



Caja Costarricense de Seguro Social

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Atención Integral a las Personas

2009

**SUBSISTEMA DE HOSPITALIZACION,
ATENCIÓN Y APOYO DOMICILIAR DE LA CCSS
ARTICULADO EN RED PARA LA PERSONA Y SU
SISTEMA FAMILIAR**



Elaborado por:

Stella Bolaños Varela

Luz Arreola Ramos

Adelaida Mata Solano

TABLA DE CONTENIDOS

I. Introducción.....	7
II. Metodología seguida para la construcción del proceso.....	9
III. Justificación.....	18
IV. Antecedentes internacionales de la hospitalización y la atención domiciliar.....	22
V. Antecedentes nacionales y situación actual de la hospitalización y la atención domiciliar.....	29
a. Antecedentes de la atención y hospitalización domiciliar en nuestro país.....	30
b. Situación actual de la atención y hospitalización domiciliar en Costa Rica.....	33
VI. Marco conceptual.....	83
a. Estado de Bienestar y Políticas Públicas.....	83
b. Indicadores que evidencian el estado de la salud en el mundo y en nuestro país.....	87
c. El impacto del abandono en la situación de salud.....	92
d. Atención Primaria.....	99
e. Hospitalización domiciliar.....	100
f. Atención domiciliar.....	111
g. Sistema de apoyo a domicilio.....	119
a. Familia como agente y recurso de salud.....	119
b. La comunidad como promotora de salud.....	124
c. Servicios de Seguridad Social.....	131
VII. Consideraciones éticas a tomar en cuenta en la Hospitalización, Atención y Apoyo domiciliar.....	140
VIII. Propuesta de Subsistema de la CCSS de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar articulado en red para la persona y su sistema familiar.....	147
IX. Referencias.....	167
X. Anexos.....	170

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia condiciones "Obturada", "Perdida" e "Higiénica", según grupos de edad, SIVEO 2004.....	46
Gráfico 2. Distribución mundial de la carga de enfermedad.....	88
Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil 1970-2020.....	90
Gráfico 4. Tasa global de fecundad. 1955-2002.....	90
Gráfico 5. Cantidad de personas en condición de abandono, según Hospitales Regionales de la CCSS, Enero-Agosto, 2006.....	97
Gráfico 6. Cantidad de personas en condición de abandono, según Hospitales Periféricos de la CCSS, Enero-Agosto, 2006.....	97
Gráfico 7. Cantidad de personas en condición de abandono en los Hospitales de la CCSS, según edad. Enero-Agosto, 2006.....	98
Gráfico 8. Cantidad de personas en condición de abandono en los Hospitales de la CCSS, según sexo. Enero-Agosto, 2006.....	98

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Criterios que se autoevalúan con el Modelo de Excelencia EFQM.....	51
Figura 2. Desafíos para el 2015: Logro de los ODM y Otras Agendas Prioritarias.....	100
Figura 3. Objetivos a seguir para prevenir los efectos adversos en la hospitalización.....	103
Figura 4. Diagrama de causa y efecto: Núcleo Familiar.....	105
Figura 5. Valoración Interdisciplinar e Integral.....	109
Figura 6. Aspectos a considerar par la valoración integral.....	110
Figura 7. Informe de continuidad de cuidados.....	111
Figura 8. ASP: Estrategia Integradora de Enfoques Fundamentales Para la Salud.....	147
Figura 9. Procesos de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio articulado en red...	154
Figura 10. Tipo de usuarios(as).....	158
Figura 11. Intervención.....	159
Figura 12. Intervención: Proceso de otorgamiento de ayudas externas en salud al usuario de los Servicios.....	160
Figura 13. Cambio del Sistema de Salud.....	161
Figura 14. Elementos a considerar en el sistema.....	162
Figura 15. Red de recursos sanitarios y sociales necesarios de estar presentes en la organización de la hospitalización y atención domiciliar según Contel (s.a.).....	163
Figura 16. Virtualización de los servicios domiciliarios.....	165

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de Geriátría del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Julio-2008.....	56
Tabla 2. Perfil de autoevaluación superficial de la Clínica de Anticoagulados del Hospital Tony Facio Castro de la Dirección Regional Huetar Atlántica, Julio-2008.....	58
Tabla 3. Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de Clínica de Heridas del Hospital Monseñor Sanabria de la Dirección Regional Pacífico Central, Julio-2008.....	61
Tabla 4. Perfil de autoevaluación superficial de la Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital La Anexión de la Dirección Regional Chorotega, Julio-2008.....	62
Tabla 5. Perfil de autoevaluación superficial de la Atención Integral Domiciliar al Paciente Adolescente portador de Diabetes Tipo I del Hospital México, Julio-2008.....	65
Tabla 6. Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de de Atención Domiciliar del Hospital Nacional San Juan de Dios, Julio-2008.....	67
Tabla 7. Perfil de autoevaluación superficial Atención Diálisis Peritoneal del Hospital Enrique Baltodano Briceño de la Dirección Regional Chorotega, Julio-2008.....	70
Tabla 8. Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de Farmacia del Área de Salud de Coto Brus de la Dirección Regional Brunca, Julio-2008.....	72
Tabla 9. Perfil de autoevaluación superficial de la Atención Domiciliar del Área de Salud Zapote-Catedral, San José, Julio-2008.....	74
Tabla 10. Población ocupada total y asegurada en el seguro de salud de la CCSS, por sector institucional, según rango de salario mensual. Junio de 2006.....	91

El peor de todos los pasos es el primero. Cuando estamos listos para una decisión importante, todas las fuerzas se concentran para evitar que sigamos adelante.

Ya estamos acostumbrados a eso. Es una vieja Ley de la Física: Romper la inercia es difícil.

Como no podemos cambiar la física, concentremos la energía extra y así conseguiremos dar el primer paso.

Después el camino mismo ayuda”

Paulo Cohele. El instante mágico.

I. INTRODUCCIÓN

Considerando la visión de la Caja Costarricense de Seguro Social hacia el 2025, la Política de Calidad y Seguridad del Paciente aprobada por la Junta Directiva en el Artículo 2° de la sesión N° 8139, celebrada el 22 de marzo de 2007 y las Líneas de Acción de la Gerencia Médica 2007-2012 se formula el presente documento. El mismo, contiene información acerca de los antecedentes y la situación actual de la hospitalización y la atención domiciliar en los ámbitos internacional y nacional.

Además, incluye algunos referentes conceptuales que permiten aclarar y unificar el punto de partida teórico de la propuesta del Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliar que se presenta, que constituye una sugerencia para organizar e institucionalizar dicha atención. Esta propuesta, se construye a partir de la evaluación de modalidades de atención domiciliar y hospitalización domiciliar existentes en el país, cuyos resultados se describen, así como, sus estrategias de mejora continua basadas en la evidencia con el uso de herramientas de calidad.

Se perfila entonces, la atención en el domicilio como una estrategia no convencional de atención en los establecimientos de salud, respaldada por la necesidad de implementar acciones que lleven a cambios trascendentales en la atención de la salud, validadas por equipos de los tres niveles operativos de la CCSS, el nivel central, representantes de comunidades, de instituciones del sector salud y por usuarios(as) de los servicios.

Como proponen Contel, Gené y Peysa (1999) la atención domiciliar de calidad requiere de un abordaje integral y multidisciplinario, que únicamente es posible si se consigue la participación e implicación de los equipos de funcionarios(as) que la desarrollan. Igualmente afirman, que para conseguir la satisfacción de los usuarios es necesario garantizar una continuidad asistencial personalizada y su involucramiento, evitando la fragmentación que por lo general caracteriza la atención especializada. De ahí, la importancia de asumir la atención en el domicilio de manera integral, integrada y continuada.

El escenario del futuro para los Sistemas de Salud (definición de hospitales y atención primaria) implica profundizar en la salud orientada a la comunidad y en la definición de entornos amigables, implementando nuevas modalidades de atención, teniendo en cuenta un enfoque sistémico y la transformación de las familias en agentes de salud con apoyos gubernamentales y no gubernamentales.

Lo anterior, implica que la atención en el domicilio debe estar en consonancia con el entorno demográfico, económico, social y cultural, así como, con sus tendencias futuras. Costa Rica está actualmente en una fase de cambios profundos, escenario en el cual se debate cuál es la mejor manera de organizar y maximizar el uso de los recursos de la seguridad social, en este panorama pareciera que la familia está llamada a asumir tareas que ha delegado al Estado, ello conlleva la necesidad de su capacitación y la de los

profesionales de la atención en esta dirección. Aspectos todos, analizados en el presente documento.

El cual, inicia entonces, con la metodología seguida para la construcción del proceso y las razones que justifican la presente propuesta y sus objetivos, relacionándolos con los antecedentes de la atención en el domicilio, la concepción moderna de la salud y la situación de la salud en el mundo globalizado, para luego describir las consideraciones éticas que deben tomarse en cuenta al implementar la hospitalización y atención en el domicilio. Finalmente, se propone el Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio que la CCSS podría paulatinamente implementar.

En resumen, se puntualizan aspectos que ayudan a definir cómo establecer un subsistema de atención en el domicilio eficiente y eficaz, centrado en la persona, la familia y la atención de su salud de manera integral.

II. METODOLOGÍA SEGUIDA PARA LA CONSTRUCCION DEL PROCESO

En este apartado se describe de manera cronológica el proceso de construcción y organización seguido para el desarrollo inicial del subsistema objeto del documento, cabe mencionar que el mismo se perfiló con visión sistémica, integradora, futurista y en aras de garantizar desde nuestra institución una atención integral, integrada y continuada. Como parte de la descripción se mencionan las personas que con su compromiso, experiencia, visión y conocimiento aportaron al proceso. **A todas ellas un agradecimiento y reconocimiento especial.**

INICIO. El 3 de octubre de 2007 la Dra. Stella Bolaños Varela inicia un proceso que tiene como propósito **la unión de voluntades personales y de equipos de salud, relacionados con un quehacer personal e institucional en el campo de la atención en el domicilio**, a lo largo de muchos años. Se busca trascender la mera investigación y construcción de un documento, para evidenciar el quehacer, la participación de muchas personas, así como, el establecimiento de alianzas estratégicas necesarias para provocar la transformación del modelo de atención institucional. Cumpliendo, además, con la ejecución de metas definidas en las Líneas de Acción del Plan de la Gerencia Médica 2007-2012, que estipulan la necesidad de "Documentar y evaluar, antes de finalizar el 2008 las modalidades existentes en el país de asistencia ambulatoria y domiciliar, dirigidas a prevenir o sustituir la atención hospitalaria convencional" y "Ejecutar y evaluar entre los años 2009 y 2010 tres nuevas experiencias piloto de asistencia ambulatoria y domiciliar dirigidas a prevenir o sustituir la atención hospitalaria convencional".

Este proceso se inicia, entonces, con la visión de proporcionar un insumo que permita dar el primer paso para iniciar un círculo de calidad y mejoramiento continuo en propuestas de trabajo y de participación permanentes, considerando que el aporte individual y colectivo tiene que ser sumatorio y en una dirección: no duplicar, articular y replicar los esfuerzos exitosos sin egoísmos y con transparencia.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA. Se consultan documentos que describen los antecedentes nacionales e internacionales de la atención en el domicilio, así como, aquellos que describen los conceptos y principios necesarios de tomar en cuenta.

ENCUESTA Y VISITA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON MODALIDADES DE ATENCIÓN DOMICILIAR IMPLEMENTANDOSE. Se aplica una encuesta de consulta telefónica preliminar y se realiza una visita para conocer la organización, actividades, servicios y características de la población atendida en el domicilio, que brindaban los establecimientos de salud en el nivel nacional.

SELECCIÓN DE MODALIDADES DE ATENCIÓN A DOMICILIO PARA SU EVALUACIÓN. Se eligen modalidades de atención domiciliar de asistencia ambulatoria de hospitales y áreas de salud dirigidas a poblaciones vulnerables, que en las referencias internacionales ocupan los primeros lugares como tributarios de la hospitalización y

atención a domicilio, a saber: personas adultas mayores, discapacitadas, adolescentes con calidad de vida disminuida, población indígena, personas con enfermedades crónicas, usuarios(as) en estado terminal y aquellos centros que necesitan descongestión de sus servicios de emergencias y/o consulta externa, así como, la disminución de estancias prolongadas.

Los establecimientos o servicios visitados fueron: Servicio de Geriatría del Hospital Calderón Guardia; Cuidados Paliativos del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva; Unidad de Atención Domiciliar del Hospital San Juan de Dios; Atención domiciliar a adolescentes portadores de diabetes Mellitus Tipo 1 del Hospital México; Clínica del dolor y Cuidados Paliativos del Hospital La Anexión; Servicio de Medicina Interna del Hospital Max Terán Valls; Servicio de Rehabilitación del Hospital de San Carlos; Clínica de Anticoagulados del Hospital Dr. Tony Facio Castro; Medicina Interna del Hospital Enrique Baltodano Briceño; Programa de Atención Domiciliar del Área de Salud Zapote-Catedral; Farmacia del Área de Salud de Coto Brus; Fisiatría del Centro Nacional de Rehabilitación, Hospitalización a Domicilio del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes; Clínica del dolor y cuidados paliativos del Hospital Carlos Luis Valverde y Hospital Nacional Psiquiátrico.

De dichos servicios, los equipos que realizan el proceso completo de evaluación con herramientas de calidad fueron:

- Servicio de Geriatría del Hospital Calderón Guardia;
- Unidad de Atención Domiciliar del Hospital San Juan de Dios
- Atención domiciliar a adolescentes portadores de diabetes Mellitus Tipo 1 del Hospital México
- Clínica del dolor y Cuidados Paliativos del Hospital La Anexión
- Servicio de Medicina Interna del Hospital Max Terán Valls
- Clínica de Anticoagulados del Hospital Dr. Tony Facio Castro
- Medicina Interna del Hospital Enrique Baltodano Briceño
- Programa de Atención Domiciliar del Área de Salud Zapote-Catedral
- Farmacia del Área de Salud de Coto Brus

ALIANZAS INTERDISCIPLINARIAS EN OFICINAS CENTRALES DE LA CCSS Y OTRAS INSTANCIAS. Se solicita información respecto a las actividades que realizan en torno a la atención domiciliar a las Subáreas de Laboratorio, Enfermería, Odontología, Trabajo Social y Nutrición de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; así como, a las Direcciones de Prestaciones Sociales y Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, a los Equipos Técnicos de Salud de la Persona Adulta Mayor y Salud Mental del Área de Atención Integral a las Personas.

Se establece una alianza estratégica con la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica, mediante la participación de los estudiantes Ignacio Carrillo, Roberto Castro y Ricardo Echeverría, quienes bajo la tutoría del Dr. Orlando Urroz Torres, subdirector del Hospital Nacional de Niños y en coordinación con la Licda. Ana Virginia Quesada Jefe del Servicio de Trabajo Social del mismo hospital, desarrollan la tesis titulada "Sistema de Atención a Domicilio para Adolescentes con Calidad de Vida Disminuida". La cual, implicó el desarrollo de talleres de consulta y su respectivo análisis dirigidos tanto a funcionarios del hospital como a usuarios(as) y sus familias respecto a las necesidades sentidas en torno a la atención recibida en la institución por este grupo poblacional.

Insumos a partir de los cuales se construye el sistema en mención, que posteriormente se valida con la participación, nuevamente de usuarios(as), sus familiares y funcionarios(as) representantes de los tres niveles de atención de la CCSS.

Además, se establece alianza con los representante de la **Comisión Institucional de Calidad**, para solicitar su participación en el desarrollo de los cursos EFQM y EPQI (de junio a setiembre de 2008) con el fin de evaluar las modalidades de atención en el domicilio elegidas, ello en coordinación con el Dr. Orlando Urroz Torres, director del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente. Participan de la comisión:

- Hospital Enrique Baltodano Briceño y Hospital La Anexión. Licda. Luz Aida Cruz.
- Dirección Regional Pacífico Central. Licda. Vitalia Jiménez Vargas.
- Hospital Tony Facio Castro. Lic. Luis Paulino Chacón Calderón.
- Hospital Max Terán Valls. Licda. Rosina Ruiz C.
- Área de Salud de Coto Brus. Licda. Cecilia Madrigal Fonseca.
- Hospital de San Carlos. Dr. Alejandro Jiménez González.
- Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Licda. Jeannette Quirós.
- Hospital México. Licda. Silvia Beirute Bonilla.
- Hospital Nacional de Niños. Orlando Urroz Torres.
- Área de Salud Belén Flores. Dr. Ronald Rodríguez.
- Dirección de Proyección de los Servicios de Salud. MSc. Sonia Torres.

Asimismo, se realizan encuentros de coordinación con autoridades de las Escuelas de Ingeniería y Enfermería, así como, de la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica; de la Rectoría y la Maestría en Economía de la Salud de la Universidad Estatal a Distancia; de la Rectoría de Universidad Nacional; de la Rectoría Universidad Santa Paula y de la Vicerrectoría de Docencia de la Universidad de Ciencias Médicas y de la Vicealcaldía de la Municipalidad de San José. Sesiones todas que tuvieron como propósito de

identificar posibles alianzas para socializar y validar la propuesta de subsistema en construcción.

Igualmente, se desarrollan encuentros para iniciar alianzas con las direcciones de la Organización Hellen Keller, el Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia, la Organización Panamericana de la Salud.

INTEGRACION DEL EQUIPO DE TRABAJO. Se incorpora al proceso y a la de construcción del documento, la Licda. Adelaida Mata Solano (co-coordinadora en ese momento de la Subárea de Modalidades de Abordaje en los Servicios de Salud del Área de Atención Integral a las Personas (AAIP) de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud) cuyo equipo de trabajo elabora el documento *Lineamientos Metodológicos para el Diseño de Propuestas de Modalidades de Atención en los Establecimientos de Salud*, el cual, fue avalado por la Gerencia Médica en mediante nota N° 61172-4 del 24 de noviembre de 2008 firmada por la Dra. Rosa Climent Martin.

Se establece esta alianza con el AAIP en particular con la Subárea de Modalidades, considerando que la Atención y la Hospitalización a Domicilio son modalidades que deben ser institucionalizadas, al igual que muchas iniciativas no convencionales existentes a lo largo y ancho del país, que pueden institucionalizarse siguiendo un proceso similar al descrito en este documento para fortalecer la atención extramuros desarrollada por la CCSS.

Como parte de este equipo del AAIP se integran además, la Dra. Nineth Alarcón Alba, la Dra. Inés Clarke Spence, la Dra. Vilma García Camacho, el Dr. Freddy Ulate Mora. Posteriormente, se integra al equipo la Dra. Luz Elena Arreola Ramos de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

SESIONES DE SOCIALIZACION Y CONSULTA DURANTE EL PROCESO. La primera fue la reunión en el Hospital Nacional de Niños con los miembros del Subárea de Modalidades de Abordaje de los Servicios de Salud del Área de Atención Integral a las Personas, representantes de la Comisión de Calidad y los estudiantes de Ingeniería Industrial de la UCR, en la que se presentó el Sistema de atención a domicilio del Hospital Nacional de Niños y el Documento de Lineamientos para el diseño de Modalidades de Atención en la CCSS.

La segunda reunión se realiza en el Hospital San Juan de Dios con personal de los tres niveles de atención para validar El Sistema de Atención a Domicilio de Adolescentes con Calidad de Vida Disminuida y discutir el desgaste del modelo actual.

La tercera fue la reunión en el Hospital Nacional de Niños el **22 de febrero de 2008** en la cual se establecen los primeros contactos para el trabajo en equipo sobre la propuesta del subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar, con la participación de representantes de: la Comisión Institucional de Calidad, del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, de la Subárea de Modalidades de Abordaje de los Servicios de Salud, de los estudiantes y autoridades de la Escuela de Ingeniería Industrial de la

Universidad de Costa Rica, de la Municipalidad de San José, de las modalidades elegidas para su evaluación, de la Dirección de Prestaciones Sociales, de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, de la Escuela de Enfermería y de la Vicerrectora de Acción Social de la Universidad de Costa Rica y de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica (Dr. Roberto del Águila).

La cuarta fue la reunión en el Hospital Nacional del Niños el **2 de mayo de 2008** en la cual se define el proceso de capacitación a seguir con los primeros equipos de los servicios de salud que van a evaluar modalidades de atención domiciliar utilizando las herramientas de calidad EFQM y EPQI. Participan en la sesión los miembros de la Comisión Institucional de Calidad quienes en coordinación con el Programa Nacional de Seguridad y Calidad del Paciente desarrollan los cursos durante los meses de junio a octubre 2008.

La quinta fue la reunión realizada en el Centro de Desarrollo Social el **03 de octubre de 2008** con el propósito de validar la propuesta del Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar que se incluye en este documento. En dicha sesión de trabajo participaron los coordinadores de cada una de las once modalidades de atención domiciliar de la CCSS evaluadas durante el 2008, además de representantes de la Unidad de atención domiciliar del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Área de Salud de Santo Domingo.

La sexta reunión se ejecuta el **17 de octubre de 2008** también en el Centro de Desarrollo Social con el propósito de validar la propuesta del Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar articulada en red que ya incorporaba las observaciones hechas en la segunda reunión de expertos. En dicha sesión de trabajo participaron los coordinadores de cada una de las once modalidades de atención domiciliar de la CCSS evaluadas durante el 2008; representantes de Unidad de atención domiciliar del Hospital Nacional Psiquiátrico; del Área de Salud de Coronado; del Área de Salud Desamparados 2; de la Unidad de atención a domicilio del Área de Salud de Santo Domingo; de la Subárea de Odontología; del Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos; de la Unidad de Cuidados Comunitarios del Hospital Nacional de Geriátria Raúl Blanco Cervantes; de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud; del Proyecto de Red Oncológica Nacional; de Telesalud; de la Universidad de Ciencias Médicas; de Acción Social, del Comité de Bioética y de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; de la Universidad Estatal a Distancia; del Departamento de Docencia de la Universidad Nacional; de la Escuela de Terapia Respiratoria y de la Escuela de Terapia Física de la Universidad Santa Paula y de la Municipalidad de San José.

La séptima sesión se realiza los días **27 y 28 de noviembre de 2008**, corresponde al desarrollo del Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en el domicilio y la comunidad que tuvo como propósito socializar las modalidades de atención evaluadas y sus proyectos de mejora, al tiempo que se actualizaron conocimientos acerca de la atención en el domicilio en los servicios de salud. En dicha sesión de trabajo participaron los equipos de cada una de las once modalidades de atención domiciliar de la CCSS evaluadas bajo el modelo EFQM durante el 2008; los equipos de las ocho modalidades que

aplicaron proyectos de mejora con el Modelo EPQI; los miembros de la Comisión Institucional de Calidad; las jefaturas de las subáreas de Sistemas de Salud, de Enfermería, Odontología, Nutrición y Trabajo Social de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; representantes de la Dirección de Red de Servicios de Salud; la Dirección de Medicamentos y Terapéutica; la Dirección de Comunicación Organizacional; la Dirección de Proyección de los Servicios de Salud; Telesalud; de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud; de la Dirección de Prestaciones Sociales; de la Universidad de Ciencias Médicas; de la Universidad de Santa Paula; de la Universidad Nacional; de la Universidad Estatal a Distancia; de la Municipalidad de San José y del Hospital Max Peralta.

La octava sesión se realiza los días **25 y 26 de junio de 2009**, refiere al desarrollo del Taller para la Organización del expediente domiciliario en los tres Niveles de Atención como componente del Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliario de la CCSS, que tuvo como objetivos elaborar lineamientos para una propuesta de organización del expediente domiciliario, definir principales líneas temáticas para la organización de un proceso de capacitación y desarrollo del expediente domiciliario en los tres niveles de atención, así como, elaborar un plan de trabajo para la implementación del proceso de capacitación y desarrollo del expediente domiciliario. En dicha sesión de trabajo participaron representantes de Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, del Área de Atención Integral a las Personas, de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Trabajo Social, de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Odontología, de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Enfermería, de la Supervisión Regional de Enfermería de la Región Pacífico Central, de los Hospitales Rafael Ángel Calderón Guardia, México, Max Terán Valls de Quepos, San Vicente de Paúl de Heredia, Tony Facio Castro de Limón. Así como, de las Juntas de Salud Montes de Oca y el Hospital de la Mujeres Adolfo Carit Eva, de las Áreas de Salud Zapote Catedral, Aguirre. Además del Instituto Nacional de Seguros, INCIENSA y la Organización Panamericana de la Salud.

La novena sesión **02 y 22 de octubre de 2009**, corresponde al desarrollo del Taller del Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario articulado en red: Carné de seguimiento a la atención u hospitalización del usuario(a) en el domicilio, el cual tuvo como objetivo abrir un espacio de reflexión técnica con la participación de profesionales en salud de los tres niveles de atención para validar la propuesta de carne domiciliario a ser institucionalizada en apoyo a modalidades de atención hospitalaria no convencional. En dicha sesión de trabajo participaron representantes de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, del Área de Atención Integral a las Personas, de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Trabajo Social, de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Odontología, de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Enfermería, de la Supervisión Regional de Enfermería de la Región Pacífico Central, de los Hospitales

Nacional Psiquiátrico, Rafael Ángel Calderón Guardia, México, Max Terán Valls de Quepos, Tony Facio Castro de Limón, William Allen de Turrialba, Enrique Baltonado Briceño de Liberia y San Vicente de Paúl de Heredia. Así como, de las Juntas de Salud Montes de Oca y el Hospital de la Mujeres Adolfo Carit Eva, de las Áreas de Salud Zapote Catedral, Aguirre, Alajuela Sur y Desamparados 3. Además del Instituto Nacional de Seguros, INCIENSA y la Organización Panamericana de la Salud.

La décima sesión de trabajo se ejecuta los días **29 y 30 de octubre de 2009**, corresponde al Taller del Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar articulado en red: Alternativas de apoyo a la Hospitalización y atención domiciliar con énfasis en cuidadores, el cual tuvo como propósitos abrir un espacio de reflexión técnica con la participación de profesionales en salud de los tres niveles de atención, miembros de Juntas de Salud y representantes de Asociaciones de pacientes por los pacientes para elaborar una propuesta de Sistema de Servicios de Apoyo a la Atención y Hospitalización Domiciliar e institucionalizar dicha propuesta en apoyo a modalidades de atención hospitalaria no convencional, para consolidar la estrategia de salud del usuario(a) y de la familia, como modelo de atención y centro ordenador de redes en el Sistema Nacional de Salud. Participan en esta sesión de trabajo representantes de la Dirección Técnica de Bienes de la Gerencia Logística, del Área de Atención Integral a las Personas, de los Hospitales Nacional de Niños, Carlos Luis Valverde Vega, de las Clínicas Marcial Fallas e Integrada de Tibás, de las Direcciones Regionales Pacífico Central y Brunca, de las Áreas de Salud de Aguirre, Goicoechea 1, Santo Domingo, Pérez Zeledón, Coto Brus. Además, de las Juntas de Salud de Curridabat y el Hospital de la Mujeres Adolfo Carit Eva. Inigualmente se integraron representantes del Instituto Nacional de Seguros, INCIENSA y la Organización Panamericana de la Salud.

La onceava sesión de trabajo se lleva a cabo los días **23, 24 y 25 de noviembre de 2009** que corresponde al desarrollo del Foro de Calidad y Seguridad del Paciente 2009 que tuvo como propósito socializar las modalidades de atención evaluadas y sus proyectos de mejora, al tiempo que se actualizaron conocimientos acerca de la atención en el domicilio en los servicios de salud. En dicha sesión de trabajo participan los equipos de cada una de las once modalidades de atención domiciliar de la CCSS evaluadas bajo el modelo EFQM durante el 2008; los equipos de las ocho modalidades que aplicaron proyectos de mejora con el Modelo EPQI 2008 y 2009; los miembros de la Comisión Institucional de Calidad; las jefaturas de las subáreas de Sistemas de Salud, de Enfermería, Odontología, Nutrición y Trabajo Social de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; la Dirección de Red y Gestión de los Servicios de Salud; de la Dirección de Red de Servicios de Salud; la Dirección de Medicamentos y Terapéutica; la Dirección de Proyección de los Servicios de Salud; de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud; de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud; de la Dirección de Prestaciones Sociales; de las Universidades de Ciencias Médicas; Santa Paula; Nacional y de Costa Rica. Además del Hospital Max Peralta, la Defensoría de los Habitantes y del Instituto-Fundación Internacional de la Salud de Centro América (IHCAI).

FORTALECIMIENTO DEL COMPONENTE DE SERVICIOS DE APOYO A LA ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIAR. Integración de la comisión responsable de esta tarea en el mes de junio, 2009 desarrollando sesiones mensuales desde ese mes hasta noviembre 2009. En dicho equipo de trabajo, además de las autoras de este documento se integran la MSc. Fidelina Briceño Campos de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud y la Licda. Ligia Calvo Alvarado de la Coordinación de Regulación y Sistematización de diagnóstico y tratamiento de Trabajo Social, instancia adscrita a la Dirección de Servicios de Salud.

Se gesta como resultado del trabajo la Propuesta de *Diagrama de Derivación según perfil del usuario(a) hacia alternativas de apoyo a la hospitalización y atención domiciliar articuladas en red para la persona y su sistema familiar* que se valida en una sesión de trabajo realizada el 29 y 30 de octubre de 2009 con la participación de personal de salud de los tres niveles de atención de la CCSS y miembros de Juntas de Salud. La información del diagrama citado se incluye en este documento.

VALIDACIÓN FINAL DEL DOCUMENTO. Con la participación de todos los actores que participan en todo el proceso, a saber:

- Licda. Fidelina Briceño. Trabajadora Social. Área de Gestión Legal y de Juntas de Salud
- Licda. Ligia Calvo. Trabajadora Social. DDSS.
- Lic. Roberto Castro. Ingeniero Industrial. CCSS
- Dr. Federico Hernández Pimentel. OPS
- MSc. Griselda Ugalde. Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica
- Dr. Orlando Urroz Torres. Coordinador Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente
- Licda. Cecilia Vega. Trabajadora Social Pensionada.
- Equipos de salud participantes en Curso EFQM y EPQI con Modalidades de atención domiciliar en 2008
- Equipos de salud participantes en curso Levantamiento de procesos y EPQI 2009
- Equipo Nacional de la Subárea de Regulación de Enfermería
- Equipo Nacional de la Subárea de Regulación de Odontología
- Equipo Nacional de la Clínica de Cuidados Paliativos y Control del Dolor
- Equipo de la Dirección de Prestaciones Sociales
- Equipo de la Dirección de Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud

- Equipos Técnico de Salud de la Persona Adulta Mayor del Área de Atención Integral a las Personas. DDSS.
- Equipo Técnico de Salud Mental del Área del Atención Integral a las Personas.
- Comisión Institucional de Atención y Hospitalización Domiciliar 2009
- Comisión Institucional Servicios de Apoyo a la Atención y Hospitalización Domiciliar 2009
- Comisión Institucional de Calidad (representantes regionales y de establecimientos de salud participantes en el proceso) 1995-2009.

OFICIALIZACIÓN Y PUBLICACION. En el mes de octubre de 2009 se solicita a la Gerencia Médica la oficialización de documento. La Gerencia responde de manera positiva mediante nota 46941-4 con fecha 16 de octubre de 2009 (Ver Anexo 1), ello significa que se procede a la publicación para uso de los establecimientos de salud.

III. JUSTIFICACION

Para definir la hospitalización y la atención domiciliar de manera que resulten coherentes con la realidad nacional e institucional, es necesario partir de las condiciones que revelan que el Modelo Actual de Salud de nuestro país enfrenta un desgaste, las argumentaciones citadas se fundamentan en datos de Bustamante, Sáenz y Victoria (1992), datos referidos por funcionarios del salud en la sesión de trabajo desarrollada en el Hospital San Juan de Dios con personal de los tres niveles de atención, así como, datos derivados de la experiencia de las autoras del documento. Algunas de estas condiciones son las siguientes.

- Mayor número de personas con pluripatología de origen multifactorial y personas con discapacidad.
- Progresivo envejecimiento de la población.
- Elevado costo de la prestación de servicios, no promoción de una práctica médica de alta calidad e insatisfacción del usuario(a).
- Actividades curativas y preventivas y de promoción de la salud en la comunidad que no se consideran prioritarias.
- Estancias hospitalarias prolongadas con los respectivos efectos adversos en la seguridad del paciente.
- Distribución no equitativa de los recursos en los tres niveles de atención.
- Equipos técnicos desgastados y desmotivados por reiteración de intervenciones sin alternativas para el seguimiento.
- Resultados de las Evaluaciones de Compromisos de Gestión en Áreas de Salud y Hospitales en los últimos 5 años revelan: abarrotamiento de la Consulta Externa y los Servicios de Emergencia, falta de participación social.
- La organización de la consulta externa no considera criterios de prioridad para el otorgamiento de citas y las actividades se circunscriben exclusivamente a las realizadas dentro del establecimiento de salud. El rechazo de los usuarios(as) no es cuantificado ni considerado para citas futuras a corto plazo ni para la reorganización de la oferta de servicios.
- Ausencia de procesos establecidos y controlados en el flujo de la atención.
- Ausencia de estrategias para la atención de la comunidad, donde los usuarios(as) cada vez más informados demandan más y mejores servicios.
- Los recursos que pertenecen a la atención primaria, secundaria y terciaria no tienen interdependencia ni interdigitación porque faltan entes articuladores y guidores, lo que impide la óptima utilización de los mismos para garantizar la

economía y el impacto de los servicios prestados en las personas, las familias y las comunidades.

- Recursos de las diferentes instituciones (locales y naciones) desarticulados.
- Escaso compromiso intersectorial y de las organizaciones privadas involucradas en la atención a la salud.
- Inefectiva coordinación entre los recursos que necesita un usuario(a) después de una intervención realizada lo que genera la no resolución real de su problemática.
- La familia como agente y/o recurso de salud, no recibe en la mayoría de los casos, la información, orientación, educación, capacitación y apoyo que le permite la resolución de los conflictos que se originan al tener un miembro enfermo.
- Intervenciones sanitarias sesgadas, dirigidas a necesidades encontradas según el grupo étnico que se atiende, sin trascender hacia el problema real de la familia con intención sistémica que resuelva en forma efectiva la situación.
- Participación limitada de la comunidad en los procesos de resolución y atención de las dificultades de salud.
- Las actividades curativas y preventivas no se consideran dentro del marco de la atención integral de los problemas de salud de la comunidad.
- Los servicios se organizan con base en la libre demanda para la atención de medicina general. El rechazo de los pacientes no es cuantificado ni considerado para citas futuras a corto plazo ni para la reorganización de la oferta de servicios.
- Los servicios especializados no se apoyan en los servicios de medicina general.
- Existe sobreutilización de los servicios de apoyo diagnóstico.
- La atención gira de manera excesiva alrededor de la prescripción de medicamentos.
- Hay sobreutilización de los servicios hospitalarios para la resolución de problemas de salud, ya sea por una inadecuada referencia o por decisión del mismo usuario(a) que llega a la conclusión de que es en el hospital donde se le puede resolver más adecuadamente su problema de salud. Lo mismo que desde el nivel hospitalario no se hace una derivación coordinada con los elementos mínimos indispensables para que el seguimiento en el primer nivel de atención sea eficaz.
- La intervención de los profesionales de los equipos de salud en relación con la atención integral en salud es limitada.
- La mayoría de las modalidades de atención existentes no cumple con la propuesta institucional vigente desde 1987, de ofrecer bajo el concepto de sistema local de salud, una atención familiar y comunitaria que brinde servicios integrales de salud a toda la población con niveles óptimos de calidad, eficiencia, eficacia y a un coste viable para el mantenimiento del sistema.

- El problema de abandono, impacta con mayor fuerza en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social constituyendo un punto álgido para la Seguridad Social. Esta condición de abandono genera: soledad, aislamiento, indefensión, exclusión social, vulnerabilidad, deterioro funcional progresivo físico, social, emocional, espiritual y económico. En la medida en que la persona abandonada se convierte en "inquilina" del establecimiento de salud se genera un impacto negativo en el desarrollo de su vida y autonomía al tiempo que se debe incurrir en un alto costo económico en su atención directa.
- No existe una protección equitativa de acceso para el discapacitado(a) ni para la persona adulta mayor NI OTRAS POBLACIONES VULNERABLES, lo cual impide la independencia de ambos grupos en su comunidad. No se dispone del tratamiento completo y orientación profesional que permitan que estas poblaciones rescaten su capacidad residual para volver a reincorporarse a su comunidad y valerse por sí mismas.

Las situaciones descritas, confirman la necesidad de transformar el Modelo de Atención a la Salud hasta ahora implementado, reorientando los procesos institucionales desde una perspectiva más humana, de participación social y sistémica, que articule tanto los niveles de atención como las acciones técnicas y administrativas. A la vez, que considera los siguientes puntos.

- La competencia rectora del Ministerio de Salud de conducir a la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, así como, a la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impacten los determinantes de la salud de la población.
- La necesidad de que la Caja Costarricense de Seguro Social garantice la calidad de la atención a la población costarricense como única prestadora del seguro público de salud.
- La implementación de la Hospitalización y Atención domiciliar y comunitaria como prevención de eventos adversos que garantiza la seguridad del paciente (Lineamiento N°4 de la "Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente" aprobada por la Junta Directiva de la CCSS en Artículo 2° de la sesión N° 8139, celebrada el 22 de marzo de 2007).
- La priorización del sistema de salud para promover la calidad de vida, la autonomía y la dignidad de las personas durante su ciclo vital incluyendo el proceso de muerte con dignidad, como una manera de garantizar el cumplimiento del enfoque de derechos en la atención a las personas.
- El abordaje sistémico e integral de la salud, teniendo como eje el sistema familiar y la comunidad, mediante la búsqueda en el sistema de salud de oportunidades de mejora y fortalezas que permitan un cambio paulatino de la atención integral a la salud de las personas en respuesta a la demanda de los usuarios(as), las familias y las comunidades.

- La necesidad de crear entornos amigables y seguros que aporten al éxito de las intervenciones en salud.
- La necesidad de llevar la atención a la salud fuera de los escenarios hospitalarios, fortaleciendo la atención que se brinda en el primer y segundo nivel, así como, la articulación interinstitucional e intersectorial en red en apoyo a la vigencia, eficacia y eficiencia del sistema de salud.
- La atención a la salud debe ser definida desde la construcción de procesos de diagnóstico, así como, desde intervenciones planeadas interdisciplinariamente que incluyen al usuario, su familia y comunidad.

Para concretar el cambio institucional es necesario fortalecer estrategias para mantener los logros sanitarios alcanzados y desarrollar otras tácticas innovadoras para afrontar los nuevos desafíos de los servicios de salud y los entornos, con énfasis en los determinantes y los factores de riesgo. La hospitalización, atención y sistemas de apoyo a domicilio articulados en red se perfilan como alternativas viables para racionalizar el uso de los recursos que permiten mejorar y adaptar el funcionamiento de los centros de salud hacia una política de cambio y mejora sustancial. Ello, implica la disminución de costos, efectos adversos y factores de riesgo, la satisfacción del usuario(a) y su familia, así como, la horizontalidad y sostenibilidad de los sistemas de salud.

En apoyo a la hospitalización y atención a domicilio se deben implementar procesos de investigación y herramientas de alta tecnología que faciliten la interacción entre los equipos interdisciplinarios, los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, el usuario(a) y su familia.

Desde esta perspectiva, la propuesta del subsistema de atención domiciliar se presenta como un insumo en esta dirección de cambio institucional, especialmente centrada en el cumplimiento del enfoque de derechos, en la salud orientada a la comunidad y en el fortalecimiento de la familia como agente de salud con el apoyo de los funcionarios(as) de la CCSS y otras organizaciones locales y nacionales.

IV. ANTECEDENTES INTERNACIONALES DE LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ATENCIÓN DOMICILIAR

Minardi et al. (2001) señalan que la hospitalización a domicilio fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, con el Dr. Bluestone como una extensión del hospital hacia el domicilio, las razones fueron descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación.

El Hospital Tenon de Paris, Francia fue el primero en crear una Unidad de Hospitalización a Domicilio en 1951 y en 1957 se estableció en la misma ciudad el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aun hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a pacientes crónicos y terminales. La hospitalización a domicilio en Francia fue reconocida oficialmente, hasta 1992 como una alternativa a la hospitalización tradicional.

A partir de los años sesenta, en Canadá empezaron a funcionar servicios de hospitalización orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente.

En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de Atención Hospitalaria en el Hogar, en Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años setenta y en Italia con el nombre de Hospedalizzazione a Domicilio en los años ochenta.

En España en 1981, inicia el funcionamiento en el Hospital Provincial de Madrid. En 1987, en Montreal surge una experiencia piloto, el *Hospital Extramural* que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos. En la Comunidad Valenciana se origina en 1990.

Se evidencia que el crecimiento de la Hospitalización Domiciliar ha sido muy irregular, internacionalmente no es hasta 1996 que la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina el Programa From Hospital to Home Health Care (Del Hospital a la Atención en Salud en el Hogar) dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

Dicha Oficina plantea que en respuesta a los cambios contextuales, a los retos para la salud y a los servicios sanitarios, los países de Europa han desarrollado una amplia variedad de estrategias de intervención política a distintos niveles del sistema. Podemos resumir estas respuestas políticas en cuatro temas integradores: cambio en los papeles del Estado y el mercado en la asistencia sanitaria; descentralización hacia niveles inferiores del sector público y hacia el sector privado; aumento de la posibilidad y la capacidad de elección del ciudadano y evolución del rol de la salud pública.

A finales de la década de 1980, muchos gobiernos europeos comenzaron a reexaminar la estructura mediante la cual sus servicios sanitarios eran dirigidos. El debate sobre la reforma de la asistencia sanitaria se centró en cuestiones relacionadas con la oferta de los servicios, buscando cómo organizar, financiar y prestar estos con la mejor

relación coste-efectividad. La mayoría de los países europeos han adoptado formalmente políticas sobre reforma de asistencia sanitaria y sobre salud pública ejemplificada por la estrategia de Salud para Todos.

Es preciso definir qué se entiende por salud pública, el término ha sido interpretado de diversas formas en momentos y sitios distintos. En Hungría se identificaron siete palabras distintas con significados que iban desde la higiene tradicional hasta lo que podría traducirse de forma aproximada como medicina social. En 1952, un comité de expertos de la salud pública de la OMS, partiendo de una definición realizada en 1923 la definen como

la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, y promover la salud mental y física, así como la eficiencia, mediante esfuerzos comunitarios organizados para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades transmisibles, educar a los individuos en materia de higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz, el tratamiento preventivo de la enfermedad y desarrollar una maquinaria social que garantice a todos los individuos un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud, organizando estos beneficios al objeto de capacitar a cada ciudadano para ejercer su derecho natural a la salud y a la longevidad (Oficina Regional Europea de la OMS, 1996, p. 76).

El "movimiento de la nueva salud pública", resalta numerosas actividades incluida la asistencia médica que contribuye a proteger, promover y mejorar la salud de una población dada (Barnard, citado por Oficina Regional Europea de la OMS, 1996). La definición detallada señala que la

nueva salud pública se plantea un esfuerzo sistemático por identificar las necesidades de salud y organizar servicios sanitarios globales con una base poblacional bien definida. Abarca pues, el proceso de información necesario para caracterizar las patologías de la población y la movilización de los recursos necesarios para responder a ellas. Por tanto, incluye organizar el personal y las instalaciones de prestación de los servicios sanitarios requeridos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación física, social y profesional (p. 77).

La complejidad de los determinantes de la enfermedad ha conducido a elaborar un nuevo abordaje de la promoción de la salud, basada en un concepto multifactorial de la misma. El informe elaborado en 1974 por el gobierno Canadiense "A new perspective on the health of Canadians", conocido muchas veces como informe Lalonde, introdujo el concepto de "campo de la salud", según el cual es el resultado del estilo de vida, el medio ambiente, la biología humana y la asistencia sanitaria. Este enfoque constituye la base de la estrategia europea de Salud para Todos adoptada por la OMS 10 años después, en 1984 y de la carta de Ottawa de 1986 que plantea:

- Formular políticas sanas
- Crear entornos que aporten respaldo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar las habilidades personales y,
- Reorientar los servicios sanitarios.

Estos principios refuerzan el papel de la salud pública en la capacitación de individuos y comunidades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud. Las reformas sanitarias europeas de finales de los 80 y principios de los 90 prestaron la atención a la organización y conducta de los proveedores de servicios de salud a nivel institucional. Dichos cambios, se centraron en mejorar la eficiencia gestora y los resultados en salud, aumentando el interés por desarrollar programas de calidad asistencial y por sustituir las modalidades asistenciales poco adecuadas por las más idóneas, lo cual exige reestructurar la organización interna y externa de los hospitales incrementando las capacidades de la atención primaria.

La base para mejorar la calidad de la asistencia clínica fue recoger, sintetizar y divulgar pruebas, así como, establecer mecanismos para asegurar el uso de las evidencias disponibles, lo que suele describirse como actividades de garantía de calidad.

De manera que, la reforma sanitaria en Europa tiende a desplazar las fronteras de los hospitales, la atención primaria en salud y los cuidados comunitarios. Lo anterior, dado que las presiones a favor de revisar las prácticas en la década de los noventa reflejaban diversos factores entre los que se incluían: contener los costes globales del sistema, nuevas demandas de recursos derivadas de cambios epidemiológicos ligados a la estructura demográfica y mayores expectativas por parte de los usuarios. La adaptación de los sistemas sanitarios a dichas presiones se realizó mediante un proceso de sustitución, definido como el reagrupamiento de los recursos entre los distintos entornos asistenciales.

Bajo la categoría de sustitución se incluyeron los desplazamientos en los patrones terapéuticos, procedimentales u organizativos, distinguiéndose tres tipos de sustitución: trasladar la asistencia de lugar, introducir nuevas tecnologías y modificar la mezcla de personal y cualificaciones. Todos los tipos de sustitución fueron aplicables al pasar a la asistencia domiciliaria desde la hospitalaria, como sucede con los esquemas tipo hospital a domicilio, los programas hospitalarios de cobertura ampliada, la mejora de la asistencia de larga duración, las transfusiones sanguíneas y la diálisis renal.

El paso desde la asistencia hospitalaria secundaria a la primaria o comunitaria conllevó sustituciones en:

- La localización, caso de la fisioterapia.
- Lugar y tecnología, caso de la electrocardiografía y laboratorio portátil.
- Lugar y personal y/o cualificaciones, como las enfermeras, asesoramiento farmacéutico comunitario sobre los fármacos con receta seleccionados, los protocolos asistenciales compartidos y los servicios comunitarios de salud mental.

- Todos, como las aplicaciones de ultrasonido y las pruebas y el asesoramiento genético.

Muchas actividades que antes se realizaban a nivel terciario han sido desplazadas a nivel secundario, por ejemplo los servicios de cardiología. Otras como la diálisis renal se ha desplazado a domicilio, la atención primaria ha debido adquirir nuevos conocimientos.

Varios de los grandes cambios o sustituciones identificados funcionaron en Europa años antes de este proceso de reforma, a menudo con implicaciones mayores para la atención primaria. Entre algunos de los primeros ejemplos de sustitución del lugar que pueden identificarse en Europa se incluyen el Sante Service Bayonne et Région iniciado en Francia en 1961 como esquema de asistencia domiciliaria para enfermos de cáncer y ampliado al cuidado de ancianos y/o minusválidos físicos; el programa "asistencia domiciliaria post-alta con base también domiciliaria de Montala Suecia, que inicio en 1967 como "una cama hospitalaria en el propio hogar del paciente" para los ancianos; y el programa de base comunitaria "Hospital en casa" de Pterborough, en el Reino Unido, lanzado en 1978 para facilitar el alta precoz o prevenir los ingresos hospitalarios.

En términos de sustitución de tecnologías, un estudio Holandés identifico varias de ellas, potencialmente susceptibles de ser transferidas al domicilio, como las terapias de infusión, las camas ajustables, el seguimiento domiciliario del embarazo de alto riesgo, la nutrición enteral o parenteral, la tracción en la displasia congénita de cadera y la fototerapia para la ictericia neonatal.

Entre las ventajas de las políticas de sustitución se incluyen mayor satisfacción del paciente, mejores resultados clínicos, mayor eficiencia y gestión más adecuada de ciertas patologías.

Estas iniciativas han llevado a la reestructuración de los hospitales, en tanto la asistencia en régimen de ingreso consume normalmente del 45% al 75% del total de los recursos asignados. Lo cual, evidencia la necesidad de buscar alternativas asistenciales con mejor relación coste-efectividad que la prestada por los hospitales, existiendo el margen para seguir reduciendo los servicios hospitalarios.

Las tendencias de asistencia hospitalaria revelan que el número de camas hospitalarias ha descendido de manera significativa en los últimos años en casi todos los países de Europa occidental, principalmente a expensas de las camas para los agudos, esto probablemente refleje una combinación de las políticas de contención de costes, cambios tecnológicos o terapéuticos y cambios en la atención primaria y la asistencia social. En la mayoría de los países a mediados de la década de los años noventa aumentaron las tasas de ingreso y se ha reducido la estancia media. Esta última tendencia, ha sido concomitante a cambios en la gestión de los pacientes, mejoras de las técnicas clínicas e incentivos para acortar las estancias y asegurar que los pacientes no necesitados ya de asistencia aguda se trasladen a otros entornos.

Si bien la estructuración de los servicios hospitalarios puede enfocarse de diferentes maneras, la mayoría de las políticas persiguen los siguientes objetivos:

- Una mejora general de la eficiencia en la prestación de los servicios, que de tener éxito, reduzca la necesitada de camas y permita introducir cambios en el tamaño, la configuración y el coste de los sistemas hospitalarios.
- El uso apropiado de los servicios hospitalarios, que se supone conducirá a reducir el número de admisiones y la demanda de camas.
- Cambiar la forma de la red de servicios hospitalarios, al objeto de configurarla con mayor eficiencia y efectividad.

Los abordajes para mejorar la eficiencia y la adecuación de los servicios hospitalarios en Europa pueden agruparse en cuatro categorías:

- sistemas de pago
- estrategias de calidad asistencial
- técnicas de gestión y,
- estrategias de actuación clínica.

En el caso del Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo a domicilio, objeto de este documento, cabe destacar las estrategias de actuación clínica incluyendo: pasar a regímenes terapéuticos de casos de DÍA, mejorar la adecuación de las admisiones, acelerar el alta de los pacientes y aplicar las técnicas de revisión de la utilización.

Muchas de estas estrategias comportan una de estas dos ideas, sustituciones dentro del servicio hospitalario introduciendo nuevas tecnologías cambiando la mezcla de personal y cualificaciones, o bien, una sustitución hacia los servicios de atención primaria y asistencia comunitaria.

Varios países han adoptado los procedimientos de DIA que no comportan ingreso como una manera de mejorar la eficiencia. Entre los procesos que antes requerían hospitalización, ahora tienden a tratarse en unidades de DIA (Hernia inguinal, biopsias de mama vericectomías, cistoscopias, artroscopias, meringectomías, colecistectomía, laparoscopia). El incremento de las técnicas anteriores exige trasladar la función productiva hospitalaria de las camas a los quirófanos y de la asistencia en régimen de ingreso a la post asistencia comunitaria.

Un componente clave en las estrategias de cambio del papel de los hospitales fue contar con un conjunto de métodos para reducir el número de ingresos y tener éxito en la prevención primaria de una enfermedad que permitió reducir las tasas específicas por dicha enfermedad. Se identificaron tres estrategias para reducir la probabilidad de ingresar a los ya enfermos que fueron: sustituir el ingreso por atención primaria, elevar los umbrales de ingreso y prevenir dicho ingreso ofreciendo alternativas adecuadas.

Entre los métodos utilizados en Europa, que han demostrado reducir las tasas de ingreso están crear clínicas comunitarias y organizar visitas domiciliarias por parte de un equipo especializado de médicos y enfermeras. Por ejemplo, en Israel, visitas semanales a cargo de un médico al domicilio de los pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca

congestiva grave parecieron reducir las tasas anuales de ingreso a menos de la mitad. En Canadá, incluir a los ancianos a un programa de prestación sanitaria y social o en asilos, redujo las tasas de ingreso en hospitales de agudos.

La medida mas efectiva para reducir la demanda de camas hospitalaria es aquella que mejora la capacidad del sistema para dar de alta a los pacientes que han cesado de beneficiarse del servicio de un hospital general plenamente equipado, dichos pacientes ocupan gran número de días-cama hospitalarios. Existen varias formas de enfocar el problema.

- En Dinamarca, España (País Vasco), Irlanda y Reino Unido se usa la asistencia hospitalaria y más recientemente esquemas de hospital en casa.
- En Bélgica, los hospitales han sido capaces de reasignar camas de agudos para su uso como hogares de enfermería. En Hungría se están planteando medidas similares. Muchos países están convirtiendo sus pequeños hospitales en tales residencias asistidas. Durante el proceso de asignar recursos en el Reino Unido, un análisis de regresión encontró que la dotación de estas últimas tenía un efecto significativo sobre las tasas de ingreso hospitalario y los días- cama ocupados. El crecimiento de Hogares de Enfermería en Holanda e Irlanda probablemente ha jugado cierto papel en la reducción de los ingresos.
- En Irlanda y Reino Unido se han adoptado medidas para mejorar la coordinación entre los sectores sanitario y social, mediante la planificación conjunta. Dinamarca y Suecia imponen sanciones financieras por demorarse en ubicar a los pacientes subsidiarios de asistencia social. En Europa occidental, la responsabilidad de ambos sectores suele estar separada, pero la experiencia sugiere que la gestión conjunta, como en Irlanda e Irlanda del Norte, o un único comprador, como en Hungría no garantiza la mejor coordinación.

Un problema concreto de estas políticas es que, por lo general suelen implicar desviar costes a los usuarios individuales o sus familias. Puede ocurrir directamente en forma de co-pagos, muchas veces necesarios para la residencia asistida, o indirectamente, exigiendo a los familiares prestar algunos cuidados.

El crecimiento del número de mujeres en la fuerza de trabajo, un incremento de la proporción de personas que viven solas y el cambio de las expectativas publicas, volverán mas difícil introducir tales políticas, particularmente si años de pago a alguna modalidad de esquema de seguro estatal estableció por "contrato" que el estado se encargaría de prestar los diversos tipos de apoyo a los ancianos y enfermos crónicos.

La reducida pero creciente literatura sobre el futuro de los hospitales predice que habrá menos centros de alta tecnología, más grandes, atendiendo a poblaciones muy amplias, posiblemente apoyados por hospitales comunitarios, centros de consulta externa, atención primaria y asistencia domiciliaria.

Es probable que la atención primaria en salud y el sector hospitalario en Europa compartan cada vez más la asistencia. Para ello, se necesitan sistemas de información

accesibles a todos los miembros del equipo; las políticas de acceso deberán establecerse teniendo en cuenta listados de confidencialidad y el sistema debe ser capaz de incorporar protocolos y directrices asistenciales, así como, presentar la información clínica en forma orientada a los problemas.

Dado el aumento de las actividades sanitarias en los entornos de la atención primaria en salud, los sistemas de información deberán cumplir ciertos requisitos epidemiológicos y gestores a nivel poblacional, así como, servir de apoyo a quienes prestan asistencia clínica directa a cada paciente. Las sustituciones de todo tipo, cada vez ocurrirán de manera más flexible, planteando grandes exigencias al desarrollo de los sistemas de información.

Es evidente que la Hospitalización Domiciliar se justifica en la necesidad de aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias, pero también supone la necesidad de humanizar la atención al usuario(a), así como, la disminución de los costes y el funcionamiento en red con los demás niveles de atención.

V. ANTECEDENTES NACIONALES Y SITUACION ACTUAL DE LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ATENCIÓN DOMICILIAR

En el campo de la salud en nuestro país, es posible observar importantes y significativos cambios que se expresan en los siguientes aspectos.

- Mayor población (de 3.050.556 a 4.169.730 habitantes), especialmente concentrada en áreas urbanas (de 50% a 59%).
- Población diversa (extranjeros aumentaron de 3,7% a 7,8%), más longeva (esperanza de vida 76,6 años los hombres y 81,6 años las mujeres) y sedentaria.
- Inversión de la pirámide poblacional (disminuyen personas en edades jóvenes y aumentan las de edades avanzadas).
- Mortalidad infantil inferior a 10 por mil nacidos vivos.
- Aumento del número de familias nucleares sin hijos y de familias monoparentales.
- Ampliación de las oportunidades en Salud al crear y expandir los EBAIS en todo el territorio nacional.
- Incremento de delitos cometidos en ocasión de robo o asalto; aumento en las víctimas muertas por armas de fuego y las muertes por droga o por encargo.
- Sostenibilidad incierta del sistema de salud por situación económica mundial y nacional inestable.
- Al finalizar el 2006, la deuda total del Estado con la CCSS ascendía a 432.804,9 millones de colones, equivalentes a un 78,1% de los ingresos efectivos del seguro de salud y que implica un aumento del 31,2% en términos reales respecto al 2005. El peso de esta deuda, afecta significativamente la gestión de los servicios de salud.
- En el 2006, la morosidad patronal con la CCSS acumulada por concepto de cuotas obrero-patronales y de la Ley de Protección al Trabajador ascendió a 74.370 millones de colones.
- El seguro de salud alcanza una cobertura contributiva del 87,5% de la población. Todas las coberturas directas crecieron. Seguro público de pensiones alcanza apenas a un 49,6% de la PEA total.

Vargas y Rodríguez (citados por Gutiérrez, 2008)¹ agregan además, la existencia de pocos cambios en la distribución de recursos entre regiones y áreas de salud. Así

¹ Gutiérrez, M. (abril, 2008). Conferencia Salud en Costa Rica según los informes sobre el estado de la nación: Análisis y algunas provocaciones. Foro para el análisis de procesos de evaluación en la CCSS. San José, Costa Rica.

mismo, plantean que el 38% de las áreas de salud tiene un índice de hospitalización que excede el valor de las hospitalizaciones esperadas, lo que representa una importante carga que presiona sobre los servicios de salud.

Las evaluaciones de los compromisos de gestión para las áreas de salud y hospitales, que realiza la CCSS, continúan señalando problemas asociados a las "puertas de entrada al sistema": las deficiencias de la atención en consulta externa siguen reflejándose en una mayor producción hospitalaria de los servicios de emergencia, especialmente en los hospitales regionales y periféricos.

En general se mantienen coberturas altas en todos los programas, no así en las coberturas con calidad; las más bajas corresponden a niños de uno a siete años, adolescentes, atención posparto y atención a adultos mayores de 65 años.

En cuanto a los EBAIS, que son evaluados por el Ministerio de Salud, los rubros que siguen mostrando mayores deficiencias son: planta física, recursos humanos (carencia de personal y sobrecarga de trabajo), participación social, programación y administración (falta de mapas actualizados de población, desconocimiento de cobertura y adecuación de planes de acción).

Los factores anteriores hacen parte de la problemática institucional, dando evidencia de que las acciones que se realizan en el campo de la salud en Costa Rica, requieren pensar en nuevas formas de atención institucional que garanticen tanto la cobertura como atención integral de calidad en los servicios de salud.

En este escenario, la hospitalización a domicilio y atención a domicilio se perfilan como alternativas viables y efectivas para generar una prestación de servicios de salud a los usuarios(as). En especial cuando se definen considerando criterios como: la intensidad y la complejidad del estado de salud de las personas, la duración de la atención, el aporte de la tecnología, la edad del usuario(a), la patología, la dependencia, el estado evolutivo de la enfermedad y el origen de los recursos. Así como, la valoración interdisciplinaria e integral, teniendo como centro la capacidad funcional del usuario, que implica indispensablemente la valoración física, mental y socioeconómica.

a. Antecedentes de la atención y hospitalización domiciliar en nuestro país

La atención domiciliar en Costa Rica no es una modalidad de intervención nueva, sus orígenes pueden rastrearse hasta la década de los años 30, cuando la Secretaría de Salud y Bienestar inició la atención ambulatoria en forma organizada e institucionalizada a la población, mediante la instalación de las Unidades Sanitarias. La primera Unidad Sanitaria fue creada e inaugurada por el Dr. Solón Núñez Frutos en 1934 en Turrialba (Vargas, 2005).

Ortiz (1978) señala que entre 1955 y hasta la 1969 se gestó el "Hospital sin Paredes", programa que desarrolló diversas acciones de proyección y atención domiciliar

como fueron el proyecto de psiquiatría, visitas de personal voluntario del hospital a distritos campesinos, programas comunitarios y de investigación de hepatitis. Becerra (2007) señala que el "Programa Hospital Sin Paredes" dirigido por el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, llevó a la creación de los primeros equipos básicos de trabajo responsables del Programa de Salud Comunitaria en San Ramón y distritos aledaños. El programa abarcó la población de cuatro cantones San Ramón, Alfaro Ruiz, Naranjo y Palmares.

Agrega Ortiz (1978) que el objetivo del mismo, era que la comunidad tratara de desarrollarse en forma integral para producir salud y bienestar individual y colectivo, al tiempo que permite que se integren los servicios que presta la CCSS y el Ministerio de Salud en un solo sistema, desconcentrado y con participación de los ciudadanos. En 1962, desde este programa se hizo un intento de proyectar esta integración al resto de los servicios del país se presentó a una comisión formada por varios Ministros de Estado, pero no fue aceptada.

En 1970 se consiguió integrar los servicios de la comunidad con los de las instituciones (centros de salud y Hospital) hasta conseguir que funcionara como una sola unidad funcional. Con ello se evitaba la duplicidad de servicios y se brindaba atención más eficiente a la comunidad a través de proyectos concretos. En 1978, el Gobierno tomo la decisión de llevar este programa al resto del país.

En 1973, inicia el programa en San Antonio de Nicoya como una extensión de San Ramón coordinado por el Dr. Javier Becerra Gómez. Con ello, se consolidan los equipos básicos con médicos, auxiliares de enfermería y visitas domiciliarias

1. **EN 1923.** Durante la V Conferencia Panamericana en Santiago de Chile, la Organización Internacional del trabajo, (OIT) propuso a los países miembros instituir seguros sociales, la IV resolución recomienda el establecimiento en cada país de los seguros sociales; especialmente en la rama de accidentes de enfermedad y de invalidez.
 2. **EN 1934** crea e inaugura la primera Unidad Sanitaria en Turrialba.
 3. **EN 1941.** Se aprueba la Ley de creación de la Caja Costarricense de Seguro Social.
 4. **EN 1942** El 15 de Enero se nombra la primera Junta Directiva. Este seguro fue de carácter obligatorio para los asalariados con salarios menores a los 400 colones al mes, se deja en suspenso la creación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, por la difícil situación económica del país en esa época.
 5. **EN 1956.** Se crea el Seguro Familiar.
 6. **EN 1989** Se formula el Decreto No 19276-S, que define al Ministerio de Salud encargado de la coordinación y control técnico del Sistema de Servicios en Salud, se incluyen los servicios médicos privados cooperativas y empresas de autogestión. Se define también a las Municipalidades como gobiernos locales, encargados de velar por las acciones de salud de su área y de la comunidad.
- En este decreto se mencionan los niveles de atención en salud, las funciones del Sistema Nacional de Salud, las instancias de coordinación institucional en los diferentes niveles y las estructuras de participación comunitaria
7. **En 1993.** Se aprueba en el mes de Diciembre el Proyecto de Reforma del Sector Salud por la Ley No. 7441 con el nombre de Modernización de Sistema de Salud.

Fuente. Salas y Castillo, 2003.

prioritarias (Becerra, 2007). El programa Rural de Salud de San Antonio de Nicoya tiene relevancia nacional porque fue el primer programa de salud comunitaria desarrollado y financiado por la CCSS (Vargas, 2005).

El Hospital Sin Paredes tuvo su auge hasta 1986, a mediados de los años 90 se revitaliza con la puesta en marcha de la Segunda Reforma (Vargas, 2005).

Entre 1971-1978 el Gobierno de Costa Rica define como política la creación del Programa de Salud Rural a cargo del Ministerio de Salud. Costa Rica lo decide antes de que a nivel mundial se declare como una política prioritaria en salud. Tal como se plantea en el documento de Técnicas básicas para la atención domiciliar de Garro et al. (1989) en el año 1971 el Ministerio de Salud procede a la formación de asistentes para el Programa de Salud Rural y Salud Comunitaria, quienes se encargarían de trabajar la problemática de salud de la época, que refería a enfermedades infectocontagiosas, la mal nutrición y la contaminación ambiental.

Oficialmente en 1973 inicia la implementación del programa que se extiende a casi todo el país, cuyo propósito era extender la cobertura de servicios eficaces, eficientes y de bajo costo, con énfasis en las zonas rurales más dispersas, mediante un sistema sencillo de atención domiciliar. Los primeros asistentes rurales se encargan de rociar el DDT en la campaña de Malaria.

En esa misma década, se crea la Ley de Asociaciones de Desarrollo Comunal y la Dirección Nacional de Asociaciones de Desarrollo (DINADECO), que aún tiene vigencia, con esta Ley las Asociaciones de Desarrollo adquieren personería jurídica, pueden manejar recursos financieros del Estado, así como, otros recursos y perciben un porcentaje del ingreso total del impuesto de la renta que recauda el Estado.

En 1979 se crea en el Ministerio de Salud una unidad de participación social para impulsar en todo el País los Comités de salud y formar voluntarios. En 1980 se consolida el "Programa de Salud Rural y Comunitaria" en el país. Entre 1985 y 1995 la OPS y la OMS impulsan en América Latina y el Caribe la reorganización de los Servicios de Salud con la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), cuyo objetivo principal era brindar atención integral con participación comunitaria de acuerdo con las necesidades locales (Vargas, 2005).

Agrega Becerra (2007) que en 1988 la Caja Costarricense de Seguro Social inaugura el Centro Integral de Salud de Coronado, que implementa la atención integral incluyendo la visita domiciliar.

Salas y Castillo (2003) describen que en 1993, con la Reforma del Sector Salud se incorpora la atención integral que incluye la atención domiciliar en el primer nivel a cargo del ATAP, promueve la incorporación de la comunidad en la planificación, control y evaluación de los servicios y establece la necesidad de crear instancias formales de coordinación intra e intersectorial.

En 1995 se inicia el movimiento en salud para la implementación del Modelo Readecuado de Atención en Salud en el área metropolitana, con la apertura de EBAIS en Fátima y Patarrá, los cuales incluyen como parte de sus actividades la visita domiciliar. Cabe señalar que esta iniciativa se desarrolla, aun cuando Desamparados no estaba declarada como Área de Salud oficialmente abierta.

A partir de 1996 se inicia la apertura de Áreas de Salud en el Área Metropolitana, finalizando este proceso en el 2004. Tal como establece el Modelo Readecuado de Salud la atención domiciliar se reduce a visitas al domicilio a cargo de los ATAP, situación que permanece en la actualidad.

En complemento con este proceso, en el año 2003 se identifican 2398 organizaciones en todo el país, asociadas con la atención a la salud, como: comités de salud, asociaciones de desarrollo comunal, comités de nutrición, grupos de mujeres, organizaciones religiosas y de bienestar social para la atención de adultos mayores, patronatos escolares, clubes de servicios voluntarios, alcohólicos anónimos, juntas de salud y comités específicos para la atención de problemas tales como la violencia doméstica, el niño agredido, personas con cáncer, enfermos crónicos, adultos mayores, drogadicción, adolescentes y otros.

b. Situación actual de la atención y hospitalización domiciliar en Costa Rica

En nuestro país en las últimas décadas se observa, respecto al funcionamiento de los servicios de salud una alta variabilidad territorial de las tasas de hospitalización evitable asociadas a la capacidad de resolución de la atención primaria mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel de atención.

En este sentido, la "Encuesta de necesidades en salud familiar" aplicada por el Ministerio de Salud (2006) a la población adscrita a los EBAIS que indagó sobre la calidad de la atención brindada en el marco de los compromisos de gestión revela como principales hallazgos que:

- Un 19,5% de las personas que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) no están protegidas por algún tipo de seguro.
- Existen problemas de cobertura de los adolescentes entre 10 y 19 años, especialmente en el acceso adecuado a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como, bajos porcentajes de hogares (apenas un 10,9%) que dicen haber recibido información sobre estilos de vida saludables por parte del personal del EBAIS en la visita domiciliar.
- Sobre la calidad y el acceso a los servicios de salud hay una calificación "buena" en un porcentaje importante de las personas (79,8%), lo cual se relaciona especialmente con lo que éstas consideran "buen trato y disponibilidad del personal a contestar preguntas". La falta de cupo en el consultorio y la carencia de seguro destacan como los principales aspectos que afectan la calidad (44,4% y 40,7% respectivamente).

Considerando lo anterior, una vez realizadas las revisiones bibliográficas, entrevistas, visitas y análisis de los modelos o sistemas de atención existentes se obtiene

la siguiente información que no es exhaustiva pero representa un mapeo general de lo que acontece en la actualidad respecto a las modalidades existentes en nuestro país en hospitalización y atención domiciliar.

En este sentido, el Dr. Javier Becerra², con amplia experiencia en este campo, señala que desde hace muchos años le corresponde impulsar programas en relación con el atención a domicilio, el primero fue el de Nicoya, luego en la Clínica de Coronado y en los últimos años en la Cooperativa de Tibás, desde su conocimiento destaca la necesidad de otorgar más importancia al segundo nivel de atención para fortalecer su capacidad resolutive.

Bustamante, Sáenz y Victoria (Ed) (1992) proponen que el objetivo fundamental de las modalidades de **Medicina de Empresa y Medicina Mixta** es proporcionar consulta médica y prescribir medicamentos, con poca o ninguna ingerencia en la atención u hospitalización domiciliar.

Por su parte, los **establecimientos de salud que funcionan por convenio con la CCSS**, realizan acciones básicas de visita a las familias. Como ejemplo, el Dr. Mario León Barth³, Director Médico del Programa de Atención Integral de Salud, convenio UCR-CCSS, en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curriabat, Concepción, San Diego, San Juan afirma que se implementa atención integral a nivel primario y que se trabaja a nivel comunitario con acciones concretas y en equipo interdisciplinario. En algunos EBAIS, señala, se realizan visitas a domicilio con personal técnico capacitado, como los técnicos en Rehabilitación Física, con excelentes resultados.

Por su parte, dentro de la modalidad de capitación destaca el **Área de Salud de Barva**, cuya creación se justifica en la necesidad de modificar la consulta ambulatoria por los numerosos problemas evidenciados en múltiples evaluaciones. Son fortalezas de esta modalidad:

- Lograr operativizar la integración de los servicios del Ministerio de Salud y la CCSS eliminándose la división de trabajo existente entre ambas instituciones.
- Promover que la comunidad asumiera un papel más participativo.
- Propiciar la continuidad de la atención médica, lo que mejoró la relación médico paciente.
- Disminuir el tiempo de espera.

Las debilidades pese a la motivación y buena voluntad de los funcionarios de trabajar en forma integrada, fueron las diferencias en reglamentos internos, condiciones laborales y salariales que constituyeron una dificultad para la integración, falta de recursos

² Entrevista realizada en el mes de octubre de 2007. Proceso de consulta para construcción de documento de proceso.

³ Entrevista realizada en el mes de noviembre de 2007. Proceso de consulta para construcción de documento de proceso.

humanos y planta física inadecuada que no permitieron la consolidación de los EBAIS en esta modalidad.

Otra Área de Salud que destaca es la de **Coronado** con su Modalidad de Medicina Familiar y Comunitaria que abrió sus puertas en junio de 1988. Pretendiendo articular e integrar tres elementos que han funcionado en forma aislada, la comunidad, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, para desarrollar la atención por medio de un equipo de salud, en los componentes biológico, psicológico y social, buscando la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud.

Se tienen como fortalezas en esta área de salud:

- la atención integral con énfasis en prevención
- la integración de la comunidad
- la integración Ministerio de Salud-CCSS
- que la modalidad era administrada institucionalmente
- que el personal se muestra muy satisfecho y que la docencia para la capacitación del equipo era parte del costo de operación.

Los datos actualizados al 22 de octubre del 2008 indican "que el programa iniciado en el año 1989 a cargo de un profesional de enfermería con objetivos preventivo y curativos hacia aquellos usuarios(as) que no podían trasladarse por sus propios medios (discapacitados, estado terminal, ancianos, entre otros), continua desarrollándose, con énfasis en la educación y sensibilización al usuario(a) y su familia sobre el autocuidado.

Para incorporar al usuario(a) en el programa se requiere de referencia médica que describa las indicaciones a cumplir proveniente del EBAIS o de hospitales del área de atracción. Además, el usuario(a) debe ser miembro de la población adscrita al área de salud.

Las actividades que se realizan son entre otras: colocación de sondas foley y nasogástrica, curaciones, retirar puntos, aplicación de vías, administración de antibióticos, capacitar pacientes y familiares en temas autocuidado, control de signos vitales, nebulizaciones, vigilancia al paciente oxígeno dependiente, referencias al EBAIS, otras instituciones o servicios de emergencias.

El profesional encargado del programa realiza un promedio de 13 visitas diarias a hogares para un total de 300 visitas mensuales en las cuales se realizan aproximadamente 432 procedimientos y 200 actividades diferentes. Estas intervenciones aumentan en forma sustancial la calidad de vida de los usuarios(as), fortaleciendo la atención domiciliar como opción eficiente para disminuir la consulta médica en el Área de Salud y evitar el traslado a otros centros de mayor complejidad. Según, la Licda. Haydee Méndez, jefe de enfermería del área, este programa tiene éxito y aceptación en la comunidad, con

beneficio directo de una gran cantidad de usuarios(as) y sus familias. Destacan como debilidades carencia de personal técnico y especializado, recursos materiales insuficientes, así como, atomización de la docencia.

En relación con los hospitales la información encontrada destaca que el **Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera**, centro médico especializado, tiene atención domiciliar con el programa de Cuidados Paliativos, que ha sido pionero en este país en la atención domiciliar en forma integral e interdisciplinaria. Además, cuenta con programas de atención a domicilio que descansan en esfuerzos individuales, especialmente de los Servicios de Enfermería y Trabajo Social, que trabajan en conjunto sin recursos específicos para las actividades y visitas. No existe un equipo interdisciplinario que valore los usuarios(as).

Este hospital identifica como grupo de población necesario de atender desde esta modalidad a los adolescentes con calidad de vida disminuida, cuyas edades oscilan entre los 13 y 18 años, quienes presentan una serie de situaciones de salud que ameritan la atención en el domicilio. Según Carrillo, Castro y Echeverría (2007) la atención de este grupo poblacional se justifica porque su "edad cronológica no necesariamente coincide con el desarrollo psicológico, cognitivo y físico, lo que los ubica en condición de fragilidad e indefensión frente al sistema de Seguridad Social que debe brindarles atención. Las condiciones psicosociales como pobreza, baja escolaridad, desintegración familiar, residencia marginal o rural, y condición migratoria de sus padres o cuidadores los sitúa en condición de riesgo. Agregan en su investigación, que la "Seguridad Social nacional solo cubre el 40% de la totalidad de los adolescentes del país" (p. 26). Esta población representa el segmento de población con la cobertura más baja del país y no cuenta con una red de atención especializada.

Para la atención de estas personas adolescentes en conjunto con la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica, mediante un proceso de desarrollo de tesis Carrillo, Castro y Echeverría (2007) proponen un Sistema de Atención Integral a Domicilio para Adolescentes con Calidad de Vida Disminuida en el Hospital Nacional de Niños contando con la asesoría técnica del Dr. Orlando Urroz subdirector del hospital y la Licda. Ana Virginia Quesada Jefa de la Unidad de Trabajo Social. Además, contaron con la participación de grupos de adolescentes y la validación de profesionales de equipos de salud del Primer Nivel de Atención y del Nivel Hospitalario.

Dicho sistema parte de la investigación de bases de datos en los que se evidencia subregistro de información respecto a dichos adolescentes, en torna a: las patologías más frecuentes y las 10 especialidades médicas más involucradas. Como resultado del proceso, se plantea la metodología y los elementos para la implementación de un servicio de atención a domicilio en forma integral, su posible cobertura y alcance, la atención y servicios requeridos. Así como, los recursos humanos, materiales (incluyendo los tecnológicos) y los servicios de apoyo necesarios. Además, los requerimientos, los costes mínimos, la propuesta de un plan piloto y las alianzas estratégicas necesarias para ponerlo en marcha.

A partir de esta propuesta, se inicia la implementación de esta modalidad con recursos muy limitados. Continúa la coordinación con la Escuela de Ingeniería Industrial para que mediante una nueva tesis se diseñe un Sistema de Gestión de Información entre 2009-2010.

Ahora bien, Ramírez (citada por Carrillo, Castro y Echeverría, 2007) señala en el informe Anual de la Unidad de Cuidados Comunitarios del **Hospital Nacional de Geriatría Dr. Raúl Blanco Cervantes** que "el servicio se especializa en adultos mayores, brindando atención en el hogar a los pacientes con servicios integrales en salud, logrando satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes, que se reflejan en un mejoramiento, estabilización o recuperación de su estado basal de salud y con ello, disminuyen los días de hospitalización" (p. 28).

En el mismo informe se destaca que el Servicio de Geriatría Hospitalaria tiene un nivel asistencial de apoyo, cuya función principal es colaborar con la Atención Primaria en el manejo de los pacientes, buscando lograr la permanencia en el hogar con atención domiciliaria de los adultos mayores.

Continúa señalando Ramírez (citada por Carrillo, Castro y Echeverría, 2007) que "un propósito fundamental de la UCC es trasladar la atención integral del adulto mayor de alto riesgo geriátrico al hogar, con el propósito de evitar la institucionalización del internamiento y garantizar tanto el mantenimiento de su salud en el ambiente familiar como la dignidad del proceso de muerte. Básicamente el cuidado del anciano debe tener siempre como meta máxima, lograr su permanencia en la comunidad, dicho cuidado se fundamenta en dos pilares la familia y la atención primaria" (p. 28).

Según refieren Carrillo, Castro y Echeverría (2007) en su investigación "para que un paciente ingrese al servicio de atención de UCC, debe pasar por una interconsulta con el médico geriatra encargado de la unidad" (p. 29). Como requisito para que el paciente sea atendido en el hogar, algún familiar o encargado de la persona mayor, tiene que asistir a un curso de principios básicos de atención a cuidadores. Este curso se imparte en el mismo hospital y su fin es preparar a las personas que tienen contacto con los adultos mayores, en cuidados básicos de acuerdo al diagnóstico del paciente, en curación y nutrición.

"La UCC cuenta con un equipo base de atención, el cual está conformado por un médico geriatra, una enfermera, un asistente y un chofer" (Carrillo, Castro y Echeverría, 2007, p. 32). Además, dispone de una línea telefónica de atención directa al cuidador, por si éste necesita apoyo. Si la situación lo amerita, se puede contar con los servicios de odontología, terapia respiratoria, nutrición, trabajo social y fisioterapia. No siempre el equipo participa en forma interdisciplinaria en las visitas a domicilio.

Por su parte, el **Hospital Nacional Psiquiátrico** dispone de una Unidad Comunitaria para el Control y Seguimiento de las Personas con Trastorno Mental Egresadas, que tiende a la desinstitucionalización de las personas que residen en el

hospital y su reubicación en un espacio residencial natural o sustituto, así como, una serie de estrategias de intervención orientadas a una efectiva integración social en el espacio comunitario.

El proceso de desinstitucionalización comprende a usuarios(as), equipos de salud y organización sanitaria de la institución, lo que permite generar un modelo alternativo desde un punto de vista conceptual, clínico, administrativo y financiero. Sin ello, es inevitable que se institucionalice nuevamente a las personas y que un porcentaje mayoritario de los recursos de salud mental se destinen a largas e innecesarias intervenciones. Uribe et al. (2008) señalan que no existe un equipo que se dedique a tiempo completo a las actividades comunitarias, lo que abrió el espacio para que los equipos interdisciplinarios, de los servicios de internamiento incursionaran en el trabajo comunitario con el objetivo de trabajar las familias para la reubicación del usuario(a) en su comunidad. Acción que ha tenido como impacto la imperiosa necesidad de abordar y coordinar acciones con el primer y segundo nivel de atención en salud y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, evidenciándose con esta acción la necesidad de capacitación y la realización conjunta de otras actividades de promoción y prevención en salud mental.

En el año 2001 se fortalece el Programa de Albergues y en el año 2007, se realizan visitas domiciliarias a la comunidad, por parte de equipos de los pabellones 3 y 4. Los objetivos generales de este programa son fortalecer las redes comunitarias, mediante procesos de capacitación y coordinación intersectorial, que permitan la integración del usuario(a) a su medio comunitario, mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental promoviendo el respeto a la autonomía personal y la inclusión social.

Así como, coordinar la atención comunitaria del hospital mediante líneas de acción con criterios unificados para las actividades a realizar por los equipos interdisciplinarios en los tres niveles de atención y establecer una base de datos que sistematice la información, para facilitar la toma de decisiones de reintegración comunitaria.

Uribe et al. (2008) señalan que la experiencia acumulada por los equipos interdisciplinarios y el cambio de paradigma que privilegia el abordaje integral de las personas con trastornos mentales centrado en sus propias comunidades, permitió el diseño de una propuesta para la capacitación de funcionarios de la CCSS en el tema "Cambio de paradigma en la atención a la salud y enfermedad mental" para desarrollar en sectores prioritarios como son: Ciudad Nelly, Coto Brus, Golfito, Puntarenas, Pérez Zeledón, Upala, San Carlos, Santa Cruz, Nicoya, Liberia y la Región Central Sur.

Dicha propuesta, privilegia la articulación de una red psicosocial de base comunitaria que apoye la ampliación de alternativas de atención de estas personas y sus familias, el resguardo de sus derechos humanos, la humanización del cuidado y la inclusión de usuarios en la dinámica general de la comunidad. Formando y capacitando recursos humanos necesarios para direccionar la atención a la salud y la enfermedad

mental hacia el nuevo paradigma, con lo cual, se reduce el efecto negativo de las institucionalizaciones innecesarias.

También se busca el establecimiento y aplicación de protocolos de atención para favorecer intervenciones efectivas en el primer y segundo nivel de atención y previenen el desarrollo de discapacidades en la población en riesgo, realizando un seguimiento ambulatorio y familiar oportuno según recursos locales.

En dicha propuesta se ha definido que las actividades en la visita a domicilio son revisión y control de medicamentos, control médico, coordinación y derivación al 2º y 1er nivel realizando una visita conjunta, cumplimiento de las actividades de vida diaria (básicas-instrumentales y complejas), utilización de los recursos de apoyo familiar y comunitario. Así como, educación a usuarios(as) y cuidadores(as), ocupación e inclusión social, apoyo y convivencia familiar, entre otras.

La propuesta de trabajo de esta unidad del hospital, cuenta con los perfiles de actividades de los miembros del equipo según disciplina, a saber, al médico psiquiatra, en el marco de la Rehabilitación Psicosocial le corresponde optimizar el uso de recursos, prevenir recaídas, fortalecer la red de apoyo y favorecer la autonomía de la y el usuario con el autocuidado y el fortalecimiento del vínculo en equipo.

En este mismo marco, la psicóloga es responsable de la implementación de las intervenciones después del diagnóstico y posterior a la planificación y definición de la modalidad a seguir, decidiendo en el proceso si es un formato individual, de pareja, familiar, grupal con la comunidad y/o eventuales representantes estratégicos y el seguimiento de acuerdo a las visitas realizadas.

El perfil de Trabajo Social en el marco de la Rehabilitación Psicosocial, implica realizar un análisis comunal para la identificación de redes sociales, familiares, comunales de instituciones, localización de soportes comunales para la reinserción del usuario(a) a su espacio comunal; la elaboración del plan de reubicación comunal a discutir en el equipo interdisciplinario; la reactivación de vínculos familiares una vez que estos son localizados mediante la revisión de los expedientes de salud o de cualquier otra fuente; la intensificación del proceso socioterapéutico con la familia durante la rehabilitación del usuario(a) en la comunidad; la ejecución de procesos socioeducativos para la concientización y sensibilización del recurso familiar identificado, previa incorporación del equipo interdisciplinario. Una vez reubicado el usuario(a) se concentraría el proceso en el seguimiento. Además, le corresponde la ejecución de procesos psico-socio-educativos, la construcción e identificación del trabajo en la red social, el cual será complementado por el resto de disciplinas que intervengan en la visita. También le corresponde generar espacios para la capacitación de las redes sociales de apoyo y contención de los usuarios(as) y sus familias, coordinación institucional para ampliarlas y fortalecerlas para mejorar su nivel de vida y evitar una eventual crisis.

El **Hospital Dr. Carlos Luis Valverde**, tiene alta experiencia en la atención de los usuarios(as) terminales, con un amplio margen de acción y cubriendo distancias importantes. Atienden con los recursos del hospital, sin que exista una colaboración sistemática con el Primer Nivel de atención o con la Clínica del Dolor.

El **Hospital de San Carlos** en coordinación con el Ministerio de Educación Pública y la Fundación Amor y Esperanza desarrollan una modalidad de atención domiciliar basada en la rehabilitación comunitaria. Dicha modalidad integra recursos del hospital, el Ministerio de Educación Pública, la Municipalidad de San Carlos, voluntariado, las fuerzas vivas de la comunidad, la Fundación Amor y Esperanza, así como, la Junta de Protección Social.

Su mayor fortaleza es haber logrado la coordinación intersectorial que permite brindar atención integral e interdisciplinaria con apoyo de la comunidad en forma participativa, implementando un modelo holístico de atención, con capacitación a los usuarios(as) y a sus familiares, seguimiento y cuidado por los miembros del equipo.

Las principales actividades del equipo que desarrolla el proceso refieren a

- Visitar a los usuarios en su lugar de residencia
- Investigar la condición socio-económica
- Evaluar la infraestructura
- Definir la pertinencia de las ayudas técnicas.

En la **Dirección Regional Pacífico Central**, se desarrollan diversas experiencias vinculadas con la atención domiciliar, entre ellas destacan el **Hospital Max Terán Valls**⁴ que cuenta con una capacidad instalada de 53 camas para la atención de pacientes hospitalizados, distribuidas en una planta física de un solo nivel. Ofrece servicios ambulatorios de Consulta Externa Especializada y Urgencias, así como servicios de hospitalización en Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Consultas no médicas en Trabajo Social, Nutrición y Psicología.

En el área de hospitalización, se ubican los pacientes que por su condición deben permanecer internados en el Hospital; para recibir la atención médica necesaria y así determinar su patología y restablecerlo en el menor tiempo posible. Durante el año 2005 ingresaron a este servicio 4.818 usuarios, con una estancia promedio de 4.0, un índice ocupacional de 90.9%.

⁴ Información suministrada por Aguilar, E., Castro, M., Pérez, R. y Arguedas, C. (2008). Informe de Curso Modelo EFQM autoevaluación de la visita domiciliar a usuarios de alto riesgo egresados del servicio de medicina interna. Servicio de Medicinas. Hospital Dr. Max Terán Valls.

Los hospitales de referencia de este establecimiento son los Hospitales Monseñor Sanabria que se encuentra a 120 kilómetros de distancia y el México ubicado a 180 km de distancia.

El Servicio de Visita Domiciliar a los Paciente egresados de Medicina Interna, tiene como misión brindar servicios de salud a pacientes de alto riesgo, mediante un proceso de valoración, planificación, educación y evaluación individualizado, fiscalizando el cumplimiento de indicaciones tales como: medicación, procedimientos requeridos, alimentación entre otros; prolongando de este modo la estabilidad del paciente durante su permanencia en el hogar.

Para esto el equipo responsable de las visitas se visualiza como un equipo multidisciplinario líder, que brinda atención domiciliar integral, con calidez humana al paciente y su familia, ayudando a proporcionar un ambiente adecuado para el mantenimiento de su salud con la finalidad de evitar reingresos y altas estancias hospitalarias potencialmente prevenibles.

El perfil de la población objetivo refiere a pacientes mayores de 65 años con patologías crónicas, egresados del servicio de Medicina Interna del hospital y su correspondiente área de atracción. Para ser incluidos en el servicio se consideran criterios como que corresponda a un reingreso, que haya tenido estancias hospitalarias prolongadas y que sean pacientes con más de 6 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses sin importar su edad.

También en dicha región, el **Áreas de Salud Chomes-Monteverde-San Rafael de Puntarenas**⁵ desarrolla un Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica dirigido a la familia Gestante, cuya misión es lograr una atención integral a la usuaria y familia gestante, maximizando los recursos otorgados por el sistema, brindando una atención humanizada y personalizada en el escenario familiar, con una perspectiva de maternidad, segura, deseada, consciente y acompañada.

Ello con la visión de crear y mantener una atención obstétrica interactiva que sensibilice a los miembros de la familia gestante en el autocuidado durante el proceso de embarazo, incorporando la participación comunitaria, conservando valores y principios, logrando una atención con perspectiva género sensitivo de maternidad.

Dicho modelo se ha concentrado en favorecer la construcción del conocimiento de la familia gestante con las usuarias y el personal de salud, optimizando el uso de los recursos financieros en la atención obstétrica, mejorando la cobertura de la usuaria y la familia gestante en el área de salud, brindando un seguimiento en el hogar de las familias gestantes y aumentando el conocimiento prenatal y postnatal de la usuaria y familia gestante.

En el corto y mediano plazo, el área de salud espera obtener como impacto:

⁵ Información suministrada por Personal de Enfermería. (2008). Conferencia. Modalidad de Atención de Enfermería Obstétrica a la Familia Gestante en el Primer Nivel. Área de Salud de Chomes, Monteverde, San Rafael. Dirección Regional Pacífico Central. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

- Alianzas entre los profesionales en salud y familia gestante que fortalezcan vínculos que consideren valores, mitos creencias y actitudes.
- Participación activa de la familia gestante en la planificación y toma de decisiones en el proceso de atención prenatal.
- Atención a la usuaria y familia con una perspectiva de maternidad, conciente, segura, acompañada y deseada.
- Detección oportuna de la familia con alta riesgo obstétrico.
- Mayor satisfacción de las usuarias con la atención recibida.

Por su parte, el **Área de Salud de Esparza**⁶ implementa una Modalidad de Atención Domiciliar al usuario diabético y vascular periférico con úlceras, en el EBAIS de San Jerónimo. Los criterios para la inclusión de los usuarios(as) son:

- Pacientes encamados.
- Pacientes con úlceras crónicas.
- Pacientes que habitan en un lugar accesible para brindar el servicio de curación.

La modalidad busca el manejo seguro de la atención de úlceras en pacientes diabéticos y vascular periférico mediante atención integral en el hogar. Para lograrlo desarrollan las siguientes actividades.

Qué	Cómo	Cuándo	Quién
<i>Paciente encamado</i>	Educación a la familia sobre movilización.	Primera visita domiciliar.	Enfermera Familia Técnico de terapia
<i>Paciente con úlceras crónicas</i>	Educación a la familia sobre curación de úlceras crónicas.	Primera visita domiciliar.	Enfermera Familia EBAIS
<i>Accesibilidad al servicio de curaciones</i>	Modalidad de atención en el hogar.	Según referencia del EBAIS y el hospital.	Enfermera EBAIS

⁶ Información suministrada por Campos, V., Arguedas, L., Lobo, R., Cortez, R., Picado, S., Saravia, O., Chong, H. y González, Y. (2008). Conferencia Aplicación del Modelo EPQI a Modalidad de Atención Domiciliar al usuario diabético y vascular periférico con úlceras en el EBAIS de San Jerónimo. Área de Salud de Esparza. Dirección Regional Pacífico Central. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

El **Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos** es otra de las instancias que en el ámbito nacional desarrolla intervenciones en el domicilio, está integrado por un grupo interdisciplinario de profesionales en ciencias de la salud y sociales, cuya misión es el cuidado de pacientes con dolor, a fin de ofrecerles una mejor calidad de vida mediante la prestación de servicios de salud en forma integral, a través de la ejecución de programas de atención a nivel intrahospitalario, domiciliario y de consulta externa.

Dispone de redes de apoyo como una forma de cubrir el territorio nacional, para brindar consulta de dolor y cuidados paliativos en los niveles I y II de atención primaria. Existe una pasantía para la capacitación de médicos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas de apoyo (Salas y Moya, 2007). Cuenta con 31 Clínicas del Dolor distribuidas en todas las provincias del país.

La mayoría de los sitios cuentan con el médico y la enfermera como equipo base. El aporte de las terapias complementarias es muy escaso debido a que ninguna de las redes cuenta con profesionales en estas áreas asignadas, sino que pertenecen al hospital o área de salud, quienes como recargo de sus funciones valoran a los usuarios(as). Esto hace que no se cumpla el principio del manejo interdisciplinario dada la falta de personal de apoyo.

En promedio, las redes de apoyo dedican 16 horas semanales en consulta externa y 10 horas como visita domiciliar, promedio que está muy por debajo de lo esperado para el tipo de paciente que se valora. La cantidad de usuarios(as) valorados por hora es otro punto de discordancia en las diferentes unidades, oscilando entre los dos a cuatro por hora.

Alrededor del 70% de las Clínicas del Dolor tienen vehículo para realizar visitas domiciliarias, de los cuales el 54% es de la CCSS. Sin embargo, estos vehículos no son de uso exclusivo de las clínicas de dolor por lo que el tiempo de vista es limitado a la disponibilidad del mismo. En los recursos financieros se tiene el dato de que solo el 6% de ellas tienen un presupuesto asignado, por lo tanto no se cuenta con los materiales y equipos necesarios para satisfacer las demandas. El 59% de las Clínicas del Dolor cuentan con el apoyo de una fundación o asociación, que les provee en su gran mayoría de equipo médico, espacio físico, pago de profesionales, vehículo para visitas domiciliarias.

El 48% de las Clínicas del Dolor realizan Programa Anual Operativo y de éstas solo el 16% poseen ficha técnica y sólo el 9% está incluido en los compromisos de gestión.

Respecto a los medicamentos, se cuenta con morfina, metadona, tramadol y acetaminofén con codeína. La presentación de tramadol en gotas es escasa. Se cuenta con AINES en todas las unidades. Además, se dispone de antiepilépticos y neuromoduladores.

En general, se desarrolla según el Dr. Isaías Salas Herrera⁷, Director Médico del centro un modelo paliativo, cuyo programa de visita domiciliar es diferente del modelo curativo.

Por su parte, en oficinas centrales de la CCSS, subáreas como Enfermería, y Odontología realizan acciones con impacto en el domicilio. **La Subárea de Enfermería** gestiona y realiza las siguientes acciones en el Primer Nivel de Atención.

En primera instancia, esta Subárea conformó el Programa Institucional de Visita Domiciliaria de Atención Primaria, a través de una Comisión integrada por Profesionales de Enfermería. El Programa y la Comisión fueron oficializados por la Gerencia Médica mediante el oficio N° 12553 del 23 de Marzo del 2004. La misma se reúne una vez al mes, en esta unidad de trabajo. Dicha comisión se aboca a la revisión, análisis y readecuación del Manual Normativo de Visita Domiciliaria de Atención Primaria. Primer Nivel de Atención, realizando una Etapa de Sensibilización, Divulgación y Capacitación de este Manual a las Jefaturas de Enfermería, a través de Talleres y otros, con el fin de asesorar y capacitar al personal de salud, sobre la aplicación del Cuadro N° 20, con su respectivo Instructivo, el Informe de Actividades y la implementación de Manual.

Posteriormente, se procede a la elaboración del Instrumento para la Evaluación de la Implementación y Cumplimiento del Manual Normativo, generando la readecuación y aplicabilidad del Cuadro N° 20 denominado "Actividades del Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP)". Readecuado y Oficializado el 28 de Febrero del 2006, mediante Oficio N° 11610 por la Gerencia Médica. Actualmente se está realizando seguimiento a la aplicabilidad de este Cuadro.

Por otra parte, se realiza la readecuación e implementación de "La Ficha Familiar" código 4-70-03-0520/ico-3. Oficializada por la Gerencia Médica en Oficio N° 2742. Este instrumento es una herramienta indispensable para la recolección de datos, que fundamentan la elaboración de los balances.

Además, la Sub-Área de Enfermería participa en la Comisión Proyecto para el desarrollo de un Módulo del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), para la informatización de la Ficha Familiar. Sistema integrado de Ficha familiar (SIFF). Direccionado por la MSc. Laura Blanco Mejía, Jefe de la Sub-Área Sistemas de Salud del Área de Ingeniería en Sistemas y la Ing. Ana Lucrecia Mata Campos, Líder Técnica del SIFF, donde la Sub-Área aporta los insumos en relación a la asesoría de las variables contenidas en la Ficha Familiar.

Otra acción desarrollada desde esta dependencia es la revisión y readecuación del Instrumento de Clasificación de Riesgo Familiar, para el Programa de Atención Primaria en

⁷ Nota DMCNCD-1352-2008 del 26 de noviembre de 2008 enviada al Dr. Pedro González Morera, Jefe Área de Atención integral a las Personas.

el Territorio Indígena. Actividad que se efectuó conjuntamente con las Supervisoras Regionales de Enfermería.

Para el año 2009, se procederá a plantear a la Gerencia Médica la conformación de la Comisión de Atención Domiciliar Hospitalaria; la cual se desempeñará conjuntamente con el Equipo de Trabajo que conforma actualmente la Comisión del Primer Nivel de Atención.

La **Subárea de Odontología**, por su parte, propone líneas de acción hacia la atención domiciliar partiendo de que el modelo tradicional de la atención odontológica ha sido concebido con énfasis en la atención curativa, enfocando sus acciones en extracciones y reparación de las piezas dentales de forma temporal o permanente, situación que ha contribuido con el transcurso del tiempo a generar un deterioro progresivo en la Salud Buco Dental, con resultados de baja cobertura de la población, debido a que la atención se ha centrado en la morbilidad, aspecto que va de la mano con estrategias de atención tardía y sin proyección hacia la construcción de barreras sanitarias que permitan mantener la Salud Bucodental dentro del contexto y concepto de la atención integral de la salud.

Por esta razón, la Subárea de Odontología ha implementado un sistema de vigilancia epidemiológica en Odontología (SIVO) que mide, por medio de trazadoras tres categorías de la condición bucodental: a) estado de la pieza, b) condición periodontal y c) planos cráneo faciales; de los usuarios(as) de cada uno de los diferentes servicios de atención. También, permite verificar el impacto de prestación y calidad del servicio por medio de conocimientos, actitudes y prácticas que ha adquirido la población a través del tiempo. Además, el SIVO es aplicable a todos los grupos de edad, evidenciando su condición bucodental a través del ciclo de vida y con la identificación de la población en riesgo.

A partir de la información suministrada por cada unidad programática, se pueden implantar estrategias correctas y eficientes, para abordar la situación específica de las personas apoyando la elaboración de la planificación local (PAO). A su vez, permitirá a la Subárea orientar nuevas regulaciones y sistematizaciones para vigilar la atención estratégica con la emisión de lineamientos basados en la evidencia.

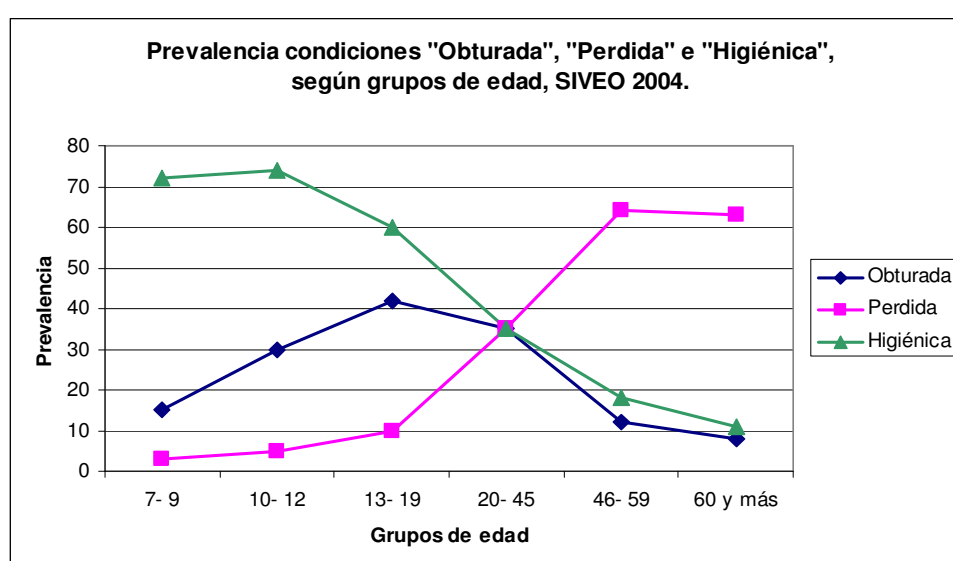
Los datos obtenidos anualmente desde el 2004 hasta el 2008 del SIVO, evidencian el proceso de deterioro de Salud Bucodental de la población, como se observa en el Gráfico 1, donde la población adolescentes de 13 a 19 años conforme aumentan en la edad, disminuye la condición de pieza sana (libre de caries dental y restauración alguna) y de fase higiénica (encías y tejidos de soporte sanos).

Posteriormente, decae la condición de personas con tratamientos con condición obturada (restauraciones de las piezas dentales), al llegar a un punto de intersección conformada por la población masculina y femenina de 20 a 45 años, en la que se presenta

la disminución de las variables anteriores, con un incremento considerable de la condición de pérdida y por ende sextante nulo (edéntulo) a través del tiempo.

Por consiguiente, bajo esta perspectiva la Subárea ha planteado en el Plan Institucional de Atención a la Salud Bucodental que a la vez se debe reflejar en los Planes de Acción de Salud Bucodental a Nivel Local, como alternativa viable para el cambio de la "Condición Oral" de la población a un estado de Salud óptimo, el abordaje de la atención odontológica con estrategias basadas en la promoción y prevención principalmente y con enfoque de "Ciclo de Vida".

Gráfico 1



Fuente: SIVEO 2004, C.C.S.S.

Para tales fines, es indispensable contar con: registro, análisis e interpretación de la Epidemiología Bucodental de la población adscrita a cada Unidad Programática (SIVEO), desarrollar la aplicación del Sistema de Riesgo Bucodental (SIRB) que suministra un factor predictivo de caries dental, utilización del SIPROES (simulador programáticos estratégico de programación de tiempo y actividades odontológicas) en concordancia con el PAO y el presupuesto local.

El propósito de este Plan, está fundamentado en el mantenimiento y protección de piezas dentales en "Buen Estado", encías saludables y crecimiento armónico del proceso cráneo facial y de la boca, con el objetivo de ofrecer una respuesta innovadora y participativa, orientada hacia la construcción de un perfil de salud bucodental, dentro de un enfoque de "Ciclo de Vida" que progresivamente logre acercar a las personas hacia un estado de salud, dentro del contexto de la atención integral, a través de modelos de atención en promoción, prevención individual y colectiva.

Por ende, cada nivel local debe gestionar y planificar actividades relacionadas con:

- Promoción de la Salud
- Participación Social
- Acciones educativas y preventivas de carácter obligatorio.

- Rendimiento de cuentas sobre la Condición Epidemiológica de la población.

Es necesario que integren dentro de las estrategias del Plan de Acción en Salud Bucodental al menos los siguientes aspectos:

- Planteamiento de la problemática en Salud Bucodental jerarquizada dentro del Equipo de Salud y la Comunidad.
- Coordinación y establecimiento de responsabilidades a otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales como apoyo a la C.C.S.S. en la problemática de Salud del Área.
- Proyección para aumentar los índices en Salud Bucodental, Promover Estilos de Vida Saludable, Participación Social y Educación en Salud.

La operacionalización de este Plan lleva implícito, la aplicación de destrezas y conocimientos de la comunidad capacitada y comprometida en desarrollar acciones a favor de la salud integral. Además, es necesario contar con un sistema de reclutamiento y selección del personal, sensible a la realidad del entorno, con adecuación de horarios y sistemas de información oportunos, que permitan transformar de manera progresiva el perfil epidemiológico bucodental del país, abarcando por medio de éstas estrategias un aumento significativo de la cobertura en atención por año.

En este sentido, la Subárea de Odontología proyecta realizar a "Nivel Domiciliar", acciones que permitan promover y mantener la salud bucodental, desde el núcleo familiar, clasificando previamente por factores de riesgo según grupo de edad, para posteriormente implementar una Guía Familiar Estructurada, que permita el abordaje oportuno orientado en promoción de la salud, estilos de vida saludables, prevención de la enfermedad bucodental y su relación con enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Envejecimiento, Fumado, Xerostomía, Osteoporosis y Edentulismo, entre otras).

Por lo tanto, es imperante modificar la estrategia en la priorización de la atención de la enfermedad, pues la misma requiere de esfuerzos y recursos difíciles de obtener, dando como resultado mayor morbilidad y mortalidad; el cambio radica en la aplicación de programas que se basen en la atención de la salud y favorezcan los hábitos, las costumbres y las condiciones que promuevan y preserven el ESTADO DE SALUD.

Por lo descrito, actualmente se está trabajando en el proceso de elaboración de módulos para ser implementados por funcionarios, así como, por actores sociales externos, material didáctico, instrumentos de planificación y sistematización, capacitaciones, entre otros.

Finaliza de esta manera la descripción de las modalidades existentes en nuestro país relacionadas con hospitalización y atención domiciliar, una vez presentadas se pueden inferir las siguientes apreciaciones.

- En los programas de medicina mixta y medicina de empresa los usuarios siguen consultando en las instalaciones de la CCSS después de haber recurrido a las primeras, en las que la CCSS tiene también erogaciones.
- En el modelo de capitación se evidenció la necesidad de un cambio de actitud de los médicos y del personal en relación con la atención integral en salud.

- Las actividades para la prevención de las enfermedades requieren de mayor inversión y de consenso que trascienda a las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Como respuesta a la crisis del modelo de atención se han desarrollado de manera aislada nuevos programas de servicios, que no se han institucionalizado en la Caja Costarricense de Seguro Social como un todo.
- Se han buscado programas para solucionar el descongestionamiento de las clínicas, pero han mantenido como actividad pivote la atención médica y la prescripción de medicamentos. Algunas de ellas con el aumento en los costos.
- La intervención de los profesionales de los equipos de salud en relación con la atención integral en salud es limitada.
- La mayoría de las modalidades de atención existentes no cumple con la propuesta institucional vigente desde 1987, de ofrecer bajo el concepto de sistema local de salud, una atención familiar y comunitaria que brinde servicios integrales de salud a toda la población con niveles óptimos de calidad, eficiencia, eficacia y a un coste viable para el mantenimiento del sistema.
- La práctica médica tradicional se percibe como una relación deteriorada usuario(a)-personal de salud.
- No se ha logrado en todos los establecimientos de salud la participación de la comunidad y del personal de salud en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios.
- Las diferentes modalidades que existen en su gran mayoría carecen de bases de datos o información (existe un gran subregistro) que impide sentar las bases para un sistema de planificación y administración de los servicios de salud que parta de las necesidades reales de la población para la estimación de las necesidades futuras.
- No existe una participación comunitaria para promover la confianza de la población en el equipo de trabajo y responsabilizándose de la vigilancia de sus condiciones de salud.

Estos resultados, evidencian que el futuro de las actuales modalidades de atención en salud y de las que puedan surgir dependerá de los resultados de la evaluación, el cumplimiento de criterios para contribuir con la solución de los problemas actuales de las comunidades y de las decisiones organizativo-administrativas que tomen las instituciones que conforman el Sector.

Como parte, de la situación actual destaca en el 2008 el esfuerzo de varios establecimientos de salud con modalidades de atención a domicilio que se autoevalúan con el uso del **Modelo de Excelencia EFQM**, que consiste según el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad Sector Salud y Centro Internacional de Investigación

en Calidad. (s.f.)⁸ en un modelo europeo de excelencia empresarial, creado por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM). Instancia creada en 1988 por los presidentes de 14 importantes compañías europeas, bajo los auspicios de la Unión Europea. Actualmente cuenta con más de 600 miembros, desde pequeñas compañías hasta grandes multinacionales, institutos de investigación, escuelas de negocios y universidades.

El EFQM constituye un marco de referencia para desarrollar un proceso diagnóstico de las prácticas de gestión y medición de resultados de una organización, que culmina con la ejecución de un plan integral de mejora del desempeño de la instancia que se autoevalúa. A diferencia del modelo ISO, no pretende la conformidad de la empresa con un conjunto de requerimientos procedimentales, sino que busca promover un proceso de mejoramiento orientado a resultados.

En este sentido son conceptos fundamentales de este modelo:

- La orientación hacia los resultados
- La orientación al cliente
- El liderazgo y la constancia en los objetivos
- La gestión por proceso y hechos
- El desarrollo e implicación de las personas (equipos de trabajo y clientes)
- El aprendizaje, la innovación y la mejora continua
- El desarrollo de alianzas
- La corresponsabilidad social.

De manera según Chacón (2008)⁹ el EFQM no supone una contraposición a otros enfoques (aplicación de determinadas técnicas de gestión, normativa ISO, normas industriales específicas, etc.), sino más bien la integración de los mismos en **un esquema más amplio y completo de gestión**. La utilización sistemática y periódica del Modelo por parte del equipo directivo permite a éste el establecimiento de **planes de mejora** basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar.

Existen otros modelos que se aplican en varios países por ejemplo el Premio Deming de Japón o el Malcom Balbridge, en los Estados Unidos de América. Quienes

⁸ Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad Sector Salud y Centro Internacional de Investigación en Calidad. (s.f). Autoevaluación para Gerentes: Modelo EFQM de Excelencia. Manuscrito no publicado.

⁹ Chacón, L. P. (2008). Conferencia Modelo europeo de excelencia EFQM desde el Hospital Tony Facio Castro. Primer curso de calidad dirigidos a equipos de funcionarios de la CCSS que ejecutan modalidades de hospitalización y atención domiciliar en el país. Hospital Nacional de Niños, San José-Costa Rica.

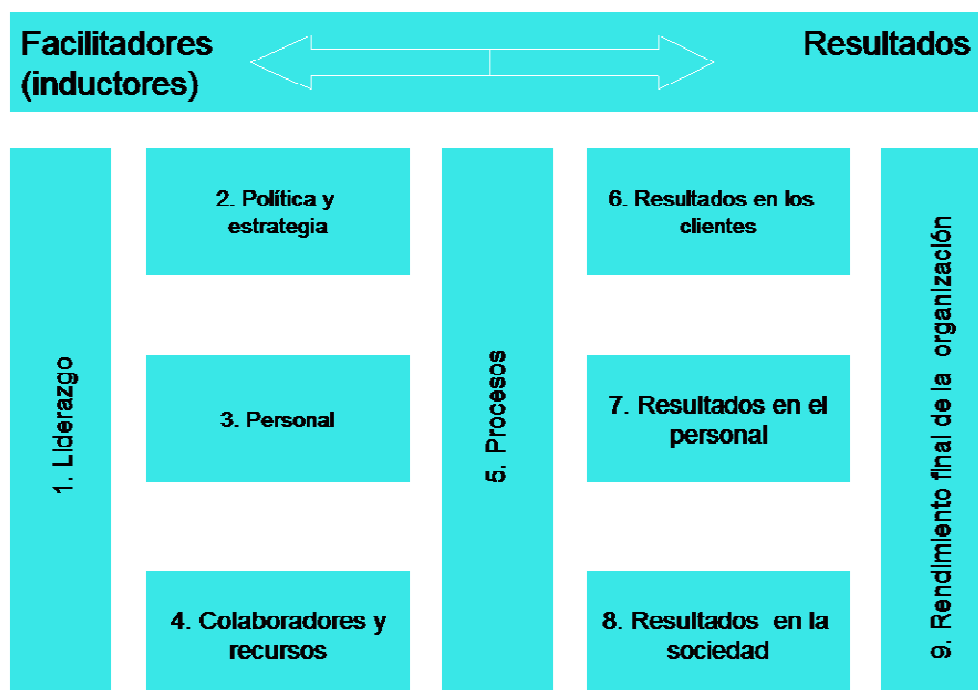
defienden su aplicación alegan que EFQM incorpora lo mejor de cada uno de estos dos. Consta de 9 factores o criterios, todos medibles que se subdividen en dos tipos: Facilitadores (el sustento de la gestión) y de Resultados (ver Figura 1).

Los **criterios facilitadores** son:

- **Liderazgo.** Es el primer criterio del modelo, evalúa la forma en que el equipo directivo desarrolla y facilita que se alcance la misión y la visión, desarrolla los valores necesarios para el éxito a largo plazo, los materializa mediante acciones y comportamientos adecuados, y se compromete personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla y se pone en práctica. Se evalúa considerando cuatro subcriterios:
 - 1.a Cómo los directivos desarrollan la misión, visión, valores y actúan como modelos de una cultura de excelencia (prédica con el ejemplo).
 - 1.b Cómo los directivos se implican personalmente para garantizar que los sistemas de gestión de la organización se desarrollen, implanten y mejoren continuamente.
 - 1.c Cómo los directivos se implican y comprometen con los clientes, agentes externos y representantes de la sociedad.
 - 1.d Cómo los directivos motivan, apoyan y reconocen a las personas de la organización.
- **Políticas y estrategia.** Evalúa cómo materializa la organización su misión y visión, mediante una estrategia claramente enfocada hacia los actores, apoyada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos adecuados. Los subcriterios que considera son:
 - 2.a Cómo la política y estrategia se basan en necesidades presentes y futuras y en las expectativas de los agentes relacionados con la organización. (Comprender el mercado, reunir y utilizar información, analizar y anticipar)
 - 2.b Cómo la política y estrategia se basan en información relevante.
 - 2.c Cómo se desarrollan, revisan y actualizan la política y la estrategia.
 - 2.d Cómo se despliega la política y la estrategia a través de un marco de procesos críticos.
 - 2.e Cómo se comunican e implantan la política y la estrategia.

Figura 1.

Criterios que se autoevalúan con Modelo de Excelencia EFQM



Fuente. Chacón, L. P. (2008). Conferencia Modelo europeo de excelencia EFQM desde el Hospital Tony Facio Castro. Primer curso de calidad dirigidos a equipos de funcionarios de la CCSS que ejecutan modalidades de hospitalización y atención domiciliar en el país. Hospital Nacional de Niños, San José-Costa Rica.

- **Personal.** Evalúa cómo la organización gestiona y desarrolla los conocimientos de las personas que la constituyen y libera todo su potencial, tanto individualmente como en equipo y en el conjunto de la organización. Además, cómo planifica estas actividades en apoyo de su política y su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Los subcriterios mediante los cuales se evalúa son:
 - 3.a Cómo se planifican y desarrollan los recursos humanos.
 - 3.b Cómo se preservan y desarrollan las capacidades y aptitudes del personal.
 - 3.c Cómo se promueve el compromiso, la autonomía y la iniciativa de todos los miembros de la organización
 - 3.d Cómo se logra la comunicación efectiva. (Cómo se identifican las necesidades y se establecen los canales ; qué tan bien se disemina información crítica).

- 3.e Cómo la organización retribuye, reconoce y se preocupa de sus empleados.
- **Colaboradores y recursos.** Evalúa cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos tanto para apoyar su política y su estrategia como el funcionamiento eficaz de sus procesos. Los subcriterios que se consideran al evaluar son:
 - 4.a Cómo se desarrollan y gestionan las alianzas externas (identificación socios clave; añadir valor a la cadena de suministros).
 - 4.b Cómo se gestionan los recursos económicos y financieros (gestión de riesgo, manejo de inversiones).
 - 4.c Cómo se gestionan los edificios, equipos y materiales.
 - 4.d Cómo se gestiona la tecnología.
 - 4.e Cómo se gestionan los recursos de información y de conocimiento.
- **Procesos.** Evalúa cómo diseña, gestiona y mejora la organización, sus procesos con objeto de apoyar su política y su estrategia, así como, para generar valor de forma creciente para sus clientes y sus otros actores. Al evaluar se consideran los siguientes subcriterios:
 - 5.a Cómo se diseñan y gestionan sistemáticamente los procesos críticos para el éxito de la organización (medidas de rendimiento de la gestión).
 - 5.b Cómo se revisan y mejoran los procesos.
 - 5.c Cómo se diseñan y desarrollan los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
 - 5.d Cómo se producen, entregan y asisten los productos y servicios (Perspectiva del cliente).
 - 5.e. Cómo se gestionan y mejoran las relaciones con los clientes.

Por su parte, los **criterios de resultados** son:

- **Resultados en los clientes.** Lo que consigue la organización en relación con sus clientes externos. Se evalúa considerando dos subcriterios:
 - 6.a Medidas de percepción: La percepción que los clientes tienen de los productos y servicios de la organización, así como, de su relación

con ésta (accesibilidad, comunicación, capacidad y tiempo de respuesta, innovación, precio gestión de reclamos).

- 6.b Indicadores de rendimiento: Medidas adicionales internas relacionadas con la satisfacción de los clientes de la organización (nivel de servicio, % participación mercado, fiabilidad, indicadores de errores, defectos, etc.).
- **Resultados en el personal.** Lo que alcanza la organización en relación con su personal, es decir, apunta hacia los resultados que obtiene la organización en relación con la satisfacción de las necesidades y expectativas del personal. Los subcriterios que considera son:
 - 7.a Medidas de percepción: Las percepciones de los miembros de la organización (encuestas, grupos focales, sugerencias, estudios de clima organizacional).
 - 7.b Indicadores de rendimiento: Medidas internas empleadas para entender, predecir y mejorar la satisfacción de necesidades e expectativas del personal (ausentismo, quejas, rotación de personal, reconocimientos, uso de instalaciones especiales ofrecidas, niveles de formación y desarrollo).
- **Resultados en la sociedad.** Lo que consigue la organización en relación con su entorno social: local, nacional e internacional. Los subcriterios mediante los cuales se evalúa son:
 - 8.a Medidas de percepción: La percepción que la comunidad en su conjunto tiene del impacto de la organización, conocidas mediante encuestas, reuniones públicas, informes de entes de control (incidencia en la economía local y nacional, apoyo al desarrollo comunitario, manejo ambiental responsable).
 - 8.b Indicadores de rendimiento: Medidas adicionales internas relacionadas con el impacto la sociedad (Conservación de energía, reducción de desperdicios, premios y reconocimientos recibidos, infracciones, cumplimiento de normativas nacionales e internacionales).
- **Rendimiento final de la organización.** Lo que logra la organización en relación con su rendimiento final planificado. Es el criterio que resume todo el modelo, al evaluar todo lo que la organización está obteniendo en relación con los objetivos planteados. Todos los demás factores podrían considerarse como "facilitadores" de este criterio. Lo esencial es la posición competitiva de la organización en el mediano y largo plazo. Los subcriterios que se consideran al evaluar son:

- 9.a Resultados clave de rendimiento: Incluye medidas financieras y no financieras que reflejan el éxito de la organización en la consecución de los resultados planificados. Financieras: ventas, márgenes, dividendos, cumplimiento de presupuesto. Medidas no financieras: Crecimiento de la capacidad, tiempo requerido para desarrollar nuevos productos, Cobertura de los servicios.
- 9.b Indicadores claves de rendimiento: Otras medidas operativas utilizadas para controlar, comprender, predecir y mejorar los resultados clave planificados (rotación de inventarios, rendimiento sobre activos, rendimiento de proveedores, etc.).

Cada uno de los criterios citados es evaluado otorgándoles una cantidad específica de puntos, de manera que el modelo EFQM otorga un total de 1000 puntos divididos de la siguiente manera:

Criterios Facilitadores 500 puntos 50%

Liderazgo	100 puntos
Política y estrategia	80 puntos
Personal	90 puntos
Colaboradores y recursos	90 puntos
Procesos	140 puntos

Criterios de resultados 500 puntos 50%

Resultados en los clientes	200 puntos
Resultados en el personal	90 puntos
Resultados en la sociedad	60 puntos
Rendimiento final de la organización	150 puntos

Una vez asignados los puntajes se obtiene el Perfil Superficial de la instancia o servicio autoevaluado. A continuación se describen los resultados de cada una de las autoevaluaciones realizadas por los establecimientos seleccionados durante el año 2008.

El **Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia**¹⁰ brinda atención domiciliar dirigida a las personas adultas mayores discapacitadas, con patologías agudas y crónicas,

¹⁰ Información suministrada por Monge, N., Castro, O. y Chaves, E. (2008). Informe de autoevaluación de modelos de asistencia ambulatoria y domiciliar aplicación del modelo EFQM. Programa de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Geriatria. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

el proceso fue coordinado por la Dra. Marta Vargas González del Servicio de Geriátrica del hospital. Las actividades que se realizan son recolección de muestras de laboratorio, aplicación de tratamientos, curaciones, control de oxígeno-dependientes e inclusive se realizan procedimientos más complejos como transfusiones sanguíneas, paracentesis y diálisis peritoneal.

La cobertura del sistema es amplia y los pacientes continúan bajo el programa por tiempo prolongado, existiendo patologías a las cuales también dan seguimiento los equipos del primer nivel atención, esta duplicidad de funciones se debe a la ausencia de perfiles definidos de acuerdo a la complejidad de cada nivel (ausencia de articulación de la red).

Respecto al análisis según indicadores el Servicio de Geriátrica del hospital dispone de los siguientes datos.

- Disminución de la estancia hospitalaria 5.4%
- Reingreso del domicilio para el mes de setiembre de 2008 2.6%
- Camas disponibles en la Sección Médica 94 (incluyendo aislamiento)
- Camas asignadas a domicilio 500 (ocupadas en noviembre 2008 = 479)
- Giro cama Sección Médica 5.86%
- Estancia hospitalaria promedio 9.2 días en setiembre de 2008
- Valor diario por cama ₡138 000 (ciento treinta y ocho mil colones sin céntimos) esto en Sección Médica, cama por sección no por especialidad.

Los resultados de la evaluación realizada por equipo de revelan que el servicio requiere aplicar proyectos de mejora en todos los criterios evaluados (Ver Tabla 1), siendo Políticas y estrategia, Procesos y Resultados los criterios acerca de los cuales el servicio no dispone al momento de ninguna información o producción, al tiempo que recursos se visualiza como el criterio donde mejor puntaje se obtiene, aspecto que augura muchas posibilidades de aplicación de un proyecto de mejora.

El **Hospital Tony Facio Castro**¹¹, por su parte, desarrolla el programa de visita domiciliaria a los pacientes anticoagulados, promoviendo el conocimiento de los usuarios en autocuidado y optimización de la salud. Ello con el propósito de garantizar mediante educación, control y evaluación la normal anticoagulación en los usuarios según su patología.

¹¹ Información suministrada por Castro, V., Henry, G. y Richards, M. (2008). Propuesta de implementación en mejoras para visitas domiciliarias al usuario anticoagulado en la Región Huasteca Atlántica con el modelo de evaluación EFQM. Clínica del usuario anticoagulado de la Región Huasteca Atlántica. Hospital Dr. Tony Facio Castro.

Tabla 1.
Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de Geriátria del Hospital Rafael
Ángel Calderón Guardia, Julio-2008

Criterio		Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de calificación (%)										Puntaje Global del Criterio
					10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1. Liderazgo	1.a	50.00	25	12.5					X						18.75
	1.b	25.00	25	6.25			X								
	1.c	0	25	0	X										
	1.d	0	25	0	X										
2. Políticas y Estrategias	2.a	0	16	0	X									0	
	2.b	0	16	0	X										
	2.c	0	16	0	X										
	2.d	0	16	0	X										
	2.e	0	16	0	X										
3. Factor Personas (90)	3.a	34.70	18	6.25				X						18.75	
	3.b	34.70	18	6.25				X							
	3.c	34.70	18	6.25				X							
	3.d	0	18	0	X										
	3.e	0	18	0	X										
4. Recursos (90)	4.a	0	18	0	X									19.75	
	4.b	75.00	18	13.5							X				
	4.c	0	18	0	X										
	4.d	34.70	18	6.25				X							
	4.e	0	18	0	X										
5. Procesos (90)	5.a	22.30	28	6.25			X							6.25	
	5.b	0	28	0	X										
	5.c	0	28	0	X										
	5.d	0	28	0	X										
	5.e	0	28	0	X										
6. Resultados de clientes	6.a	2.05	150	3.08	X									16.5	
	6.b	25.00	50	12.5			X								
7. Resultados de personal (90)	7.a	0	68	0	X									0	
	7.b	0	22	0	X										
8. Impacto en la sociedad (60)	8.a	0	45	0	X									6.25	
	8.b	41.60	15	6.25				X							
9. Resultados de la organización (150)	9.a	11.10	75	8.33		X								12.43	
	9.b	5.40	75	4.1	X										
Nota global sobre 1000 puntos -----													79.93		

Los resultados de la evaluación realizada por equipo de revelan que el servicio requiere aplicar proyectos de mejora, con especial énfasis, en los criterios de Personal y Resultados (Ver Tabla 2). Ante los resultados de la autoevaluación el equipo define como criterio de inclusión al servicio, considerar los usuarios referidos a la Clínica de Anticoagulación de la Región Huetar Atlántica, que han presentado algún tipo de resistencia para mantener un adecuado parámetro en el INR según su patología específica, buscando que la captación se realice por informe de alta hospitalaria, por alteraciones frecuentes en el INR pese a la orientación, por problemas en la educación académica del usuario y su familia, por problemas de pobreza extrema del usuario y por estado de salud.

Definen además que el programa se llevará a cabo por medio de tres recursos diferentes pero que están íntimamente relacionados entre sí:

- Programa de visita Domiciliaria, con el manejo de estrategias de trabajo para cada usuario (PLAN DE ATENCIÓN), vigilancia de normas, recursos, procesos, etc.
- Instrumentos de trabajo (PROTOCOLOS, PLANES DE ENFERMERÍA, PLANES NUTRICIONALES, ETC) insumos y educación.
- Servicios de transporte.

Proponen además considerar los siguientes indicadores:

1- Educación para el adecuado manejo de la anticoagulación dirigida al paciente y su familia:	30 %
1.1 conceptos básicos de la patología:	10 %
1.2 concepto de anticoagulación:	5 %
1.3 interacción con Warfarina y alimentos:	5%
1.4 interacción con Warfarina y medicamentos:	5%
1.5 Medidas de autocuidado tras la anticoagulación:	5%
2- Parámetros de valoración en INR:	20%
2.1 aumentados:	5%
2.2 Normales:	10%
2.3 Disminuidos:	5%

Tabla 2
Perfil de autoevaluación superficial de la Clínica de Anticuagulos del Hospital
Tony Facio Castro de la Dirección Regional Huetar Atlántica, Julio-2008

Criterio (facilitadores)	Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Real del Criterio		
				10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
1. Liderazgo. [100]	1.a	100	25	25											X	62,5
	1.b	100	25	25											X	
	1.c	0	25	0	X											
	1.d	12,5	25	12,5		X										
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	33,3	16	5,3				X								30,9
	2.b	75	16	12									X			
	2.c	5	16	0,8	X											
	2.d	60	16	9,6							X					
	2.e	20	16	3,2		X										
3. Factor Personas [90]	3.a	0	18	0	X											4,5
	3.b	0	18	0	X											
	3.c	0	18	0	X											
	3.d	0	18	0	X											
	3.e	25	18	4,5			X									
4. Recursos [90]	4.a	0	18	0	X											34,2
	4.b	75	18	13,5									X			
	4.c	60	18	10,8							X					
	4.d	0	18	0	X											
	4.e	55	18	9,9							X					
5. Procesos [140]	5.a	70	28	19,6									X			42
	5.b	0	28	0	X											
	5.c	0	28	0	X											
	5.d	80	28	22,4										X		
	5.e	0	28	0	X											
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	0	150	0	X											0
	6.b	0	50	0	X											
7. Resultados de personal, [90]	7.a	0	68	0	X											0
	7.b	0	22	0	X											
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0	X											0
	8.b	0	15	0	X											
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	40	75	30				X								33,75
	9.b	5	75	3,75	X											
				Nota global sobre 1000 puntos										207,85		

3- Número de pacientes por género:	10%
3.1 Hombres:	5%
3.2 Mujeres:	5%
4- Número de pacientes por grupo etario:	15%
4.1 Adolescentes:	5%
4.2 Adulto joven:	5%
4.3 Adulto mayor:	5%
5- Parámetros de IMC:	20%
5.1 Desnutrición:	5%
5.2 Normal:	10%
5.3 Obesidad:	5%

Proponen entonces, las siguientes ideas como innovaciones a considerar en el programa:

- Elaboración proceso sustantivo, de apoyo y complementarios.
- Elaboración de un instrumento para evaluar el grado de satisfacción que los usuarios tienen al respecto a la atención que se les brindará.
- Concientización de todo el personal de salud que de una u otra manera tienen contacto con este tipo de pacientes, por medio de la oficina de educación continua del hospital.
- Lograr óptimo adiestramiento en el paciente y familia en cuanto al manejo de la Warfarina, higiene, interacciones medicamentosas, régimen nutricional, cuidados especiales y el manejo de signos de alarma por sobreanticoagulación.
- Elaborar plan educativo sobre posibles complicaciones según patología de cada paciente y detección de factores de riesgo para evitar la aparición de nuevas patologías o complicaciones somáticas, psíquicas y sociales.
- Coordinar con otras disciplinas interdisciplinarias, como por ejemplo nutrición, Rehabilitación, etc.

Otro de los establecimientos de salud que autoevaluó uno de sus servicios de atención domiciliar fue el **Hospital Monseñor Sanabria**¹², en particular la Clínica de Heridas que tiene por misión en el marco de las políticas institucionales, con mayor proyección a la comunidad y con programas alternativos de atención al usuario, principalmente en el nivel ambulatorio, prestar servicios en el domicilio de los usuarios para evitar los internamientos prolongados, reducir el riesgo de complicaciones y disminuir el tiempo de respuesta con un alto nivel de satisfacción del usuario.

La Clínica de Heridas se caracteriza, según su equipo de trabajo, por ser una modalidad de atención integral a domicilio con capacidad resolutoria para la prestación de servicios a los usuarios, con un alto nivel de satisfacción. Dicho servicio atiende pacientes con cualquier tipo de herida que requiera curación frecuente y que se le dificulte acceder al hospital (adultos mayores, inmovilizados, discapacitados, sin red de apoyo). Así como, pacientes que requieren de una cama hospitalaria para curación diaria. Los resultados de la autoevaluación revelan que los criterios en las cuales se identifican mayores dificultades son los de Recursos, Procesos y Resultados (ver Tabla 3). Por lo cual, el equipo inicia el proceso de definición del proyecto de mejora por aplicar en el 2009.

Por su parte el **Hospital La Anexión de Nicoya**¹³ autoevaluó la Clínica de Cuidados Paliativos cuya misión es brindar atención en forma integral con calidad, mediante la participación de un equipo interdisciplinario, asegurándole al usuario calidad de vida, a través de la promoción, prevención y atención de la salud en los pacientes con enfermedades terminales y de vida limitada incluyendo familia y comunidad.

Destaca como visión de este servicio constituirse en un equipo interdisciplinario altamente calificado que monitoriza, controla y evalúa los pacientes con enfermedades terminales y de vida limitada, promoviendo la atención domiciliar para mejorar la calidad de vida del usuario, familia y comunidad. Acogiendo valores como compromiso, respeto, honestidad, igualdad, y responsabilidad.

Los resultados de la autoevaluación (ver Tabla 4) revelan según el criterio del equipo responsable bajo porcentaje de visita domiciliar a paciente con enfermedad Terminal y con vida limitada, atendidos por el equipo de la Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital de la Anexión. Por lo cual identifican las siguientes áreas críticas.

- Insuficiente compromiso y reconocimiento por parte de la Organización.
- No aplicación de políticas y estrategias que vayan de acuerdo a las necesidades presentes y futuras.
- Desconocimiento de políticas y estrategias.
- Ausencia de Planes de contingencia para desarrollar, revisar y actualizar el desarrollo de las políticas y estrategias.

¹² Información suministrada por Aguilera, I., Álvarez, E., Ordeñana, N., Calvo, A. R., Contreras, L. y Rosales, D. (2008). Informe de autoevaluación Modelo EFQM: Atención Domiciliar en Clínica de Heridas. Clínica de Heridas. Hospital Monseñor Sanabria.

¹³ Información suministrada por Conejo, X, Gutiérrez, J., Gutiérrez, S., Rosales, M. y Angulo, A. (2008). Informe de Curso Modelo EFQM autoevaluación de Modelos de Asistencia Ambulatoria y Domiciliar de la Clínica del Dolor Cuidados Paliativos de Nicoya. Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital de La Anexión de Nicoya.

Tabla 3
Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de la Clínica de Heridas del
Hospital Monseñor Sanabria de la Dirección Regional Pacífico Central
Julio-2008

Criterio		Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Global del Criterio	
					10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
1. Liderazgo. [100]	1.a	75	25	18,75									X			50
	1.b	75	25	18,75									X			
	1.c	10	25	2,5	X											
	1.d	40	25	10				X								
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	25	16	4			X									15,2
	2.b	0	16	0	X											
	2.c	10	16	1,6	X											
	2.d	40	16	6,4			X		X							
	2.e	20	16	3,2		X										
3. Factor Personas [90]	3.a	100	18	18											X	51,3
	3.b	75	18	13,5									X			
	3.c	75	18	13,5									X			
	3.d	25	18	4,5			X									
	3.e	10	18	1,8	X											
4. Recursos [90]	4.a	85	18	15,3										X		44,1
	4.b	80	18	14,4									X			
	4.c	70	18	12,6							X					
	4.d	10	18	1,8	X											
	4.e	0	18	0	X											
5. Procesos [140]	5.a	10	28	2,8	X											15,4
	5.b	0	28	0	X											
	5.c	10	28	2,8	X											
	5.d	0	28	0	X											
	5.e	35	28	9,8				X								
6. Resultados de clientes[200]	6.a	0	150	0	X											0
	6.b	0	50	0	X											
7. Resultados de personal,[90]	7.a	0	68	0	X											0
	7.b	0	22	0	X											
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0	X											0
	8.b	0	15	0	X											
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	0	75	0	X											0
	9.b	0	75	0	X											
					Nota global sobre 1000 puntos										176	

Tabla 4
Perfil de autoevaluación superficial de la Clínica de Cuidados Paliativos del
Hospital La Anexión de la Dirección Regional Chorotega, Julio-2008

Criterio (facilitadores)	Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Real del Criterio		
				10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
1. Liderazgo. [100]	1.a	30	25	7.50			X									21.25
	1.b	25	25	6.25			X									
	1.c	30	25	7.50			X									
	1.d	0	25	0	X											
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	35	16	5.76				X								17.76
	2.b	25	16	4.00			X									
	2.c	25	16	4.00			X									
	2.d	25	16	4.00			X									
	2.e	0	16	0.00	X											
3. Factor Personas [90]	3.a	8.3	18	1.50	X											20.40
	3,b	35	18	6.30				X								
	3.c	30	18	5.40			X									
	3.d	15	18	2.70		X										
	3.e	25	18	4.50			X									
4. Recursos [90]	4.a	15	18	2.70		X										17.10
	4.b	25	18	4.50			X									
	4.c	25	18	4.50			X									
	4.d	15	18	2.70		X										
	4.e	15	18	2.70		X										
5. Procesos [140]	5.a	25	28	7.00			X									35.00
	5.b	25	28	7.00			X									
	5.c	25	28	7.00			X									
	5.d	20	28	5.60			X									
	5.e	30	28	8.40			X									
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	20	150	30.00		X										40.00
	6.b	20	50	10.00		X										
7. Resultados de personal, [90]	7.a	10	68	6.80	X											6.80
	7.b	0	22	0.00	X											
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0.00	X											0.00
	8.b	0	15	0.00	X											
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	10	75	7.50	X											15.00
	9.b	10	75	7.50	X											
Nota global sobre 1000 puntos												173.31				

- Recurso humano limitado.
- Poco reconocimiento en los empleados por parte de la organización.
- Recursos externos limitados.
- Ausencia de redes de apoyo.
- Presupuesto limitado.
- Tecnología limitada.
- Recursos de información limitados.
- No hay sistematización de procesos.
- Ausencia de Evaluación para medir la satisfacción y el impacto del usuario interno y externo.

El **Hospital México**¹⁴, por su parte, identificó como área crítica la discontinuidad en el seguimiento de la población Adolescente portadora de Diabetes Mellitus I del Área de atracción del hospital. De manera que, realiza durante el 2008 un proceso de autoevaluación que le permita crear las condiciones necesarias para implementar la atención domiciliar, familiar y comunitaria de este grupo poblacional. Propone como visión de la iniciativa constituirse en un equipo líder en el sector salud, en el nivel nacional, que otorga respuestas innovadoras, creativas y de alta resolutivez en la gestión de la atención integral de la salud de las personas adolescentes, portadoras de Diabetes Mellitus Tipo I, pertenecientes al área de atracción del Hospital México, contribuyendo así al logro de un grado superlativo de desarrollo humano, y que éste, sea sostenible.

Para lo cual definen como misión contribuir con la preservación, manejo y mejoramiento de la salud de las personas, pertenecientes al grupo adolescente portador de Diabetes Mellitus Tipo I, sus familias y comunidad, pertenecientes al área de atracción del Hospital México, a través del desarrollo de procesos estratégicos de visita domiciliar, que faciliten y fortalezcan la atención integral de su salud, realizando acciones altamente humanizadas, dentro de un sistema de calidad y apoyadas por tecnología de punta, favoreciendo así, el acceso y la equidad, de acuerdo con sus necesidades de salud, enmarcadas por los principios de la Seguridad Social.

Dicha iniciativa de atención tiene como área geográfica de cobertura la siguiente:

- Población Adscrita Directa: 215.278. Hab.

¹⁴ Información suministrada por Beirute, S., Ugalde, G., Montero, P. y Villalobos, A. (2008). Informe de Curso Modelo EFQM autoevaluación del Modelo de Atención Integral Domiciliar al Paciente Adolescente portador de Diabetes Mellitus Tipo I. Servicios de Enfermería y Consulta Externa. Hospital México.

- Población Adscrita Indirecta: 2, 628,408 Hab.¹⁵

Debido a las características de la población adolescente, portadora de Diabetes Mellitus Tipo I, así como, por el número de individuos que la componen, el programa se iniciará con los individuos pertenecientes al área de atracción directa, que hayan sido captados en los servicios del hospital tanto ambulatorios como de internamiento o que hayan sido referidos para su control por el Hospital Nacional de Niños, que vivan en el área geográfica comprendida en los cantones de Tibás y La Uruca. La población a impactar se encuentra definida por:

- Pertenecer al grupo situado entre los 12 y los 19 años.
- Ser portadores de Diabetes Mellitus Tipo I en control y bajo tratamiento.
- Vivir en el área comprendida en Tibás y la Uruca.
- Responder a un perfil socioeconómico medio o bajo.
- Presentar fallas terapéuticas por abandono de tratamiento.
- Se atenderá prioritariamente individuos en riesgo de cualquier tipo, (social, cultural, familiar, etc.) y que éste pueda provocar algún impacto, de cualquier tipo en relación con su calidad de vida y desarrollo como personas.

Los resultados de la autoevaluación marcan la línea base de inicio del programa (ver Tabla 5).

El **Hospital San Juan de Dios (HSJD)**¹⁶ mediante la **Unidad de Atención Domiciliar (UAD)** brinda en el hogar de los pacientes servicios integrales en salud, para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes y sus familias; que se reflejan en un mejoramiento, estabilización o recuperación de su estado basal de salud o calidad de vida y con ello disminuyen los días de hospitalización.

En este sentido, dicha unidad constituye una alternativa hospitalaria, real, eficiente y oportuna, en el abordaje de los pacientes, logrando abarcar la mayor parte del área de atracción directa del hospital y contribuir de esta manera con la disminución de la estancia hospitalaria. Dirigen el accionar de dicha unidad los valores de la responsabilidad, el respeto, la honestidad, la tolerancia y la solidaridad.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Costa Rica, Octubre 2007.

¹⁶ Información suministrada por Blanco, S. y Jiménez, A. (2008). Informe de Curso Modelo EFQM autoevaluación de la Unidad de Atención Domiciliar. Unidad de Atención Domiciliar. Hospital San Juan de Dios.

Tabla 5
Perfil de autoevaluación superficial de la Atención Integral Domiciliar al
Paciente Adolescente portador de Diabetes Mellitus Tipo I del Hospital México,
Julio-2008

Criterio (facilitadores)	Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]											Puntaje Real del Criterio	
				10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
1. Liderazgo. [100]	1.a	30	25	7.50			X									25.00
	1.b	25	25	7.50			X									
	1.c	40	25	10.00				X								
	1.d	0	25	0.00	X											
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	25	16	4.00			X									20.00
	2.b	25	16	4.00			X									
	2.c	25	16	4.00			X									
	2.d	25	16	4.00			X									
	2.e	25	16	4.00			X									
3. Factor Personas [90]	3.a	10	18	1.8	X											9.00
	3.b	10	18	1.8	X											
	3.c	10	18	1.8	X											
	3.d	10	18	1.8	X											
	3.e	10	18	1.8	X											
4. Recursos [90]	4.a	0	18	0	X											18.00
	4.b	25	18	4.50			X									
	4.c	25	18	4.50			X									
	4.d	25	18	4.50			X									
	4.e	25	18	4.50			X									
5. Procesos [140]	5.a	10	28	2.50	X											5.60
	5.b	0	28	0.00	X											
	5.c	0	28	0.00	X											
	5.d	10	28	2.50	X											
	5.e	0	28	0.00	X											
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	0	150	0.00	X											0.00
	6.b	0	50	0.00	X											
7. Resultados de personal, [90]	7.a	0	68	0.00	X											0.00
	7.b	0	22	0.00	X											
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0.00	X											0.00
	8.b	0	15	0.00	X											
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	0	75	0.00	X											0.00
	9.b	0	75	0.00	X											
											Nota global sobre 1000 puntos	77.60				

La cobertura del servicio corresponde a aquellos pacientes mayores de 12 años que habitan dentro del área de atracción directa del HSJD a 10 km a la redonda del mismo centro, que incluye los siguientes cantones con sus respectivos distritos y habitantes:

- Cantón de San José: Merced, Hospital, Mata Redonda, Pavas y Hatillo. Para un total de 149 460 habitantes.
- Cantón de Escazú: Escazú, San Antonio y San Rafael. Para un total de 46 012 habitantes.
- Cantón de Desamparados: Desamparados, San Miguel, San Juan de Dios, San Rafael Arriba, Patarra, Damas, San Rafael Abajo y Gravilias. Para un total de 188 744 habitantes.
- Cantón Alajuelita: Alajuelita, San Josecito, San Antonio, Concepción y San Felipe. Para un total de 83 882 habitantes.
- Cantón de Aserrí: Aserrí y Salitrillo. Para un total de 29 698 habitantes.

Según los datos anteriormente descritos, proyectados del censo del 2000 para el 2007, se estima que la población de cobertura es de 497.796 habitantes mayores de 12 años que serían susceptibles a optar por este tipo de atención en algún momento.

El usuario(a) candidato para ingresar al programa de atención domiciliaria debe cumplir con los criterios de inclusión para garantizar que se pueda brindar la atención que amerita.

Uno de los puntos clave es que el individuo debe estar **clínicamente estable** y con un **diagnóstico claro** con el fin de que pueda seguir un **protocolo de manejo** de su patología previamente definido por la UAD y el médico tratante, además de que sea **factible brindarle esta atención en el hogar** sin que esto conlleve un riesgo para el paciente.

Por otro lado la incorporación al programa es de manera voluntaria por lo que tanto el usuario como su familia o cuidadores deben estar de acuerdo con el manejo de su patología en el hogar, y se comprometen a seguir indicaciones por parte de la UAD. Asimismo, el paciente debe residir a no más de 10 Km. a la redonda del HSJD y poseer un teléfono para poder darle seguimiento por el personal de la Unidad.

Los resultados de la autoevaluación con el Modelo de Excelencia EFQM: Perfil superficial de la Unidad de Atención Domiciliaria (ver Tabla 6) revelan que las mayores dificultades refieren a los criterios de procesos y resultados. Ante lo cual el equipo de la unidad propone como acciones a seguir las que se detallan a continuación.

Tabla 6
Perfil de autoevaluación Superficial del Servicio de Atención Domiciliar del
Hospital Nacional San Juan de Dios, Julio-2008

Criterio	Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Global del Criterio		
				10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
1. Liderazgo. [100]	1.a	35	25	8,75				X								30
	1.b	35	25	8,75				X								
	1.c	50	25	12,5					X							
	1.d	0	25	0	X											
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	60	16	9,6						X					20,8	
	2.b	30	16	4,8			X									
	2.c	0	16	0	X											
	2.d	0	16	0	X											
	2.e	40	16	6,4				X								
3. Factor Personas [90]	3.a	15	18	2,7		X								25,2		
	3.b	60	18	10,8						X						
	3.c	35	18	6,3				X								
	3.d	20	18	3,6		X										
	3.e	10	18	1,8	X											
4. Recursos [90]	4.a	35	18	6,3				X						20,7		
	4.b	15	18	2,7		X										
	4.c	15	18	2,7		X										
	4.d	15	18	2,7		X										
	4.e	35	18	6,3				X								
5. Procesos [140]	5.a	0	28	0	X									4,2		
	5.b	0	28	0	X											
	5.c	0	28	0	X											
	5.d	15	28	4,2		X										
	5.e	0	28	0	X											
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	0	150	0	X									0		
	6.b	0	50	0	X											
7. Resultados de personal, [90]	7.a	15	68	10,2		X								13,5		
	7.b	15	22	3,3		X										
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0	X									0		
	8.b	0	15	0	X											
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	20	75	15		X								45		
	9.b	40	75	30				X								
				Nota global sobre 1000 puntos										159,4		

- Elaboración de los procesos sustantivos, de apoyo y complementarios.
- Elaboración de cuestionario para evaluar la percepción de los usuarios con respecto a la atención brindada por la UAD y otro para conocer la percepción de los miembros del equipo en su lugar de trabajo.
- Elaboración de encuesta en las comunidades que se visitan para valorar si el programa del cual formamos parte es conocido, y si lo es, conocer si consideran que impacta de alguna manera sus vidas.

Por su parte, el **Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**¹⁷, por su parte desarrolla la modalidad de atención en el domicilio para los usuarios(as) nefrópatas crónicos, a los que se les da el seguimiento en el hogar haciéndoseles las diálisis peritoneales inclusive. A dichos usuarios se les brindan las herramientas y conocimientos necesarios para el auto-cuidado en el hogar a fin de mejorar la calidad de vida y la reinserción social.

Dicho servicio se organiza considerando los valores de compromiso, lealtad, responsabilidad y mística. El área geográfica de cobertura del programa de diálisis ambulatoria comprende los siguientes cantones:

- Las Juntas de Abangares
- Cañas
- Upala
- Tilarán
- Bagaces
- Carrillo
- La Cruz
- Liberia

El usuario(a) candidato para ingresar al programa de atención domiciliaria debe cumplir con los criterios de inclusión para garantizar que se pueda brindar la atención que amerita. La población atendida se ubica en dos grandes grupos:

- El primero donde sobresale un número importante de pacientes jóvenes económicamente activos en la cuál la actividad laboral esta enfocada al área agrícola donde se destacan zonas productoras de caña de azúcar y melones.

¹⁷ Información suministrada por Bustos, J. P., Valle, G., Soto, E., Acosta, W. y Alvarado, L. (2008). Informe de curso Modelo EFQM autoevaluación de la Atención del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Equipo de Diálisis Ambulatoria. Servicio de Medicina. Área de Hospitalización. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

- El segundo grupo corresponde a pacientes mayores de edad igual de ambos sexos donde la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus los a llevado a padecer de insuficiencia renal crónica.

Los resultados de la autoevaluación revelan que el programa en promedio cumple casi con el 50% de excelencia, evidenciándose las mayores dificultades en los criterios de Políticas y estrategias, personal, recursos y resultados (ver Tabla 7).

El servicio que se brinda tiene como fortalezas el deseo de los miembros del equipo de salud de contribuir con la calidad de vida de los usuarios(as) a pesar de los escasos recursos con que cuentan. Otra fortaleza es la excelente coordinación con los miembros del Servicio de Nefrología del Hospital México. Los usuarios(as) que van a ser transplantados llegan totalmente listos para efectuar el procedimiento.

Este hospital cuenta con una proyección de costos respecto a las hospitalizaciones de los usuarios(as) con insuficiencia renal crónica y su relación con camas liberadas. El detalle en la siguiente tabla.

Costo proyectado de hospitalizaciones de un paciente con IRC. En el H.E.B.B. Y su relacion con camas liberadas					
Periodo	# de pacientes	Posibles días de Hospitalizaciones	Costo/dia/cama	Proyección Costo colones por paciente	días camas liberados en el servivio de medicina por cada paciente con IRC
1 mes	1	15	306,000	4590000	15
1 año	1	182	306,000	55692000	182

Según criterio médico un paciente con IRC. podría pasar la mitad de su vida internado a partir del momento que se inician los procedimientos de diálisis. El Hospital de Liberia actualmente maneja 18 pacientes en forma ambulatoria no se cuenta con calculo del costo de este manejo

Por su parte, el **Área de Salud de Coto Brus**¹⁸, autoevaluó su Servicio de Farmacia, el cual está integra Despachos de farmacia que son unidades de apoyo clínico, organizados en servicios farmacéuticos que contribuyen a una utilización racional de los medicamentos en los niveles de promoción, prevención, control y rehabilitación de la salud en los planos de docencia, investigación y gerencia de los mismos.

Estos servicios son grupos de prestaciones relacionadas con el medicamento, destinados a apoyar las acciones de salud que demanda la comunidad, a través de una Atención Farmacéutica con criterio de calidad en todas sus funciones, programas, actividades y tareas que se desarrollan en beneficio de los usuarios.

¹⁸ Información suministrada por Padilla, L. (2008). Informe de Curso Modelo EFQM autoevaluación El Papel de la Farmacia en la Visita Domiciliar. Departamento de Farmacia. Área de Salud Coto Brus. Región Brunca.

Tabla 7
Perfil de autoevaluación superficial Atención Diálisis Peritoneal del Hospital
Enrique Baltodano Briceño de la Dirección Regional Chorotega, Julio-2008

Criterio		Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Global del Criterio.	
					10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
1. Liderazgo. [100]	1.a	58,3	25	14,58						X						48,83
	1.b	50	25	12,50,					X							
	1.c	45	25	11,25					X							
	1.d	42	25	10,50					X							
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	42	16	6,72					X							28,40
	2.b	21	16	3,36			X									
	2.c	33	16	5,28				X								
	2.d	25	16	4,00			X									
	2.e	42	16	6,72					X							
3. Factor Personas [90]	3.a	50	18	9,00					X							49,92
	3.b	66,6	18	11,99							X					
	3.c	33	18	5,94				X								
	3.d	50	18	9,00					X							
	3.e	50	18	9,00					X							
4. Recursos [90]	4.a	50	18	9,00					X							53,20
	4.b	75	18	13,50								X				
	4.c	50	18	9,00					X							
	4.d	33	18	5,94				X								
	4.e	58	18	10,44							X					
5. Procesos [140]	5.a	42	28	11,76					X							61,80
	5.b	75	28	21,00								X				
	5.c	75	28	21,00								X				
	5.d	75	28	21,00								X				
	5.e	75	28	11,76								X				
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	42	150	93,75					X							62,50
	6.b	62,5	50	31,25							X					
7. Resultados de personal, [90]	7.a	68,75	68	46,75							X					75,00
	7.b	81,25	22	17,88									X			
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0,00	X											8,50
	8.b	17	15	2,55		X										
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	68,75	75	51,56								X				62,50
	9.b	56,25	75	42,19						X						
Nota global sobre 1000 puntos												450,65				

En este sentido, los servicios de farmacia del área se visualizan como unidades responsables de la gestión del sistema de suministros de medicamentos en forma integral, oportuna, segura, racional, y especializada en la información y asesoramiento a la comunidad en general en materia de Farmacoterapéutica, para maximizar el uso inadecuado de los medicamentos.

Para lograr lo anterior, el servicio de Farmacias se plantea como misión la prestación de servicios técnicos y farmacéuticos de apoyo en el escenario de la visita domiciliar de alta calidad, que promueven la farmacovigilancia y el uso racional de los medicamentos para contribuir de esta manera a mantener y a mejorar la salud de la población.

El proyecto abarca el territorio adscrito al cantón de Coto Brus 952 Kilómetros cuadrados y el perfil de la población objetivo refiere a la población permanente del cantón 36 303 habitantes. Así como a la población indígena migrante que visita la región desde finales de Agosto hasta finales de Diciembre, registrables 9600 personas, cálculo aproximado 12 000 personas. Algunas de las acciones realizadas con estas poblaciones son identificar el Almacenamiento y Conservación de los medicamentos mediante la visita domiciliar a los hogares de la comunidad de Coto Brus, revisando las fechas de vencimiento de productos farmacéuticos de los Botiquines y disponer adecuadamente de los medicamentos vencidos. Suministrar información sobre el uso correcto de los medicamentos a los pacientes, familiares y comunidad en general con criterios de objetividad y actualización técnica.

Además, detectar y dar seguimiento a los pacientes policonsultantes con la ayuda de técnicos, médico y farmacéutico, por medio de la identificación de cantidades de medicamentos de la misma clase terapéutica, a fin de disminuir la mala utilización de los medicamentos e identificar los pacientes que necesitan el uso de pictogramas y minimizar las barreras de analfabetismo, problemas de visión y barreras culturales.

Los resultados de la autoevaluación revelan que la fortaleza del programa es el factor personas, los demás criterios deben ser optimizados mediante aplicación de proyectos de mejora (Ver Tabla 8).

El **Área de Salud Zapote-Catedral**¹⁹ desarrolla el Programa de Atención Domiciliar, para lo cual cuenta con un equipo interdisciplinario que se desplaza a dar seguimiento a aquellos pacientes adultos mayores discapacitados y personas en fase terminal que identifican previamente y han valorado en conjunto, realizando el diagnóstico, aplicando el tratamiento y desarrollando el seguimiento en equipo, incluido el otorgamiento de medicamentos. Además, esta área tiene organizada la comunidad con cuidadores capacitados. Estas intervenciones han generado el descongestionamiento de la consulta externa y de los servicios de emergencia.

¹⁹ Cortes, A. y Madriz, W. (2008). Informe de Curso Modelo EFQM autoevaluación de la visita domiciliar realizada en el Área de Salud Zapote-Catedral. Servicio de Atención Domiciliar. Área de Salud Zapote-Catedral.

Tabla 8
Perfil de autoevaluación superficial del Servicio de Farmacia del Área de Salud de Coto Brus de la Dirección Regional Brunca, Julio-2008

Criterio	Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Global del Criterio	
				10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
1. Liderazgo. [100]	1.a	25	25	6,25			X								15,63
	1.b	12,5	25	3,13		X									
	1.c	12,5	25	3,13		X									
	1.d	12,5	25	3,125		X									
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	12,5	16	2,00		X								12,00	
	2.b	12,5	16	2,00		X									
	2.c	12,5	16	2,00		X									
	2.d	12,5	16	2,00		X									
	2.e	25	16	4,00			X								
3. Factor Personas [90]	3.a	50	18	9,00					X					50,40	
	3.b	50	18	9,00					X						
	3.c	50	18	9,00					X						
	3.d	65	18	11,70							X				
	3.e	65	18	11,70							X				
4. Recursos [90]	4.a	12,5	18	2,25		X								9,83	
	4.b	12,5	18	2,25		X									
	4.c	25	18	4,50			X								
	4.d	0	18	0,00	X										
	4.e	4,6	18	0,83	X										
5. Procesos [140]	5.a	25	28	7,00			X							16,58	
	5.b	12,5	28	3,50		X									
	5.c	4,6	28	1,29	X										
	5.d	4,6	28	1,29	X										
	5.e	12,5	28	3,50		X									
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	0	150	0,00	X									0,00	
	6.b	0	50	0,00	X										
7. Resultados de personal, [90]	7.a	0	68	0,00	X									0,00	
	7.b	0	22	0,00	X										
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	0	45	0,00	X									0,00	
	8.b	0	15	0,00	X										
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	0	75	0,00	X									0,00	
	9.b	0	75	0,00	X										
Nota global sobre 1000 puntos											104.42				

El total de Consultas en Emergencias, Medicina General y Medicina Interna de los 49 pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliar previo ingreso al programa y posterior a su ingreso, según lista de pacientes del 04 de agosto al 10 de octubre del 2008, MEDISYS®CE implican los siguientes costos.

Servicio	Consultas pre-atención a domicilio	Costos	Consultas pos-atención a domicilio	Costos	Reducción %
Emergencias	90	¢915 840	67	¢681 792	24
Medicina General- Medicina Interna	148	¢1 236 686.50	38	¢317 527.62	75
Total	238	¢2 152 526.50	105	¢999 319.62	56

De manera que la inversión realizada con el programa es la siguiente.

- Valor de la consulta en Emergencias: ¢10 176.00.
- Valor de la consulta en Medicina General – Medicina Interna: ¢8 355.99.
- Valor de la consulta en Atención Domiciliar (incluye transporte, visita de la enfermera, visita del médico, 4 veces por semana 4 horas diarias; visita del farmacéutico 1 vez por semana 4 horas, y visita del Técnico de Laboratorio 2 veces por semana 2 horas diarias): ¢15 000.

En promedio los pacientes de ATDOM reciben entre 3 a 4 consultas por año. La autoevaluación del servicio revela que los criterios sobre los cuales se deben hacer los proyectos de mejora son Políticas y estrategia, Procesos y Resultados (ver Tabla 9).

Considerando los resultados que cada uno de los establecimientos autoevaluados obtuvo, los equipos de funcionarios responsables en coordinación con el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, la Comisión Institucional de Calidad y el Área de Atención Integral a las Personas, procedieron a definir proyectos de mejora utilizando como herramienta el Mejoramiento Participativo de la Calidad Basada en Evidencias (EPQI).

Según el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (2008) el EPQI se enfoca en las necesidades de los clientes y en el mejoramiento de procesos orientado a los resultados. El enfoque de solución de problemas para la mejora de la Calidad básicamente consiste en siete etapas y nueve pasos secuenciales, a saber:

- **Paso 0. Introducción.** Refiere a que cada equipo por escrito introduce su organización (sección, departamento, oficina, hospital o área de salud) con

Tabla 9
Perfil de autoevaluación superficial de la Atención Domiciliar del Área de Salud
Zapote Catedral, San José, Julio-2008

Criterio		Calificación	Puntaje Máximo	Puntaje Real	Perfil de Calificación [%]										Puntaje Global del Criterio.
					10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1. Liderazgo. [100]	1.a	40	25	10,0				X							31,25
	1.b	40	25	10,00			X								
	1.c	20	25	5,00		X									
	1.d	25	25	6,25			X								
2. Políticas y Estrategia [80]	2.a	0	16	0,00	X										0,00
	2.b	0	16	0,00	X										
	2.c	0	16	0,00	X										
	2.d	0	16	0,00	X										
	2.e	0	16	0,00	X										
3. Factor Personas [90]	3.a	50	18	9,00					X						24,30
	3.b	50	18	9,00					X						
	3.c	10	18	1,80	X										
	3.d	25	18	4,50			X								
	3.e	0	18	0,00	X										
4. Recursos [90]	4.a	0	18	0,00	X										30,60
	4.b	50	18	9,00					X						
	4.c	35	18	6,30				X							
	4.d	35	18	6,30				X							
	4.e	50	18	9,00					X						
5. Procesos [140]	5.a	0	28	0,00	X										9,80
	5.b	0	28	0,00	X										
	5.c	0	28	0,00	X										
	5.d	35	28	9,80				X							
	5.e	0	28	0,00	X										
6. Resultados de clientes, [200]	6.a	20	150	30,00		X									40,00
	6.b	20	50	10,00		X									
7. Resultados de personal, [90]	7.a	25	68	17,00			X								22,50
	7.b	25	22	5,50			X								
8. Impacto en la Sociedad, [60]	8.a	25	45	11,25			X								11,25
	8.b	0	15	0,00	X										
9. Resultados de la Organización [150]	9.a	20	75	15,00		X									15,00
	9.b	0	75	0,00	X										
					Nota global sobre 1000 puntos										184,70

el propósito de registrar la información pertinente respecto a donde se va a realizar el Proyecto de Mejoramiento. Además introduce al equipo responsable del proyecto (nombres, disciplinas de formación, facilitador del equipo, entre otros).

- **Paso 1. Selección del tema.** Se puede definir en términos de un problema como “una desviación entre lo que está sucediendo y lo que se espera que suceda (el resultado esperado será el objetivo)” (p. 29). Para la presentación de la información obtenida en este paso es conveniente la utilización de herramientas como la lluvia de ideas, el Método K J o la Matriz de selección del tema.
- **Paso 2. Problema y metas.**
 - 2.a. Evaluación de la situación actual. Implica analizar la situación actual con base en datos obtenidos, donde los hechos encontrados, documentados y analizados dirigen a especificar la situación. Los procedimientos recomendados para cumplir incluyen dibujar el Flujo de Procesos, clarificar o redefinir el estado ideal de las características de calidad concernientes al proyecto, recolectar y analizar los datos reales del proyecto, organizar los hallazgos en tablas y gráficos y definir el problema específico a ser resuelto en un enunciado.
 - 2.b. Clarificar las metas a alcanzar. Refiere a definir la metas a lograr, así como, a determinar ¿qué mejorar? (características de calidad e indicadores expresados en términos verificables), ¿a qué nivel? (reto a alcanzar, indicadores, poblaciones y escalas para medir avances) y ¿para cuándo? (definir plazos).
- **Paso 3. Definir un equipo de proyecto y un cronograma de trabajo.** Implica redefinir el equipo de trabajo para cumplir con el trabajo, así como, desarrollar un cronograma y horario de consenso para que dicho equipo trabaje. Para esto se recomienda utilizar herramientas como el Diagrama de Matriz y el Diagrama de flechas.
- **Paso 4. Analizar las causas a identificar (foco de intervención).** Refiere a clarificar el problema (síntomas) que provocan la disminución o distorsión de la calidad en el servicio o proceso estudiado; desarrollar una hipótesis sobre la etiología del problema y proveer a la hipótesis con datos reales que permitan identificar las verdaderas causas, priorizando aquellas en las cuales el equipo concentrará sus esfuerzos. En este paso se recomienda el uso de herramientas como Diagrama de afinidad, Diagrama de espina de pescado, Diagrama de correlación, Diagrama de árbol y Mapeo de procesos.

- **Paso 5. Plan de medidas para la solución y Desarrollo e implementación del Plan de Acción.**
 - **5.a. Hacer un plan de medidas para solución/logros.** Refiere a determinar las soluciones o resultados requeridos del proyecto, desarrollando medidas o planes estratégicos y enlistando las tareas por cumplir. Implica creatividad y exhaustividad en la propuesta de soluciones a las causas raíz del problema.
 - **5.b. Desarrollo de un plan de acción e implementarlo.** Implica clarificar las fuentes de información, desarrollar los planes de acción, definir cronograma de trabajo, aprobación de las autoridades competentes, identificación de instancias o funcionarios relevantes para el logro del proyecto e implementación del plan.
- **Paso 6. Evaluación de los efectos e implementación de acciones correctivas.** Los procedimientos a seguir son verificar cada resultado de las acciones tomadas; recolectar datos de los indicadores y compararlos con los datos iniciales para evaluar la efectividad del nivel de logros obtenidos; investigar las razones cuando las metas no hayan sido alcanzadas para hacer el plan de acciones correctivas; identificar las acciones que fueron efectivas, que vale la pena estandarizar para mantener los logros y evaluar los efectos intangibles e impactos (positivos y negativos) sobre otros servicios, procesos o sistemas.
- **Paso 7. Estandarizar las ganancias obtenidas.** Supone establecer un mecanismo que garantice que los efectos logrados se mantengan en el sistema y se prevengan los retrocesos. Los procedimientos a seguir incluyen establecer un mecanismo que evalúe, apruebe y registre los estándares; estandarizar las soluciones para mantener sostenibilidad y extensión de los efectos logrados; divulgar los nuevos estándares y conducir los procesos de entrenamiento/educación; tomar las medidas que permitan que los nuevos estándares sean adoptados sin dificultad y establecer un mecanismo de monitoreo de la sostenibilidad de los efectos logrados.
- **Paso 8. Reflexiones y lecciones aprendidas.** Los procedimientos a seguir son revisar las actividades realizadas a fin de comparar las actividades con el Plan de Acción definidos y examinar la adaptabilidad de las actividades y resultados en cada caso; clarificar los problemas remanentes; resumir las lecciones aprendidas y proponer el nuevo paso o problema a seguir.
- **Paso 9. Desarrollar un reporte de Proyecto y los materiales para la presentación.** Supone la presentación de lo realizado a otros equipos e instancias para su divulgación y aprendizaje.

Los avances de la evaluación de las modalidades de hospitalización y atención domiciliar realizada por los equipos de funcionarios que aplicaron el Mejoramiento Participativo de la Calidad Basada en Evidencias (EPQI) en el 2008 se describen a continuación.

El **Servicio de Geriatría del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia**²⁰ define como tema "*Disminuir el número pacientes con visitas a domicilio rezagadas*" lo cual deriva como problema que un 81% de pacientes recibe visita regular en su domicilio de parte del equipo del Programa de Hospitalización a Domicilio; de ellos, un 9% es visitado en un plazo mayor a 5 meses, sufriendo el inconveniente de quedar sin su valoración médica y por consiguiente de tratamiento médico para sus enfermedades crónicas.

Por lo cual, debe disminuirse a cero el número de pacientes que quedan sin visita domiciliar (rezagados) a fin de evitar riesgo de complicaciones por descompensación de sus patologías de fondo. Las metas formuladas por este equipo de trabajo son las siguientes.

- Lograr un 100% de cumplimiento en el rol de visitas programadas de los pacientes incluidos en el Programa de Visita a Domicilio.
- Protocolizar el proceso de planificación, ejecución, registro y evaluación de la visita domiciliar.
- Disminuir el tiempo de espera de visita de los pacientes de 1º ingreso.
- Automatizar la base de datos y registro de la visita domiciliar.

La **Clínica de Anticoagulación INR Alterados del Hospital Tony Facio Castro**²¹ definió como tema que "*Hay un grupo de Pacientes Anticoagulados de la Zona Atlántica que no tienen buen control de INR*", el cual deriva como problema en que únicamente el 48% de usuarios anticoagulados atendidos en el hospital durante los meses de mayo, junio y julio de 2008, mantienen resultados de INR adecuados. Por lo cual, el equipo de trabajo se propone como meta disminuir los resultados del INR alterados de los usuarios de la Clínica de Anticoagulación a un 20% al primer trimestre de 2009.

Lo anterior, implica promover los lineamientos para el desarrollo de una Campaña Educativa implementada en el área de Hospitalización, Comunidad y mediante visita domiciliar a los cuidadores y los usuarios, que por las características propias de sus

²⁰ Información suministrada por Monge, N., Castro, O. y Chaves, E. (2008). Aplicación del Modelo EPQI al Programa de Hospitalización a Domicilio del Servicio de Geriatría. Servicio de Geriatría. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

²¹ Información suministrada por Castro, V., Henry, G. y Richards, M. (2008). Aplicación del Modelo EPQI a la Clínica de Anticoagulación INR alterados. Clínica de Anticoagulación INR alterados. Hospital Dr. Tony Facio Castro. Región Huetar Atlántica.

diversas patologías, necesiten permanecer anticoagulados como parte indispensable de su tratamiento clínico. La manera de operacionalizar esto es:

- Definir los niveles de recurso humano para la atención de las áreas de hospitalización, visita domiciliaria y Comunidad.
- Adaptar los instrumentos que serán utilizados en las diferentes áreas.
- Establecer un Programa para la recolección, proceso e interpretación de datos de trabajo.
- Cumplir con los lineamientos del Compromiso de Gestión asumiendo la atención al usuario(a) anticoagulado y su entorno familiar por el tiempo que sea requerido.

La **Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital de La Anexión**²² definió como su proyecto las mejoras en la capacitación de cuidadores de pacientes oncológicos en fase terminal, en la atención domiciliar en Nicoya centro.

Lo anterior, porque identificaron debilidad en la capacitación del paciente, los cuidadores y el personal de salud. Lo cual estriba en un funcionamiento no adecuado de las acciones desarrolladas con los usuarios(as), consideran puede lograrse al contar con cuidadores de pacientes oncológicos capacitados que cumplen los criterios definidos por el equipo de cuidado Paliativo como estrategia de mejora.

De manera que el problema que formulan refiere a un 50% de cuidadores de pacientes oncológicos en fase terminal del hospital que cumplen con requisitos de conocimientos adecuados según la capacitación impartida por el equipo.

El **Hospital México**²³ como problema a mejorar la debilidad del proceso de Atención Integral de la población adolescente portadora de Diabetes Mellitus Tipo I perteneciente a la Red de atención del hospital. Como propuesta de solución, se propone mejorar la continuidad del seguimiento de la población Adolescente, portadora de Diabetes Mellitus I, perteneciente al área de atracción del hospital a través de la creación de un equipo Interdisciplinario de Atención Domiciliar e Integral, al paciente y a su familia.

Considerando las características de la población adolescente, portadora de Diabetes Mellitus Tipo I, así como, el número de individuos que la componen, la modalidad de atención se iniciará con los individuos pertenecientes al área de atracción directa, que hayan sido captados en los servicios del hospital tanto ambulatorios como de internamiento o que hayan sido referidos para su control por el Hospital Nacional de Niños y que vivan en el área geográfica comprendida en los cantones de Tibás y La Uruca.

²² Información suministrada por Conejo, X, Gutiérrez, J., Gutiérrez, S., Rosales, M. y Angulo, A. (2008). Aplicación del Modelo EPQI a la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de Nicoya. Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital de La Anexión de Nicoya.

²³ Información suministrada por Montero, P., Ugalde, G., Beirute, S., Quirós, J. y Villalobos, A. (2008). Aplicación del Modelo EPQI a la Atención Domiciliar al Paciente Adolescente portador de Diabetes Mellitus I. Hospital México.

Como logros por alcanzar con el proyecto destacan:

- Atención prioritaria al 100% de individuos portadores de Diabetes Mellitus Tipo I en control y bajo tratamiento, captados en los servicios del hospital, en riesgo de cualquier tipo, (social, cultural, familiar, etc.) y que éste pueda provocar algún impacto, en relación con su calidad de vida y desarrollo como personas.
- Atención domiciliar al 100% de individuos que hayan presentado fallas terapéuticas por abandono de tratamiento.
- Conformación de un equipo interdisciplinario de atención domiciliar, familiar y comunitaria.
- 100% de la población (paciente y familia), atendida en el programa, educada en el manejo del paciente diabético tipo I.

La **Unidad de Atención Domiciliar (UAD) del Hospital San Juan de Dios**²⁴ define como tema por abordar la calidad de atención que reciben los pacientes del programa de curación de úlceras y heridas de la unidad y como problema a mejorar puntualiza ¿Cuáles son las expectativas que tienen los pacientes a cerca de la atención recibida por parte del Equipo de Atención Domiciliar del HSJD en el programa de curación de úlceras y heridas a domicilio?

El mismo considerando que el estado actual de dicha opinión, es conocido únicamente mediante anécdotas, no disponiéndose de ningún tipo de documentación al respecto. De manera tal que el proyecto de mejora supone conocer las expectativas que tienen los pacientes acerca de la calidad de la atención recibida por parte del EAD en el programa de curación de úlceras y heridas a domicilio. Esto para identificar el número de pacientes que se encuentran satisfechos con el tiempo que permanecen en el programa de úlceras y heridas, la frecuencia de las visitas, la duración de las mismas, así como, la hora del día en que se realizan.

Además, para valorar la cantidad de pacientes que opinan positivamente del número de personas del equipo de atención domiciliar que los visitan en sus hogares, así como, del trato y el apoyo emocional que reciben de los mismos.

Al tiempo que también se conoce el número de pacientes que consideran adecuada la educación que reciben por parte de los miembros de la UAD y la manera en que se aclaran sus dudas. Lo cual permitirá, apreciar cuántos pacientes piensan que el material que se les brinda por la UAD es suficiente y de calidad para llevar a cabo las curaciones en el hogar. En general, se busca establecer según el punto de vista de los pacientes, cuáles son las principales fortalezas y debilidades que posee la UAD.

²⁴ Información suministrada por Blanco, S., Chacón, N y Jiménez, R. (2008). Aplicación del Modelo EPQI a la Unidad de Atención Domiciliar. Unidad de Atención Domiciliar. Hospital San Juan de Dios.

Con la implementación de proyecto de mejora se espera conocer el 80% de las expectativas de los pacientes incorporados en el programa de úlceras y heridas de la UAD.

La **Unidad de Diálisis Peritoneal Ambulatoria del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño**²⁵ decide implementar mejoras en la Atención ambulatoria del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), pues identifica un aumento en las infecciones por peritonitis en pacientes con IRC.

Por lo anterior, describe como problema que el 86% de pacientes del programa diálisis ambulatoria del Hospital de Liberia se mantienen sin infección peritoneal secundaria al procedimiento, mientras los restantes si la padecen, lo que implica la necesidad de disminuir el % de infección presentado por los pacientes sometidos al procedimiento de diálisis ambulatoria en el hospital. Como acciones propias del proyecto de mejora, el equipo de trabajo se propone:

- Actualizar la normativa de ingreso del paciente al programa de diálisis ambulatoria.
- Desarrollar normas que no permitan a cuidadores sin capacitar ingreso al programa ni a pacientes sin valorar.
- Aumentar las visitas de seguimiento para revisar prácticas que ofrezcan seguridad.
- Mejorar el sistema de entrega de insumos al hogar.
- Desarrollar acta de compromiso de cuidadores y pacientes, de si otro cuidador va a asumir debe capacitarse antes.
- Normar el lugar donde se colocará el catéter.
- Ejecutar un taller para cuidadores para revisión de técnicas.
- Analizar la conveniencia del uso de medidas de protección para ingresar a la unidad de diálisis.

El **Área de Salud de Coto Brus**²⁶, por su parte, concentra su proyecto de mejora en brindar servicios farmacéuticos de calidad en forma eficiente, segura y oportuna a los usuarios de nuestro nivel de atención en la visita domiciliar, proporcionando una atención integral e integrada con participación de actores sociales, de acuerdo con las normas y políticas de la C.C.S.S, que promueven la utilización racional de los medicamentos y del servicio.

²⁵ Información suministrada por Bustos, J. P., Valle, G., Soto, M. E., Acosta, W. y Alvarado, L. (2008). Aplicación del Modelo EPQI a Mejoras en la Atención ambulatoria del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Diálisis Peritoneal Ambulatoria. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

²⁶ Información suministrada por Padilla, L. et al. (2008). Aplicación del Modelo EPQI al Papel de la Farmacia en la visita Domiciliar. Servicio de Farmacia. Área de Salud de Coto Brus. Dirección Regional Brunca.

La problemática a la que responde dicho proyecto es la falta de información y el desconocimiento que tienen los usuarios(as) de la importancia del uso adecuado de los medicamentos. Para resolver la situación el equipo responsable se propone desarrollar las siguientes acciones.

- Realizar la Visita Domiciliar a todos los pacientes crónicos del Área de Salud Coto Brus.
- Identificar los pacientes de Cuidados Paliativos de Coto Brus para referirlos a la Clínica del Dolor para darles seguimiento.
- Identificar los pacientes que no se toman bien su tratamiento porque no saben su dosificación, no saben para que sirven los medicamentos que le manda el doctor, no ven las indicaciones, etc.
- Recolectar todos los medicamentos vencidos y deteriorados que se encuentran en las casas de los pacientes visitados.
- Recolectar los medicamentos sobrantes que tengan los pacientes para evitar el mal uso de estos y disminuir los accidentes con niños por el consumo excesivo de fármacos.
- Realizar campañas de recolección de medicamentos en las comunidades de Coto Brus.
- Dar educación al paciente de la importancia del uso adecuado de los medicamentos y del cumplimiento de la terapia.
- Dar charlas educativas a los pacientes del adecuado almacenamiento de los medicamentos.
- Utilizar los pictogramas para explicar bien las indicaciones de los tratamientos y lograr el cumplimiento de la terapia medicamentosa de aquellas personas que no pueden entender las indicaciones.

Como Plan estratégico de medidas para lograr las soluciones, destaca:

- Revisar los medicamentos de todas las personas que viven en los hogares visitados.
- Realizar un cronograma de Educación Permanente en cada EBAIS para el 2009, con temas de temática medicamentosa de interés en la comunidad.
- Concienciar a los médicos del Área de Salud en la importancia de dar bien las indicaciones al paciente de cómo tomar sus medicamentos e indicarles para que sirve cada uno de ellos.
- Realizar el cronograma de las campañas de revisión de botiquines en las comunidades de Coto Brus para el 2009 y presentarlo a la Administración y Dirección del Área.

- Mantener al Equipo de Apoyo de Farmacia capacitado y actualizado en temas de medicamentos para que brinden una buena educación al paciente.
- Priorizar los temas de mayor interés y realizar el cronograma de capacitación 2009 al Equipo de Apoyo de Farmacia.
- Diseñar afiches informativos para los pacientes acerca de temas relacionados con los medicamentos.

El equipo del **Área de Salud Zapote-Catedral**²⁷ concentra su proyecto de mejora en el programa de atención domiciliar que atiende un total de 277 pacientes, de los cuales 187 son mujeres. El promedio de edad es de 80 años. Más del 95% de los pacientes presentan patología crónica.

Del total de pacientes un 20% presentaron un AVC, y entre las complicaciones más importantes se encuentran: la depresión, la inmovilización y las úlceras. De los pacientes con AVC el 18% presentan úlceras en la piel.

Por ello, considerando que el manejo de los pacientes con úlceras en la piel incrementa los costos tanto a la familia como a nivel institucional, que la falta de información al cuidador influye en la presencia de úlceras en la piel, que las úlceras en la piel incrementan la morbi-mortalidad de estos pacientes y que el manejo adecuado de las úlceras mejora la salud del paciente, el programa concentra su oportunidad de mejora en la disminución del número de pacientes con AVC atendidos que presentan úlceras en la piel, ya sea por presión, insuficiencia venosa o enfermedad arterial periférica.

²⁷ Información suministrada por Cortes, A. y Madriz, W. (2008). Aplicación del Modelo EPQI a Mejora en la atención de los pacientes con secuelas de AVC. Programa de Atención Domiciliar. Área de Salud Zapote Catedral. Dirección Regional Central Sur.

VI. MARCO CONCEPTUAL

La concepción moderna de la salud plantea una visión integral del ser humano que debe ser asumido como tal. Para ello, es importante, realizar una rápida mirada a algunos conceptos referidos al estado de bienestar, las políticas públicas, los indicadores mundiales de salud, la situación de abandono como problema de la red de servicios de salud, la atención primaria y alternativas de sustitución no convencionales para la atención hospitalaria. El detalle seguidamente.

a. Estado de Bienestar y Políticas Públicas

Propone Sotelsek (s.a.) que en los últimos años, los fenómenos vinculados a la pobreza y la exclusión social no sólo son aspectos relacionados con los países del Tercer Mundo, sino que también han aparecido con fuerza en el mundo desarrollado. Por lo tanto, las intervenciones en lo económico y social que se han practicado no parecen haber cambiado la tendencia vinculada con la pobreza.

El concepto sobre Estado de Bienestar, se sigue discutiendo, originalmente estaba vinculado a la idea de estado protector que consistía básicamente en otorgar una mayor seguridad a los ciudadanos, permitiendo un acceso a los servicios mínimos dentro de un modelo de economía de mercado, como señala Sotelo (citada por Sotelsek, s.a.) la sociedad debe proveer a todos una seguridad equivalente a la que otorga a la propiedad. De esta manera se produce, por tanto, una obligación mutua entre el individuo y la comunidad.

Según Rose (citado por Sotelsek, s.a.) el bienestar total de la sociedad (BTS) puede ser medido a través de la suma de la producción de bienestar por parte de tres sectores: la familia (F), el mercado (M) y el estado (E).

$$\text{BTS} = \text{F} + \text{M} + \text{E}$$

La familia aporta a través de diversos mecanismos en forma importante al bienestar social; que no sea fácil medirlo, no significa que no se deba tener en cuenta. La atención a las personas adultas mayores y a los niños constituyen los ejemplos clásicos.

Se espera que las condiciones del Mercado sean las de la competencia perfecta y de esa forma se alcance el óptimo paretiano donde nadie puede mejorar sin que alguien empeore. Pero está claro que ese mercado, al que se hizo referencia como proveedor de bienes y servicios no siempre es perfecto. Muchos bienes y servicios (entre los cuales hay una proporción importante que está vinculada al concepto de bienestar social) ni siquiera participan del mercado (externalidades, bienes públicos, recursos comunes) la cuestión es mucho más compleja. El mercado puede ayudar al bienestar desde el out o de vista de eficiencia (producir mayor cantidad de bienes y servicios dada la cantidad limitada de recursos) pero nada puede hacer en torno al concepto de equidad.

Por último, el Estado tiene una función sumatoria importante, ya que debe cubrir la diferencia entre lo que puede aportar la familia y el mercado y lo que la sociedad necesita para alcanzar determinadas cuotas de bienestar. En este sentido el llamado Estado de Bienestar debe ocuparse de ofrecer ciertos tipos de bienes (tutelares) como la educación, la salud, la vivienda, entre otros; garantizar las rentas a los jubilados y, establecer las relaciones entre las instituciones y las personas a través de una adecuada legislación.

Las políticas públicas y el Estado de Bienestar no sólo deben perseguir un incremento en las prestaciones sociales, sino también tener presente lo que la sociedad piensa en relación a la distribución de la renta. Un ejemplo son los servicios de salud ¿deben ser universales sin importar el nivel de renta de quien asiste al ambulatorio o se debe tener en cuenta el nivel de renta tanto antes como después de la persona que recibe el beneficio de una política social?

Las Políticas Públicas pueden ser analizadas desde un punto de vista metodológico y, como resultado de un proceso de toma de decisiones, diseñar estas políticas tomando en cuenta la problemática esencial de la identificación de los problemas.

El aumento en las políticas públicas (sociales) implica un aumento del gasto y por tanto del déficit (se supone que el lado de los ingresos no puede aumentar en la misma proporción ya que en un mundo globalizado ello implicaría una pérdida de competitividad importante que haría fracasar los objetivos de crecimiento y empleo).

Huber y Stephens (citados por Sotelsek, s.a.) comparan la eficiencia pública en los países del occidente de Europa y concluyen que en los países más globalizados (se mide a través del comercio exterior de esas economías) como Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia donde existe un Estado de Bienestar muy sólido (mayor gasto público en % del PIB) la eficiencia (medido al través del crecimiento y de la calidad del empleo) supera con creces el nivel que poseen países menos globalizados como USA, Inglaterra o Canadá donde la presencia del Estado es menor.

Aún cuando el análisis de las políticas públicas ha ido tomando fuerza en Estados Unidos y en Europa, en países de menor desarrollo como puede ser el caso de los países latinoamericanos, la situación está lejos de consolidarse, existiendo mayor preocupación por lo jurídico o político institucional en menoscabo de las cuestiones puramente técnicas.

Es necesario encontrar un nuevo punto de partida para reconstruir este entramado de productos estatales y relacionarlo con el cada vez más complejo mundo de las acciones e interacciones entre actores sociales e instituciones públicas. Las aportaciones de la escuela francesa a través de la actuación estratégica, la escuela inglesa con el estudio de las estructuras informales (policy styles), la escuela alemana con el estudio de las relaciones intergubernamentales (policy networks) y, la escuela italiana a través de los trabajos centrados en la esfera regional y local, tienen en común una misma preocupación: las actuaciones de los poderes públicos.

Por lo tanto, se puede definir (de una manera muy amplia) las políticas públicas como una preocupación por la actuación de los poderes públicos, por los contenidos de esa actuación y por los procesos utilizados (Subirats, citado por Sotelsek, s.a.).

A este respecto, las políticas públicas pueden usarse en varios sentidos.

- Para etiquetar un área de actividad: social, económica, exterior.
- Para expresar una propuesta (política de empleo parara mejorar la tasa de ocupación).
- Para expresar decisiones del gobierno (política monetaria, unificación monetaria, políticas de integración).
- Para expresar un programa con ciertos objetivos (política energética, política de salud).
- Para obtener un resultado concreto (políticas de subsidio para mejorar la competitividad, políticas impositivas para mejorar la distribución de la renta).
- Para obtener un impacto (política de vivienda para ayudar al desarrollo regional, política ambiental).
- Por último, la política pública puede sencillamente consistir en no hacer nada.

En otros términos se puede resumir el concepto de políticas públicas diciendo que constituyen una serie de acciones u operaciones que conducen a la definición de un problema y al intento de resolverlo. Donde las fases de identificación de un problema y la fase de evaluación constituyen el núcleo central. Punto básico para justificar un desarrollo complementario que incluya de una manera específica "los problemas considerados sociales".

El poder de lo público ha tenido un cambio muy importante donde el Estado se convierte en una instancia que se encuentra en igualdad de condiciones con otros actores sociales como los sindicatos, los partidos políticos, los ciudadanos, la burocracia, entre otros.

Se trata de identificar correctamente el problema (los problemas) concreto que se quiere resolver para analizarlo y detallarlo, conocer su dimensión, sus causas sus efectos y su complejidad. Tener este conocimiento permitirá configurar las posibles alternativas de solución. La clara delimitación del problema ayudará al éxito de una política.

La intervención del Estado en muchas áreas, (Estado de Bienestar) lleva a que la Administración Pública muestre una mayor apertura a los grupos de presión externos y, a su vez, otorgue una mayor preferencia a los resultados que a la legalidad (sin abandonarla). En los años 60 y 70 la mayor parte de los países que habían desarrollado la burocracia de una manera más o menos ordenada tenían en mente primero la democracia sobre la tecnocracia, la descentralización sobre la centralización y la planificación sobre el análisis sectorial.

Sin embargo, a medida que se consolidaba este proceso la crítica a cada uno de estos cambios se manifestaba en lo siguiente:

- A la democratización que pretendía aumentar la participación terminaba favoreciendo el clientelismo.
- A descentralización que implicaba acercarse al ciudadano terminaba por generar un mayor número de conflictos y reivindicaciones
- A la planificación que se realizaba con el objetivo de optimizar la utilización de los recursos con base a unos objetivos desviaba la atención a un esquema de ley control.

Partiendo de esta realidad, en lo respecta al Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar, parece necesario plantearse una reforma de la gestión pública. Las principales razones que se esgrimen son la importancia de la gestión para el desarrollo de las políticas públicas, en especial de las políticas sociales que enfatizan en la promoción de la igualdad de oportunidades y la integración social; las limitaciones del sector público a la hora de la evaluación y, finalmente, la insuficiencia tanto de recursos humanos como financieros.

El nuevo concepto de la Seguridad Social, incluye un nuevo paradigma, en el que se pone énfasis en la promoción de la igualdad de oportunidades y la integración social, favoreciendo el desarrollo en la comunidad en armonía con el entorno. Superando conceptos como el de bienestar social, desarrollo social, promoción social. Los servicios sociales son un derecho de los seres humanos. El desarrollo de los mismos depende de cada país, su desarrollo y su infraestructura.

Según Cabra de Luna (s.a.) enmarcados en el acuerdo sobre la Seguridad Social en Iberoamérica suscrito por los Ministros Responsables en la materia y acogido por la II Cumbre Iberoamericana de jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Madrid en 1992 y en cuya Declaración se establece la necesidad de articular gradualmente y en la medida que las posibilidades económicas lo permitan, programas de Servicios Sociales que prioricen su actuación en los grupos poblacionales más vulnerables, como son la infancia, la juventud, los adultos mayores y los discapacitados, de forma que, a través de ellos, se haga posible la remoción de barreras que puedan obstaculizar su efectiva integración en la sociedad.

Agrega el autor en mención que en las III, IV y V Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y gobiernos celebradas Salvador e Bahía (1993), Cartagena de Indias (1994) y San Carlos de Bariloche (1995) se insiste en lograr para dichas personas recursos, servicios y medidas de atención que posibiliten su participación plena y activa en la vida social y les ayuden a mantenerse con autonomía e independencia.

Esto lleva a una redefinición de los Servicios Sociales en el marco de los sistemas de Seguridad Social, con diseños regulares de capacitación y actualización de los recursos

humanos, técnicos y administrativos que actúan dentro de la Seguridad Social, para adecuarlos a la transformación de las familias, a una sociedad en proceso de cambio, procurando la modernización de los instrumentos técnico-informáticos aplicados a la investigación, diagnóstico, planificación de acciones sociales y evaluación de programas, priorizando las intervenciones para su ejecución.

Los Servicios Sociales deben prestarse con criterios de proximidad a los ciudadanos y a las comunidades, con una organización que requiere regulación normativa; la constitución de instituciones consolidadas y dotadas tanto de medios técnicos, humanos como económicos; con una gestión directa y a través de acciones concertadas con otras instituciones públicas y privadas, para que sean capaces de alcanzar los niveles de eficiencia y eficacia que se requieren. Siempre respondiendo a los indicadores de salud definidos desde las necesidades.

b. Indicadores que evidencian el estado de la salud en el mundo y en nuestro país

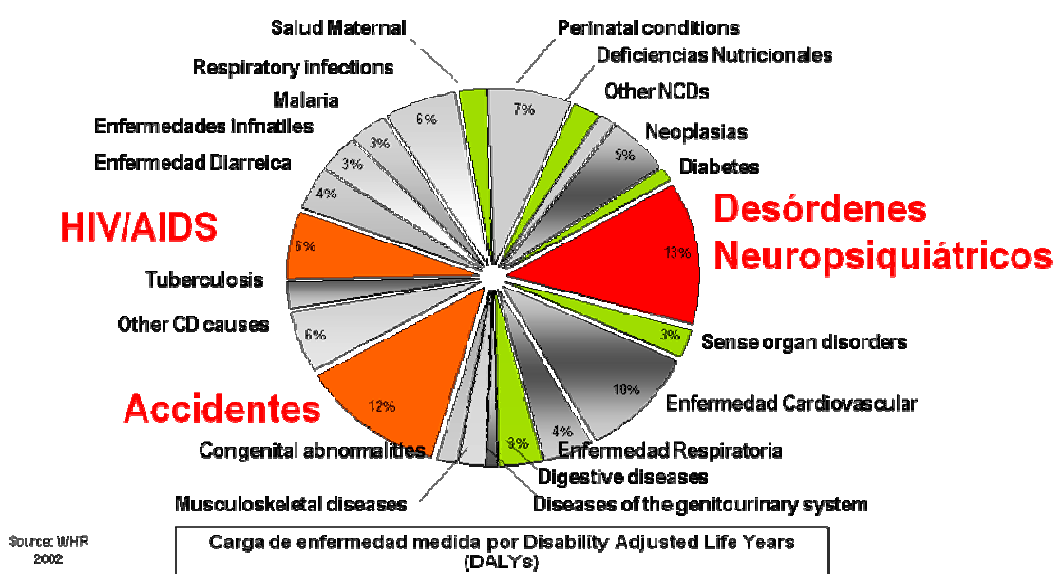
La información que a continuación se presenta, ha sido recuperada de una serie de fuentes que brindan información sistemática sobre el estado de la salud mundial, entre ellas, la OMS y la OPS.

- 13% de la población mundial enfrenta desordenes neuropsiquiátricos, 12% sufre a causa de accidentes diversos, el 10% padece enfermedades cardiovasculares, 7% presenta trastornos perinatales, 7% padece deficiencias nutricionales, 6% enfrenta infecciones respiratorias, un 6% padece VIH/SIDA, 5% presenta neoplasias, 4% padece enfermedad diarreica y 4% padece enfermedades respiratorias (Ver Gráfico 2)²⁸.
- Se estima que 400 millones de personas sufrieron trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales en el 2001. Ello pone en evidencia que la dimensión psicosocial del ser humano debe ser considerada cuando se trabaja en el campo de la salud.
- 121 millones han sido afectadas por la depresión, un problema de salud pública que pareciera tener una estrecha relación con la dinámica del mundo globalizado, la complejidad de las relaciones humanas, las relaciones del trabajo y las dinámicas cotidianas de la sociedad, la familia y las personas.
- 24 millones sufren esquizofrenia, una enfermedad mental de larga data que cobra año a año la inversión de importantes cantidades de dinero en su atención.
- 37 millones de personas, padecen Alzheimer. Este problema de salud constituye un emergente que los gobiernos a través de las políticas públicas, se han visto obligados a atender.
- 50 millones de personas tienen epilepsia, entre poblaciones de diferentes edades.

²⁸ Del Águila, R. (200). Conferencia Situación Global de la Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud. Foro de Salud Mental.

- 1.200 millones fuman tabaco, de este consumo se derivan importantes contingentes de enfermos de cáncer de pulmón, enfisemas y otros problemas de vías respiratorias.
- 70 millones de personas son alcohólicas, generan otros problemas relacionados con la salud pública como accidentes de tránsito y violencia doméstica.

Gráfico 2. Distribución mundial de la carga de enfermedad.



Otros indicadores en el campo de la salud, dan cuenta de la complejidad en que se encuentra este sector, detalles en este sentido son los siguientes.

Número de adultos (en millones) en América Latina y el Caribe que tienen enfermedades mentales²⁹.

- Depresión Mayor: 31,1
- Alcoholismo: 31,1
- Distimia: 11,8
- Ansiedad Generalizada: 8,8
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: 6,1
- Trastorno de Angustia: 5,4
- Psicosis no afectivas: 5,4
- Abuso de Drogas: 5,1

²⁹ Del Águila, R. (200). Conferencia Situación Global de la Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud, Foro de Salud Mental.

- Trastorno Bipolar: 4,7

Los indicadores descritos evidencian un serio deterioro de la salud de las personas con una fuerte influencia del componente afectivo social. Condición de debe tomarse en cuenta al desarrollar las estrategias de atención a la salud de la población. Principalmente si se retoma lo siguiente.

- Psicosis no afectivas: 58% de las personas afectadas no están tratadas.
- Alcoholismo: 53,3% de las personas afectadas no están tratadas.
- Trastorno Bipolar: 46% de las personas afectadas no están tratadas.
- Trastornos de ansiedad: 41,1% de las personas afectadas no están tratadas

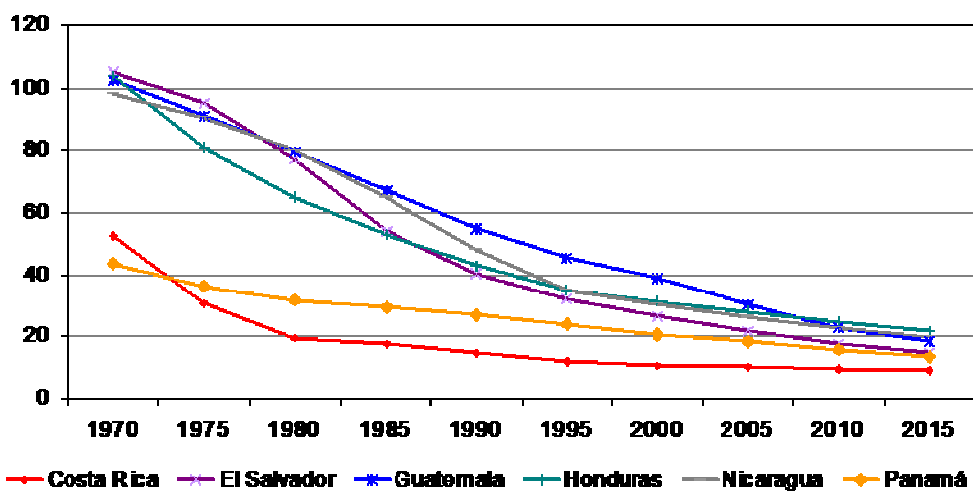
De manera que las problemáticas de salud asociadas con la salud mental son de gran prevalencia, incidiendo fuertemente en la salud integral de las personas. Estas patologías representan situaciones que pueden y deben ser resueltas en la comunidad apoyando a las familias mediante capacitación de cuidadores, creación de alternativas de apoyo sanitarias y sociales que brinden respuestas prontas, eficaces, eficientes basadas en intervenciones multifactoriales. Las mismas combinadas con las de patologías propiamente biológicas, requieren de intervenciones integrales que reconozcan a la persona como un todo de dimensiones en desarrollo.

Costa Rica por su parte no es ajena a esta situación de salud mundial, como plantea Gutiérrez (2008):

- Mayor población urbana, diversa, longeva y sedentaria.
- Disminuyen personas en edades jóvenes y aumentan las de edades avanzadas.
- Aumentan familias nucleares sin hijos y monoparentales.
- La población se encuentra ávida de información sobre su situación, entre otros asuntos sobre su salud.
- Se ampliaron las oportunidades en Salud:
 - Se crean y expanden los EBAIS.
 - Preocupa sostenibilidad del sistema.
- Con más promesa democrática y menor capacidad de hacer políticas públicas.

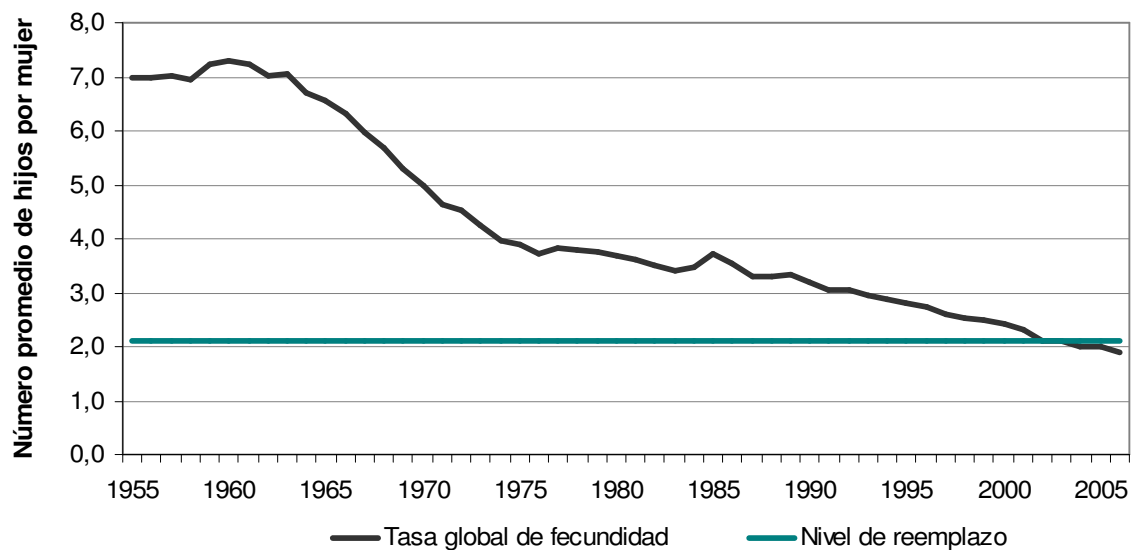
Junto a esto, en la tasa de mortalidad infantil se proyecta una disminución progresiva constante, comparativamente la situación de nuestro país en este aspecto es la mejor de los países de Centroamérica (Ver Gráfico 3). Este hecho aunado a la también disminución de la tasa de fecundidad en el país (Ver Gráfico 4), supone la necesidad de organizar los servicios de salud para atender las necesidades reales de la población.

Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil 1970-2020



Fuente. CEPAL-CELADE

Gráfico 4. Tasa global de fecundidad. 1955-2002



Fuente. Gutiérrez (2008)

Igualmente, agrega Gutiérrez (2008) que para el 2006 la mayor parte de la población asalariada está asegurada, evidencia del cumplimiento del principio de universalidad de la seguridad social (Ver Tabla 10).

Tabla 10
Población ocupada total y asegurada en el seguro de salud de la CCSS, por sector institucional, según rango de salario mensual. Junio de 2006

Categoría	Absolutos	%
Trabajadores asegurados (CCSS)	1.143.312	100,0
Menos de 60.000	75.683	6,6
60.001 a 80.000	101.469	8,9
80.001 a 100.000	43.433	3,8
100.001 a 120.000	163.783	14,3
120.001 a 140.000	112.902	9,9
140.001 a 180.000	170.499	14,9
180.001 a 250.000	165.597	14,5
250.001 a 350.000	119.916	10,5
350.001 a 500.000	90.407	7,9
500.001 a 1.000.000	73.075	6,4
Más de 1.000.000	26.548	2,3

Fuente: Decimotercer Informe Estado de la Nación con datos de la CCSS, 2007 y EHPM del INEC.

Además de los aspectos citados, Gutiérrez (2008) propone que se deben considerar al analizar la situación de la salud en el país algunas llamadas de atención respecto a la calidad de los servicios, a saber:

- Las evaluaciones de los compromisos de gestión para las áreas de salud y hospitales, que realiza la CCSS, continúan señalando problemas asociados a las "puertas de entrada al sistema": las deficiencias de la atención en consulta externa siguen reflejándose en una mayor producción hospitalaria de los servicios de emergencia, especialmente en los hospitales regionales y periféricos.
- En general se mantienen coberturas altas en todos los programas, no así en las coberturas con calidad; las más bajas corresponden a niños de uno a siete años, adolescentes, atención posparto y atención a adultos mayores de 65 años.

- En cuanto a los EBAIS, que son evaluados por el Ministerio de Salud, los rubros que siguen mostrando mayores deficiencias son: planta física, recursos humanos (carencia de personal y sobrecarga de trabajo), participación social, programación y administración (falta de mapas actualizados de población, desconocimiento de cobertura y adecuación de planes de acción).
- La "Encuesta de necesidades en salud familiar" del Ministerio de Salud (2006) se aplicó a la población adscrita a los EBAIS, e indaga sobre la calidad de la atención brindada en el marco de los compromisos de gestión. Entre los principales hallazgos destacan:
 - Un 19,5% de las personas que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) no están protegidas por algún tipo de seguro.
 - Se identificaron problemas de cobertura de los adolescentes entre 10 y 19 años, especialmente en el acceso adecuado a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como bajos porcentajes de hogares (apenas un 10,9%) que dicen haber recibido información sobre estilos de vida saludables por parte del personal del EBAIS en la visita domiciliar.
 - Sobre la calidad y el acceso a los servicios de salud hay una calificación "buena" en un porcentaje importante de las personas (79,8%), lo cual se relaciona especialmente con lo que éstas consideran "buen trato y disponibilidad del personal a contestar preguntas". La falta de cupo en el consultorio y la carencia de seguro destacan como los principales aspectos que afectan la calidad (44,4% y 40,7% respectivamente).
- La "Encuesta nacional sobre percepciones de la salud de la población", efectuada por la Maestría en Economía de la Salud de la UCR, permitió construir varios índices sobre calidad de la salud percibida por la población. Estos índices varían de 0 a 100, donde 0 es "la peor salud" y 100 "la mejor". Las puntuaciones obtenidas fueron de 71 para la salud general, 86 para la función física y 78 para la salud mental.
- Esta medición ha sido aplicada en numerosos países, entre ellos España, Chile y Canadá. Costa Rica ocupa el primer lugar en las dimensiones de salud mental y vitalidad, y el segundo en salud en general. Se encuentra por debajo de las demás naciones en la escala de rol físico.

c. El impacto del abandono en la situación de salud

El abandono representa un problema estructural, complejo y multifactorial, que denota los cambios sufridos en la sociedad y en la familia. Es una expresión en la mayoría de los casos de pobreza, desempleo y subempleo agravado por la situación de indigencia

y la mala condición de salud - presencia de patologías-, máxime si ésta se asocia con pérdida de la capacidad funcional. Constituye un sinónimo de exclusión social, la cual no discrimina en función del sexo, etnia, edad u otras características.

En Costa Rica existe un 14% de "hogares excluidos" (150.089 en el 2006), y se caracterizan tal como se indica en el Decimotercero Informe del Estado de la Nación (2007) por no tener acceso, de manera sistemática y por largos períodos de tiempo, a los beneficios de las políticas sociales; además, su inserción en el mercado de trabajo tiene rasgos de precariedad crónica, mientras que su situación parece difícilmente modificable a corto y mediano plazo.

En una sociedad donde la competitividad es un valor central, se ha construido una dinámica de exclusión que afecta a todos los ámbitos con diferentes escalas de afectación, generando situaciones de inequidad e injusticia social. Es por ello que, personas con enfermedades crónicas y dependencia funcional, adultos mayores, indigentes, inmigrantes, indígenas, personas con discapacidad, entre otros, son proclives a convertirse en grupos poblacionales vulnerables, relegados a una situación de pobreza que los posterga y por ende marginaliza.

Se considera que la exclusión social es ocasionada por tres factores principales: *estructurales*, relacionado con la carencia de recursos materiales, derivada de la exclusión del mercado de trabajo; *sociales*, caracterizada por la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad de pertenencia y, finalmente, *subjetivos*, asociado a la ruptura de la comunicación y la debilidad de la significación y erosión de las dimensiones vitales.

Es fundamental resaltar el grave problema que refiere a las personas que por sus características socioeconómicas, en encuentran excluidas de la seguridad social, y que por su condición (migrantes, indocumentados o indigentes) no son tributarios de los servicios de salud, más que a la atención de situaciones de emergencias.

Este contexto refleja principalmente el desligamiento de las personas tanto de sus redes de apoyo como de los mecanismos de solidaridad orgánica y comunitaria, lo que provoca un contexto inherente de vulnerabilidad, donde la situación de abandono, representa un problema central.

La prevalencia del fenómeno de "individualismo" fenómeno que enfatiza la actitud de interés de las personas prioritariamente en sus propios intereses, conlleva a que cada vez, un mayor número de personas vulnerables deban apoyarse en un menor número de personas activas, en el entorno familiar.

El contexto económico y social ha inducido un cambio en la dinámica dentro de la familia, estructura básica de la sociedad, lo cual ha provocado rupturas en las relaciones sociales, dando paso a la desarticulación de las familias nucleares o extensas, que anteriormente ejercían un rol de cuidadores de las personas enfermas o en situaciones especiales dentro del seno familiar, lo cual representaba la primera red de apoyo, agravando el fenómeno de abandono de las personas.

En cuanto a la salud, según manifiesta Del Campo (citado por Jiménez, 2004) ésta variable es determinante en materia de exclusión social, en el tanto determinadas patologías facilitan o inhiben la reinserción social y limitan la posibilidad de que las personas sean reubicadas institucionalmente o bien aceptadas por sus familias o redes de apoyo, en el caso de que se cuente con éstas.

Actualmente, el problema de abandono no es únicamente visible en las calles de nuestras ciudades, sino que ya es un hecho en muchos hogares costarricenses, siendo detectado en los diferentes niveles de atención de la salud. Este problema impacta con mayor fuerza en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social constituyendo, un punto álgido para la Seguridad Social; en la medida en que la persona abandonada se convierte en "inquilino" del inmueble, generando un alto costo económico en su atención directa y de oportunidad perdidas en la atención de otras personas que lo requieran. En este sentido se genera un círculo vicioso que se construye, al no darse una ubicación efectiva y expedita de una persona enferma o con una condición precaria de salud.

Desde una perspectiva sistémica, en virtud de la necesidad de atender la demanda de personas que requieren ingreso a hospitales, se afecta al usuario(a) que requiera hospitalización inmediata, al servicio en el cual se encuentra hospitalizada la persona en condición de abandono y al servicio de emergencias, entre otros.

Las circunstancias en las que se manifiesta el abandono varían, entre ellas destacan.

- Pertenencia a un grupo familiar donde existe algún miembro con capacidades diferentes (discapacidad física o mental) naturales o adquiridas y que presenta imposibilidad para atender a personas con encamamiento prologando.
- Espacio físico limitado con restricciones importantes para la atención de las personas, por la condición de dependencia.
- Ausencia de otros familiares donde poder ser ubicado y atendido.
- Grupo familiar de convivencia con serios conflictos familiares que afectan la calidad de vida de la persona enferma.
- Ausencia de redes de apoyo o poca efectividad de las existentes.

El abandono indudablemente constituye un problema estructural, multifactorial y dinámico, que exige respuestas articuladas e intersectoriales. Va mas allá de la ubicación, exige réplicas proactivas y sostenibles en el tiempo. Requiere de concertar esfuerzos y de la voluntad técnica y política para generar cambios sustantivos que mejoren la calidad de vida de estos seres humanos.

Desde la competencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, se pretende generar respuestas desde diferentes ópticas: investigación, prevención, promoción y atención integral directa de las personas que sufren esta problemática. A su vez, coordinación con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la articulación de

respuestas integradas y sostenibles desde el marco legal, ético y normativo que rige la institución.

En este sentido desde 1990, en materia de niñez y adolescencias se cuenta con la Convención Internacional de los Derechos Humanos del Niño, operacionalizada en Costa Rica con la creación de la Ley N° 7739 del Código de la Niñez y la Adolescencia, publicado en La Gaceta N° 6 del 26 de febrero de 1998. Dicho documento en su contenido revela una constante preocupación por la protección de esta población y los diferentes escenarios en los cuales se desarrolla. Además, existen lineamientos claros en aras de la protección de las adolescentes, formuladas en la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, N° 7735 publicada el 19 de diciembre de 1997 y modificada mediante Ley N° 8312 publicada el 13 de setiembre de 2002 la cual se traduce en la práctica institucional a través de diferentes directrices formuladas por la Gerencia Médica.

Respecto a las personas con discapacidad se dispone desde 1996 de Ley N° 7600 de Igualdad de Oportunidades, publicada en La Gaceta N° 112 el 29 de mayo de 1996 que promueve la protección a la población con discapacidades. Así mismo, el país promulgó en 1999 la Ley Integral de Protección a la Persona Adulta Mayor, N° 7935 el 15 de noviembre de 1999. La cual, regula lo referido a esta temática respecto a este grupo poblacional.

Así mismo, por parte del Ministerio de Salud, como ente rector, se ha formulado el protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, publicado en el marco de las acciones del Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud integrado por el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de las Mujeres y apoyado técnicamente por el Programa mujer, salud y desarrollo de la OPS/OMS, en el año 2002. En éste documento se incluyen conceptos claros acerca de los diferentes tipos de violencia a los que podría ser sometida una mujer, y sobre los cuales se fundamenta la conceptualización del abandono de las personas en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Además, el Código Penal hace referencia al hecho de que el abandono de incapaces se constituye en delito en los diferentes escenarios que viven las personas. También dentro de la Institución se han realizado grandes esfuerzos y se han formulado declaratorias administrativas de abandono de las personas mayores, convenios, conferencias, foros, medidas inmediatas y otras actividades para el abordaje de la problemática.

La condición de abandono de personas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, se define como

la persona que presenta factores de riesgo médicos, sociales y funcionales (físico y/o psicológico) que determinan la existencia de rechazo, negación o ausencia de condiciones de atención para satisfacer necesidades básicas de acompañamiento, protección, vivienda, alimentación y cuidados básicos según condición de salud y dependencia física/mental, por ausencia de red de apoyo familiar, comunal e institucional comprobada, debidamente documentada en el expediente de salud

por los profesionales del equipo de salud (Médico, Trabajo Social, Enfermería y Psicología), factores de riesgo que limitan el egreso hospitalario (Jiménez, 2004).

Esta condición de abandono genera:

- soledad
- aislamiento
- indefensión
- exclusión social
- vulnerabilidad
- deterioro funcional progresivo físico, social, emocional, espiritual y económico.

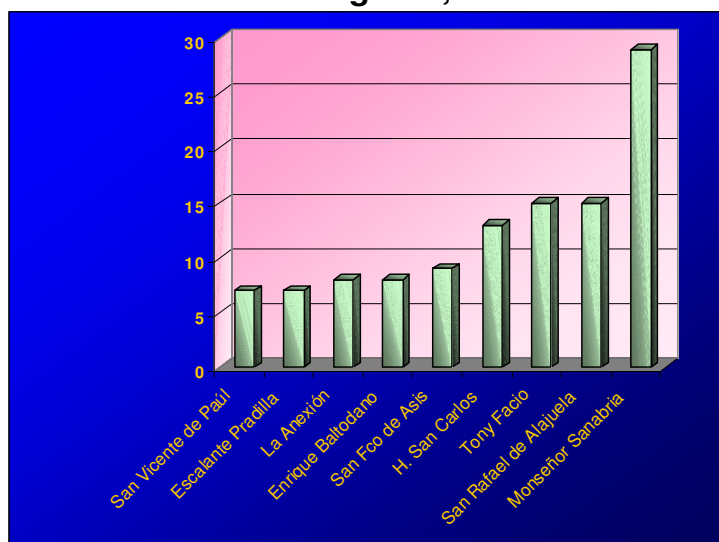
Así, el perfil general de las personas en condición de abandono en salud corresponde a una serie de rasgos que caracterizan la situación de abandono en el campo de la salud como son:

- carencia de redes de apoyo a nivel utilitario y emocional
- discapacidad física y/o mental temporal o permanente
- presencia de enfermedades crónicas complejas
- presencia de enfermedades infectocontagiosas
- necesidad de tratamiento farmacológico supervisado
- condición de pobreza básica o extrema
- vivienda en estado precario
- inestabilidad habitacional
- dependencia en las actividades de vida diaria básicas.

Como puede observarse, estos rasgos incluyen tanto aspectos de tipo social, como biológico, económico y cultural que deben considerarse a la hora de analizar integralmente la situación de abandono de la persona. Algunas fuentes institucionales han establecido registros sobre la situación de abandono de las personas. A los efectos del presente trabajo se ha considerado conveniente recuperar datos identificados por el Departamento de Trabajo Social de la CCSS en el foro sobre abandono realizado en el año 2006. La información destaca respecto a las personas adultas mayores que en el ámbito hospitalario regional la mayor incidencia del problema (Ver Gráfico 5) acontece en Puntarenas, Alajuela, Limón y San Carlos, siendo el primero el que presenta mayor gravedad en la situación. En los hospitales periféricos, Golfito destaca como la zona geográfica con mayor incidencia (Ver Gráfico 6).

Gráfico 5

**Cantidad de personas en condición de abandono, según
Hospitales Regionales de la CCSS.
Enero-Agosto, 2006**

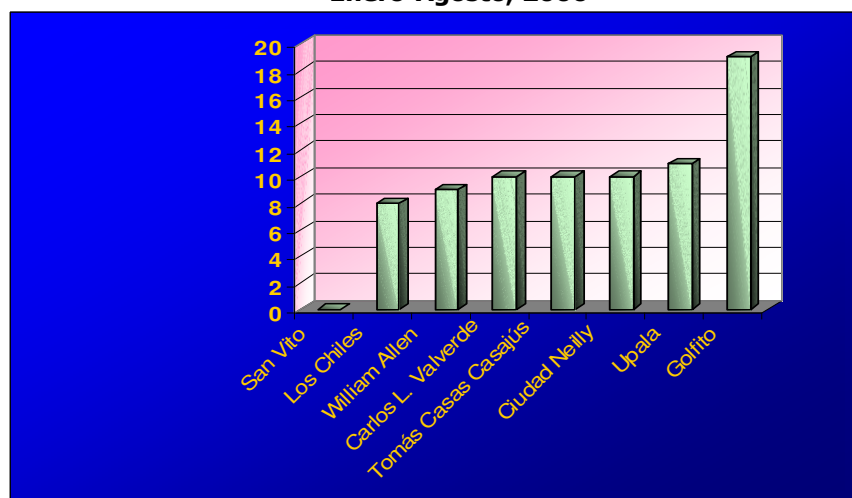


Fuente: Elaboración propia, datos Servicios de Trabajo Social, Hospitales CCSS. 2006 N= 343

Gráfico 6

Por su parte, la Subárea de Trabajo Social refiere que los dos grupos poblacionales

**Cantidad de personas en condición de abandono, según
Hospitales Periféricos de la CCSS.
Enero-Agosto, 2006**

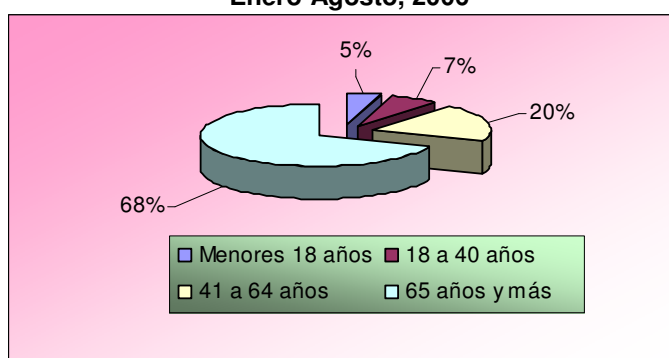


Fuente: Elaboración propia, datos Servicios de Trabajo Social, Hospitales CCSS. 2006 N= 343

que presentan mayor porcentaje de abandono en los Hospitales de la CCSS son las personas mayores de 65 años con un 68% y los usuarios(as) de 41 a 64 años con un 20% (Ver Gráfico 7). Desde el punto de vista del sexo, esta problemática afecta con mayor fuerza a los varones en un 70% (Ver Gráfico 8). De manera que los varones mayores de 65 años que habitan en regiones como Puntarenas, Alajuela, Limón, San Carlos y Golfito constituyen según los resultados de este estudio la población nacional con mayor posibilidad de enfrentar situaciones de abandono en los hospitales de la institución. Datos que deben considerarse para reorientar la organización de los servicios de salud desde la atención primaria hasta la hospitalaria.

Gráfico 7

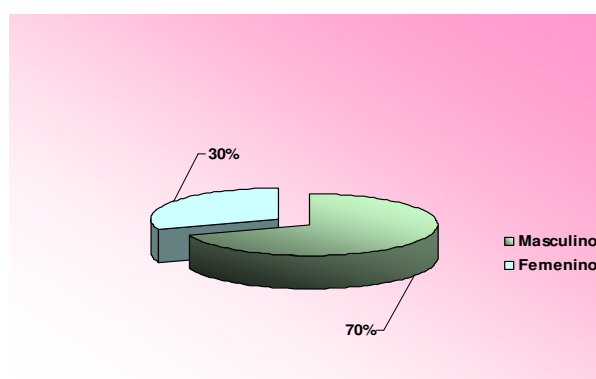
Cantidad de personas en condición de abandono en los Hospitales de la CCSS, según edad. Enero-Agosto, 2006



Fuente: Elaboración propia, datos Servicios de Trabajo Social, Hospitales CCSS. 2006 N= 343

Gráfico 8

Cantidad de personas en condición de abandono en los Hospitales de la CCSS, según sexo. Enero-Agosto, 2006



Fuente: Elaboración propia, datos Servicios de Trabajo Social, Hospitales CCSS. 2006 N= 343

d. Atención Primaria

Según Starfield (2001) la atención primaria maneja los problemas más frecuentes y menos definidos, por lo general en ámbitos de la comunidad como consultorios, Centros de Salud, escuelas y domicilios. Los usuarios(as) tienen acceso directo al tipo de atención que necesitan y que se presta a lo largo del tiempo e incluye a servicios preventivos. En comparación con la medicina especializada, la atención primaria es menos intensiva (tanto en lo que respecta al capital como al trabajo) y su organización es menos jerárquica.

Donaldson et al. (citados por Starfield, 2001) coincide con la Canadian Medical Association cuando la define como la "provisión de atención de salud integrada y accesible por parte de médicos responsables de cuidar de la mayoría de las necesidades personales en salud, que desarrollan una relación mantenida con los pacientes y que trabajan en el marco familiar y comunitario" (p. 23). Esta definición implica algunos términos importantes como:

- **Atención integrada** que refiere a que responde a cualquier problema de salud en cualquier momento de la vida del usuario(a) coordinada, segura, que provee los servicios de salud y de información que responden a las necesidades del usuario(a) y, al mismo tiempo permite ser realizada por una sola persona o por un equipo con capacidad de comunicación efectiva y oportuna. Dicha atención es holística, es decir, toma en cuenta aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas, sus familias y comunidades. Generando una atención personalizada, centrada más en la persona que en la enfermedad y orientada a los sistemas familiares y a la comunidad.
- **En un marco familiar y comunitario**, implica conocimiento de las condiciones de vida del usuario(a), la dinámica familiar y el trasfondo cultural con especial referencia a la comunidad en que vive, buscando los mecanismos para facilitar el acceso a la atención, porque no tiene sentido disponer de personal, instalaciones y equipamiento si quienes las necesitan no tienen acceso a ellos. Accesibilidad que refiere tanto a tiempo (horario de servicio), geografía (oportunidad del transporte y distancia a cubrir) y condiciones psicosociales (relacionadas con la existencia de barreras lingüísticas o culturales entre el personal y los pacientes). Profundamente relacionado con esto está el primer contacto personal de salud-usuario(a) propio de la organización de los servicios en este tipo de atención.

La atención primaria podría diferenciarse de otros tipos de atención por las características clínicas de los pacientes y de sus problemas de salud; entre ellos se incluyen la diversidad de diagnósticos y problemas atendidos, un componente identificable para la prevención de enfermedad y una gran proporción de pacientes previamente conocidos como atendidos. De manera que la atención primaria es importante porque promueve mejores resultados de salud, disminuye los costos y genera mayor equidad.

Shea et al. (citados por Starfield, 2001) realizaron un estudio que demostró que al mayor número de médicos de familia y de medicina interna se asociaba significativamente

un menor gasto de la atención médica (incluso tras controlar el impacto de diversas variables sociodemográficas y de la oferta sanitaria). Por el contrario, a mayor oferta de especialistas más gasto.

En relación con lo anterior, se espera que los especialistas atiendan fundamentalmente a aquellos usuarios(as) que presenten complicaciones que no puedan ser atendidas debidamente por los médicos de atención primaria. Estos últimos, atienden entonces, los diagnósticos más comunes (los que engloban el 50% de las visitas).

En un estudio reciente hecho en Canadá se confirmó la importancia de la formación de médicos residentes en Medicina Familiar para la consecución de una buena calidad asistencial, dicho estudio llegó a sus resultados mediante la medida por auditoria de las historias clínicas y actividades preventivas (idoneidad de los registros, procedimientos de evaluación y prescripción de fármacos) Instituto Nacional de Salud, 1999).

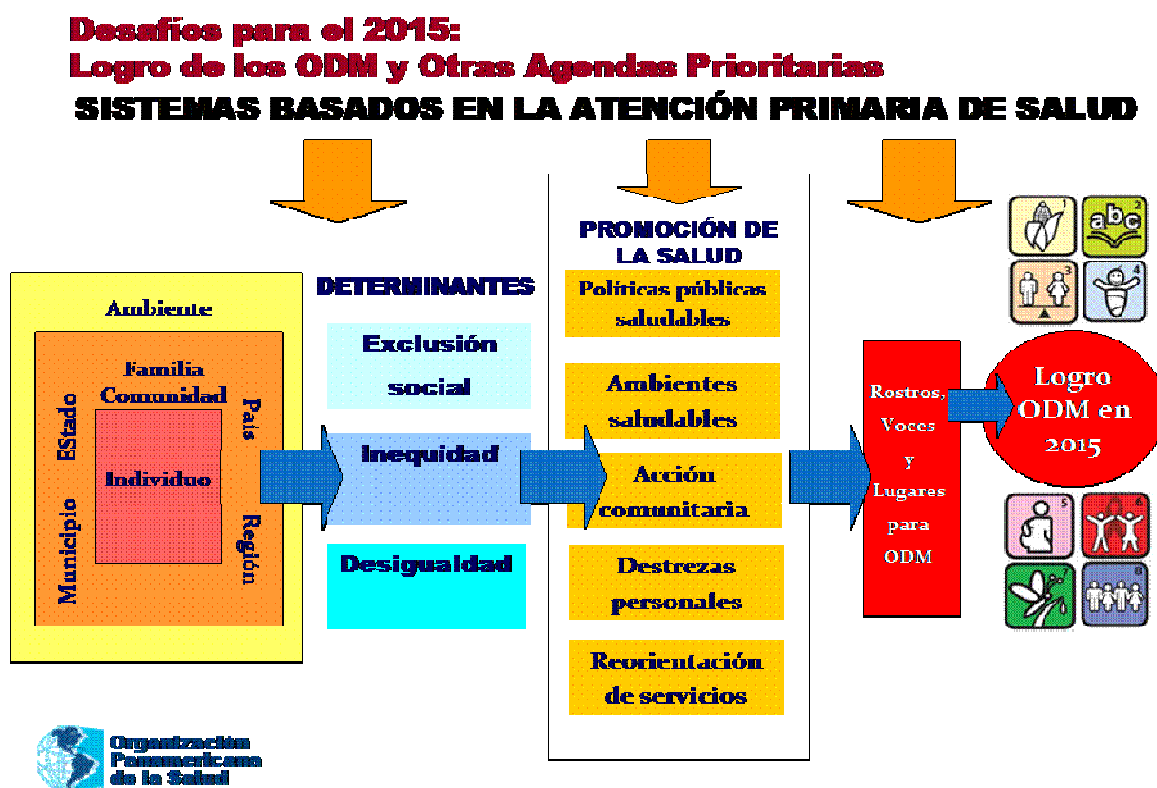
Entonces, la Atención Primaria implica la inclusión de las políticas de los gobiernos locales, la familia, la comunidad y la cultura, centrada en la persona y su contexto. Tomando en cuenta como marco la promoción de la salud, que lleva a la definición de políticas públicas, ambientes saludables, acción comunitaria, destrezas personales y a la movilización de los servicios, en respuesta a las individualidades y especificidades de los actores sociales (Ver Figura 2).

e. Hospitalización domiciliar

En el primer informe de la OMS en 1957 el hospital se define como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios irradian hasta el ámbito familiar. Agrega además, que el hospital es también un centro de formación de personal médico sanitario y de investigación biosocial.

En este sentido el hospital es un subsistema o componente del sistema de servicios de salud de alta complejidad cuyo objetivo es proporcionar servicios de salud de calidad y en la cantidad determinada por el sistema principal como prevención de enfermedades y de rehabilitación de sus secuelas. Por lo cual, desarrolla actividades médicas, quirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas, preventivas, auxiliares tanto de diagnóstico como de tratamiento, administrativas, de dirección, de proyección a otros ámbitos, de docencia e investigación científica y operacional, entre otras. Su dinámica determina la manera en que las relaciones entre los componentes descritos conforman el esquema de funcionamiento del sistema, es una unidad de salud susceptible a desarrollar acciones en el domicilio.

Figura 2



Fuente. Ugalde (2008)³⁰

En Costa Rica existen hospitales de tamaños muy variados, desde establecimientos pequeños hasta hospitales de más de mil camas. La mayoría son de corta estancia pero también hay algunos de larga estancia. Por sus características y los servicios que ofrecen todos pueden desarrollar la modalidad de **hospitalización a domicilio**.

La cual según el Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de la Salud y (1999) se define como la "atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas) cuya organización depende de las Gerencias de los Hospitales, cuenta con recursos de atención especializada y son los profesionales del Hospital quienes proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de Atención Primaria elementos de apoyo" (p. 13).

Mientras que la Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital Universitario La Fe de Valencia (2004) propone que hospitalización a domicilio refiere a una alternativa

³⁰ Ugalde, G. (2008). Conferencia Enfoque de atención centrado en la comunidad desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

asistencial que se proporciona en el domicilio, por profesionales de salud quienes brindan un tratamiento activo a "determinados" enfermos que de otra manera hubieran precisado un hospital de agudos por un período de tiempo limitado. Los hospitales domiciliarios, se puede decir, representan "Hospitales del Futuro" que trasladan toda la estructura de servicios al hogar del usuario(a), teniendo a la familia como pilar básico e insustituible de la recuperación de los estados de salud. Es la puerta hacia la optimización de los recursos de salud (Red Médica).

En la hospitalización a domicilio la visión esta orientada al paciente, con gestión participativa y mejora continúa en la calidad del servicio. Aumentando la eficiencia y la competitividad para obtener resultados excelentes. Entre sus objetivos destacan: mejorar de la atención de los pacientes, optimizar los resultados de las intervenciones y maximizar la utilización de los recursos. O sea:

- calidad óptima / calidad máxima
- mejora de la atención de los pacientes
- mejorar resultados
- mejorar la utilización de los recursos
- mayor eficiencia

Esto genera mejoras en la distribución cuidados de especialidad, personalización y humanización de los cuidados, con lo cual se facilita el retorno temprano del paciente a su domicilio y el mantenimiento del paciente en su domicilio: Respecto al modelo asistencial genera hospitales más eficientes, fortalece la relación Atención Primaria – Atención Especializada y garantiza continuidad asistencial.

Esto teniendo claro que cualquier hospitalización, incluida la realizada en el domicilio, implica efectos adversos. En noviembre de 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos emitió un Reporte que hizo un hito en la historia de los Proyectos de Calidad de los Cuidados de Salud en América, el cual fue titulado "*Errar es Humano – Construcción de un Sistema Seguro de Salud*".

Dicho informe propone que dada esta realidad, es necesario proponer objetivos claros para prevenir errores tal como se muestra en la Figura 3, al tiempo que se facilita el desarrollo de políticas y prácticas en seguridad del usuario(a), la construcción de entornos donde se generen las nuevas iniciativas, así como, el intercambio de conocimientos y de recursos para mejorar la efectividad. Esto solo es posible si se sensibiliza a los trabajadores de la salud, a los usuarios(as), a sus familias y comunidades, acerca de las consecuencias de los efectos adversos.

Lo anterior considerando factores sistémicos como:

- clasificación de errores en el cuidado de la salud y fallas de los diferentes sistemas relacionados con el usuario(a),
- desarrollo de métodos y herramientas para estimar riesgos,
- promoción de sistemas de reporte y aprendizaje como mecanismos probados para mejorar la seguridad del usuario(a),
- uso de nomenclatura estandarizada y taxonomía de errores médicos y fracasos del sistema en el cuidado de la salud, entre otros.

Figura 3

Objetivos a seguir para prevenir los efectos adversos en la hospitalización.



En el caso de la hospitalización a domicilio esto implica considerar las causas y efectos derivados en el núcleo familiar, el beneficiario del servicio, la red de apoyo o las normas y procedimientos. En diversos estudios se ha demostrado que entre el 4% y el 16% de los pacientes hospitalizados presentan efectos adversos por el tratamiento y que la mitad son prevenibles (Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de la Salud, 1999). Se desconoce lo relativo a eventos adversos en la atención ambulatoria y domiciliar, pero es probable que sea importante.

En este sentido, Bolaños (2004) señala que en el proceso de hospitalización domiciliar, destaca como primordial el papel de los cuidadores(as), dada su función trascendental en garantizar que la atención que se brinda, además de integral e integrada, sea continuada. Para lo cual, sugiere considerando recomendaciones de economistas y

sociólogos, la necesidad de definir indicadores y estándares para establecer el bienestar del usuario(a).

Con indicadores definidos se hace posible crear perfiles de los pacientes, que permiten priorizar las intervenciones, al tiempo que, funcionan como criterios diferenciadores de las responsabilidades que en la atención debe asumir cada uno de los niveles.

El trabajo con los cuidadores(as) debe realizarse a partir de la premisa de que el paciente es un ente autónomo, capaz de deliberar y actuar en función de dichas deliberaciones. Un sujeto integral centro de las intervenciones con su entorno.

En este mismo orden de ideas, la Dirección de Prestaciones Sociales (citada por Bolaños, 2004) señala que para las intervenciones en el domicilio, con la familia/cuidadores(as), deben considerarse algunos aspectos clave para garantizar el éxito:

- la capacitación en el manejo de los pacientes en el hogar
- la definición del perfil del cuidador(a)
- el incremento de los programas dedicados al autocuidado de los cuidadores(as) que eviten el deterioro de estos
- la implementación real de redes de apoyo a los cuidadores y las familias
- la revisión de las condiciones del espacio físico necesarias para implementar la atención en el domicilio.

Aunado a las anteriores, Bolaños (2004) agrega la necesidad de considerar las herramientas y condiciones para brindar la información a las familias/cuidadores que les permita transformarse en factores positivos, que acompañan, escuchan, confortan, orientan y apoyan el trabajo de los profesionales. Considerando dichos aspectos, se pueden identificar con mayor facilidad las oportunidades de mejora en el cotidiano de la atención (Ver Figura 4).

La concepción descrita de los cuidadores y su importancia, supone que la familia/cuidadores son parte del equipo que realiza las intervenciones, apoyando el cumplimiento de los objetivos. Los cuales, se definen de manera realista y factible, evitando factores de riesgo que pueden propiciar pérdidas importantes en el ambiente familiar y comunitario.

Abordado de esta manera, el proceso de hospitalización domiciliar impacta verdaderamente en la humanización de los servicios de salud institucionales, suministrando las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad no solo de parte de los funcionarios sino de las familias/cuidadores, además de generar la disminución de los costos de hospitalización y las plétoras en la consulta externa,

implementando soluciones reales a las situaciones que se presentan cuando una familia tiene uno de sus miembros enfermo en el domicilio.

De manera que la Hospitalización a domicilio es una modalidad que mejora la distribución de los cuidados de especialidad, permite la personalización y humanización de los cuidados, facilitando el retorno temprano y el mantenimiento del usuario(a) en su domicilio contando con los afectos familiares como principal elemento de recuperación, logrando hacer al hospital más eficiente, garantizando la continuidad asistencial.

Igualmente, aumenta la capacidad de autocuidado del enfermo y suma la calidad médica a la comodidad del hogar. Acorta los tiempos de recuperación por el efecto psicosocial que implica la internación en el hogar. Se basa en una estructura profesional

Figura 4

DIAGRAMA 1. DE CAUSA Y EFECTO



Fuente. Bolaños, S. (Marzo, 2008). Conferencia Atención y Hospitalización a Domicilio: Efectos Adversos. Foro VIII de Calidad y Seguridad del Paciente. San José, Costa Rica.

que lleva adelante un programa de recuperación y rehabilitación del estado de salud con un concepto nuevo. A la vez que implica un ahorro significativo en los gastos que normalmente debe realizar una familia cuando tiene un miembro enfermo e internado y que se suman a la imposibilidad de que uno o varios integrantes continúen trabajando.

Los expertos de la Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital Universitario La Fe de Valencia, España recomiendan que para desarrollar las acciones de hospitalización es necesaria la consolidación de Unidades Integrales o Unidades de Hospitalización

Domiciliaria definidas como dispositivos asistenciales del área de salud, capaces de proporcionar en el domicilio cuidados propios hospitalarios a pacientes con un nivel de evolución de su enfermedad determinado. Además, se requieren las Unidades Específicas como: Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Tratamiento del Dolor, Unidades de Respiratorio (EPOC), Unidades de Rehabilitación, Unidades de Atención Geriátrica.

Es indispensable tener una organización y un funcionamiento regulado, con una estructura básica, ámbito de competencias, recursos-humanos y materiales-, gestión del proceso Asistencial, Gestión de Docencia e Investigación, Gestión de los Recursos Humanos y Sistema de Gestión. Su gran utilidad tiene como fundamento ser una alternativa al tratamiento (sala de hospitalización).

La experiencia española destaca que para garantizar el funcionamiento efectivo y eficiente de la hospitalización a domicilio es necesaria la existencia de una cartera de servicios claramente definida, incluyendo por ejemplo, procedimientos diagnósticos, estudios de laboratorio, electrocardiografías, espirometrías, pulsioximetrías, monitorizaciones no invasivas, poligrafía respiratoria, polisomnografías, sangrías, punciones (paracentesis y toracocentesis), sondaje nasogástrico/vesical, curaciones complejas, rehabilitación (física, respiratoria, terapia ocupacional), oxígeno terapia, aerosolterapia, ventilación mecánica, diálisis peritoneal o hemodiálisis, infusión subcutánea, infusión intravenosa (líquidos, fármacos, sangre y hemoderivados, nutrientes), entre otras.

Para brindar este tipo de servicios se requiere de un método de trabajo con visión interdisciplinaria y la adaptación del modelo asistencial. Se necesita, además, educación en salud en la que impere el autocuidado y su aplicación con los recursos de las diferentes unidades asistenciales por medio de la coordinación para brindar una atención integral, teniendo presente la necesidad de la continuidad asistencial.

Por lo tanto, según los expertos españoles en mención, los profesionales encargados de la hospitalización a domicilio requieren además de su especialidad, tener al menos cinco años de experiencia laboral en su disciplina, experiencia de trabajo en equipo y habilidades sociales. Además, deben tener capacidad de improvisación, conocimiento y manejo de ordenadores, conocimiento en herramientas de calidad y gestión clínica, así como, en investigación clínica y en idiomas. Dicho equipo interdisciplinario debe tener un coordinador(a) médico, una supervisora de enfermería, un responsable de calidad, un responsable de procesos, personal de salud de acuerdo a necesidades y personal de servicios de apoyo. Este equipo debe reunirse diariamente para revisar actividades, realizar ajuste de planes, programar actividades, definir altas y revisar los usuarios(s) que ingresan.

Asimismo, destacan que la asignación del Equipo Domiciliario debe estar en relación con el área geográfica, la capacidad resolutoria, la casuística y el tipo de atención que se brinda.

La gestión clínica debe dirigirse por los lineamientos del proceso asistencial en el cual es relevante la valoración integral e interdisciplinaria siguiendo protocolos y escalas establecidas para definir las condiciones de ingreso del usuario(a) o las visitas domiciliarias programadas, urgentes o televisivas. Si son programadas se requiere un protocolo de visitas y la discusión de aspectos como: la manera de hacer la primera visita, qué hacer en las visitas sucesivas, el papel de los diferentes miembros del equipo interdisciplinario en función del estado evolutivo de los pacientes y la casuística, la integración de otros profesionales (fisioterapeuta, terapeuta respiratorio, entre otros) necesarios para la atención del usuario(a) y la manera de hacer la visita de pre-alta.

Los diagnósticos o patologías que califican para el ingreso de un usuario(a) al servicio de hospitalización a domicilio, según los criterios del modelo español, en orden de prioridad son: enfermedades crónicas, seguido de las enfermedades oncológicas en fase terminal con síntomas descompensados. Dichos diagnósticos en su mayoría hechos a personas adultas mayores.

La organización del proceso de hospitalización que considera los aspectos descritos supone, además, que las altas de los pacientes deben hacerse en forma programada, tomando en cuenta el informe de el Alta de cada paciente extendida por le equipo interdisciplinario. La cual, debe ser adjuntada al informe que planea la continuidad de los cuidados, ya que asegura el seguimiento, en la atención primaria, el hospital y las instituciones que tengan relación con las intervenciones.

Los servicios de hospitalización a domicilio deben tener una cobertura de 24 horas los 365 días del año, ya sea por servicios de urgencias, de consulta externa o de atención primaria. En el caso de las necesidades de atención urgente, el equipo de profesionales debe esta accesible vía telefónica o por medio de visitas urgentes.

De tal manera que la experiencia española señala que con equipos interdisciplinarios preparados, gestión clínica basada en herramientas de calidad y perfiles de pacientes definidos se puede tener una efectividad hospitalaria en la cual se evita un 34% de ingresos, un 9% de reingresos, se logra un 75% de altas por mejoría, de 70% a 84% de altas calificadas y un 11% de altas en el domicilio.

Según Fernández (s.a.) en apoyo a la hospitalización a domicilio se distingue el **Modelo de salud rehabilitador** en el cual predominan los servicios médicos y de rehabilitación. Sus objetivos son claramente terapéuticos, temporalizados en un periodo limitado. Están dirigidos por personal de salud calificado que coordina y dirige el programa de intervención. Este modelo corresponde por completo a la conceptualización del **Hospital de Día**. Otras alternativas de diagnóstico y tratamiento son la Sala de Hospitalización y la Consulta Externa.

Dentro del proceso de hospitalización a domicilio, la coordinación con el primer nivel es fundamental, cuando se logra de manera eficiente el resultado es un sistema integrado que permite la derivación y la ubicación en forma adecuada y sistematizada de

los usuarios(as) en los diferentes niveles de atención. Tener una buena relación entre los recursos provenientes de la atención primaria y de la hospitalización a domicilio permite la distribución de los recursos de acuerdo a la complejidad e intensidad de las patologías, duración de la atención, aportación de tecnología, características de los usuarios(as) (edad, patologías, nivel de dependencia, estado evolutivo de la enfermedad) y los apoyos que este requiere.

Finalmente, se debe tener claro que los recursos tecnológicos son condición necesaria para fortalecer el enlace entre los diferentes servicios de hospitalización a domicilio, atención domiciliar y primaria, así como, los servicios de apoyo.

Ahora bien, **los criterios para la inclusión** de los pacientes en la hospitalización domiciliar se pueden clasificar en: geográficos, sociales y clínicos. Los primeros refieren al sector de adscripción de cada hospital. Los sociales incluyen el consentimiento informado, las condiciones de la vivienda (acceso y seguridad) y la disponibilidad de un cuidador(a) principal.

Los criterios clínicos refieren al grado de complejidad e intensidad de la patología. Los pacientes que se deben incluir son los que ameritan controles de especialistas, subespecialistas y procedimientos de alta complejidad.

Según la Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia (2004) respecto al **equipo humano**, de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) deber ser interdisciplinario y debe estar integrado por miembros graduados en diferentes ramas de la medicina, de acuerdo a la patología del paciente atendido. Como base debe integrarse por un médico(a), una enfermera(o) y una trabajadora social. El Médico como formación debe tener Licenciatura en Medicina y Cirugía, Medicina Interna o Medicina Familiar. Con experiencia profesional (> 5 años), experiencia en trabajo de equipo y habilidades sociales. Los profesionales de enfermería y trabajo social como formación deben poseer grado de Licenciatura, experiencia profesional (> 5 años), experiencia en trabajo de equipo y habilidades sociales. Todos los miembros del equipo con:

- Capacidad de improvisación.
- Conocimiento y manejo de ordenadores.
- Conocimientos en Herramientas de Calidad.
- Conocimientos en Gestión Clínica.
- Conocimientos en Investigación Clínica.
- Conocimiento de Idiomas.

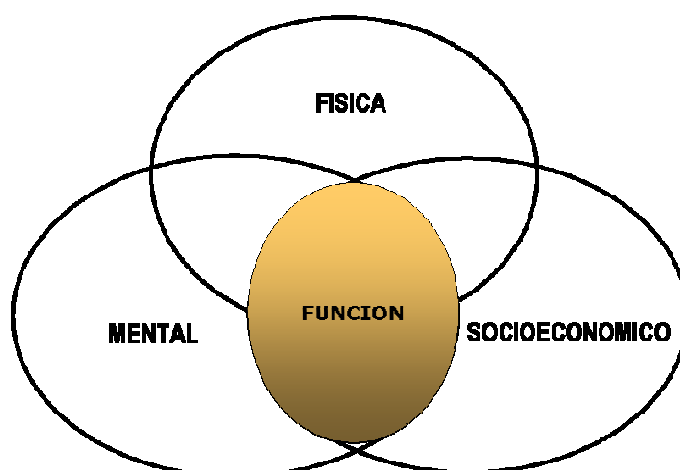
En apoyo a la UHD se requieren otras unidades como pueden ser Unidad de Atención Respiratoria, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Hospitalización de Día, Unidad

de Atención Geriátrica, Cuidados Paliativos, Salas de Hospitalización, Consulta Externa y Laboratorio Clínico. Respecto a la **Gestión del Proceso Asistencial** de calidad supone la valoración interdisciplinar e integral del paciente para su ingreso (Ver Figuras 5 y 6), las visitas domiciliarias (programadas según necesidades, urgentes las 24 horas del día, los 365 días al año o televisitas), las reuniones de equipo, la protocolización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a los servicios o apoyos existentes. Así como, el proceso de alta. Respecto a las visitas suponen el diseño de protocolos de visita en los cuáles se defina:

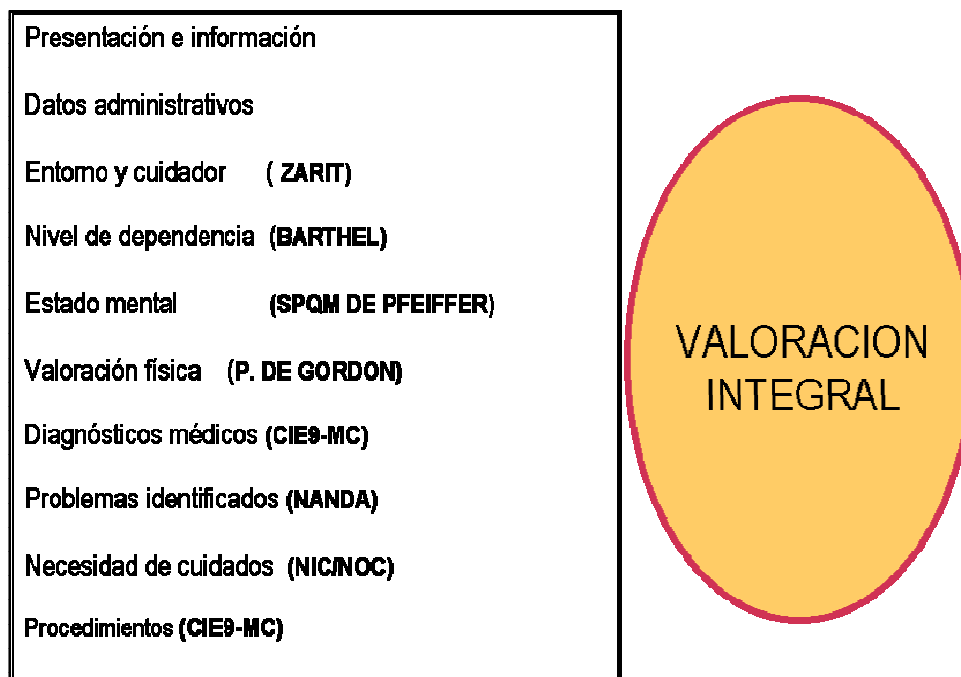
- **1ª visita** ¿conjunta o no?
- **Visitas sucesivas**
 - enfermería, mínimo diaria
 - medico, en función estado evolutivo / casuística
 - otros profesionales (fisioterapeuta, auxiliar clínica, trabajo social)
- **Visita prealta –valoración cumplimiento objetivos-**
- **Alta:**
 - Informe de alta médica
 - Informe de continuidad de cuidados
 - Conexión área de salud

Figura 5

Valoración Interdisciplinar e Integral



Fuente. Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia. (2004).

Figura 6**Aspectos a considerar para la valoración integral**

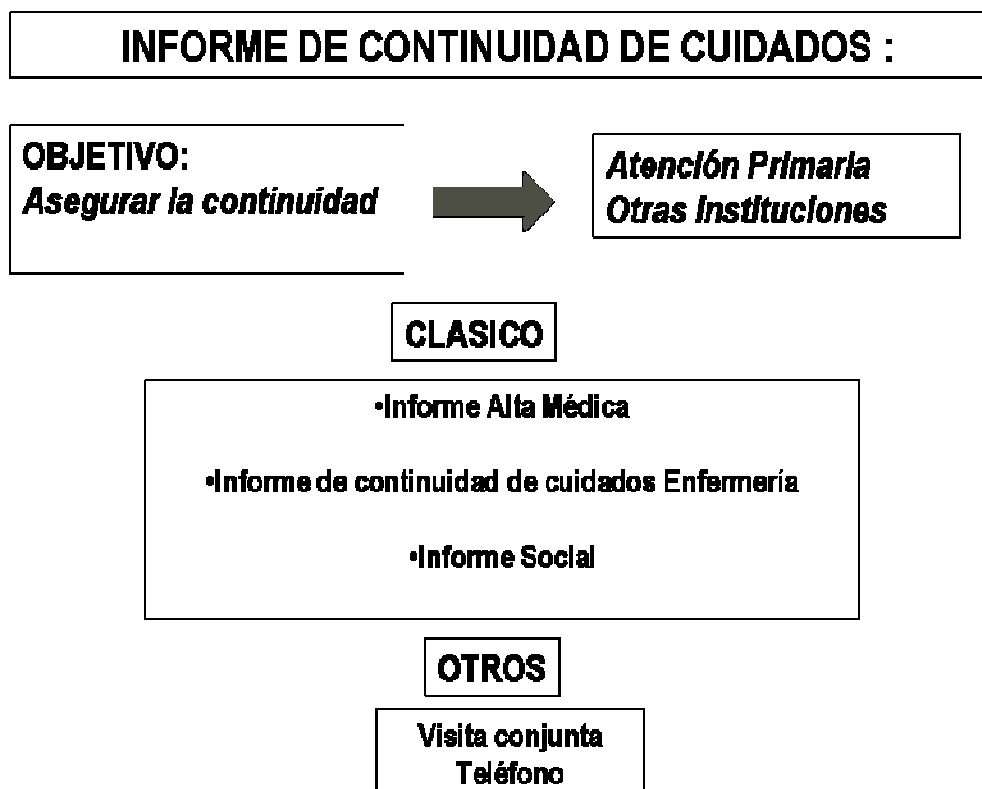
Fuente. Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia. (2004)

Por su parte, las reuniones de equipo, según la Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia (2004) deben ser lideradas por el Médico(a), ser interdisciplinarias, su frecuencia debe ser diaria, con un horario fijo y de no más de 90 minutos. El objetivo de las mismas es revisar las actividades, ajustar los planes, programar actividades, prever altas y revisar ingresos.

Finalmente, el alta debe realizarse asegurando la continuidad de la atención en la red de servicios de salud, mediante elaboración de informes del equipo dirigidos a los niveles de atención restantes. Incluyendo la visita conjunta al domicilio correspondiente en compañía de los funcionarios(as) que darán continuidad al proceso (Ver Figura 7).

Es claro que la Gestión del proceso asistencial, no solo supone la organización intrahospitalaria sino una clara definición de criterios diferenciadores entre tipos de hospitales y niveles de atención. Debiéndose aclarar los criterios para los hospitales especializados, nacionales, regionales y periféricos, al tiempo que se definen los criterios que permitan la articulación con el segundo y primer nivel de atención.

Figura 7



Fuente. Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia (2004).

Además de lo anterior, la Hospitalización a Domicilio implica generar un proceso de **Gestión de la docencia y la investigación** en el cual es importante la presencia de estudiantes de pregrado de enfermería, medicina y terapia. Igualmente de postgrado en neumología, geriatría y medicina interna. Sin olvidar la capacitación continua del personal de medicina y enfermería de atención primaria.

f. Atención domiciliar

El Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de la Salud de España (1999) define que la **atención domiciliar** es la "atención a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados, cuya organización depende de los Servicios de Atención Primaria, los recursos con que se organiza son los propios de la Atención Primaria y los profesionales de Atención Primaria se convierten en referentes últimos de la asistencia, prestando los profesionales de Atención Especializada una función de apoyo" (p. 13).

Por su parte, la Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia (2004) la define como el conjunto de Servicios Sanitarios y Sociales que confluyen en el domicilio para proporcionar cuidados integrales a las personas que lo precisen, donde la familia y/o persona allegada que se ocupe habitualmente de ella, son unidades básicas de cuidados y potenciación de medidas de autocuidado.

Estos servicios comparten el objetivo básico de vigilancia, compañía y atención personal, suponen un notable ahorro en el gasto que conlleva la atención a personas dependientes, son más económicos que el pago de albergues o el internamiento hospitalario.

Según los expertos españoles en mención, la población susceptible de inclusión en este tipo de atención refiere a un 11% de personas mayores de 65 años y un 0.7% de menores de 65 años. Toda la población mayor de 75 años es susceptible de inclusión en este tipo de atención.

Solo se puede plantear un programa de atención domiciliar si se parte de la premisa básica de que "un paciente atendido en su domicilio nunca ha de estar en una situación de inferioridad asistencial", comparado con un paciente de características similares atendido en un hospital. Es decir, esta atención implica lo siguiente.

- La morbi-mortalidad de los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliar no debe ser superior a la de pacientes similares atendidos en el hospital;
- las medidas para potenciar el autocuidado tanto del individuo como del cuidador primario, deben ser suficientes y adecuadas a cada tipo de paciente y sus necesidades;
- el control de síntomas ha de ser el mismo;
- la disponibilidad de recursos adecuados en el domicilio de los pacientes tiene que estar garantizada;
- la eliminación de riesgos asociados a ingresos hospitalarios y la potenciación de los beneficios por la permanencia del enfermo(a) en su entorno;
- mayor calidad de vida para usuarios(as) atendidos(as) en su domicilio o por lo menos menor pérdida de la misma;
- menor desgaste personal del cuidador(a) garantizando el aporte de recursos materiales y de medicamentos en forma continua con el apoyo de los miembros del los equipos de salud;
- la utilización más racional de los recursos, beneficiándose el hospital de una reducción del número de estancias, menor número de consultas en emergencia, reforzando la atención primaria, lo que mejora la eficiencia del sistema;
- la articulación entre unidades de atención primaria y unidades de atención hospitalaria;
- la coordinación intersectorial que impulsa la unión de las prestaciones sociales y las prestaciones en salud.

Los **criterios para la inclusión de los pacientes** en la atención domiciliar, partiendo del primer nivel de atención son los siguientes.

- Tener un domicilio fijo en el Área que brinda el servicio.
- Contar al menos con un cuidador primario (entendiéndose con esta figura la existencia de una persona que conviva con el paciente y acepte asumir los cuidados básicos en cuanto a alimentación, higiene y administración de los tratamientos).
- Consentimiento informado firmado de acuerdo a criterios específicos por patología de los pacientes.
- Pacientes terminales (entendiéndose como "enfermedad terminal" a la fase final e irreversible de aquellos procesos con una historia natural ordenada, en los que es posible establecer un pronóstico en cuanto esperanza de vida menor de 6 meses).
- Pacientes con enfermedad oncológica y con SIDA terminales o inmovilizados.
- Pacientes con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos, por ejemplo:
 - pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados
 - enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con insuficiencia respiratoria hipoxémica, en la que el manejo es básicamente de soporte y el tratamiento de las complicaciones y reagudizaciones no requiere la utilización de alternativas hospitalarias (de pruebas complementarias o medicamentosas)
 - enfermedades cardiocirculatorias como: insuficiencia cardiaca refractaria al tratamiento de cualquier etiología (en la que ha descartado tratamiento radical como intervenciones quirúrgicas o el trasplante). El manejo es básicamente de soporte y el tratamiento de las complicaciones o reagudizaciones no requiere la utilización de alternativas hospitalarias (de pruebas complementarias o medicamentosas)
 - hepatopatías crónicas documentadas en fase avanzada (por ejemplo cirrosis hepática en estadio C/C de Chile) sin posibilidad de tratamiento radical, el manejo es básicamente sintomático y en el domicilio se pueden realizar las paracentesis
 - enfermedades neurológicas como demencias en progresión, enfermedad de Parkinson, que no se benefician de terapias hospitalarias
 - enfermedades renales como insuficiencia renal crónica
 - enfermedades osteoarticulares como artropatías degenerativas
 - personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa y

que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses)

- otras personas que no estando incluidas en los apartados anteriores pasan la mayor parte de su tiempo en cama.

Para realizar la atención en el domicilio se requiere un **equipo** formado por medico(a), enfermera, auxiliar de enfermería y/o auxiliar administrativo y trabajadora social, integrados en la Atención Primaria quienes deben tener experiencia en el manejo de pacientes terminales, crónicos con enfermedad avanzada e inmovilización, asumiendo uno sólo de ellos la coordinación. Situados estratégicamente en un Centro de Salud, con vías rápidas de comunicación, centrado geográficamente para acceder con facilidad a los EBAIS adscritos.

Según plantean los expertos españoles es necesario contar con un despacho administrativo para el personal, bodega, recurso tecnológico (fax, teléfonos, contestador automático, fotocopidora, computadora, (recurso tecnológico de punta) si fuera posible para la televigilancia o teleasistencia. Una sala para compartir con el resto de profesionales y miembros de otros equipos de salud para las reuniones del equipo y la presentación y seguimiento. Vehículo para transportar al personal o al equipo que necesitan los usuarios y el material ortopédico para esos usuarios como sillas de ruedas, andaderas y barandas para las camas. Teléfono celular para la localización de los miembros del equipo.

El horario de visita se establecerá en cada área dependiendo de los recursos disponibles y de las necesidades asistenciales. Para desarrollar una atención a domicilio exitosa, el **perfil de los profesionales en medicina, enfermería y trabajo social** es el siguiente.

- experiencia y conocimientos prácticos de Atención Primaria en relación a trabajo en equipo, basado en programas de salud de ámbito domiciliario, así como, la evaluación periódica de los mismos
- experiencia en valoración geriátrica y cuidados paliativos
- experiencia en procesos de rehabilitación integral y conocimiento de redes formales e informales
- actitud y habilidad para la enseñanza y capacitación (incluyendo cuidadores)
- capacidad de coordinación con los otros centros y niveles asistenciales para establecer canales de derivación y pautas de actuación con los pacientes
- capacidad de participar activamente en reuniones con otros profesionales y con los Servicios Hospitalarios de referencia
- visión holística de la salud.

Los profesionales responsables de la atención a domicilio deben cumplir, entre otras, con las siguientes **funciones**.

- Proporcionar atención directa a pacientes, valoración inicial, valoración de necesidades de apoyo del sistema de ayuda a domicilio, prestaciones sociales y prestación de salud, con el conocimiento de bancos de recursos y bancos de redes informales y formales, plan de intervención y plan de acción.
- Realizar valoración social básica en todos los casos.
- Impartir la educación necesaria al paciente, su familia y cuidador(a).
- Colaborar en actividades docentes y de investigación.
- Colaborar en el desarrollo y divulgación del programa.
- Autoevaluar en forma periódica el programa.
- Intervenir en equipo y en conjunto cuando los pacientes lo ameriten.
- Atender directamente a aquellos pacientes, que reuniendo los criterios de inclusión, no cuenten con atención programada en su domicilio.
- Contribuir a la protocolización de la asistencia clínica de los pacientes incluidos y garantizar su cumplimiento.
- Coordinar los ingresos en equipo con los responsables del nivel hospitalario.
- Coordinar la recepción de fármacos que son de uso de especialistas y del nivel hospitalario para el seguimiento y administración de aquellos pacientes que se les dió el alta a nivel hospitalario y que no están disponibles a nivel primario.
- Coordinación con los miembros de los servicios cuyos perfiles son proveedores del sistema de atención domiciliar (emergencias, medicina interna, geriatría, hematología, oncología, entre otros).
- Solicitud de epicrisis de servicios a los diferentes hospitales, solicitando como requisito de ingreso a programa un documento de alta donde se expediten todos los lineamientos, planes, intervenciones y seguimiento de los pacientes egresados por patologías o necesidades biosicosociales.
- Sesiones periódicas con el personal del equipo de hospitalización a domicilio, con contacto directo y permanente con la persona que lleva la gestión de casos.
- Derivación de los pacientes al sistema de ayuda a domicilio y a prestaciones sociales por medio del documento pertinente.
- Acceder a todas las interconsultas necesarias de los profesionales y miembros de los diferentes equipos de salud.

- Coordinar con las unidades de media y larga estancia en forma permanente.
- Coordinar con los responsables de los equipos de las unidades de emergencias de la zona.
- Coordinar con el personal de Redes para los exámenes y procedimientos a los que deben acudir los usuarios(as).
- Actuar como docentes en coordinación con todos los entes destinados a capacitar y enseñar, rotaciones de estudiantes de acuerdo al nivel.
- Desarrollar proyectos de investigación, publicaciones con las diferentes universidades y colegios profesionales.
- Atender a los usuarios(as) incluido su entorno.
- Coordinar con todas la redes formales e informales que tengan relación con las necesidades de los usuarios(as).
- Coordinar con las entidades correspondientes para garantizar el suministro de los recursos necesarios para el funcionamiento del sistema.
- Definir protocolos de atención y seguir guías de atención dirigidas a los principales problemas atendidos en el domicilio.

Una vez clarificadas las funciones del equipo, es necesario considerar en la atención a domicilio el **proceso asistencial de calidad** que se debe ofrecer. Pasos a tomar en cuenta son los siguientes.

a. Captación o inclusión de los usuarios(as) en la atención a domicilio

1. Si la captación o inclusión de los usuarios(as) en la atención a domicilio se realiza a través de la consulta del profesional de Atención Primaria (médico, enfermera, trabajador social, otros):

-valoración conjunta sobre si califica entrar o no al sistema o si necesita apoyo a domicilio utilizando protocolo establecido

-definición de la ubicación que necesita el usuario(a) según recursos comunitarios e institucionales utilizando protocolo establecido.

2. Si la captación o inclusión de los usuarios(as) en la atención a domicilio se realiza a través de referencia de alta de un centro hospitalario:

-solicitud de copia de epicrisis al hospital que se envía por medio de fax o correo electrónico

-identificación de agentes colaboradores en el hospital y el área de salud para sedimentar bien la red utilizando protocolo establecido

- búsqueda de coordinación con agentes colaboradores de servicios claves (pediatría, medicina, geriatría, entre otros) utilizando protocolo establecido

- definición de la ubicación que necesita el usuario(a) según recursos comunitarios e institucionales utilizando protocolo establecido.

3. Si la captación o inclusión de los usuarios(as) en la atención a domicilio se realiza a través de los servicios de emergencias de tercer nivel de atención:

- solicitud de copia de epicrisis al Servicio de Emergencias que la envía por medio de fax o correo electrónico

- identificación de agentes colaboradores en el servicio de emergencia y el área de salud para sedimentar bien la red utilizando protocolo establecido

- definición de la ubicación que necesita el usuario(a) según recursos comunitarios e institucionales utilizando protocolo establecido.

4. Si la captación o inclusión de los usuarios(as) en la atención a domicilio se realiza a través de otras instancias calificadas y capacitadas en atención a domicilio:

- solicitud de referencia que se envía por medio de fax o correo electrónico

- valoración conjunta sobre si califica entrar o no al sistema o si necesita apoyo a domicilio utilizando protocolo establecido

- identificación de agentes colaboradores en la instancia que refiere y el área de salud para sedimentar bien la red utilizando protocolo establecido

- definición de la ubicación que necesita el usuario(a) según recursos comunitarios e institucionales utilizando protocolo establecido.

b. Valoración inicial e identificación del problemas del usuario(a) en la atención a domicilio

1. Valoración conjunta de equipo interdisciplinario para definir principales problemas del usuario(a) según perfil de inclusión utilizando protocolo establecido.

2. Definición de Plan de intervención, incluyendo el plan terapéutico utilizando protocolo establecido.

3. Definición de intervenciones de apoyo necesarias (prestaciones sociales, recursos comunales o institucionales) considerando situación socioeconómica y familiar, disponibilidad de cuidadores(as) y condiciones de la vivienda utilizando protocolo establecido.

c. Seguimiento al usuario(a) y apoyo a los cuidadores(as) en la atención a domicilio

1. Valoración conjunta de la evolución del usuario(a) según problemas identificados y de los resultados obtenidos con las intervenciones utilizando protocolo establecido.
2. Definición de recursos, estrategias o técnicas por utilizar para realizar el seguimiento (teleasistencia, uso de alta tecnología, visitas) utilizando protocolo establecido.
3. Programación de las visitas subsecuentes, considerando las características particulares de la situación abordada utilizando protocolo establecido.

d. Derivación mediante referencia a Servicios Hospitalarios u otra instancia

1. Reevaluación conjunta de la evolución del usuario(a) para establecer ingresos y también egresos programados.
2. Redefinición de la intervención para hacer derivación según perfil de los pacientes (por ejemplo pacientes terminales que no pueden ser controlados en el domicilio; pacientes en programas de rehabilitación que no puedan realizarse de forma ambulatoria; pacientes crónicos convalecientes que necesiten cuidados médicos y de enfermería) a servicio hospitalario o instancia correspondiente (ayuda a domicilio, centros de día, residencias, entre otros) con copia para el servicio de atención a domicilio.
3. Elaboración y envío de documento de referencia incluyendo datos de identificación del paciente, datos de identificación del equipo tratante y centro de atención primaria responsable, diagnóstico, plan terapéutico y de cuidados.

e. Organización y capacitación de Grupos de Cuidadores

1. Elección de cuidadores(as) idóneos de acuerdo a protocolo establecido considerando necesidades y problemas del usuario(a).
2. Capacitación de cuidadores(as) elegidos según programa establecido.
3. Apoyo a los cuidadores(as) en la atención a domicilio según protocolo establecido.

f. Altas y cierres de expediente

1. Reevaluación conjunta de la evolución del usuario(a) para establecer alta programada siguiendo protocolo establecido.
2. Definición de alta por defunción según protocolo establecido.

Este proceso de atención domiciliar, por tanto, se complementa según cada caso con la hospitalización, la asistencia de especialistas y el apoyo de sistemas adicionales que ayudan a cumplir con la atención integral de los usuarios(as).

g. Sistema de Apoyo a domicilio

La atención y hospitalización domiciliar requieren de la implementación de un **Sistema de Apoyo a Domicilio**, que complemente las prestaciones sociales para que la atención en salud sea efectiva y eficaz. Prestaciones sociales que pueden provenir de la comunidad organizada, las ONG, las municipalidades, las instituciones gubernamentales y las entidades pertenecientes al sector salud.

El apoyo a domicilio implica acciones que en forma conjunta y articulada se aportan para que el usuario(a) con limitaciones leves, moderadas o severas pueda enfrentar satisfactoriamente y con calidad actividades de vida diaria, lo cual le significa permanecer en su domicilio, socializar e integrarse en su comunidad.

Los sistemas de apoyo domiciliar contribuyen a disminuir los costos hospitalarios, el número y duración de los internamientos, evitando un aumento injustificado en la utilización de los servicios de salud por parte de la población, mejorando la plétora en la atención en la consulta externa. Al tiempo que, permiten la humanización de los servicios, brindando las herramientas para una atención de calidad que mejora la vida de los usuarios y sus familias.

El desarrollo de sistemas de apoyo a domicilio efectivos requiere que las familias y/o cuidadores sean capacitados para la atención de los miembros enfermos. Así mismo, implica la coordinación con personal calificado que apoye y oriente los recursos existentes, evitando la duplicidad y la no integralidad del aporte de dichos recursos en la resolución real de las dificultades.

Es evidente que el éxito de los cuidados a la salud en el domicilio requiere de equipos profesionales que colaboren en el diagnóstico de necesidades y apoyen el papel protagónico de la familia como agente de salud, de la comunidad como promotora de salud y de los Servicios de Seguridad Social. Algunas ideas en este sentido se detallan seguidamente.

a. Familia como agente y recurso de salud

El Consejo Económico Social designado en 1994 por la Asamblea General de las Naciones Unidas como órgano encargado de las actividades relacionadas con la familia señala que los hogares y las familias latinoamericanas, muestran una creciente heterogeneidad, destacándose que los países de la región, participan de muchas tendencias globales en la evolución de las familias, pese a que la intensidad y las características de estos fenómenos varían de un país a otro.

La familia aporta a través de diversos mecanismos en forma importante al bienestar social, por ello, las políticas eficaces en materia de familia deben reconocer las fortalezas, las debilidades y los desafíos que los grupos familiares enfrentan, teniendo presente que todo proceso histórico de cambio inicia a partir de los sistemas familiares, su alteración y su resiliencia.

Los cambios ocurridos en las familias son producto de las transiciones sociodemográficas, de los vaivenes de las crisis económicas y sus repercusiones sociales, así como, de las transformaciones ocurridas en el ámbito cultural de las representaciones y aspiraciones en relación con la familia. Es probable que el envejecimiento y las relaciones intergeneracionales en general, pasen a convertirse en asuntos fundamentales durante el siglo XXI. Se vislumbra ya la adaptación de la vida social a la presencia de tres grandes generaciones hijos, adultos y adultos mayores.

Además, destaca la tendencia en el aumento de los hogares monoparentales femeninos, especialmente en Centro América y las transformaciones en lo que se podría denominar "la caja negra familiar" que se refiere a las dimensiones relacionadas con la violencia doméstica y extrafamiliar. En este marco relacional, se posee poca información acerca de las maneras de comunicación, de socialización, de transmisión de valores e identidad al interior de los hogares y las familias.

Por otra parte, la medición del trabajo en las encuestas de uso del tiempo realizadas por Carrasco y Araya (citadas por Barcena, 2004) destacan que a partir de los últimos años se han desarrollado nuevas herramientas capaces de informar acerca del trabajo no remunerado y en particular respecto al trabajo doméstico. Dichas, encuestas han permitido tener bases de datos que muestran la duplicidad de tareas que componen el trabajo del hogar, los tiempos que ocupan cada una de las actividades y el desigual reparto del trabajo familiar doméstico entre mujeres y hombres.

Los intensos cambios en las relaciones sociales, familiares y laborales plantean a empresarios, trabajadores(as), así como, a los gobiernos la necesidad de construir entornos laborales más justos y más humanos para las mujeres que trabajan, que son responsables del cuidado de los hijos(as) y de la atención de personas enfermas, discapacitadas o adultas mayores. Lo cual, genera la necesidad de diseñar políticas públicas que den respuestas y favorezcan la conciliación entre trabajo y familia, entre los espacios públicos y privados, entre el mundo doméstico y el mundo social. Políticas que no reproduzcan la discriminación, las desigualdades de género y que posibiliten la vida familiar.

Estos cambios requieren que los papeles de la familia y el Estado se adapten, como proponen Darvies y Cols; Derogotis y Akeloff (citados por Bolaños, 2007) implica rescatar la importancia de la articulación entre las enfermedades, los sistemas y subsistemas familiares, los sistemas del sector salud y la comunidad. También se requiere hacer énfasis en las redes sociales formales e informales que trascienden la barrera cotidiana de un concepto estático de intervención; tomando en cuenta el tipo de discapacidad o enfermedad (aguda y/o crónica), sus cursos y desenlaces, así como, la necesidad de evitar un resultado final de aislamiento estructural y emocional de la persona discapacitada o enferma respecto a la vida familiar.

Entonces, los equipos de salud que se proponen como meta la integración de la familia como agente de salud, deben adaptar sus acciones a estos retos y tendencias de

los grupos familiares, en este sentido cuestionantes como las siguientes pueden aportar a la organización del trabajo.

- ¿De qué manera interactúa la familia y la enfermedad?
- ¿Qué papel desempeña la cultura en este interactuar?
- ¿Qué papel juegan las características personales de los actores individuales, su estado de salud y el momento del ciclo vital en que se encuentran?
- ¿Es importante la dimensión temporal en el análisis de significado de las enfermedades?
- ¿Es importante que se establezca un vínculo entre el momento de la aparición de una enfermedad y la fase evolutiva?
- ¿Es importante tomar en cuenta las exigencias psicológicas y el rol del enfermo, así como, el cuidar enfermos en las estructuras personales y sociales de la familia?
- ¿Puede verse fortalecida una familia por la enfermedad y sus demandas?
- ¿Se puede desestabilizar una familia en su estructura y en sus relaciones por la aparición de una enfermedad?
- ¿Puede la enfermedad ser evidencia de una problemática familiar?

Estas y muchas otras interrogantes pueden ser analizadas, contestadas y unidas a la prestación de servicios relacionados con el concepto de enfermedad y sus repercusiones en la familia. En este proceso, la Terapia Familiar Sistémica que ha prestado atención al sistema definido por el problema o el efecto que el éste tiene en el sistema, puede resultar valiosa dándole importancia no a las causas sino a cambiar el sistema donde se encuentra el problema, considerando la enfermedad y su efecto en el sistema familiar. Abriendo las puertas a un concepto que permite flexibilidad en la modalidad de tratamiento de esa enfermedad "Si eres parte de la solución eres parte del problema".

Dicha premisa, delimita el lugar de la familia como AGENTE DE SALUD. Encontrándose un sistema que espontáneamente se hará cargo del cuidado del usuario(a) si encuentra el o los apoyos necesarios. De manera que, incursionando en el pensamiento sistémico, el establecimiento de un vínculo a nivel familiar puede cambiar la dimensión de una enfermedad, el momento de aparición de la misma y la fase evolutiva en la que se encuentra la familia.

Para Rolland (citado por Bolaños, 2007) en lo que concierne a la enfermedad nunca nos enfrentamos a situaciones estáticas, debido a que el significado de enfermedad cambia considerablemente en la medida en que se expone a la interacción de otros múltiples factores. Se debe tener claro cuál es el problema y luego identificar el sistema definido por el problema pertinente a la situación, teniendo influencia en los resultados del tratamiento, buscando modelos que describan desde el punto de vista normativo las complejas interacciones entre la afección física, la persona enferma o discapacitada y su familia, dándole lugar al efecto de la enfermedad sobre la familia.

Por lo anterior, los miembros de los equipos de salud, deben conocer que existen SISTEMAS DISFUNCIONALES BASADOS EN LA ENFERMEDAD, ello les permite identificar que "algo" no funciona como debería, es decir, existe un enigma clínico, una no observancia del tratamiento, una interacción disfuncional; evidencias todas de estar en

presencia de un "sistema atascado", que recibe información sin mostrar ningún cambio. Situación que lleva a estas familias a ser asiduas solicitadoras de servicios de salud, lo cual incide en servicios indefinidamente atascados en los diferentes niveles prestadores y en la aparición de problemas de interacción con esos sistemas de salud, convirtiéndose en usuarios(as) abusivos o policonsultantes.

Al identificar la situación los equipos deben tener las herramientas teórico-operativas para crear un sistema funcional que pueda hacer frente a los desafíos de la enfermedad y a las necesidades de las familias, con una comprensión psicosociolegal y espiritual de la enfermedad. Un modelo concebido para ayudar a manejar los problemas básicos que se presentan con la aparición de un miembro enfermo en el seno familiar, para lo cual deben considerarse los aspectos siguientes.

- La importancia de la articulación entre las enfermedades, los sistemas y subsistemas familiares, los sistemas del sector salud y la comunidad, haciendo énfasis en las redes sociales formales e informales que trascienden la barrera cotidiana de un concepto estático de intervención.
- El tipo de enfermedad aguda y/o crónica, su curso y su desenlace, así como, los requerimientos de esos procesos y/o episodios.
- La eliminación como episodio final del aislamiento estructural y emocional de la persona enferma respecto a la vida familiar (Darvies y Cols; Derogotis y Akeloff, citados por Bolaños, 2007).
- Las incertidumbres de las familias respecto a las evoluciones de las enfermedades altamente imprevisibles, como la esclerosis múltiple por ejemplo, donde se suelen afirmar aspectos muy difíciles de aceptar y controlar.
- La premisa de que "la imposibilidad de resolver problemas no significa que no se puede ayudar". Y, que el apoyo de la familia y/o de la comunidad afecta la calidad de vida de la persona enferma o discapacitada y el curso de la enfermedad.
- Las condiciones sociales y de salud de cada persona, para definir programas de tratamiento y de intervención que deben ser realizados por cada miembro de la familia.
- La evaluación de los recursos de la familia y sus problemas, para evaluar la posibilidad del cambio.
- Las estrategias de intervención que utilizan las familias que se encuentran bajo el impacto de la enfermedad, considerando que la dinámica patológica de una familia se asocia con un curso desfavorable de la enfermedad.
- Los tipos de familias con las que se trabaja. A saber, **la familia como recurso**, en este caso es contemplada como una fuente primaria de ayuda que funciona de manera protectora para aumentar la resistencia a las enfermedades y logrando cuando surge una enfermedad que el usuario(a) cumpla con el tratamiento. **La familia psicosomática**, este es un modelo deficitario. Aquí no se ve a la familia

como una potencial desventaja, que contribuye a que se presente la enfermedad, tenga un curso desfavorable y no se cumpla con el tratamiento indicado.

- El énfasis en una perspectiva interactiva que ayude a la familia a manejar los problemas básicos que se presentan en las afecciones agudas y/o crónicas.

Es decir, los profesionales y las familias deben aplicar un modelo concebido para entender los valores, creencias y legados multigeneracionales que subyacen a los problemas de salud y los tipos de sistemas de atención a establecer. El papel de los equipos de salud refiere a conceptualizar la enfermedad en términos sistémicos y con un esquema que redefine las enfermedades biológicas en términos psicosociales.

Esto, es especialmente válido para enfermedades crónicas, donde las familias se deben orientar para tener fuerzas y convivir con una enfermedad que muchas veces desgasta, desune, desmotiva, transforma relaciones y estructuras, por falta de intervenciones sistémicas.

El impedimento principal que obstruye la creación del modelo descrito en los párrafos anteriores según la experiencia internacional, es la actitud de los profesionales. En la medicina tradicional, la principal preocupación es el proceso de diagnóstico y tratamiento; limitándose a descubrir la causa biológica del problema, sin establecer la relación fundamental entre lo biológico y lo psicosocial. Buscando la verdad en las enfermedades específicas o en la enfermedad como concepto. Sin establecer principios unificadores.

Por ejemplo, hay estudios que revelan una sincronía de factores emocionales y de comportamiento con la frecuencia de sensibilidad en las articulaciones de gente con artritis reumatoidea (Moldofsky y Chester, citados por Bolaños, 2007). Otros investigadores como Baker y Cols; Hamburg y Cols; Matus y Busch; Menuchin, Baker y Rosman (citados por Bolaños, 2007) estudiaron casos de agravamiento de diabetes y asma usaron la correlación médica aceptada entre un aumento de en el nivel de ácidos grasos libres en la sangre y el desarrollo del agravamiento de su diabetes. Demostrando que se registraba un aumento de estos niveles cada vez que los niños eran llevados a una entrevista donde sus padres discutían un tema conflictivo.

Estas evidencias hacen que se piense en el triángulo persona enferma, profesional en medicina, familia. El cual, poco a poco debe ir progresivamente hacia un cuadrángulo terapéutico paciente, familia, enfermedad, equipo de salud. Trascendiendo hacia la prestación de los servicios de salud, donde el modelo de desarrollo psicosocial de las enfermedades crónicas tiene implicación en la reevaluación periódica de la familia en relación al curso de la enfermedad. En todo momento debemos recordar que la familia vive en el mundo de su experiencia personal o familiar. Por lo que, el profesional debe tener una perspectiva ecosistémica orientada hacia la familia, Kleiman (citada por Bolaños, 2007) la expresa como tres niveles de significado: el biológico, el de la experiencia humana individual y la familiar-social.

b. La comunidad como promotora de salud

Es necesario conceptualizar la comunidad y la salud para definir con mayor claridad el papel de la primera como promotora, que fortalece el lugar de la familia en la atención de los usuarios en el domicilio.

La **comunidad** se define como

un grupo en continua transformación y evolución (su grupo puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social. Es además, un grupo histórico, que posee una cierta organización preexistente a grupos externos, cuyo grado varía según el caso, los intereses y las necesidades compartidas. Tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas, provenientes de sus miembros que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información" (Ugalde, 2008)³¹.

Mientras que, según la Carta de Ottawa (citada por Vargas, 2005) **la salud** se define no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como, las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, exige la acción combinada de todos los implicados: gobiernos, sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria, medios de comunicación, comunidades y familias.

La **promoción de la salud** consiste, entonces, en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, donde el individuo o grupo es capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, cambiar y adaptarse al medio ambiente (Vargas, 2005). Para lograr esto, es necesario cambiar los esquemas de los servicios de salud, ampliando el concepto de lo que es salud y revisando la práctica de la atención integral.

De acuerdo con Terris (citada por Vargas, 2005) el término "promoción de la salud" lo utilizó por primera vez en 1945 Henry E. Sigerist, historiador médico, quien definió las cuatro áreas de la medicina moderna como:

-Promoción de la salud

-Prevención de la enfermedad

³¹ Ugalde, G. (2008). Conferencia Enfoque de atención centrado en la comunidad desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

-Restablecimiento de los enfermos

-Rehabilitación.

Este autor afirma que la "salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso" (p. 189). Para ello, requiere la participación y el esfuerzo coordinado de los políticos, el sector laboral y empresarial, los educadores y el personal de salud. En concordancia con lo anterior, Carta de Ottawa (citada por Vargas, 2005) señala que las "condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora en la salud ha de basarse necesariamente en estos requisitos" (p. 190).

Por su parte, Lalonde (citado por Vargas, 2005) propone que para mejorar la condición de salud es necesaria la promoción de la salud. Esto requiere como primera **estrategia** que la población participe activamente en el proceso para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Otra de las estrategias esenciales según Carta de la Ottawa (citada por Vargas, 2005) es el énfasis en la participación comunitaria, lo cual refiere a que la "promoción de la salud radica en la participación activa y concreta de la comunidad en la fijación de las prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de las estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos" (pp.190-191).

En complemento a dichas estrategias La Carta de Ottawa señala cinco grandes líneas de acción en la promoción de la salud, a saber:

- La elaboración de una política pública sana.
- La creación de ambientes favorables (amigables) y sanos.
- El reforzamiento de la acción y participación comunitaria.
- El desarrollo de aptitudes personales: autocuidado, ayuda mutua.
- La reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud comunitarios.

En este sentido, entonces, se perfila como señala Ospino (2008)³² que la comunidad es co-responsable en la creación de las condiciones necesarias para que las personas con deficiencia física, mental y/o sensorial que encuentran limitada su capacidad de ejercer una o más actividades diarias esenciales de la vida, dispongan de oportunidades y espacios que les faciliten su accionar, sean seguros y prevengan las consecuencias dañinas, con el fin de garantizar la accesibilidad al entorno, tomando en cuenta las diferentes condiciones biológicas, sociales, culturales y antropométricas de

³² Ospino, I. (2008). Conferencia de Entornos Amigables y Domicilios Seguros desde la Dirección de Regulación y Mantenimiento de Infraestructura Hospitalaria y Servicios de Salud, Ministerio de Salud. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

todas las personas, de manera que puedan ingresar y utilizar los espacios comunales sin incurrir en esfuerzos o riesgo exagerados.

Ospino (2008)³³ afirma que actualmente, la tendencia internacional, en relación con los **entornos amigables y los domicilios seguros**, desde el punto de vista arquitectónico, refiere a la creación de diversos productos y servicios de manera que puedan ser utilizados por el mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones o de proyectos especializados, este tipo de organización espacial es conocida como diseño para todos.

Este concepto de diseño, aplicando al entorno físico supone la existencia de objetos arquitectónicos funcionales que puedan ser utilizados por personas de todas las edades y capacidades, sin hacer separación entre los usuarios(as) buscando la adecuación a las diferentes necesidades. Ofreciendo el mismo nivel de confort, seguridad y apoyo a múltiples usuarios(as). Los siete **principios fundamentales del diseño universal** son:

- Uso equitativo
- Uso simple e intuitivo
- Flexibilidad en el uso
- Tolerancia a los errores
- Información perceptible
- Bajo esfuerzo físico
- Tamaño para aproximación y uso.

En este mismo sentido, la comunidad como promotora de salud, debe asegurarse de contar con estándares mínimos para definir las condiciones de los espacios físicos disponibles como son: cocheras, entradas, pasillos, rampas, servicios sanitarios, inodoros, sala y comedor, cocina, pilas y dormitorios. En todo momento buscando calidez existencial, comodidad de desplazamiento, seguridad de uso, salvaguarda, protección, intimidad, autonomía y sobre todo dignidad.

Según el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) et al. (2004) La participación es un proceso social en el que los agentes o actores sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad. Se participa de diferentes formas y en distintos

³³ Ospino, I. (2008). Conferencia de Entornos Amigables y Domicilios Seguros desde la Dirección de Regulación y Mantenimiento de Infraestructura Hospitalaria y Servicios de Salud, Ministerio de Salud. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

ámbitos: en la familia, en el trabajo y en la sociedad civil y política. En el plano individual existen motivaciones para estimular la participación.

Motivos para Participar (Martín Hopenhayn)

- Ganar control sobre la propia situación y el propio proyecto de vida.
- Acceder a mejores y mayores bienes y/o servicios que la sociedad está en condiciones de suministrar.
- Integrarse a procesos de desarrollo.
- Aumentar el grado de autoestima.
- En el plano del sujeto social, las motivaciones tienden a estar más relacionadas con factores como: construcción de la solidaridad y de la identidad colectiva. La más completa participación es la que se puede manifestar en procesos que permitan la toma de decisiones de las personas.
- Se puede participar opinando, haciendo acto de presencia, informándose, entre otros aspectos.
- Para los efectos de esta unidad modular se apela a una forma activa, consciente, responsable y crítica de construir mediante toma de decisiones, la transformación.

La participación como un proceso se inicia con la apropiación de información, el proceso avanza cuando los actores sociales se involucran en la toma de decisiones para la acción social. Puede manifestarse en la sociedad mediante grupos, organizaciones e individualmente, en procesos sociales autogestionados, o en los que promueven las instituciones y organizaciones en el desarrollo de programas específicos (De Roux, citado por CENDEISS, 2004).

Se entiende por autogestión aquellos procesos en que los actores desarrollan por sí mismos todos los proyectos o actividades. Esa participación se manifiesta de muchas maneras y se caracteriza, de acuerdo con el momento histórico que se vive; pero siempre es un elemento importante y determinante en la vida social de carácter político, reivindicativo, de acción comunitaria y de otros tipos. En Costa Rica, con su régimen político democrático, la participación de la población acompaña al quehacer institucional en muchas ocasiones; especialmente, en los programas y en los servicios de salud en los distintos niveles de atención de la salud. Por ejemplo:

- Trabajo Voluntario en Hospitales, clínicas y otros.
- Grupos organizados, comités, fundaciones, asociaciones y otros.
- Sistemas de sugerencias o denuncia, oficinas contralorías de servicios en Hospitales o Áreas (de reciente creación)

- Juntas de Salud

La Caja Costarricense de Seguro Social, aprobó en 1996 el Reglamento del Seguro de Salud, el que regula las condiciones básicas de la relación entre la institución y los asegurados. En varios de sus capítulos, establece los conceptos y las condiciones en que debe ocurrir la participación social como parte del quehacer institucional.

Capítulos relacionados

Capítulo I

Incluye los principios generales y campos de aplicación, en su artículo 6°, considera a la participación social como elemento del principio de universalidad, y obliga al seguro de salud, a realizar una acción solidaria con la comunidad para su gestión y para la distribución de su patrimonio social.

Capítulo II

En el artículo 10 de definiciones y terminología, valida el concepto que considera a la participación social en salud como el proceso que asume la salud como situación colectiva, para mantenerla, preservarla y mejorarla, lo cual implica que todos los miembros de la sociedad asuman la responsabilidad conjuntamente.

Capítulo III

Se refiere a la cobertura y prestaciones. En su artículo 55, incluye a la participación social como una prestación que la institución debe ofrecer, y que tiene como finalidad atender las necesidades de orden social de los asegurados. En su artículo 57, indica que la participación social debe fomentarse mediante la promoción y seguimiento de grupos comunales, para que contribuyan a mantener, preservar y mejorar la salud, asumiendo así una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la sociedad.

Para desarrollar procesos de participación social en las áreas y sectores de salud, se proponen acciones metodológicas que facilitan el logro de la construcción social de salud en estos niveles locales. La CCSS establece en el Reglamento del Seguro de Salud el fomento de los procesos de participación social, para que los diferentes actores y, principalmente, las personas que disfrutan del seguro de salud, se incorporen como corresponsales de la producción de su buena salud y de las comunidades. Así, ha establecido los compromisos de gestión como un mecanismo de control entre la Institución y las unidades que prestan servicios de salud a la población. Es un contrato con el que se definen objetivos y metas que se deben alcanzar y permiten pactar los recursos que se requieren.

Ese compromiso obliga a las áreas de salud a negociar y firmar por un período determinado ese contrato, que incluye una diversidad de fichas que describen el compromiso asumido según las diferentes prestaciones o tareas, en relación con la situación de salud de los niveles locales. A partir del año 2004, se incluye la ficha 101011

denominada Plan Estratégico Local de Servicios de Salud, que plantea la obligación en cada área de salud, de desarrollar un proceso de construcción y ejecución de un plan local que oriente la gestión de los recursos propios, de acuerdo con las necesidades locales de salud. Este esfuerzo que está a cargo del equipo del área y del EBAIS, debe ser desarrollado con participación social.

Es claro entonces, que **la participación social** en salud es muy relevante. Vargas (2005) propone que la misma tiene diferentes vertientes y mecanismos:

- Los grupos que crea la comunidad por iniciativa para abordar los problemas de salud. Por ejemplo, algunos comités.
- Los grupos que existen en la comunidad donde uno de los campos de acción es la salud. Por ejemplo, Asociaciones de Desarrollo.
- Los grupos que se crean por iniciativa del personal de salud de acuerdo con pautas o reglas elaboradas por el sistema. Ejemplo: los comités de salud, los comité de desnutrición propiciados por el Ministerio de Salud y las Juntas de Salud actuales, propiciadas por la CCSS.

Los cambios de participación son variados, así como, los mecanismos y la amplitud de la participación. Podemos definir como escenarios donde la comunidad debe participar en conjunto con los equipos de salud los siguientes: procesos de **análisis de la situación de salud** donde se comparte la información para identificar las prioridades de salud; procesos de **programación local y ejecución de actividades** que supone el diseño e implementación de planes estratégicos conjuntos y **monitoreo y evaluación de los servicios de salud prestados a los usuarios(as)**.

Entonces, la comunidad como promotora de salud **busca** fortalecer entre otros, el sentido de apoyo, contexto y compromiso personal, de vecindad, de inclusión personal, activa y compartida, así como, la estabilidad percibida en su interior desde el punto de vista de sus habitantes.

Además de los escenarios descritos en el párrafo anterior, autores diversos proponen que la comunidad organizada también puede participar en actividades y proyectos prosalud como los siguientes.

- **GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM) O DE AUTOAYUDA.** Refiere a un grupo autogestión que se organiza en función de necesidades comunes. Es un grupo formado por personas pares, que comparten un mismo problema o situación común y deciden reunirse en forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. Los participantes comparten información e intercambian experiencias, se dan apoyo emocional, realizan actividades sociales, ofrecen servicios y recursos, desarrollan actividades para promover la sensibilización de la población. Los GAM pueden constituirse por personas que comparten una condición médica (cáncer, diabetes, hipertensión), un patrón de comportamiento que quieren cambiar (obesidad, alcoholismo, drogadicción), una

condición mental o haber sufrido un evento traumático (depresión, abuso doméstico, violación).

- LAS REDES. Abarcan un área de salud y tienen como fin enfrentar un problema específico, surgen de la necesidad de coordinar acciones entre instituciones estatales, ONG y organizaciones comunales que trabajan en un problema común. Las redes funcionan con la asignación de representantes institucionales y de organizaciones comunales, los cuales se reúnen periódicamente, comparten información de sus actividades y definen proyectos comunes.
- LAS JUNTAS DE SALUD. La Ley No. 7852 de 1998 constituye y regula las Juntas de Salud como entes auxiliares de Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud de la CCSS, con el propósito de fortalecer la participación ciudadana en el desarrollo de las actividades y en procura de satisfacer sus necesidades. Los fines de las Juntas de Salud son:
 - a) Fomentar la salud integral de los habitantes del territorio nacional.
 - b) Contribuir al mejoramiento de la atención pública de salud.
 - c) Velar por la eficiencia y la eficacia en la gestión de los servicios públicos de salud.
 - d) Participar en actividades de promoción de la salud.
 - e) Promover la participación social como estrategia para lograr la construcción social de la salud.

Las Juntas de Salud están constituidas por siete miembros, elegidos en forma de votación popular y democrática, por la población que vive en cada Área de Salud o la adscrita a la clínica u hospital, tres son representantes del sector de los asegurados, dos representan al sector de asociaciones u organizaciones pro salud y los otros dos representan al sector de los patronos.

Los integrantes de las Juntas de Salud ejercen sus funciones por periodos de dos años, pueden ser reelectos en forma consecutiva o alterna. Antes de iniciar sus funciones deberán ser juramentadas por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS y en forma extraordinaria por la Gerencia Médica o la Dirección Regional respectiva.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la sesión N° 7322, aprueba el Reglamento de las Juntas de Salud, considerando muy importante el fortalecimiento de la participación ciudadana, con el propósito de que las comunidades se involucren activamente, en el desarrollo de las actividades de estos centros de salud.

Como organizaciones buscan, promover acciones que permitan la organización de la comunidad para la construcción social de la salud y para la participación social en salud. Como señala Vargas (2008)³⁴ las funciones esenciales

³⁴ Vargas, F. (2008). Conferencia Juntas de Salud desde la Dirección de Asesoría de Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud de la Gerencia Médica, CCSS. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

de las Juntas de Salud son auxiliar y colaborar con autoridades del centro en cumplimiento de objetivos públicos. Así como, constituirse en formadoras de conciencia social. En el escenario actual, no solo desarrollan un ejercicio de funciones de control administrativo sino que balanceadamente se dedican a actividades de salud. Muestran además, interés por incorporar al resto de actores sociales del sector salud en estrategias conjuntas, la necesidad de fortalecer la articulación y coordinación de acciones para el logro de objetivos de salud, de participar en la formación de conciencia social e interés por incidir en cultura organizacional y laboral.

- **COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO.** Las comisiones tienen como fortaleza el trabajo en equipo, muchas veces interdisciplinario, en la cual los miembros aportan sus puntos de vista en la resolución de problemas según su disciplina o su experiencia. Pueden constituirse con funcionarios de los equipos de salud, agentes externos de otras instituciones y representantes comunales.
- **CUIDADORES Y CUIDADORAS.** Son aquellas personas familiares o no que con un perfil específico y definido se capacitan en temas que permiten un abordaje integral en el domicilio de personas con limitaciones funcionales leves, moderadas o severas. Sus intervenciones las realizan en actividades de la vida diaria, aplicando tanto conocimientos de redes informales y formales, como alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Su capacitación y cualidades personales les permiten asistir, apoyar, rehabilitar y mantener en su entorno con calidad de vida a los familiares o personas a su cargo.

c. Servicios de Seguridad Social

El nuevo concepto de la Seguridad Social, incluye un nuevo paradigma, en el que se pone énfasis en la promoción de la igualdad de oportunidades y la integración social, favoreciendo el desarrollo en la comunidad en armonía con el entorno.

Los servicios sociales son un derecho de los seres humanos. El desarrollo de los mismos depende de cada país, su desarrollo e infraestructura, por lo cual, cada uno debe priorizar su actuación hacia los grupos más vulnerables de la población, que necesitan el soporte para evitar la marginación o exclusión social, teniéndose que buscar soluciones dinámicas e interactivas que superen los clásicos criterios de cobertura.

Se **definen** como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar, así como, relaciones con el entorno. Prestados en el domicilio de una persona dependiente en algún grado con el objetivo básico de favorecer el incremento de la autonomía personal en su medio habitual de vida.

Los servicios sociales pueden darse en forma paralela con los servicios de salud. O en forma separada, pero en completa coordinación. Como tales, previenen que se den condiciones que permitan mayor invalidez o que agraven la situación de salud; protegen a las personas que lo necesitan, especialmente cuidando de su seguridad con los programas que atienden, sobre todo las actividades de vida diaria; rehabilitan en forma integral a quienes tienen problemas de socialización o han tenido pérdidas y están sumidos en procesos de duelo, están enfermas, son discapacitados (físicos o mentales), atraviesan una situación de crisis personal o familiar o son personas adultas mayores con limitaciones funcionales leves, moderadas o severas. También pueden ayudar mejorando la capacidad funcional residual o el potencial de personas, familias y comunidades.

Además del cuidado y atención personal incluye la prestación de otros servicios considerados claves para favorecer un grado de independencia como limpieza del hogar, traslados a citas, actividades de índole social, paseos, compras, lavado, el aplanchado, entre otros.

Dos son las estructuras que prestan estos servicios, la Seguridad Social y las instituciones que tienen como objetivo las actividades socio-asistenciales. En 1984 la OIT publicó un estudio en el que los Servicios Sociales están llamados a desempeñar un **papel** fundamental en el desarrollo de la salud, justifican su existencia y creciente demanda con argumentaciones como las siguientes.

- El envejecimiento de la población y el aumento de la misma. La imperiosa necesidad de un envejecimiento exitoso, para una explosión demográfica en la que la edad cronológica es un factor de predicción poco fiable de la capacidad de rendimiento y de salud de un individuo.
- El cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales. La estructura familiar tradicional no puede dar todo el apoyo que necesitan los grupos vulnerables. Se necesita la colaboración de vecinos, voluntarios y organizaciones sin fines de lucro.
- La tendencia de las mujeres a vivir más.
- La tendencia de los hijos a emplearse cada vez más lejos del hogar.
- El aumento del número de mujeres trabajando.
- El alto costo de la vida y la depreciación de los ahorros personales.

Ahora bien, los servicios sociales **se caracterizan** entre otros aspectos por los siguientes.

- Ser programas individualizados con carácter preventivo y rehabilitador en el cual se conjugan tanto servicios como técnicas de intervención adecuadas para lograr reinstaurar o, al menos mitigar la dependencia que se haya detectado.

- Poner énfasis en mantener las relaciones con el entorno, en realizar cuidados especiales como cambios posturales, movilizaciones, orientación temporo-espacial y tareas domésticas.
- Nunca debe sustituir el papel de la familia.
- Luchar por mantener un lazo con el espacio de pertenencia, ya que en la gran mayoría de los estudios sociológicos las personas prefieren estar su hogar.

Los servicios de seguridad social pueden organizarse y ofrecer diferentes alternativas de atención en la comunidad como **Teleasistencia, Modelos de Mantenimiento, Clubes, el apoyo a domicilio, Centros de Día o de "respiro-apoyo" familiar, estancias temporales (diurnas o nocturnas)**, entre otros.

Estas estrategias tienen su origen hace muchas décadas, por ejemplo en la antigua Rusia se empiezan a desarrollar programas de cuidado diurno para enfermos mentales, luego para discapacitados psíquicos en un intento de buscar alternativas a la hospitalización. En los años cincuenta esta idea es aplicada al cuidado de ancianos en el hospital de Oxford y en 1958 se pone en marcha el primer centro destinado expresamente para ancianos, con su propio personal y ubicado en Cowley Road, Oxford (Fernández, s.a.). Paralelamente en Estados Unidos, a finales de los años sesenta, empieza a tomar cuerpo todo un movimiento favorable a los sistemas de cuidados diurnos que desemboca en la puesta en marcha de los primeros Hospitales y Centros de Día para las personas mayores. El número de estos centros se ha incrementado considerablemente en ese país durante los últimos años.

La **teleasistencia domiciliaria** surge como respuesta a las crecientes necesidades de atención a las personas que viven solas o pasan solas la mayor parte del día y son susceptibles de algún riesgo derivado de dicha soledad, utilizando las nuevas tecnologías informáticas que abren un horizonte ilimitado sobre sus múltiples aplicaciones y utilidades. Esta estrategia aporta soluciones que implican un notable ahorro en el desembolso necesario para cubrir dicha necesidad, además de un cambio radical en lo relacionado a la parte humana y la calidad de vida.

Permite, además, disponer de un método sencillo fiable y rápido de comunicación en la propia casa, a través del cual se producen llamadas en uno u otro sentido, que no serán necesariamente de emergencia, sino de forma cotidiana para hablar de todo tipo de problemas que una persona sola o de alto riesgo puede padecer (prevención de depresión, caídas, traslados, entre otros), situaciones que implican erogación de muchos más recursos y mayor sufrimiento humano.

Es un servicio preventivo de asistencia domiciliaria, inmediato y permanente, que a través de la línea telefónica y con un equipo de comunicaciones e informático específico, permite que personas con pérdida de autonomía personal y/o con riesgo físico, psicológico o social, puedan entrar en contacto las 24 horas del día y los 365 días del año con un Centro de Atención, donde personal capacitado dará respuesta adecuada a la demanda,

bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales propios existentes en la comunidad, vigilando la salud (seguimiento y control de salud específicamente citas, coordinación sociosanitaria), manteniendo la autonomía (atención domiciliaria evitando traslados innecesarios del hogar), bajando costos (coste reducido del servicio, junto a alta rentabilidad social conseguida), previniendo situaciones de mayor gravedad (comunicación permanente con el usuario que evita situaciones de angustia y soledad) y asistiendo situaciones puntuales de emergencia.

En síntesis son objetivos de la teleasistencia:

- Asistir durante las 24 horas del día todos los días del año, las necesidades de las personas mayores, discapacitados y personas con pérdidas de autonomía personal que viven solas, ante situaciones de emergencia o soledad.
- Aumentar la cobertura de los usuarios de los Servicios Sociales Comunitarios.
- Contribuir al bienestar y calidad de vida de los usuarios.
- Estimular y elevar los niveles de autonomía e independencia de las personas adultas mayores, personas de todas las edades discapacitadas, inmovilizadas o que tienen dificultades para moverse.
- Fomentar la atención integral de los usuarios de los Servicios Sociales.
- Evitar internamientos costosos e innecesarios.
- Conseguir que los usuarios se sientan seguros en su domicilio y continúen en su medio habitual de vida.
- Facilitar el contacto con su entorno socio familiar.
- Evitar y paliar el estado de ansiedad provocado por situaciones de soledad o emergencia, manteniendo desde el centro de control comunicación abierta.

Los **servicios de teleasistencia** deben ofrecerse considerando el siguiente **perfil de los usuarios(as)**.

- Personas mayores y/o discapacitadas que viven solas o pasan la mayor parte del día solas en su domicilio o bien conviviendo con otras personas teniendo estas idénticas características de edad o discapacidad priorizando aquellas que se encuentran en condiciones de riesgo biopsicosociolegal y que necesitan un seguimiento, ayuda o apoyo continuo.
- Personas con enfermedades mentales y demencias (personas con limitaciones en su capacidad de comprensión y discernimiento). Para poder disfrutar del servicio, deben convivir con personas sin este tipo de deficiencias.

- Personas con deficiencias importantes de audición y/o expresión oral que convivan con personas sin este tipo de deficiencias.

Por su parte, el **Modelo de Mantenimiento**, implica la combinación de aspectos sanitarios y sociales. Ofrece servicios de larga duración a población frágil con alto riesgo de institucionalización por problemas de discapacidad o falta de apoyo social. Este modelo proporciona un apoyo esencial a las familias u otros cuidadores informales a través de sus servicios de atención y supervisión en todas las áreas: higiene, alimentación, apoyo psicosocial, actividades recreativas. Es el modelo más cercano a la concepción de Centro de Día.

El cuidado diurno es un programa grupal de base comunitaria, que atiende pacientes a través de un plan de cuidados individual, estructurado con base a un amplio programa que ofrece variedad de servicios de salud, sociales y de soporte, en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero en un periodo inferior a 24 horas de cuidado. Las personas que participan en un sistema de cuidados diurnos acuden durante unas horas establecidas en su plan individual de atención.

Estos programas contribuyen a que sus participantes permanezcan en su entorno habitual, permitiendo a sus familias y otros cuidadores continuar cuidando y manteniendo en el hogar a su familiar.

Este servicio tiene un componente preventivo y rehabilitador muy importante, sólo la conjunción de intervenciones de carácter psicosocial y de cuidados sanitarios harán posible la implementación de sus objetivos que son:

- Favorecer las condiciones de vida digna entre las personas discapacitadas o mayores dependientes y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía personal que permitan sus potencialidades.
- Ofrecer un marco adecuado donde pueda desarrollar relaciones y actividades sociales gratificantes.
- Evitar institucionalizaciones innecesarias y no deseadas.
- Facilitar la permanencia de las personas dependientes en su entorno habitual.
- Ofrecer un apoyo social y asistencial a las familias que realizan el esfuerzo de mantener en su medio a las personas discapacitadas o enfermas.
- Prevenir y solucionar cuando se evidencien, los conflictos familiares que se producen en el entorno familiar, al intentar compaginar la permanencia de los adultos mayores, personas discapacitadas y/o enfermas en el domicilio con las situaciones y espacios vitales existentes.

- Capacitar a las familias en las habilidades necesarias para la realización de las tareas de cuidado.

Por lo anterior, los Centros Diurnos ofrecen servicios básicos, integrales y profesionales de cocina y comedor para los tres tiempos de comida y las meriendas; transporte adaptado para usuarios dependientes que no son llevados por los propios familiares; aseo, rehabilitación (terapia ocupacional, fisioterapia y psicomotricidad); información, valoración médica y psicológica.

Este recurso es eficaz sólo para personas que mantienen redes de apoyo, concretamente que conviven con algún familiar que pueda mantener en el domicilio la atención y los patrones conductuales que se le proporcionan en el centro, de lo contrario no es adecuada la utilización de este servicio.

La experiencia española ha demostrado que existen dos tipos de centros diurnos, que definen a la vez los tipos de usuarios y los campos de intervención.

- Unidades que atienden a personas con problemas de discapacidad física o psicosocial, siempre que mantengan un adecuado nivel de comunicación con el entorno.
- Unidades que atienden a personas que padecen deterioro cognitivo importante tipo Alzheimer, a partir de niveles de afectación que les dificulte la convivencia con otras personas.

Uno de los aspectos cualitativos importantes es que en el primer caso, la participación de los usuarios en el diseño de su plan de vida es esencial en el centro, en la formación de objetivos individuales, en la supervisión permanente de su grado de cumplimiento, así como, el de las actividades grupales diseñadas permitiéndoles influir activamente en su programa de atención. Muchos de ellos rehabilitados, pasan a necesitar los servicios de otra categoría como son los Clubes, los servicios a domicilio o los Hogares. Incluso se ha pensado en la necesidad de un nivel de atención intermedio, que preste una atención tutelada.

Los **clubes** son un recurso de carácter social, cuyo objetivo general es fomentar la convivencia entre las personas mayores con un buen nivel de autonomía funcional, a través de actividades socioculturales y recreativas principalmente. Cumple un importante papel preventivo entre la población mayor, se han convertido en auténticos centros educativos y de promoción de la salud, disminuyendo situaciones de riesgo social y sanitario. Su personal y los servicios que brinda varían sensiblemente en función de la institución a la que pertenezcan y los servicios que presten. Por ejemplo, Clubes que cuentan con cafetería, peluquería, podología, prevención sanitaria, comidas, biblioteca, orientación e información social, así como, un amplio repertorio de actividades culturales y de ocio.

Por su parte, **el apoyo a domicilio** consiste en un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y

técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo-psicosocial y familiar relacionadas con el entorno, prestados en el domicilio de una persona dependiente en algún grado, con el objetivo básico de favorecer el incremento de la autonomía personal en su medio habitual de vida (Fernández, s. a.).

Los **Centros de Día o "respiro-apoyo" familiar**, pueden denominarse también Servicio de Estancias Diurnas, constituyen un servicio socio-sanitario (incluye intervenciones sociales y sanitarias) y de apoyo familiar (a cuidadores y otros miembros) que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno familiar (Fernández, s.a.). Poseen un componente preventivo y rehabilitador muy importante.

No sólo proporciona a los cuidadores un apoyo asistencial y de descargo durante un número más o menos amplio de horas, sino que previene posibles conflictos personales y familiares que se producen al intentar que la permanencia de las personas enfermas en el domicilio se mantenga.

El Centro de Día, es una estrategia de atención específica relacionada con programas y actividades que ofrecen un apoyo personal y determinados servicios en el domicilio para aquellas personas mayores, enfermos, discapacitados, familias desestructuradas, entre otros, cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar. Estos programas o actividades ofrecen cuidados y atención personalizada a usuarios(as) del Subsistema de Hospitalización y Atención Domiciliar articulado en red para complementar la atención integral en salud del mismo.

Puede y debe ser el lugar de referencia del cuidador informal, en el que además de disfrutar de un tiempo en el que su familiar recibe cuidados especializados, él mismo puede disponer de servicios de apoyo; programas de capacitación, grupos de autoayuda orientación, información, atención a necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales.

Estos centros ofrecen , además, atención integral mediante programaciones individuales basadas en las necesidades específicas de la persona enferma, por ejemplo, higiene personal, alimentación, cuidados sanitarios, rehabilitación, inserción social, apoyo psicológico, entrenamiento de habilidades perdidas, entre otros. El objetivo principal favorecer las condiciones de vida digna, facilitando la continuidad en los modos de vida, que permitan recuperar y o mantener el máximo grado de autonomía personal que permitan sus potencialidades, previniendo el incremento de la dependencia mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas.

Es decir, supone ofrecer un marco adecuado donde pueda desarrollar relaciones y actividades sociales gratificantes, evitar las institucionalizaciones innecesarias y no deseadas, facilitando la permanencia de las personas enfermas en su entorno habitual, previniendo y solucionando de esta manera los conflictos familiares que se producen al

intentar compaginar la permanencia de los miembros enfermos y/o personas discapacitadas en el domicilio con las situaciones y espacios vitales existentes. Para lograrlo, en el Centro Diurno se destinan espacios para capacitar a las familias en las habilidades necesarias para la realización de las tareas de cuidado.

El Centro de día ofrece los siguientes servicios básicos:

- Servicios de cocina y comedor para los tres tiempos y la merienda. De forma integral y profesional.
- Servicio de transporte adaptado para usuarios dependientes que no son llevados por los propios familiares.
- Sala de aseo, dotada de ducha y adaptaciones especiales.
- Salas de estar y salas de Rehabilitación –terapia ocupacional- fisioterapia y psicomotricidad.
- Servicios de información, valoración médica y psicológica.

Agrega el autor en mención que los Centros de Día son un recurso eficaz para personas que mantienen redes de apoyo, concretamente que conviven con algún familiar que pueda mantener en el domicilio la atención y los patrones conductuales que se le proporcionan en el centro. De lo contrario no es adecuada la utilización de este servicio.

Los Centros Diurnos según Fernández (s.a.) pueden clasificarse en dos tipos de acuerdo al perfil de usuario que atienden y a los campos de intervención, a saber:

- Unidades que atienden a personas con problemas de discapacidad física o psicosocial, siempre que mantengan un adecuado nivel de comunicación con el entorno.
- Unidades que atienden a personas que padecen deterioro cognitivo importantes tipo Alzheimer, a partir de niveles de afectación que les dificulte la convivencia con otras personas.

Uno de los aspectos cualitativos importantes es que en el primer caso la participación de los usuarios en el diseño de su plan de vida es esencial para la formación de objetivos individuales, la supervisión permanente de su grado de cumplimiento, así como, el de las actividades grupales.

Actividades de apoyo derivadas del Centro de día, pueden ser colaborar con tareas diarias como limpieza del hogar, cocinar, hacer las compras, lavar y planchar la ropa, realizar determinadas gestiones, entre otras.

Finalmente, las **estancias temporales (diurnas o nocturnas)** según Yanguas (2001) refieren a servicios que se ofrecen en el ámbito comunitario, los cuales consisten en opciones de cuidado de corta duración para satisfacer necesidades como desayuno,

almuerzo y/o cena, aseo, hospedaje nocturno. Los usuarios(as) de dichos servicios no requieren atención de tiempo completo sino apoyo para continuar con su proyecto de vida con calidad y autonomía.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS A TOMAR EN CUENTA EN LA HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN Y APOYO DOMICILIAR

Cualquier modalidad de atención domiciliar que se implemente en la Caja Costarricense de Seguro Social, debe considerar desde su planeamiento diversos principios éticos que se encuentran considerados en normativas y políticas institucionales, así como, en marcos de referencia internacionales. Es necesario enfatizar que este marco filosófico considera como centro a la persona misma.

Plantea Ulate (2008)³⁵ que justificar la creación de una modalidad de atención lo principal no podrá ser únicamente el interés institucional sino el bienestar buscado de las personas usuarias de los servicios de salud. La CCSS plantea claramente esta prioridad al establecer que el “fortalecimiento del modelo de atención integral en salud se convierte en una prioridad institucional, bajo el enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, que articule, racionalice, de coherencia y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos niveles de atención de la red de servicios brindados a la sociedad”³⁶.

Lo anterior se especifica aún más al afirmar que “Los procesos internos de trabajo de las diferentes dependencias, deben de orientarse a satisfacer las necesidades de los usuarios(as), mediante la entrega de productos o servicios finales e intermedios oportunos, con atención personalizada, trato amable y considerando la diversidad de géneros, discapacidad, etnias y credo religioso”³⁷.

La CCSS se plantea como misión institucional “*Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante el respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad y equidad, el fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el desempeño de los funcionarios de la Institución, la orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios, la capacitación continua y la motivación de los funcionarios, la gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios*”³⁸.

Así mismo, la Visión de la CCSS señala que “*Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad, y en armonía con el ambiente humano*”³⁹.

³⁵ Esta parte del documento constituye un aporte del Dr. Freddy Ulate Mora del Área de Atención Integral de las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. CCSS.

³⁶ “UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025” Política General 2.1 .

³⁷ “UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025” Política Específica 1.2.1.

³⁸ “UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025” B1. Misión Institucional.

³⁹ “UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025” B3. Visión de la CCSS.

Es importante resaltar la posición que se da a las personas usuarias de los servicios de salud, lo cual vemos en la visión desde la perspectiva de los usuarios

'Los usuarios que utilizan los servicios de la CCSS reciben una atención con rostro humano y amable por parte de un personal profundamente comprometido con los principios y valores institucionales. Se encuentran mayoritariamente satisfechos con los servicios que la institución les brinda. Critican constructivamente y saben canalizar adecuadamente sus peticiones y sugerencias. Están educados para hacer un uso racional de los servicios de salud, las pensiones y demás prestaciones sociales y económicas, y para asumir sus obligaciones financieras con la seguridad social. Se trata de personas responsables de su propia salud y que contribuyen activamente a la preservación de la salud pública y de un medio ambiente propicio para la vida y las relaciones humanas satisfactorias"⁴⁰.

Los siguientes principios deben orientar los quehaceres de la CCSS en los servicios de atención⁴¹.

- **Universalidad:** Garantiza la protección integral en los servicios de salud, a todos los habitantes del país sin distinción de ninguna naturaleza.
- **Solidaridad:** Cada individuo contribuye económicamente en forma proporcional a sus ingresos para el financiamiento de los servicios de salud que otorga la Caja Costarricense de Seguro Social.
- **Unidad:** Es el derecho de la población de recibir una atención integral en salud, para su protección contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, mediante una Institución que administre en forma integral y coordinada los servicios.
- **Igualdad:** Propicia un trato equitativo e igualitario para todos los ciudadanos sin excepción.
- **Obligatoriedad:** Es la "contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine."
- **Equidad:** Pretende una verdadera igualdad de oportunidades para que todos los ciudadanos puedan ser atendidos en el sistema nacional de salud, de una manera oportuna, eficiente y de buena calidad.
- **Subsidiariedad:** Es la contribución solidaria del Estado para la universalización del seguro social en su doble condición (patrono y Estado).

⁴⁰ "UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025" B3.2 Visión desde la perspectiva de los usuarios.

⁴¹ "UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025" B2 Principios filosóficos y valores institucionales.

Se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, rentas suficientes para atender las necesidades actuales y futuras de la Institución, en caso de déficit en algunos de los regímenes, el Estado lo asumirá.

Igualmente se espera que los siguientes valores se integren el quehacer cotidiano y ser reflejen en las diversas modalidades de atención.

- **Dignidad:** Está relacionada con el honor y el respeto, elementos que deben guiar la actuación de los funcionarios de la Institución. Toda acción del sujeto está en relación con los demás, por eso la dignidad no se conceptualiza en términos individualistas. Como seres sociales, ésta debe ser vista dentro de la interacción entre el sujeto con otros individuos y con él mismo.
- **Responsabilidad:** Capacidad existente en todo funcionario para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. Es la obligación de los funcionarios para cumplir con sus responsabilidades.
- **Honestidad:** Se refiere a la capacidad de una persona para comportarse y actuar en forma decente, decorosa, justa y honrada.
- **Lealtad:** Es la obligación de los funcionarios de cumplir con lo que exigen las leyes de la fidelidad, de la discreción y del honor.
- **Transparencia:** Se refiere a que las actuaciones de los funcionarios en cualquier asunto institucional y de cualquier orden, se deben realizar en forma evidente, clara, sin ambigüedad y que no permitan dudas.
- **Compromiso:** Esta conceptualizado como la importancia de cumplir fielmente con la obligación contraída, la palabra dada, la fe empeñada.
- **Excelencia:** Es realizar acciones de calidad superior que sobresalen en mérito o estimación y que están acordes con los parámetros de eficiencia, eficacia y productividad establecidos en la Institución.
- **Integridad:** Se presenta cuando el funcionario actúa en forma recta, intachable, en concordancia con las normas sociales y legales establecidas.
- **Respeto:** Es la obligación que tenemos todos los funcionarios de respetar el derecho de los demás (compañeros y usuarios), a la honra, al buen nombre, a la reputación, a la intimidad personal y familiar.
- **Empatía:** Es situarse en la posición y situación del otro, para tratarle de acuerdo con sus necesidades. La empatía es el sentimiento de participación efectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.

Gracia (2000) afirma que si "alguna revolución se ha producido en la medicina de los últimos veinticinco años, es precisamente ésta, que el proceso de toma de decisiones

sólo puede ser de calidad si se tienen en cuenta y se manejan adecuadamente los valores y no sólo los hechos⁴².

La trascendencia de lo anterior, define la ética en la salud, al considerarse esta como "el intento de introducir los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de incrementar su calidad. Todo el enorme movimiento de ética de la asistencia sanitaria que ha tenido lugar en estas dos últimas décadas tiene este único objetivo" (García, 2000, p. 42)⁴³.

Las consideraciones éticas citadas anteriormente, deben ser tomadas en cuenta junto con otros principios éticos que se han estipulado a nivel internacional y que la bioética incluye como centro de su quehacer, permiten la aplicación de derechos humanos en situaciones específicas que en salud son variadas y que por lo tanto deben llevar a los responsables de las modalidades de atención a domicilio a tomarlos en cuenta, de acuerdo a las necesidades específicas de las personas a las que se dirige cada modalidad.

La bioética y la ética biomédica "aportan el marco conceptual y estratégico para avanzar en la búsqueda de la imagen objetivo deseada; estimulando el diálogo transdisciplinario, participativo, democrático y pluralista; que posibilite el encuentro de las grandes coincidencias en el sector y el consenso necesario para superar con criterio ético los problemas que genera la falta de equidad en el sistema social en general y en los sistemas de salud en particular⁴⁴. Los responsables de las modalidades de atención domiciliar deben contemplar la aplicación de la bioética basada en principios⁴⁵: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

En este contexto la "relación médico-paciente debe ser el equilibrio moral entre el principio de beneficencia que ejercen los profesionales, el del libre albedrío o autonomía que tienen los pacientes, y el de justicia que delimita los derechos y obligaciones de ambos. El principio de beneficencia está asociado con el *saber hacer* y el de no-maleficencia con el clásico concepto de *primum non nocere* (*primero no hacer daño*)⁴⁶.

Por otra parte, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos⁴⁷ propone los siguientes principios que deben ser considerados de acuerdo a las necesidades de cada persona usuaria de los servicios.

⁴² Diego Gracia. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética. 3 y 4 de mayo, 2000. Ciudad de Panamá, Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Bioética. Serie Publicaciones – 2000, p. 41.

⁴³ Diego Gracia. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética. 3 y 4 de mayo, 2000. Ciudad de Panamá, Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Bioética. Serie Publicaciones – 2000 (p. 42).

⁴⁴ Luis Argentino Pico. Fundamentos éticos de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética. 3 y 4 de mayo, 2000. Ciudad de Panamá, Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Bioética. Serie Publicaciones – 2000. Pp. 107-108.

⁴⁵ Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 3 ed. New York, Oxford University press, 1989.

⁴⁶ Luis Argentino Pico. Fundamentos éticos de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética. 3 y 4 de mayo, 2000. Ciudad de Panamá, Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Bioética. Serie Publicaciones – 2000. p. 1113.

⁴⁷ UNESCO. 2005.

- **Dignidad humana y derechos humanos**

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

- **Beneficios y efectos nocivos**

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

- **Autonomía y responsabilidad individual**

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

- **Consentimiento**

Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación;

b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez

obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos y, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

- **Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal**

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

- **Privacidad y confidencialidad**

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

- **Igualdad, justicia y equidad**

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

- **No discriminación y no estigmatización**

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

- **Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo**

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Los aspectos descritos en este apartado se consideran como obligatorios de tomar en cuenta en todos aquellos procesos y modalidades vinculadas con la Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar.

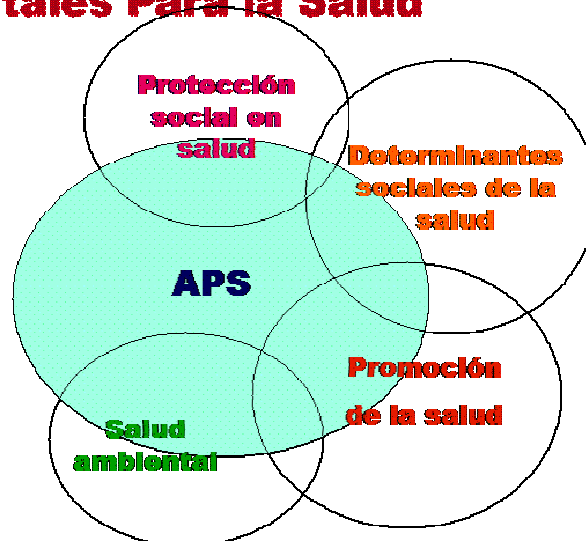
VIII. PROPUESTA DE SUBSISTEMA DE LA CCSS DE HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN Y APOYO DOMICILIAR ARTICULADO EN RED PARA LA PERSONA Y SU SISTEMA FAMILIAR

La propuesta descrita tiene como marco el ciclo vital, esta diseñada desde el pensamiento sistémico, la salud orientada a la comunidad y tiene como ejes fundamentales los descritos a continuación que se ilustran en la Figura 8.

- La persona, la familia y la comunidad.
- El incremento del grado de satisfacción del usuario(a) con la atención médica y las demás acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- La articulación de recursos y las intervenciones intersectoriales, con enfoque de redes.
- La unión de las prestaciones sociales, paralelas a las prestaciones de salud.
- La participación de las Juntas de Salud como actores sociales que sirvan de enlace entre la CCSS y las otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector salud en cada comunidad.

Figura 8

APS: Estrategia Integradora de Enfoques Fundamentales Para la Salud



Fuente. Ugalde (2008)⁴⁸

⁴⁸ Ugalde, G. (2008). Conferencia Enfoque de atención centrado en la comunidad desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

- La elaboración de protocolos con criterios de Calidad y Seguridad del paciente y el uso de herramientas de calidad.
- La integración de un equipo de salud que vele permanentemente y a diferentes niveles (prevención, curación, rehabilitación) por la salud de la población en las diferentes comunidades.
- El mejoramiento del coste efectividad en los servicios ambulatorios.
- El compromiso intersectorial y de organizaciones privadas en la dotación de recursos.

MISIÓN

Lograr el posicionamiento de la hospitalización, atención y apoyo domiciliar en el sistema de atención integral a la salud del país, dirigidas a los usuarios(as) con limitación funcional temporal o permanente y a sus familias, con calidad, seguridad, equidad, solidaridad y universalidad.

VISIÓN

Constituirse como un subsistema de salud asistencial en red que garantice la atención integral de calidad y seguridad en el domicilio, que fortalezca el accionar del primer y segundo nivel de atención en complemento al modelo hospitalario actual de la CCSS y asegure una atención integral, interdisciplinaria e interinstitucional, basada en la comunidad teniendo como eje y agente a la familia.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Generales

- Promover la calidad de vida, la autonomía y la dignidad de las personas durante su ciclo vital incluyendo el proceso de muerte con dignidad, como una manera de garantizar el cumplimiento del enfoque de derechos en la atención a las personas.
- Buscar en el sistema de salud oportunidades de mejora y fortalezas que permitan un cambio paulatino de la atención integral a la salud de las personas hacia estrategias extramuros, en respuesta a la demanda de los usuarios, las familias y las comunidades permitiendo la sostenibilidad de los servicios de salud en el marco de las transformaciones globales actuales.
- Fortalecer estrategias para mantener los logros sanitarios alcanzados y desarrollar otras tácticas innovadoras para afrontar los nuevos desafíos de los servicios de salud y los entornos, con énfasis en los determinantes y los factores de riesgo del usuario(a) en el domicilio.
- Abocarse a garantizar el acceso de la población a los servicios de salud tanto los de atención a las personas como aquellos destinados a proteger y mejorar los entornos de la población, fortaleciendo la participación social, la extensión de los

servicios al entorno domiciliario y haciendo uso de la abogacía por la salud para lograr mantener un estado de bienestar.

Específicos

- Desarrollar de forma sistémica las redes institucionales de educación, atención, promoción, prevención de complicaciones, rehabilitación de la salud, utilizando recursos enfocados a la comunidad.
- Protocolizar la atención y hospitalización a domicilio articulada en red, con protocolos en los tres niveles de atención de la CCSS.
- Disminuir efectos adversos y factores de riesgo relacionados con salud en el domicilio, siguiendo las políticas de calidad y seguridad del paciente de la CCSS.
- Brindar capacitación continua en atención a domicilio a los equipos interdisciplinarios de atención en salud.
- Implementar procesos de educación al usuario(a), su familia y/o cuidadores(as).
- Crear perfiles de los usuarios y sus familias y/o cuidadores con criterios de inclusión y exclusión con el propósito de desarrollar estrategias de atención con las redes de apoyo en la comunidad.
- Implementar en apoyo a la atención y hospitalización a domicilio procesos de investigación y herramientas de alta tecnología que faciliten la interacción entre los equipos interdisciplinarios, los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, el usuario(a) y su familia.
- Optimizar el uso de recursos institucionales que impactará en la disminución de estancias hospitalarias prolongadas, infecciones intrahospitalarias, disminución de la demanda en los servicios de emergencias y la consulta externa, así como, la acumulación de medicamentos en el hogar.
- Promover una mejor calidad de vida, autonomía y velar por la dignidad de las personas durante su ciclo vital incluyendo el proceso de muerte con dignidad.
- Implementar procesos de gestión de calidad e investigación en el Sistema de Hospitalización, Atención y Apoyo en el domicilio, con autoevaluaciones y seguimiento de los procesos.
- Desarrollar actividades que fortalezcan la responsabilidad individual, familiar y social en relación con el cuidado de la salud y atención en las personas.
- Orientar a la comunidad para el desarrollo de su rol dentro del Sistema, identificando líderes comunales que asuman responsabilidades en el proceso de salud-enfermedad.

PRINCIPIOS DEL SUBSISTEMA⁴⁹

Según Salas y Castillo (2003) el sistema puede basarse los siguientes principios:

Equidad

Se entiende como la distribución justa de los recursos del sector. Busca asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud con oportunidad, eficiencia y calidad para la atención de las necesidades iguales de los usuarios.

Solidaridad

El subsistema propuesto, promueve que la carga de responsabilidades y el peso financiero se distribuyan de manera justa entre todos los miembros de la sociedad. Esto es, que la distribución del financiamiento de las redes de servicios, se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona, familia y comunidad. Se requiere de la solidaridad de los individuos y de los cantones más ricos, hacia los de menor capacidad económica, de los sanos hacia los enfermos, de los jóvenes hacia las personas mayores y viceversa.

Seguridad

Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible los eventos adversos para la atención de la salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas en el domicilio: como los cuidados de enfermería el lavado de manos y las inyecciones; hasta la investigación de eventos adversos para encontrar la solución así como, la difusión de sus resultados

Integralidad

El sistema de atención se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud – enfermedad, en una atención continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población. Además, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la atención primaria.

Calidad

Conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar a la persona con discapacidad, respetando su autonomía que se realizan como oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.

⁴⁹ Como fuente primaria de este apartado se utilizó el documento de Salas, A. y Castillo, A. (2003). Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención en Salud. Módulo 1. Curso de Posgrado en Gestión Local de Salud. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. Universidad de Costa Rica. Lo cual se enriqueció con los aportes del equipo de expertos participantes en la validación del 17 octubre de 2008.

Universalidad

El sistema de atención se caracteriza porque la cobertura de los servicios de salud incluye a toda la población residente en el territorio costarricense, distribuida en regiones, áreas de salud y sectores. Igualmente, refiere a la cobertura contributiva de todos los participantes del sistema.

SUBSISTEMA DE HOSPITALIZACIÓN, ATENCIÓN Y APOYO DOMICILIAR ARTICULADO EN RED (SHAAD) PARA LA PERSONA Y SU SISTEMA FAMILIAR

La atención integral⁵⁰ se caracteriza por brindar respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud, lo cual incluye acciones de promoción, prevención de riesgos, daños y enfermedades, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación y reinserción social, vigilancia epidemiológica, recuperación y mejoramiento del ambiente humano, planificación estratégica y gestión administrativa. Este abordaje supone el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad para responder a las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población. Desde este marco, se propone un subsistema de gestión de la atención domiciliar en red, acorde con una CCSS renovada hacia el 2025 que permita de manera progresiva que el modelo actual avance hacia programas con participación de los usuarios(as), las familias y sus comunidades; con establecimientos más fraternos con ellos. Con procesos clínicos protocolizados, con una atención integral, por equipos interdisciplinarios utilizando herramientas de calidad que permitan planificar, dirigir, ejecutar y evaluar los procesos continuamente.

El subsistema propuesto tiene como eje principal el funcionamiento articulado en red del Sector Salud, generando una relación efectiva y eficaz de la CCSS y las demás instituciones que conforman el Sector, para que actúen interdigitadamente, incorporados los diferentes niveles de atención de la CCSS apoyándolos en forma continua y permanente, fortaleciendo las acciones preventivas y de promoción, atención, intervención y rehabilitación de la salud, así como, las modalidades no convencionales de cuidado asistencial como centros diurnos, hospital de día, hospital de semana, cirugía domiciliar, cirugía ambulatoria, sistema de apoyo a domicilio, teleasistencia y telemedicina. Reduciendo o sustituyendo el uso de las camas hospitalarias.

Este subsistema se proyectará hacia comunidades en forma participativa, ya que como plantean García, Castro y González (2008) existe evidencia de que en la variación del perfil de salud de una población el impacto que tienen los servicios de salud de atención a las personas no sobrepasa el 20%, mientras que aproximadamente el 80% restante es atribuible a la modificación de factores que están fuera de estos servicios

⁵⁰ Salas, A. y Castillo, A. (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención en Salud. Módulo 1. Curso de Posgrado en Gestión Local de Salud*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. Universidad de Costa Rica.

(factores socioeconómicos, culturales, ambientales y biológicos). Esta proyección supone la utilización racional de los recursos existentes, provenientes de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para favorecer la permanencia de los usuarios(as) con sus familias, en entornos que permitan la autonomía, calidad de vida, socialización, participación e inclusión social. Enfocándose en la atención integral del individuo y su familia con enfoque de derechos.

Para lograr lo anterior, es necesaria la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial que tenga como eje el individuo, la familia, la comunidad y los servicios de salud; permitiendo la derivación del usuario(a) de acuerdo a sus necesidades al servicio que corresponda.

Por tanto, se requiere distribuir los recursos en los establecimientos de salud del primer, segundo o tercer nivel de acuerdo a las funciones correspondientes y a la cartera de servicios que garanticen el funcionamiento efectivo del sistema.

Se necesita cambiar los paradigmas del modelo de atención hospitalaria tradicional por un Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio que facilite que los usuarios(as) en recuperación y aquellos en etapa terminal puedan ser atendidos en su domicilio, potenciando la humanización, la atención segura, con calidad y el fortalecimiento de los vínculos familiares.

La operacionalización de este subsistema se basa en acciones interdisciplinarias definidas con base en la evaluación de las acciones ejecutadas, teniendo en cuenta la realimentación de los procesos para redefinir y priorizar las acciones a realizar en el futuro, tomando en cuenta la planificación estratégica, la gestión del recurso humano (perfil del equipo), las responsabilidades del equipo interdisciplinario, las responsabilidades de las personas cuidadoras y el establecimiento de los derechos y responsabilidades de las personas usuarias de la atención. Todo ello, considerando los siguientes procesos (Ver Figura 9).

Proceso 1. Definición del usuario(a) y su contexto

Debido a que el subsistema se enfoca a la atención integral de la familia, es fundamental establecer el tipo de usuario (a) al cual se le brinda la atención. Se definen 3 tipos de usuarios listados a continuación (Ver Figura 10).

· USUARIOS(AS) CON LIMITACIÓN FUNCIONAL BIO-PSICO-SOCIAL LEVE

Son usuarios que tienen limitaciones para realizar actividades diarias como limpieza del hogar, compras, lavado, cocinado, entre otros. Estos necesitan una atención de apoyo que puede estar incluido en los programas de servicios sociales y de salud. Quienes debido a su pérdida de independencia, requieren de servicios comunitarios para satisfacer sus necesidades diarias, así como, de un servicio de carácter individualizado, preventivo y rehabilitador con énfasis en mantener las relaciones con el entorno y la socialización. Estos

usuarios(as) también pueden necesitar de un servicio de atención u hospitalización domiciliar.

En suma requieren:

1. Apoyo *temporal* para la ejecución o que ejecuten por el o ella algunas tareas de vida diaria personal (lavar ropa, cocinar, vestirse, etc.).
2. Apoyo *temporal* para la ejecución o que ejecuten por el o ella algunas tareas complementarias (acompañamiento, traslado a citas, arreglo de cañerías, etc.).
3. Acceso *temporal o permanente* a apoyos técnicos de soporte.
4. Acceso *temporal* a apoyos profesionales de soporte.
5. Atención del entorno por: cohabitar con personas con limitación funcional, por soledad momentánea por actividad normal de la familia cuidadora, por abandono permanente.

Y las intervenciones que deben aplicarse son las siguientes.

Intervenciones que se aplican	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En equipo, transdisciplinaria para integración social. ▪ Asignación de cuidador(a) temporal capacitado para el domicilio ▪ Derivación previa coordinación a redes de apoyo social: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clubes, Centros de respiro, Centros de cuidado temporal, teleasistencia ○ Actividades con grupos afines y/o etéreos ○ Centros de Atención Integral según etapa del ciclo vital y vulnerabilidad ○ Organizaciones o grupos comunales (pastorales, comités de apoyo, Juntas de Salud, Comités de Salud). ○ Asociaciones de pacientes por los pacientes ○ Tele asistencia 	<p>Equipo de salud</p> <p>Familia</p> <p>Equipo de salud</p> <p>Gobierno Local</p> <p>ONG`s específicas</p> <p>Comunidad organizada</p> <p>Equipo salud y gobiernos locales</p>

Figura 9. Procesos de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio articulado en red



Elaborado por: Ing. Roberto Castro Bolaños

· USUARIOS(AS) CON LIMITACIÓN FUNCIONAL BIO-PSICO-SOCIAL MODERADA

Son usuarios(as) que presentan limitación en su funcionalidad para realizar actividades de autocuidado como el baño, vestirse, alimentarse, moverse entre otros, que pueden ser transitorias o permanentes, debido a alguna enfermedad o accidente. Estos usuarios necesitan la evaluación y atención de un equipo interdisciplinario, además de una atención de apoyo que puede estar incluido en los programas de servicios sociales y de salud.

Requieren, así mismo, de cuidadores capacitados permanentes o transitorios para apoyo y asistencia en el domicilio. Si se requiere de los servicios de salud, estos usuarios(as) pueden ser tributarios de hospital de día, centro diurno y hospitales de semana, de servicios articulados entre los tres niveles de atención o de prestaciones sociales según necesidades.

En síntesis requieren:

1. Apoyo *permanente* para la ejecución o que ejecuten por el o ella algunas tareas de vida diaria personal (lavar ropa, cocinar, vestirse, etc.).
2. Apoyo *permanente* para la ejecución o que ejecuten por el o ella algunas tareas complementarias (acompañamiento, traslado a citas, arreglo de cañerías, etc.).
3. Acceso *permanente* a apoyos técnicos o profesionales de soporte.
4. Atención del entorno por: cohabitar con personas con limitación funcional, por soledad momentánea por actividad normal de la familia cuidadora, por abandono permanente

o por problemas debido a pseudodemencia (riesgos de desorientación) o enfermedad mental.

Y las intervenciones que deben aplicarse son las siguientes.

Intervenciones que se aplican	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En equipo, transdisciplinaria para integración social dirigida por personal capacitado. ▪ Asignación de cuidador(a) <i>permanente</i> capacitado para el domicilio. ▪ Derivación previa coordinación a redes de apoyo social: <ul style="list-style-type: none"> ○ Albergue ○ Hogar sustituto ○ Unidad de Mediana Estancia ○ Unidad de Larga Estancia ○ Centro Diurno ○ Asociaciones de pacientes por los pacientes ○ Tele asistencia 	<p>Equipo de salud</p> <p>Familia</p> <p>Equipo de salud</p> <p>Gobierno Local</p> <p>ONG`s específicas</p> <p>Comunidad organizada</p> <p>Equipo salud y gobiernos locales</p>

· USUARIOS(AS) CON LIMITACIÓN FUNCIONAL BIO-PSICO-SOCIAL SEVERA

Son usuarios que presentan un grado de discapacidad permanente o transitoria que amerita una derivación de recursos con acceso a personal especializado y cuidadores capacitados y entrenados para atender en el hogar. En resumen requieren:

1. Apoyo *permanente* para que ejecuten por el o ella las tareas de vida diaria personal (lavar ropa, cocinar, vestirse, etc.).
2. Apoyo *permanente* para que ejecuten por el o ella las tareas complementarias (acompañamiento, traslado a citas, arreglo de cañerías, etc.).
3. Acceso *permanente* a apoyos técnicos o profesionales especializados de soporte.
4. Atención *permanente* del entorno por: cohabitar con personas con limitación funcional, por soledad momentánea por actividad normal de la familia cuidadora, por abandono

permanente debido a conflictos familiares o por problemas debido a demencia (riesgos de desorientación) o enfermedad mental.

Y las intervenciones que deben aplicarse son las siguientes.

Intervenciones que se aplican	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En equipo, transdisciplinaria para integración social dirigida por personal especializado y capacitado. ▪ Asignación de cuidador(a) <i>permanente</i> capacitado para el domicilio. ▪ Derivación previa coordinación a apoyos sociales y de salud: <ul style="list-style-type: none"> ○ Albergue ○ Hogar sustituto ○ Recurso comunitario asistido ○ Unidad de Mediana Estancia ○ Unidad de Larga Estancia ○ Hospitalización de agudos ○ Hospital de Día ○ Centro Diurno ○ Asociaciones de pacientes por los pacientes ○ Tele asistencia 	<p>Equipo de salud</p> <p>Familia</p> <p>Equipo de salud</p> <p>Gobierno Local</p> <p>ONG`s específicas</p> <p>Hospitales</p> <p>Comunidad organizada</p> <p>Equipo salud y gobiernos locales</p>

- USUARIOS(AS) CON ALTO NIVEL DE DISCAPACIDAD

Son usuarios(as) que presentan un grado de discapacidad severo permanente que amerita una derivación de recursos con acceso a personal especializado y cuidadores capacitados. Son casos que no pueden ser atendidos en el hogar. En resumen requieren:

En resumen requieren:

1. Apoyo *permanente* para que ejecuten por él o ella las tareas de vida diaria personal (lavar ropa, cocinar, vestirse, etc.).
2. Apoyo *permanente* para que ejecuten por él o ella las tareas complementarias (acompañamiento, traslado a citas, arreglo de cañerías, etc.).
3. Acceso *permanente* a apoyos técnicos y profesionales especializados de soporte.
4. Atención *permanente* en unidad o servicio especializado por periodos prolongados de tiempo
5. Entorno con dificultad para responder a necesidades especiales en infraestructura, equipo y cuidadores especializados por condiciones económicas, sociofamiliares o de dinámica afectiva familiar

Y las intervenciones que deben aplicarse son las siguientes.

Intervenciones que se aplican	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En equipo, transdisciplinaria, longitudinal, con participación de equipos ampliados de acuerdo a necesidades de usuario(a) para integración social realizada por personal especializado y capacitado. 	Equipo de salud y Familia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación previa coordinación a apoyos especializados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicio especializado con programas específicos según patologías ○ Asociaciones de pacientes por los pacientes ○ Tele asistencia 	Equipo de salud Gobierno Local ONG`s específicas Hospitales Comunidad organizada Equipos de salud y gobiernos locales

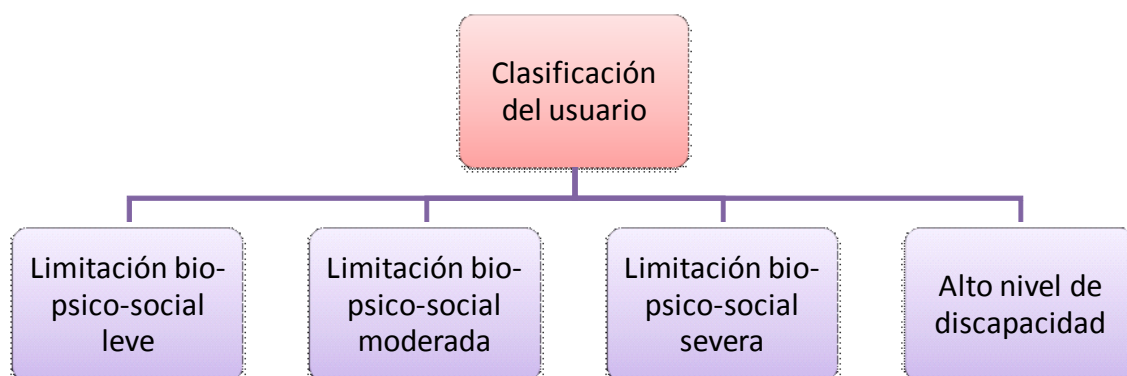


Figura 10. Tipo de usuarios(as)

Proceso 2. Diagnóstico de las necesidades

El diagnóstico de necesidades debe hacerse en cada unidad tomando en cuenta las autoevaluaciones y las oportunidades de mejora, resultados obtenidos después de utilizar las herramientas de calidad correspondientes. Por ejemplo EFQM –EPQI

Proceso 3. Definición de la intervención

La intervención debe corresponder a las necesidades encontradas en el usuario, la familia, los recursos de cada uno de los niveles y los recursos que se encuentren en cada comunidad y los entornos de cada una de ellas.

Proceso 4. Intervención

La intervención debe realizarse con enfoque de derechos de manera interdisciplinaria, intersectorial a partir del perfil del usuario(a), su valoración integral considerando aspectos como su calidad de vida, dependencia, características del cuidador(a) y estado emocional de ambos. Además, este proceso implica la definición de las estrategias de atención, el proceso de derivación y de ubicación del usuario(a) y su familia. Se aprovecha además para establecer el tratamiento específico según corresponda (Ver Figura 11).

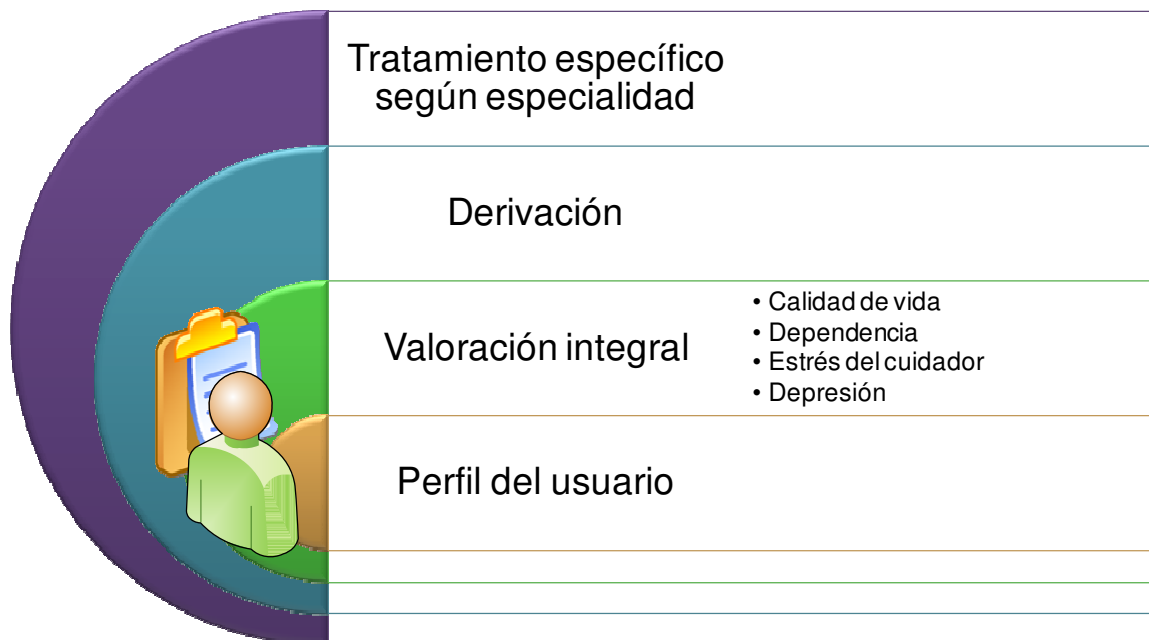


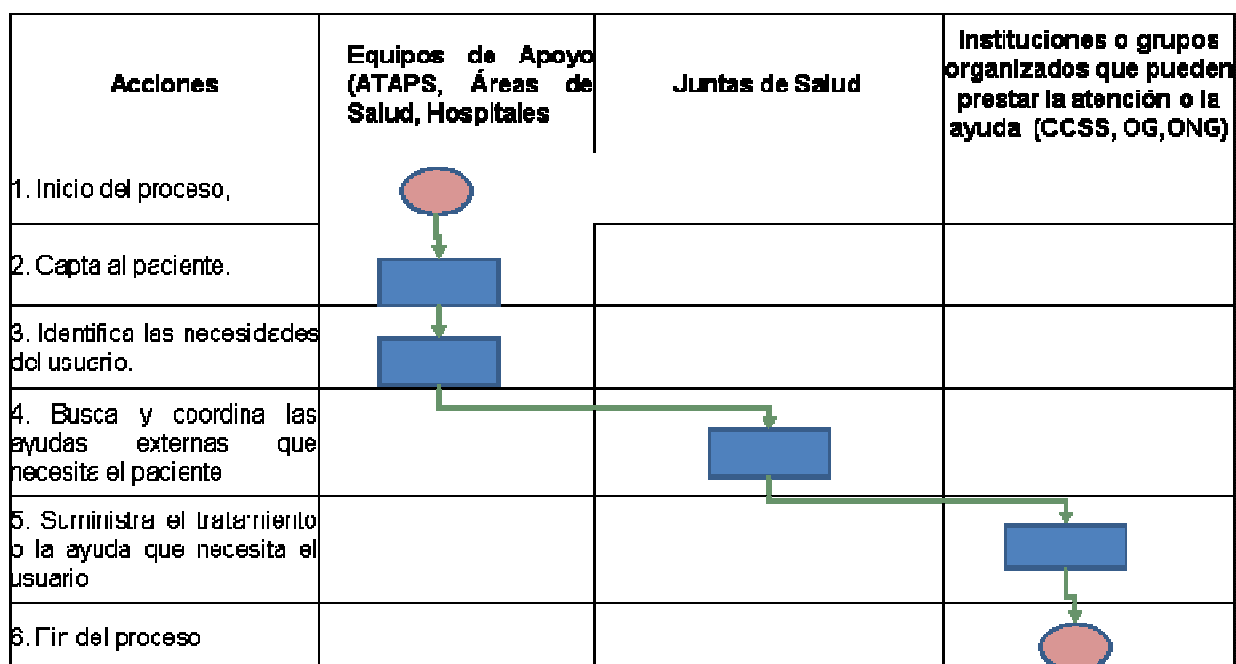
Figura 11. Intervención. Elaborado por Ing. Roberto Castro.

Proceso 5. Integración social

La integración social supone la potenciación de la inclusión del usuario(a) haciendo énfasis en las poblaciones vulnerables y la red organizaciones comunitarias. Implica la revisión y organización de recursos disponibles de acuerdo al perfil del usuario(a). En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social se cuenta con el apoyo de las Juntas de Salud, la cuales según muestra la Figura 12, tiene definido su rol el subsistema.

Figura 12. Intervención. Proceso de otorgamiento de ayudas externas en salud al usuario de los Servicios

Proceso de otorgamiento de ayudas externas en salud al usuario de los Servicios



Proceso 6. Reevaluación del servicio

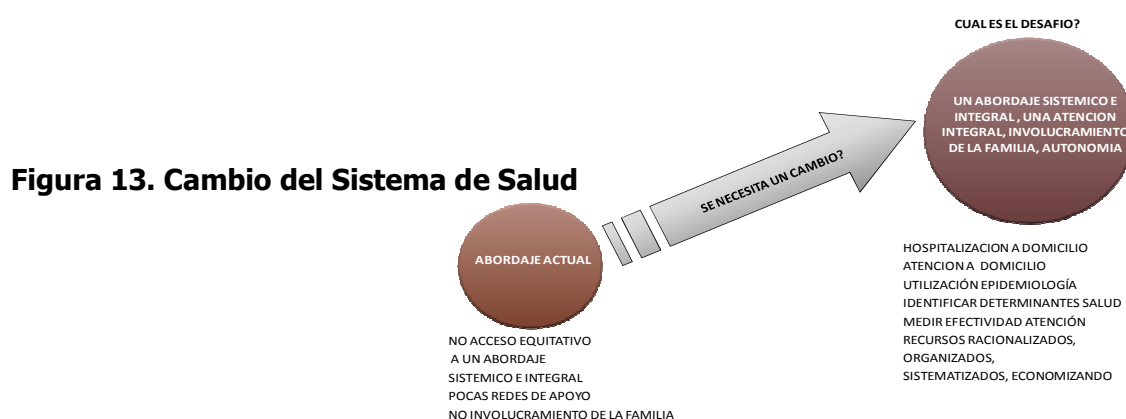
Este proceso es fundamental para garantizar el éxito y la sostenibilidad del subsistema, implica buscar las oportunidades de mejora continua, facilitando la adaptación a nuevos escenarios y la definición de estrategias de atención innovadoras.

Actualmente las intervenciones en salud adolecen de un enfoque sistémico e integral que potencie la atención de las personas con calidad y equidad. Esto impide la implementación del enfoque de derechos, incrementando efectos negativos en el sistema como pléoras en la consulta externa y servicios de emergencia, estancias prolongadas, aumento en infecciones intrahospitalarias, excesivo uso de medicamentos como tratamiento y la proliferación de usuarios(as) que se vuelvan inquilinos de los servicios de salud, aunado al no involucramiento de la familia y la comunidad como corresponsables del mantenimiento de la salud.

Ante esta realidad se ha definido la necesidad de un cambio de paradigma, con raíces en la comunidad tomando en cuenta las características de todos los actores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Lo cual, hace necesario buscar oportunidades de mejora y fortalezas que permitan un cambio paulatino de la atención

integral a la salud de las personas hacia estrategias extramuros (domiciliar, escolar, laboral y comunal), en respuesta a la demanda de los usuarios, las familias y las comunidades, permitiendo la sostenibilidad de los servicios de salud en el marco de las transformaciones globales actuales.

Es decir, este cambio implica fortalecer estrategias para mantener los logros sanitarios alcanzados y desarrollar otras tácticas innovadoras para afrontar los nuevos desafíos de los servicios de salud y los entornos, con énfasis en los determinantes y los factores de riesgo del usuario(a) en el domicilio, reafirmando el papel de agente de salud de la familia (cuidadores incluidos) y la comunidad en el mantenimiento de la salud (Ver Figura 13).



En este sentido, tal como ilustra la Figura 14 el subsistema de hospitalización, atención y apoyo a domicilio ha de caracterizarse por la articulación de los servicios del sector salud⁵¹. La articulación real y efectiva de todos los actores involucrados deben reorientar las estrategias para articular e interdigitar las acciones individuales, permitiendo converger en un mismo objetivo los accionares, de manera que el funcionamiento del subsistema trascienda la suma de las partes.

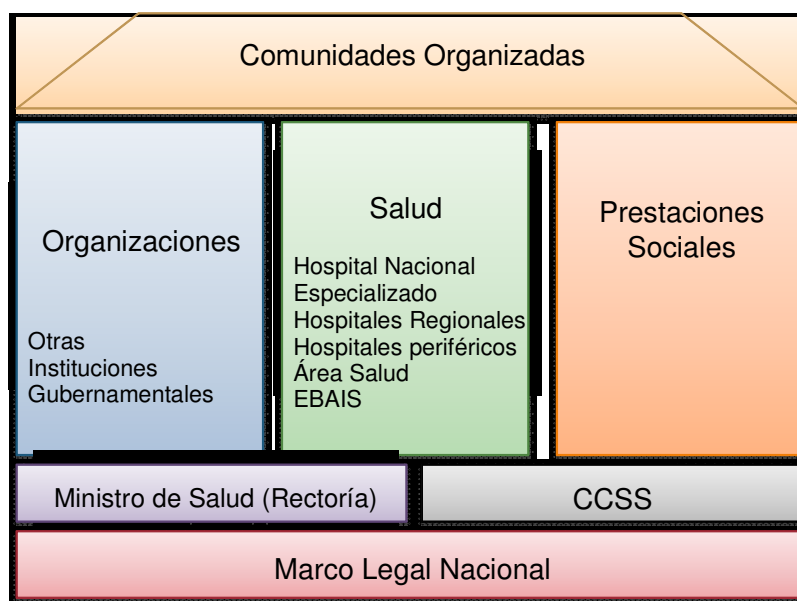
Aunado a lo anterior, el subsistema requiere de la participación permanente de los usuarios(as) en su autocuidado. Las familias funcionan como agentes de salud, mientras, las comunidades empoderadas y organizadas en coordinación con los equipos de salud articulan y racionalizan recursos, definen estrategias, intervenciones y el seguimiento de las mismas, para el mantenimiento de su salud.

Por su parte, los equipos de salud, debidamente capacitados, brindan la atención integral que tenga como marco el ciclo vital, la calidad de vida y la muerte digna. En el

⁵¹ Mediante el decreto ejecutivo N° 33151-MP, se nombran las siguientes instituciones que integran este sector: El Ministerio de Salud, ente rector, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Educación Pública, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, (A y A), (en cuanto se refiera exclusivamente a la salud, Auditoría General de Servicios de Salud, Consejo de Atención Integral a la Niñez (CAI), Consejo de la Persona Joven, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Instituto de Alcoholismo y Fármaco dependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC),) Sección de Riesgos profesionales del Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER), Universidades y Municipalidades.

proceso de atención se busca que la empresa privada, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales unan sus recursos en una sola dirección con las entidades prestadoras de salud.

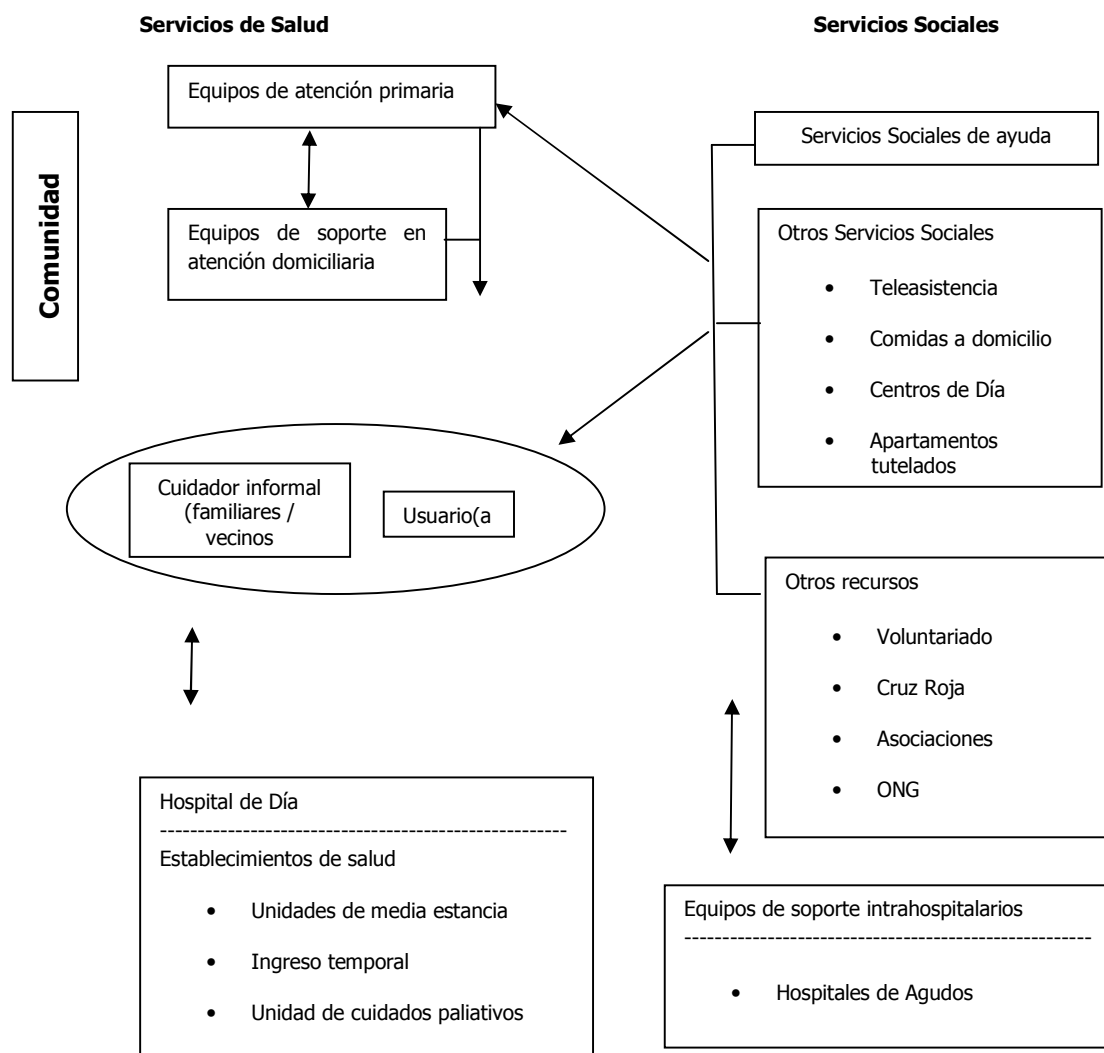
Figura 14. Elementos a considerar en el sistema



Fuente. Dra. Stella Bolaños Varela

Como se afirma en el Artículo 3 de la Ley General de Salud, es necesaria una atención articulada y en red de todo el Sector Salud, asegurando el deber del Estado de proveer la construcción social de la salud y de concurrir al mantenimiento de la familia y su comunidad, con participación e inclusión social. En la comunidad con horizontalidad y sostenibilidad, se desarrollan competencias y responsabilidades de los diferentes sectores y actores. De manera que, los esfuerzos de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como, del Sector Salud uniendo la parte sanitaria y la de prestaciones sociales se articulan entidades gubernamentales y no gubernamentales de las comunidades, sustentándose en el marco legal existente, promoviendo además el compromiso activo de las comunidades organizadas (Ver Figuras 14 y 15).

Figura 15. Red de recursos sanitarios y sociales necesarios de estar presentes en la organización de la hospitalización y atención domiciliar según Contel (s.a.)



GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A DOMICILIO

Es esencial identificar las normas de atención existentes para los procedimientos que se van a realizar en el domicilio. También, se tienen que identificar cada uno de los momentos en los cuales el usuario(a) entra y sale del sistema. Además de su interacción directa e indirecta con los miembros del equipo interdisciplinario y las diferentes instituciones.

La implementación del subsistema implica, entonces, la creación de protocolos de atención enfocados hacia el usuario(a) (sus deficiencias físicas, mentales o sensoriales que generan limitaciones en el funcionamiento), su sistema familiar (características del grupo familiar, hábitos de vida y estado de salud, aspectos socioeconómicos y culturales, ambiente emocional y relaciones sociales) y comunidad (características físicas,

demográficas, de ambiente, de morbilidad, mortalidad, natalidad, entre otras) tomando en cuenta elementos como eje fundamental, incorporando todas las ayudas necesarias.

Es importante contar con protocolos en los tres niveles de atención, que puedan conducir a la derivación y la ubicación oportuna de los usuarios(as).

UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN CONTINUA

En atención primaria, se ha utilizado por Cochrane técnicas de del estudio clínico con control aleatorio, desde 1972, inaugurando la posibilidad de evaluar la efectividad de las intervenciones con fundamento científico. Asegurar la calidad constituye un reto mayor de la medicina ambulatoria que de la medicina hospitalaria (Palmer, 1988).

Por lo tanto, es indispensable la utilización de herramientas de calidad, que permitan la autoevaluación de las acciones realizadas, la elaboración de estándares, la definición de indicadores que hagan posible realizar comparaciones en pares, la réplica de aquellas acciones y modalidades que hayan resultado exitosas y eviten los efectos adversos en el domicilio, en cumplimiento a las Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente.

EPQI y EFQM, pueden constituirse en herramientas para autoevaluación y oportunidades de mejora.

INCORPORACIÓN PAULATINA DE ELEMENTOS TECNOLÓGICOS

La incorporación de tecnología y equipo es de vital importancia para el mejoramiento sustancial de los servicios de salud, favoreciendo la coordinación interinstitucional e intersectorial en forma real y efectiva, permitiendo que la teleasistencia y la telesalud se incorporen como elementos enlazadores y complementarios de la atención (Ver Figura 16).

Según Carrillo, Castro y Echeverría (2007) la tecnología refiere a medios y canales de comunicación que permitan brindar un servicio más versátil así como la incorporación de tecnología de punta para teleasistencia y asistencia remota. Teniendo como objetivo brindar agilidad y mejorar la capacidad de respuesta, a medida que se de la expansión de la cobertura de los servicios y la inclusión de centros de salud de la red. Lo que demandará una mayor coordinación, planificación y control. Para ello, la finalidad de la tecnología se diagrama en la Figura 16.

Figura 16. Virtualización de los servicios domiciliarios



Según Fernández (s.a.) son características de la asistencia tecnológica en los servicios de salud propiciar el cuidado de la salud, la autonomía, la economía, la prevención y la asistencia. Es decir, sus objetivos son:

- Cubrir durante las 24 horas del día todos los días del año las necesidades de personas adultas mayores, discapacitados(as), personas con pérdida de autonomía personal que viven solas u otras que enfrentan situaciones de emergencia y soledad.
- Aumentar la cobertura de los usuarios(as) de los servicios sociales comunitarios.
- Contribuir al bienestar y calidad de vida de los usuarios(as)
- Estimular y elevar los niveles de autonomía de los usuarios de los servicios de salud.
- Fomentar la atención integral de los usuarios(as) de los servicios sociales.
- Evitar internamientos costosos e innecesarios.
- Conseguir que los usuarios(as) se sientan seguros y continúen en su medio habitual de vida.
- Facilitar el contacto de los usuarios(as) con su entorno sociofamiliar.

- Potencializar la implementación de nuevas tecnologías de la información en los servicios sociales y de salud, aumentando con ello las oportunidades de prevención y atención.

Estos servicios como todos los del apoyo domiciliario, deben responder a criterios claros de inclusión y exclusión, que se construyen a partir de los perfiles de los usuarios(as) e intervenciones definidas por los equipos de salud.

IX. Referencias

Barcena, A. (2004). Discurso Inaugural. Seminario Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. División de Desarrollo Social CEPAL, Santiago, Chile.

Becerra, J. (2007). Análisis de la Prestación de Servicios de Salud por parte de las Cooperativas y su relación con la Caja Costarricense de Seguro Social. COOPESAIN. Manuscrito no publicado.

Bolaños, S. (2004). Conferencia Atención a Domicilio: Cuidadores. Primer Congreso de Hospitalización a Domicilio. San José, Costa Rica.

Bolaños, S. (2007). Los sistemas familiares como agentes de salud. Proyecto de Investigación para optar al Maestría en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Libre de Costa Rica. Manuscrito en construcción.

Bustamante, R., Sáenz, L. B. y Victoria, V. (Ed). (Mayo, 1992). Monografía 92-01: Nuevas Modalidades de Atención Ambulatoria Urbana en Costa Rica. Memoria del Taller sobre Nuevas Modalidades de Atención a la Salud. San José, Costa Rica.

Cabra de Luna, M. A. (s.a.). Tema 4: Los Servicios Sociales en los Sistemas de Seguridad Social. Maestría en Dirección y Gestión de Bienestar Social y Servicios Sociales. Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Universidad de Alcalá. España.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Acuerdo de Junta Directiva, Artículo 2 de la sesión N° 8139 celebrada el 22 de marzo de 2007.

Carrillo, I., Castro, R. y Echeverría, R. (2007). Servicio de atención domiciliaria para adolescentes con calidad de vida disminuida Hospital Nacional de Niños. Tesis presentada para optar al grado de Ingeniería Industrial. Escuela de Ingeniería Industrial. Facultad de Ingeniería. Universidad de Costa Rica.

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) et al. (2004). Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Séptima Unidad Modular. Participación Social en el Modelo de Atención de Salud Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica: CCSS-UCR.

Chacón, L. P. (2008). Conferencia Modelo europeo de excelencia EFQM desde el Hospital Tony Facio Castro. Primer curso de calidad dirigidos a equipos de funcionarios de la CCSS que ejecutan modalidades de hospitalización y atención domiciliar en el país. Hospital Nacional de Niños, San José-Costa Rica.

Comisión de Abandono en Hospitales de la CCSS. Jefaturas de Trabajo Social de Hospitales Nacionales (2006) Situación de Abandono en Hospitales de la CCSS. Sistematización Foro de Abandono.16 y 17 de noviembre 2006. Gerencia de División Médica, Regulación y Sistematización de los Servicios de Salud, Sub Área de Trabajo Social. Caja Costarricense de Seguro Social.

Contel, J. C., Gené, J. y Peya, M. (1999). Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona, España: Springer-Verlag Ibérica.

Del Águila, R. (200). Conferencia Situación Global de la Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud. Foro de Salud Mental.

Fernández, J. N. (s.a.). Tema 32: Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio. Centros de Día. Maestría en Dirección y Gestión de Bienestar Social y Servicios Sociales. Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Universidad de Alcalá. España.

Garro et al. (1989). Técnicas Básicas para la Atención Domiciliar. (1ª ed.). Sección Técnica del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud-INICEF.

Gutiérrez, M. (Abril, 2008). Salud en Costa Rica según los informes sobre el estado de la nación: Análisis y algunas provocaciones. Foro para el análisis de procesos de evaluación en la CCSS. San José, Costa Rica.

Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto Nacional de la Salud y (1999). Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Jiménez, S. (2004). Consejo Nacional Para la Persona Adulta Mayor: Propuesta Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Agredida y / o Abusada. San José, Costa Rica.

Martínez, J. (2005). CEINAA, Modelo de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. I Foro Internacional Derechos Humanos y Envejecimiento. Brasil, Brasilia (4, 5 y 6 diciembre).

Minardi, R., Morales, M., Llopis, A., Sette, J., Real, E. MaR y Días, J. A. (Julio, 2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Pública, 1, 10. Washington, Estados Unidos: Base de datos SciELO. Acceso realizado 23 de enero de 2009, 8:53 a.m. En: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000700007&script=sci_arttext

Ortiz, J. G. (mayo, 1978). Proyección de las Comunidades en el Programa de Salud Rural "Hospital sin Paredes" en Costa Rica. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y LXIX Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Halifax, Canadá.

Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad Sector Salud y Centro Internacional de Investigación en Calidad. (s.f.). Autoevaluación para Gerentes: Modelo EFQM de Excelencia. Manuscrito no publicado.

Programa Estado de la Nación (Costa Rica). (2007). Resumen Decimotercer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica: Programa de Estado de la Nación.

Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente. (2008). Manual Instructivo de autoevaluación: para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud de Costa Rica. (2° ed.). San José, Costa Rica: AUREOS S. A.

Salas, A. y Castillo, A. (2003). Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención en Salud. Módulo 1. Curso de Posgrado en Gestión Local de Salud. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. Universidad de Costa Rica.

Salas, I. y Moya, L. (2007). II Diagnóstico Situacional Periodo 2006-2007: Red de Apoyo del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. Consecutivo DMCNCD-418-2007 del 13 de junio de 2007. Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos. Caja Costarricense de Seguro Social.

Sotelsek, D. (s.a.). Tema 57: Estado de Bienestar y Políticas Públicas. Maestría en Dirección y Gestión de Bienestar Social y Servicios Sociales. Organización Iberoamericana de Seguridad Social y Universidad de Alcalá. España.

Ugalde, G. (2008). Conferencia Enfoque de atención centrado en la comunidad desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Foro de Calidad y Seguridad del Paciente con énfasis en la Familia y la Comunidad. San José, Costa Rica.

Unidad de Hospitalización Domiciliar del Hospital de Universitario La Fe de Valencia. (2004). Conferencia Hospitalización a Domicilio. Primer Congreso de Hospitalización a Domicilio. San José, Costa Rica.

Vargas, W. (2005). La Atención Primaria de Salud en Acción: su contexto Histórico, Naturaleza y organización en Costa Rica. Lo que todo trabajador de la salud debe saber para su buen desempeño en el primer nivel de atención. San José, Costa Rica: Vicerrectoría de Acción Social. Universidad de Costa Rica.

Yangua, J. (2001). Apuntes del Curso de Intervenciones Psicosociales en Gerontología. Cartagena de Indias: Fundación Matía e INSERSO.

X. ANEXOS

ANEXO 1



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
Teléfono: 25-39-00-00 Ext 7600
FAX: 25-39-14-35/0925

16 de octubre de 2009
46941-4

Doctor
José Miguel Rojas Hidalgo, Director
Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
Presente



Asunto: Oficialización Documento Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS Articulado en Red para la Persona y su Sistema Familiar

Estimado señor:

En atención a su oficio DDSS-3677-09, de fecha 13 de octubre del 2009, le informo que cuenta con el aval de esta Gerencia el documento "Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS Articulado en Red para la Persona y su Sistema Familiar", para los trámites correspondientes, según su competencia.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA


Dra. Rosa Climent Martín
GERENTE

RCM/RPV/mdm

Cc: Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefe, Área Atención Integral a las Personas
Archivo

ANEXO 2

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS)
GERENCIA MÉDICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS

**RESUMEN EJECUTIVO DEL SUBSISTEMA DE LA CCSS DE HOSPITALIZACIÓN,
ATENCIÓN Y APOYO DOMICILIAR ARTICULADO EN RED PARA LA PERSONA Y
SU SISTEMA FAMILIAR, PROCESO DE 2007-2009**

Promover acciones conjuntas para la prestación de los servicios de salud en el ámbito domiciliario es una prioridad impostergable, buscando la calidad de vida, la autonomía y la dignidad de las personas durante su ciclo vital, incluyendo el proceso de muerte con dignidad, como una manera de garantizar el cumplimiento de los derechos en la atención de las personas.

La demanda de los usuarios(as), las familias y las comunidades en el marco de las transformaciones actuales llevan a la necesidad de implementar en el sistema de salud oportunidades de mejora que permitan un cambio paulatino de la atención integral. Lo anterior, vinculando los últimos hallazgos científicos en esos sistemas de salud que señalan la relevancia de un abordaje sistémico e integral de la salud, teniendo como eje la familia y la comunidad.

La OMS señala que el marco de referencia de las acciones, intervenciones y capacitación de los funcionarios de salud debe ser el Ciclo Vital en sus particularidades y elementos en común y que la atención a la salud debe ser definida desde la construcción de procesos: diagnóstico e intervenciones planeadas interdisciplinariamente que incluyan al usuario(a), su familia y su comunidad, que se constituyen en los elementos clave de las políticas de calidad y seguridad del paciente.

La Hospitalización, Atención y Sistemas de Apoyo a Domicilio han evidenciado en el escenario internacional y nacional que pueden constituirse en alternativas viables para racionalizar el uso de los recursos, permitiendo mejorar y adaptar el funcionamiento de los centros de salud, hacia una política de cambio y mejora sustancial, disminuyendo gastos, efectos adversos y factores de riesgo, aumentando la satisfacción tanto del usuario(a) como su familia, al igual que la horizontalidad y sostenibilidad de los sistemas de salud, garantizando el acceso de la población a los mismos y protegiendo y mejorando los entornos de la población. Además de fortalecer la participación social, la extensión de los servicios al entorno familiar y el uso de la salud como condición para mantener un estado de bienestar.

Para hacer efectiva esta alternativa de atención, es imprescindible:

- implementar un sistema eficiente de gestión en red (los tres niveles de atención con el domicilio) que permita de manera progresiva que el modelo actual avance hacia otras modalidades de atención, utilizando la participación social y comunitaria como una de las principales estrategias
- protocolizar esa atención en todos los niveles de atención siguiendo las Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente;
- crear criterios de inclusión y exclusión, para desarrollar estrategias de atención con las redes de apoyo de la comunidad, optimizando el uso de los recursos institucionales que podría impactar en la disminución de estancias hospitalarias prolongadas, infecciones intrahospitalarias, efectos adversos no deseados, en las demandas de los servicios de emergencias. Así como en la acumulación de medicamentos en el hogar.
- implementar procesos de calidad e investigación con autoevaluaciones y seguimiento de los procesos.

Es por ello que se definió como estrategia la Hospitalización, Atención y Sistemas de Apoyo a Domicilio, utilizando todos los insumos del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad y el establecimiento de la Comisión de Mejoramiento Continuo creados en mayo de 1997, que llevaron a la Formulación del Plan Nacional de Garantía del Sector Salud para el período 2001-2004 y, posteriormente, a la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobada por la Junta Directiva de la CCSS en el artículo segundo de la Sesión Nº 8139, celebrada el 22 de marzo 2007.

Esta política, propone en el lineamiento Nº 4 la Atención Domiciliaria y comunitaria para la prevención de eventos adversos, agrega como estrategia 4.1 Garantizar la Seguridad del Paciente en la Atención Domiciliar y/o Comunal y como resultados esperados describe la cobertura de las poblaciones vulnerables con protocolos integrales aplicados. Además, pacientes, familiares y cuidadores capacitados; acceso fácil para quienes requieran apoyo domiciliar; partidas presupuestarias asignadas al igual que equipos de salud interdisciplinarios.

Aunado a lo anterior, el Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar articulado en red para la persona y su sistema familiar, se fundamenta en los planteamientos del documento "Una CCSS renovada hacia el 2025", así como, Visión y Estrategias a Largo Plazo y Líneas de Acción para el período 2007-2012, operacionalizados en las Metas 15.1 y 15.2 de la Gerencia Médica, las cuales establecen la prioridad de documentar y evaluar las modalidades existentes en el país de asistencia ambulatoria y domiciliar dirigidas a prevenir o sustituir la atención hospitalaria convencional y a ejecutar y evaluar entre los años 2009 y 2010 tres nuevas experiencias piloto de asistencia ambulatoria y domiciliar.

Figura 9. Procesos de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio articulado en red



Fuente: Ing. Roberto Castro Bolaños

Los antecedentes internacionales y nacionales de la extensión de la atención intrahospitalaria hacia una atención extramuros que en forma sistémica defina los usuarios, los diagnósticos, las intervenciones, la integración social, las revaloraciones en los tres niveles de atención y que permitiera la articulaciones necesarias de la CCSS con otras instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del Sector Salud constituye pues, la esencia del subsistema que se propone. El cual, está en construcción desde octubre del 2007 hasta la fecha. Durante este tiempo, se trabajó la elaboración de los antecedentes, la formulación del marco de referencia, el registro y documentación de las modalidades atención domiciliar existentes en el país y la validación de la propuesta de subsistema con la participación de equipos interdisciplinarios de los tres niveles de atención y representantes de otras instituciones del Sector Salud.

Además, se implementó un curso de autoevaluación con el Modelo EFQM dirigido a profesionales que integran equipos de salud que aplican modelos y programas existentes en el país de atención y hospitalización domiciliar, subsiguientemente, se continuó con un curso para buscar oportunidades de mejora con la metodología EPQI.

En noviembre de 2008 se socializaron los resultados evidenciados en el proceso en un Foro Nacional con la participación de los equipos autoevaluados, miembros de la comunidad por medio de las Juntas de Salud y expertos en el tema.

Posteriormente, se define que el diseño y la implementación del Subsistema iniciará mediante el desarrollo de un plan piloto posible de ser replicado en todas las subredes del Sistema de Salud Nacional y en cualquier tema o situación de salud. El proyecto piloto se organiza con la participación de las Regiones Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Central Norte, Hospital México teniendo como objetivo crear las condiciones y canales necesarios para implementar exitosamente el proceso de atención articulada en red a nivel ambulatorio y domiciliar de los pacientes nefróticas crónicas: diálisis segura en el domicilio.

Ello, con la participación de los equipos de los establecimientos de salud identificados como parte de la red, definiendo criterios diferenciadores para la atención de estos pacientes en cada nivel, los recursos necesarios para brindar dicha atención y el perfil del paciente en cada uno de esos niveles. Igualmente, se capacita a los miembros de los equipos de los establecimientos de salud participantes, respecto al proceso de atención clínica con calidad de los pacientes nefrópatas crónicos y al manejo de herramientas de calidad en la gestión asistencial (levantamiento de procesos y metodología EPQI).

Paralelo a este proceso se continua el seguimiento a los equipos que realizaron en el 2008 la autoevaluación de las modalidades que implementan, mediante capacitación respecto al levantamiento de procesos en torno a la atención domiciliar.

Todas las acciones descritas tienden a la consolidación del proceso de atención articulado en red, que fortalezca la Atención Primaria y promueva la atención hospitalaria extramuros.

Finalmente, se procederá a socializar la información y el proceso desarrollado en dos foros uno centrado en el Sistema de apoyo domiciliar con énfasis en los cuidadores y otro en las modalidades de atención y hospitalización domiciliar articuladas en red, con procesos levantados y autoevaluadas.

En síntesis el proceso en 2009 se centra en los siguientes **OBJETIVOS**.

OBJETIVO 1. Institucionalizar la comisión de atención, hospitalización y apoyo domiciliar como entidad responsable de la sostenibilidad de modalidades de atención en este tema.

OBJETIVO 2. Realizar el seguimiento a las modalidades de atención autoevaluadas en el 2008 mediante sesiones de trabajo (13 de marzo y 14 de setiembre de 2009), capacitación en el levantamiento de procesos a cargo de los Miembros de la comisión Nacional de Calidad y socialización de resultados en el Foro Nacional por desarrollarse en el Auditorio de CEDES, Barrio Vasconia San José, los días 23, 24 y 25 de noviembre de 2009.

OBJETIVO 3. Consolidar la red de atención, hospitalización y apoyo domiciliar centrada en la persona y su sistema familiar mediante plan piloto en la subred del Hospital México.

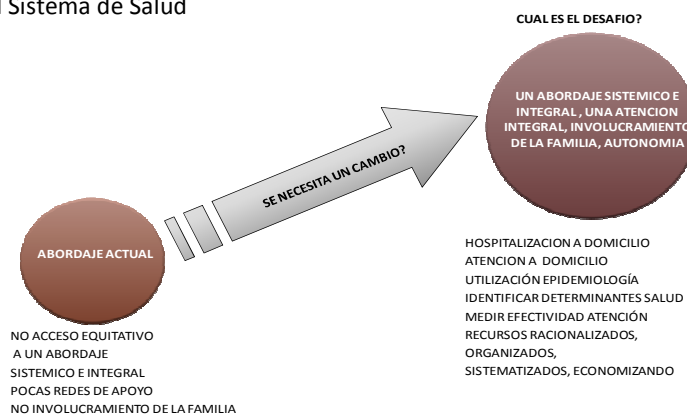
- **IMPLICA**

Crear las condiciones y canales necesarios para implementar exitosamente el proceso de atención articulada en red a nivel ambulatorio y domiciliar de los pacientes nefrópatas crónicos: diálisis segura en el domicilio como una experiencia piloto que pueda ser replicada para otras prioridades en salud. Para lo cual se busca:

- i. Definir los establecimientos de salud que deben considerarse para el funcionamiento en red de la atención a nivel ambulatorio y domiciliar de los pacientes nefrópatas crónicos en las Direcciones Regionales Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Central Norte.
- ii. Definir con la participación de los profesionales de los establecimientos de salud identificados como parte de la red los criterios diferenciadores para la atención de los pacientes nefrópatas crónicos en cada nivel, los recursos necesarios para brindar dicha atención y el perfil del paciente en cada uno.
- iii. Diseñar el proceso de gestión asistencial, para implementar la atención articulada en red de los pacientes nefrópatas crónicos a nivel ambulatorio y domiciliar considerando las herramientas de calidad y la participación de los equipos de los establecimientos de salud.

- iv. Capacitar a los equipos de los establecimientos de salud participantes respecto al proceso de atención clínica con calidad de pacientes nefrópatas crónicos, en el manejo de herramientas de calidad en la gestión asistencial y el levantamiento de procesos.
- v. Implementar como piloto el proceso de atención articulado en red de los pacientes nefrópatas crónicos identificados.
- vi. Evaluar el proceso de atención desarrollado de manera piloto, con la participación de los equipos de los establecimientos de salud identificados como parte de la red.
- vii. Consolidar el proceso de atención en red a nivel ambulatorio y domiciliar de los pacientes nefrópatas crónicos a partir de los resultados de la evaluación realizada.
- viii. Socializar el diseño e implementación de la atención articulada en red a nivel ambulatorio y domiciliar de pacientes nefrópatas crónicos en el Foro Nacional por desarrollarse en el Auditorio de CEDES, Barrio Vasconia San José, los días 23 y 24 de noviembre de 2009.

Figura 13. Cambio del Sistema de Salud



OBJETIVO 4. Implementar la red de apoyo domiciliar con énfasis en los cuidadores con la participación de la subred del Hospital Calderón Guardia y la Dirección Regional Central Sur cuyos resultados de socialicen en el Foro Nacional del Apoyo Domiciliar: Cuidadores por realizarse el 30 de octubre de 2009.

FECHAS IMPORTANTES EN EL 2009:

1. Seguimiento a modalidades autoevaluadas en 2008:

- Sesiones de coordinación nacional: 13 de marzo y 14 de setiembre de 2009.
- Capacitación en levantamiento de procesos: fechas a definir por cada miembro de la Comisión Nacional de Calidad de acuerdo a su Región de competencia.

2. Capacitación coordinada en red a equipos participantes en plan piloto "Dialisis segura en el domicilio" con sede en cada región:

- Capacitación con los equipos en el tema de levantamiento de procesos: 22 y 29 de mayo, 05 de junio.
- Capacitación en la Metodología EPQI: de junio a agosto.

3. Proceso de implementación del Apoyo Domiciliar:

- Sesiones de trabajo con el personal de enfermería: en diferentes momentos del año.
- Taller de elaboración carné domiciliar 25 y 26 de junio.
- Taller de validación de carne de seguimiento al usuario(a) en el domicilio 02 y 22 de octubre.
- Taller de Sistemas de apoyo domiciliar: énfasis en cuidadores 29 y 30 de octubre.
- Foro Nacional de calidad y seguridad del paciente: 23, 24 y 25 de noviembre en Auditorio del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.