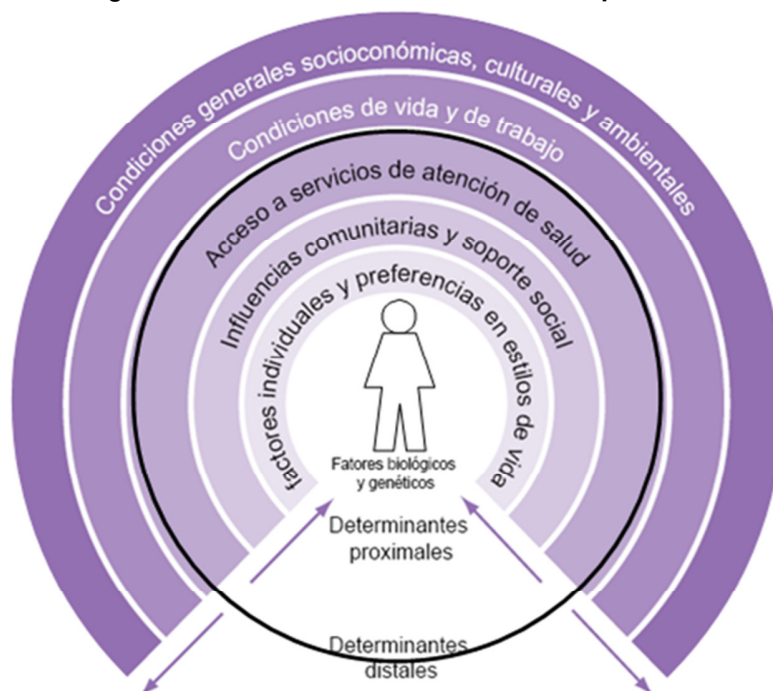
<sup>8</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta Ajustada a la prueba de campo. San José, Costa Rica: CCSS. pp. 27-30.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.150318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 21

sexual o religiosa), nivel educativo, ocupación, ingresos y la condición (económica, social, cultural, psíquica o ambiental). Estos factores están interrelacionados y estrechamente vinculados con las experiencias y los beneficios de la atención en salud (Figura 1).

La Prestación de Servicios de Salud se identifica como uno de los determinantes que influye en los efectos de otros determinantes y se ve influido por éstos<sup>9</sup>. 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”<sup>10</sup>. 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.

<sup>9</sup> OMS. (2009). Subsana las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

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

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 22

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

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

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

**Figura 2. Implicaciones del enfoque centrado en las personas**



**FUENTE:** Modificado 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.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 23

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 las personas, sustentada en evidencia y cita los varios aspectos como mejor integración y comprensión, aumento de la confianza, entre otros (Figura 3).

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

**Figura 3. Contribución del enfoque centrado en las 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>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 24

## **b. Atención Integral e integrada <sup>11</sup>**

La conceptualización sobre la integralidad en salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares, que no pueden ser estandarizadas<sup>12</sup>. 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<sup>13,14</sup> 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 completas<sup>15</sup>.

Adicionalmente, esta integralidad implica necesariamente que la Prestación de Servicios de Salud reconozca la participación de la familia y comunidad en el proceso de salud y enfermedad<sup>16</sup>. Las dimensiones del individuo, la familia y la comunidad, están correlacionadas entre sí, influyéndose unas a otras; por tanto, la atención integral sólo está completa cuando actúa en las tres dimensiones<sup>17</sup>. Conocer las condiciones de vida familiares y comunitarias del individuo, facilita la labor preventiva, diagnóstica y terapéutica de los servicios de salud.

La atención integral procura mantener al individuo y su familia sanos. Es por ello que todo contacto con la persona y su familia, inicialmente orientado a la recuperación de la salud, idealmente debe ser aprovechado, además, para realizar intervenciones de promoción y prevención<sup>18</sup>. El espectro

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> CCSS. (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José, Costa Rica.

<sup>14</sup> OPS/OMS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Ministerio de Salud del Perú. (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.

<sup>18</sup> 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.150318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 25

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 personas 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”*<sup>19</sup>. Esta definición es bastante amplia y permite abarcar muchos modos de integración de servicios. Los servicios integrados deben basarse en una fotografía de las necesidades de salud, de las barreras para una expansión equitativa de los servicios y de los recursos disponibles<sup>20</sup>.

**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.

<sup>19</sup> WHO. (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.

<sup>20</sup> WHO. (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.150318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 26

### c. Trabajo en red<sup>21</sup>

El modelo de organización en Red incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial), como responsables de los resultados de salud de su población. Plantea la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una serie de guías, protocolos y formas de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de las personas entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, asegurando la continuidad de la atención. En este sentido, la Red de prestación de servicios de salud en la CCSS se define como<sup>22</sup>:

*“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.

<b>Red temática</b>	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.
---------------------	---

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> CCSS. (Noviembre, 2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. San José, Costa Rica: CCSS.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 27

### Recuadro 1. Formas de organización en Red.

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

En este contexto, se define como micro red o sub red, al conjunto de establecimientos de salud cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. La agregación de micro redes o sub redes, conformará una Red<sup>23</sup>.

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;

<sup>23</sup> Modificado de: Ministerio de Salud República de Perú. (Julio, 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. República de Perú.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 28

contribuye a: la disminución de costos, evita la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejora los procesos de decisión compartida; facilita la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de la atención continuada, pero también para conocer la realidad de los diferentes niveles de prestación y afianzar el sentido de pertenencia a la red de servicios de salud y a la Institución<sup>24</sup>.

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 operación<sup>25</sup>.

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

### **Recuadro 2. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud**

- Implementar estrategias de gestión y articulación de los establecimientos de salud, que permitan alcanzar los objetivos de la prestación.
- Asegurar a las personas una atención continua y oportuna para resolver sus necesidades y problemas de salud.
- Mejorar la capacidad resolutive 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.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Modificado de: CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, Costa Rica.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 29

## Recuadro 2. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud

**Fuente.** Modificado de: CCSS. (Abril, 2014). Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Plan de Gestión. San José, Costa Rica.

### d. Atención compartida

La atención compartida se ha utilizado en el tratamiento de muchas afecciones crónicas porque proporciona un mejor resultado que las estrategias de atención primaria o la especializada aplicadas de manera fragmentada. Se ha definido como la participación conjunta y sincrónica de profesionales de salud de un nivel de atención con otros de un nivel diferente. Supone la prestación planificada de la atención, durante la cual se brinda un intercambio de información que incide positivamente en la gestión de la persona y la capacidad resolutoria de los equipos, más allá del alta y la referencia habituales<sup>26</sup>.

Diversos estudios indican que la atención compartida mejora significativamente la prescripción apropiada y el cumplimiento de la medicación, proporcionando beneficios a largo plazo para la persona atendida. El aspecto fundamental de la atención compartida es que debe incluir una verdadera colaboración entre la atención en el I, II y III Nivel<sup>27</sup>. 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, poblaciones vulnerables de difícil acceso geográfico 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 sanitaria<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 30

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

Se destacan los siguientes aspectos a tomar en cuenta para implementar intervenciones de atención y hospitalización domiciliar y atención compartida<sup>29</sup>:

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

En una revisión sistemática de la literatura sobre la integración de redes de salud, se identifican los siguientes principios como importantes para ser tomados en cuenta en la implementación de atenciones compartidas<sup>30</sup>.

- **Brindar un continuo en la atención.** La persona y su familia debe de experimentar durante la atención y hospitalización domiciliar compartida un continuo, donde no es dejado de lado por su equipo de cabecera, más bien otro equipo se integra a su atención para su propio beneficio. Para evitar malos entendidos, es importante explicar claramente el funcionamiento, los límites y alcances de la atención que se ofrecerá a la persona y la familia.
- **Enfoque a las Personas.** La atención y hospitalización domiciliar compartida se debe de organizar para solventar las necesidades de la persona y su familia y no las de los equipos de salud.
- **Calidad de atención sostenida a lo largo de la red.** Los roles y responsabilidades de todos los miembros de los equipos están claramente identificados para asegurar una

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> 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		<i>Código</i> <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 31

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.
- **Personal Idóneo.** Los profesionales y técnicos 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 y técnicos, 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.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 32

# **ASPECTOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA EN EL PRIMER NIVEL**

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 33

### 3.1. ELEMENTOS A OPERATIVIZAR

En este apartado se incluyen condiciones de gestión que deben considerarse al organizar la Atención Diferenciada en el I Nivel.

#### a. Datos generales de la modalidad

El crecimiento poblacional, la aparición de nuevas enfermedades, el aumento en las patologías crónicas, las estancias prolongadas y el aumento en las listas de espera, son solo unas de las situaciones que enfrenta la CCSS. Esta situación deja como resultado que los hospitales no tengan el número de camas suficiente ya que la demanda de servicios es mayor a la oferta.

Además, en un proceso de atención centrado en la persona, los servicios deben ofrecerse en respuesta a las necesidades de la población en la forma, proporción y características que garanticen sostenibilidad, servicio y pertinencia al entorno. En aras de responder a condiciones como las expuestas, es indispensable poner en marcha estrategias innovadoras que garanticen la seguridad de las personas, la calidad de los servicios, la conveniencia, la accesibilidad y que tengan impacto a favor de las personas, la institución, el país en general y, que además, sean replicables en diversos escenarios.

En suma, el sistema de salud requiere de alternativas de atención que faciliten la prestación de los servicios de manera integral. En el caso de la Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel, es una modalidad de atención ambulatoria en red que le ofrece a la persona, la familia y la comunidad, para facilitar el seguimiento de las personas con problemas agudos de intermedia complejidad o con patologías crónicas en estados de crisis.

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 las 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 34

- Cuando su condición física lo permita.
- Cuando su condición económica y familiar lo permita.
- Cuenta con el apoyo familiar y con la facultad mental de la persona, familiar o cuidador, condiciones que deben ser tomadas en cuenta antes de ser incluidas en este modelo alternativo.

### Condiciones del establecimiento

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

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

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

Para asegurar el éxito operativo de esta modalidad se deben considerar factores críticos como:

- Concientización de la población acerca del adecuado uso de los servicios de salud, de esta modalidad en particular.
- Recurso humano profesional y técnico disponible.
- Organización de la distribución en red de medicamentos e insumos necesarios para la atención de la persona.
- Disponibilidad de herramientas tecnológicas (Ms Lync, Skype Empresarial, Sisco Javer ) y estrategias de comunicación interniveles e inter-equipos que faciliten acciones de orientación y capacitación a la persona, la familia y / o cuidador, así como, la atención compartida por parte del personal de salud.
- Capacitación al usuario interno.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 35

### **b. Criterios de ingreso**

Son criterios de ingreso los siguientes:

- Indicación del especialista tratante (Servicios de Urgencias y Servicios de hospitalización) de que la persona, según el perfil y patología, puede completar plan terapéutico que él define en esta modalidad dado que:
  - o Es portador de patología aguda o crónica reagudizada cuya resolución puede alcanzarse en un período no mayor a 15 días.
  - o Se encuentra hemodinámicamente estable y que muestra estabilidad ventilatoria.
  - o Dispone de red de apoyo familiar o social.
  - o Se ha analizado el caso con el Equipo de Alta Programada y el Gestor de Casos para hacer coordinaciones necesarias. Este criterio solo aplica en establecimientos de referencia que cuentan con estos recursos, si no es así se omite.
- Aceptación del caso por parte del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención.
- Persona con domicilio adscrito a un Área de Salud que brinda servicios de 16 o 24 horas los 7 días de la semana.
- Aceptación del especialista tratante, de estar disponible para responder interconsultas, hacer valoraciones de evolución semanales y definir el alta o en su defecto haber trasladado esta función vía coordinación al médico de Hospital de Día Polivalente.
- Aceptación de la persona de ingresar a la modalidad (consentimiento informado).

### **c. Criterios para trasladar a Urgencias**

Serán trasladados a Urgencias del establecimiento de salud del Primer Nivel o a Urgencias del hospital correspondiente aquellas personas que presenten las siguientes condiciones:

- Inestabilidad hemodinámica
- Compromiso ventilatorio
- Alteración del estado de la conciencia
- Necesidad de cirugía de emergencia
- Descompensación hidroelectrolítica que ponga en riesgo la vida
- Descompensación metabólica que ponga en riesgo la vida
- Sepsis severa
- Personas con otras patologías de fondo descompensadas (descompensación de: ICC, ERC, DM, emergencias hipertensivas, etc.).

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 36

El traslado debe coordinarse con el médico responsable del Servicio de Urgencias de del Establecimiento de Salud del Primer Nivel y/ o Hospital de adscripción, quien asumirá el manejo de la persona y la resolución final. **El traslado a Urgencias supone el alta o egreso de la persona de la Modalidad.**

En caso que la persona sea estabilizada y tenga el perfil y condición para continuar en Atención Diferenciada en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel, debe de realizarse la gestión y coordinación necesaria para su reingreso, coordinándose con el especialista tratante y coordinador de Hospital de Día Polivalente.

#### **d. Criterios para trasladar a hospitalización convencional**

Serán trasladados para continuar en hospitalización convencional aquellas personas que presenten las siguientes condiciones:

- Deterioro de la condición general, sin que esté en riesgo su vida.
- Reagudizaciones de la patología de fondo o emergencia de nuevas.
- Necesidad de hacer procedimientos y/o estudios que solamente se realicen en el hospital convencional (p.ej. colocación de sellos de tórax, pericardiocentesis, ventana pericárdica, entre otros).
- Imposibilidad de la persona, de continuar en manejo de su patología en la modalidad.
- Claudicación familiar con imposibilidad de la familia de continuar apoyando a la persona y esta aún no se ha finalizado el tratamiento.

El internamiento debe ser coordinado con el especialista tratante y el servicio receptor.

#### **e. Criterios de egreso o alta**

Serán egresados de la modalidad personas que presenten las siguientes condiciones:

- Cumplimiento de las indicaciones prescritas por el especialista.
- Confirmación del alta por parte del especialista.
- Derivación a Urgencias, Hospitalización u otra modalidad de atención.
- Epicrisis completa (detallada, letra legible y con indicaciones del plan de seguimiento cuando se requiera) elaborada por el especialista tratante o médico de Hospital de Día si le fue asignado el caso.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 37

#### f. Actividades que se realizan

- **Ingreso.** Toda persona referido a la modalidad debe cumplir con los criterios de ingreso mencionados, documentados en el expediente de salud y en la referencia completa (legible) e incluye el plan de terapéutico que se debe aplicar. La información de ingreso requerida es:
  - o Historia clínica, valoraciones aplicadas, exámenes de laboratorio y gabinete, diagnóstico que origina la derivación, tratamiento que va a ser aplicado, mecanismos de comunicación a seguir en caso de consultas al especialista tratante, proceso de egreso a alta a seguir.

Dichos datos clínicos pueden estar disponibles mediante EDUS o en el expediente físico de salud, en cuyo caso la copia de la información debe ser parte de la referencia.

Así mismo se debe coordinar previamente disponibilidad de tratamientos en el área de destino o la entrega simultánea de los mismos con la llegada de la persona, es decir que se garantice la entrega de los medicamentos del Primer y Tercer Nivel al Primer Nivel de Atención, previo a la derivación de la persona. El equipo interdisciplinario que recibe a la persona debe tener acceso a la información.

- **Sesión o comunicación de entrega de la persona.** Dado que la persona que se maneja en esta modalidad no ha sido dado de alta del hospital, debe mantenerse como beneficiaria de una atención compartida entre el hospital y el Primer Nivel de Atención, por lo cual la entrega del mismo debe organizarse formalmente, donde el equipo que entrega presenta el caso y el plan de intervención. Esta entrega puede hacerse por medios virtuales, de no ser posible, al menos un profesional del Primer Nivel debe participar presencialmente en la entrega la persona usuaria de los servicios de salud.
- **Valoración médica y de enfermería al llegar al Área de Salud.** Esta actividad es realizada por el equipo responsable del seguimiento de la persona derivada a la modalidad de acuerdo a competencias y recursos existentes, con base en la información enviada por el hospital. Implica la realización del: examen físico, entrevista, valoraciones médicas y de enfermería diarias, con la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Constituye un control cruzado de cumplimiento de los criterios de ingreso de la persona a la modalidad, así como, una confirmación de la condición de ingreso luego del traslado en aras de garantizar la seguridad y el seguimiento del caso.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 38

- **Aplicación de plan terapéutico** considerando lo siguiente:
  - o El Plan de seguimiento debe incluir una proyección que cubra todos los días de intervención en el Primer Nivel.
  - o Los procesos sustantivos de aplicación en esta modalidad corresponden a administración de tratamientos farmacológicos y procedimientos clínicos de atención de intermedia complejidad<sup>31</sup> (Consultar pie de página).
  - o El especialista tratante o el médico del Hospital de Día Polivalente, según coordinaciones establecidas, realiza valoraciones semanales con una frecuencia definida tomando en cuenta la condición de la persona. Esta valoración puede ser realizada utilizando tecnología apropiada, accesible y con el mínimo de trámites administrativos (Web Cam, Ms Lync) o puede ser presencial (en el hospital) en cuyo caso se debe gestionar el transporte.
  - o Una vez completada la aplicación de plan terapéutico, se debe realizar alta mediante coordinación con el médico tratante o médico coordinador de HDDP. La coordinación se hace desde el momento de ingreso de la persona a la modalidad.
  - o Si se hace necesaria una ampliación del plan terapéutico, se deben realizar las coordinaciones necesarias entre equipos y con la persona usuaria de los servicios de salud, para confirmar posibilidad o no de continuación en la modalidad. Sin este acuerdo, se debe proceder con la derivación de la persona al hospital para continuar el tratamiento.
- **Preparación de fármacos:** orales, endovenosos, intramusculares, intradérmicos, subcutáneos, entre otros para la administración a la persona.
- **Asistencia a la persona usuaria de los servicios de salud:** acompañamiento y asistencia en sus necesidades (movilización hacia servicios, asistencia en rutinas de aseo y alimentación, asistencia en traslado de muestras y documentación, entre otros).

<sup>31</sup> Ejemplos de tratamientos y procedimientos:

**Medicamentos:** antibióticos, analgésicos, esteroides, antiinflamatorios, antiespasmódicos, agentes inmunomodulares, antineoplásicos, nutrición parenteral (según indicación médica, de acuerdo a la patología y condición de la persona, en casos donde existan las condiciones en el Establecimiento de Salud del Primer Nivel para aplicar el procedimiento).

**Procedimientos:** debridaciones, curación de heridas quirúrgicas, curación de úlceras, manejo de infecciones de tejidos blandos, canalización de vías, recolección de muestras (frotis, orinas cateterizadas, glicemias), colocación de sondas, apoyo en la aplicación de diálisis peritoneal ambulatoria, entre otros).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.150318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 39

- **Coordinación para la derivación y atención de la persona:** análisis de las necesidades de la persona en seguimiento con la participación de especialista tratante, familia o cuidador y Equipo del Primer Nivel. Esta coordinación incluye la entrega y recepción del caso, la derivación a Urgencias u hospitalización según necesidades, así como, el egreso o alta.
- **Coordinación para el traslado de la persona (accesibilidad al transporte oportuno):** El traslado a su egreso hospitalario es coordinado por el Equipo de Alta Programada o el gestor de caso, se debe garantizar condiciones adecuadas para la persona hasta el establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención; es factible también que la coordinación sea hasta el domicilio cuando las condiciones de salud lo justifiquen y medie el criterio médico.

Una vez en la comunidad el Equipo de Primer Nivel, debe confirmar las condiciones de transporte disponible para la persona, para confirmar modo de atención Continua (24 horas) o Ambulatoria (la persona visita el Área de Salud por su propios medios varias veces al día).

- **Coordinación para el acceso a medicamentos indicados, insumos o equipos necesario para la atención.** Este proceso de gestión requiere la coordinación entre el nivel de atención que deriva (II o III Nivel) y el establecimiento de salud de Primer Nivel que dará seguimiento a la persona, para garantizar el acceso oportuno y suficiente de los medicamentos, insumos y equipos requeridos. En caso de que la atención de la persona requiera además algún otro insumo o equipo médico, debe coordinarse para que esté disponible para uso del Equipo de Primer Nivel.

El Equipo de Alta Programada o el gestor de caso del hospital, deben garantizar que el plan terapéutico se aplique sin interrupciones asociadas a disponibilidad de insumos o equipos, para lo cual requieren del trabajo articulado con el Equipo de Primer Nivel. En este proceso es importante la comunicación entre los equipos interdisciplinarios para garantizar la atención segura, oportuna y de calidad.

- **Coordinación de las interconsultas (valoraciones y procedimientos).** Esta coordinación se realiza entre el médico del Primer Nivel responsable del seguimiento y el médico tratante o del Hospital de Día Polivalente, designado por el hospital, como punto de comunicación por sus competencias en el caso, éste realizará las gestiones necesarias para dar respuesta a las interconsultas interniveles.
- **Educación a la persona, su familia o cuidador.** Es una actividad permanente de todas las modalidades de atención no convencionales, especialmente las que incluyen la red de apoyo familiar en y el autocuidado en el proceso de recuperación, es fundamental contar con un sistemas de educación incidental, individualizado. Educar a la persona, familia o cuidador en

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.150318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 40

relación con la causa de internamiento, los factores de riesgo de las patologías crónicas frecuentes que padece la persona, el autocuidado y tratamiento necesarios, como también, hábitos de vida saludable. Este proceso debe ser el resultado de una intervención conjunta entre el equipo del hospital y del Primer Nivel de Atención.

- **Egreso.** El egreso de la modalidad corresponde a la finalización del Plan terapéutico o el traslado a Urgencias u hospitalización convencional. En el primer caso (el egreso), para su operativización requiere de la coordinación con el médico tratante para los aspectos clínicos y cuando la persona requiera apoyo para traslado u otro trámite administrativo se requerirá la intervención con el gestor de casos (de preferencia un Enfermero(a) o, un médico de familia o internista), designado por el hospital como punto de comunicación. La estrategia de egreso de la persona debe estar definida desde el momento de traslado a la modalidad y está relacionada con las valoraciones semanales de la persona por parte del personal del hospital.

#### g. Personal necesario

El recurso humano requerido, así como, el horario de funcionamiento, dependerán de los establecidos en el Primer Nivel de Atención y en el Hospital. Para nuestra institución esta modalidad alcanza el desarrollo de su potencial cuando permite la maximización de los recursos existentes, al tiempo que aumenta el nivel de resolutivez del establecimiento y de la red servicios en la cual se establece. Considerando lo anterior, el recurso humano requerido para el desarrollo de las actividades es el siguiente.

Perfil
- Médico Tratante del hospital del Hospital.
- Equipo de Alta Programada en el Hospital (incluye al Gestor de Caso)
- Gestor de Enlace
- Médico responsable del seguimiento en el Área de Salud
- Profesional en enfermería (el número de profesionales de enfermería por Área de Salud depende de la cantidad de personas que se pueden manejar en esta modalidad). Las intervenciones pueden ser aplicadas por auxiliares de enfermería (procedimientos de baja complejidad) siempre bajo supervisión y presencia de profesionales de enfermería dedicadas a la atención directa quienes a su vez asumirán aquellos procedimientos de mayor complejidad.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 41

- |  |
|--|
| - Personal de farmacia del hospital y el Primer Nivel con tiempo asignado específicamente a esta modalidad, acorde con el volumen de personas a manejar. |
| - Funcionario de Registros Médicos y secretarial para el Equipo de Primer Nivel.   |

Los funcionarios anteriores son el equipo base del proceso, quienes deben contar con el apoyo técnico de todas las disciplinas con las que cuenta el establecimiento de salud del Primer Nivel.

#### **h. Equipo y materiales necesarios.**

- Dado que la modalidad implica el ejercicio de intervenciones compartidas entre el Primer Nivel de Atención y en el Hospital, se encuentran involucrados los equipos y materiales de ambos niveles que están disponibles para la atención de la personas. No se requieren nuevos, solamente garantizar la disponibilidad en red de los mismos.

También se debe garantizar la disponibilidad de equipos para la comunicación, en particular medios virtuales para agilizar la atención, como Microsoft Lync o Skype Empresarial.

#### **i. Infraestructura mínima**

- Dado que la modalidad implica el ejercicio de intervenciones compartidas entre el Primer Nivel de Atención y en el Hospital, se encuentran involucrada la infraestructura de ambos niveles que está disponible para la atención de la personas.

### **CONTACTO PARA CONSULTAS**

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

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

### **VALIDACIÓN**

El proceso de validación del Manual supuso una sesión presencial con profesionales que desarrollan la 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código <b>MP.GM.DDSS.150318</b>
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 42

Cada profesional lee el documento que se le entrega, valorar numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier observación, si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta cuenta con un total de 22 preguntas, respecto a cada una se aplica una escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales.



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

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

La encuesta aplicada es la siguiente.





<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 45

- 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 la Atención Diferenciada en el Primer Nivel en la institucional son los siguientes.

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tipo (qué indica)</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Fuente de información (evidencia)</b>	<b>Periodicidad</b>
<b>N° Ingresos</b>	N° total de personas que se admiten en la modalidad	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas admitidas en la modalidad en el periodo	Registros Médicos	Mensual
<b>N° de personas con interrupción de tratamiento</b>	N° de personas con interrupción de tratamiento por abandono de la persona.	Indicador de proceso (números absolutos)	Sumatoria de personas que interrumpen el tratamiento por abandono en el periodo	Registros Médicos Registro de la modalidad	Mensual
<b>Cumplimiento de Plan terapéutico</b>	N° de personas a los cuales se les completa el Plan terapéutico indicada por el especialista	Indicador de proceso (calidad objetiva)	Sumatoria de personas	Registro de cumplimiento Plan Terapéutico	Mensual
<b>Satisfacción de la persona</b>	Percepción que la persona tuvo de la 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

La lista de indicadores que se presentada no es exhaustiva, sin embargo, permite generar una línea base institucional para el seguimiento de la evolución de esta modalidad. Como pasos siguientes, cada equipo debe generar nuevos indicadores que permitan visibilizar el impacto tanto de la gestión

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 46

del trabajo en equipo como de las intervenciones articuladas en red con la participación de la persona, la familia y la comunidad, en aras de disponer de mayor información respecto a la puesta en 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.

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 47

**ANEXOS**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Código MP.GM.DDSS.150318
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL	Página N° 48

**Anexos 1**  
**Nota de Gerencia Médica: 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 Rocio Sánchez Montero. Fortalecimiento Prestación Servicios de Salud

Dra. Adelaida Mata Solano. Area de Atención Integral a las Personas

Archivo (2901-6659-18)

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 49

## REFERENCIAS

<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA</b>		<b>Código MP.GM.DDSS.150318</b>
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA EN PRIMER NIVEL</b>	Página N° 50

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

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

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

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

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

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