

**TESIS DOCTORAL**

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL  
PROGRAMA DE ALTA HOSPITALARIA,  
EN LA CONTINUIDAD DE LA  
GESTIÓN DEL CUIDADO EN REDES  
DE ENFERMERÍA, EN LOS USUARIOS  
DE RIESGO DE LA RED ESTE DE  
COSTA RICA**

**CARMEN M<sup>a</sup> LOAIZA MADRIZ**

Departamento de Enfermería





**TESIS DOCTORAL**

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE ALTA  
HOSPITALARIA, EN LA CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN DEL  
CUIDADO EN REDES DE ENFERMERÍA, EN LOS USUARIOS DE  
RIESGO DE LA RED ESTE DE COSTA RICA**

**Carmen Ma. Loaiza Madriz**  
**Departamento de Enfermería**

Con la conformidad de los directores:

Fdo.: Dr. Máximo A. González Jurado    Fdo.: Dra. Mercedes Gómez del  
Pulgar G<sup>a</sup>-Madrid

**Cáceres, 2017**



**Universidad de Extremadura**  
**Departamento de Enfermería**

**ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE ALTA HOSPITALARIA, EN LA  
CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN REDES DE ENFERMERÍA,  
EN LOS USUARIOS DE RIESGO DE LA RED ESTE DE COSTA RICA**

Memoria presentada en el Departamento de Enfermería, como aspirante al Grado de Doctor por la Universidad de Extremadura, Por Dña. Carmen Loaiza Madriz



Los Doctores D. Máximo Antonio González Jurado, Profesor Titular de la Universidad Complutense de Madrid, y Dña. Mercedes Gómez del Pulgar G<sup>a</sup>-Madrid, Profesora Contratada Doctora de la Universidad Francisco de Vitoria

HACEN CONSTAR: Que el trabajo de investigación realizado por D<sup>a</sup> CARMEN LOAIZA MADRIZ, con el título “ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE ALTA HOSPITALARIA, EN LA CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN REDES DE ENFERMERÍA, EN LOS USUARIOS DE RIESGO DE LA RED ESTE DE COSTA RICA” ha sido realizado bajo nuestra dirección, siguiendo una rigurosa metodología, presentando unos resultados interesantes y unas conclusiones derivadas de los anteriores que hacen que dicho trabajo de investigación pueda ser defendido ante el tribunal que legalmente proceda y pueda optar al grado de Doctor.

Y para que conste, firman el presente en Cáceres, a 5 de abril de dos mil diecisiete.

Fdo.: Dr. Máximo A. González Jurado      Fdo.: Dra. Mercedes Gómez del  
Pulgar G<sup>a</sup>-Madrid





***Uno de los momentos más difíciles  
De la vida, es cuando hay que decidir si  
Debes dejarlo todo o intentarlo una vez más.  
Autor desconocido.***



## Agradecimientos

*Agradezco a Dios por haber permitido un logro más en mi vida que no imaginaba. Sin su amparo angelical, no hubiera podido ser.*

*Inicié un recorrido importante de varios meses con gran esfuerzo y entrega, el cual culmina con esta presentación de la que me siento muy orgullosa, porque será de gran beneficio para la profesión y la sociedad. Por ello agradezco a cada una de las personas que con sus experiencias y habilidades me acompañaron en este arduo trabajo.*

*A mis tutores, gracias, porque sin su ayuda y apoyo no lo hubiera logrado. Las palabras de aliento que me dieron siempre me fortalecieron y me permitieron continuar. Al Dr. Máximo A. González Jurado Presidente del Consejo General de España y a la Dra. Mercedes Gómez del Pulgar G<sup>a</sup> Madrid quienes me guiaron en todo momento, gracias.*

*A todas las colegas que de una u otra forma colaboraron en este proyecto, muchas gracias.*

*A mi familia, a mi madre, a mi esposo, a mis hijos y a mi nieto Camilo, a los que hubo que limitarles el tiempo de compartir, pero estoy segura que para ellos valió la pena, porque el éxito mío es de ellos también. A todos gracias.*

*Por último, quiero decir, que la vida es una sola no se pierden la oportunidades ni los retos, y, se vive y se disfruta cada momento de ella, pensando que puede ser el último. Por eso, disfruté del esfuerzo, me propuse hacer el trabajo de la mejor manera.*

*Presento el producto de ese esfuerzo de FE, CONFIANZA Y PERSEVERANCIA que puse en Dios y las fuerzas divinas para que fuera posible.*



# Índice General





## Índice de Contenidos

1. Introducción .....	31
2. Marco Teórico.....	39
2.1. Enfermería, ciencia, disciplina y profesión .....	39
2.2. Cuidado de enfermería.....	46
2.3. Continuidad en la gestión de los cuidados .....	58
2.4. Gestión de los casos .....	63
2.5. Alta Hospitalaria .....	72
2.5.1. El programa de alta hospitalaria en Costa Rica .....	78
2.6. Costos hospitalarios.....	83
2.7. Políticas de la Caja Costarricense de Seguro Social .....	88
2.8. El sistema de salud en Costa Rica.....	90
2.9. Atención Primaria de Salud.....	106
2.10. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) .....	115
2.11. Estadísticas nacionales.....	119
3. Hipótesis.....	129
4. Objetivos.....	133
4.1. Objetivo general .....	133
4.2. Objetivos específicos .....	133
5. Material y métodos .....	137
5.1. Primera fase:.....	137
5.1.1. Validación de la encuesta mediante el método Delphi .....	137

5.1.2.	Expertos participantes: .....	139
5.1.3.	Primera Ronda validación Delphi.....	141
5.1.4.	Segunda Ronda de validación Delphi .....	141
5.2.	Segunda fase .....	142
5.2.1.	Tipo de estudio .....	142
5.2.2.	Ámbito de aplicación.....	143
5.2.1.	Descripción de las variables: .....	148
5.2.2.	Población diana .....	155
5.2.3.	Criterios de selección e inclusión.....	155
5.2.4.	Muestra .....	156
5.2.5.	Métodos de recolección de información.....	159
5.2.6.	Definición de instrumentos para la recolección de la información .....	159
5.2.7.	Consentimiento informado del Estudio.....	160
6.	Resultados.....	167
6.1.	Resultados obtenidos tras las 1º Ronda Delphi. ....	169
6.2.	Resultados obtenidos tras las 2º Ronda Delphi. ....	178
6.3.	Resultados de la aplicación de la encuesta .....	188
6.3.1.	Análisis Descriptivo.....	188
6.3.2.	Análisis de correlación.....	211
7.	Discusión .....	217
7.1.	Discusión de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario.....	217
7.2.	Expediente Digital y apoyo a la continuidad del cuidado.....	231
7.3.	Aportes del estudio al documento sobre el Fortalecimiento del Modelo de Prestación de servicios de salud.....	234



7.4.	Comparación con otros estudios .....	236
7.5.	Implicaciones del Estudio para la práctica .....	240
7.6.	Limitaciones del estudio y líneas futuras de actuación.....	243
8.	Conclusiones .....	249
9.	Bibliografía.....	255
10.	Anexos .....	265
10.1.	Anexo I. Documento de Referencia .....	265
10.2.	Anexo II. Encuesta aplicada en la 1ª Roda del Delphi .....	267
10.3.	Anexo III.- Encuesta aplicada en la 2.ª Roda del Delphi .....	281
10.4.	Anexo IV.- Encuesta definitiva validada .....	301
10.5.	Anexo V: Protocolo para la aplicación de encuestas .....	309
10.6.	Anexo VI: Consentimiento Informado .....	311
10.7.	Anexo VII. Aprobación del estudio por la Subárea de Bioética y el CONIS (Consejo de Investigación en Salud, del Ministerio de Salud de Costa Rica 313	
10.8.	Anexo VIII. Aprobación del estudio por la Secretaría Técnica ejecutiva del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).....	314



## Índice de Figuras

Figura 1. Pirámides poblacionales. Costa Rica, 1950, 2010 y 2035 (FUENTE: Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud a partir de proyecciones de población. INEC-CCP). .....	121
Figura 2. Red de Servicios de la Caja costarricense de Seguro Social.....	143
Figura 3. Red Este. ....	145
Figura 4. Red Este, Región de Huetar Atlántica.....	147
Figura 5. Diagrama de la muestra de estudio. FUENTE: elaboración propia).....	158
Figura 6. Indicadores Proyecto EDUS a mayo de 2016 .....	233



## Índice de Tablas

Tabla 1. Datos demográficos 2014 (FUENTE: INEC, 2014).....	119
Tabla 2. Porcentaje de accidentes, I semestre, 2013, Costa Rica .....	123
Tabla 3. Accidentes de tránsito, CCSS. SISVE, 2013, 2014, 2015. (FUENTE: CCSS/ SISVE 2016).....	124
Tabla 4. Egresos, estancias y porcentajes de ocupación en los tres centros de la red. CCSS, 2014. (FUENTE: Anuario año 2014 del departamento de información estadística de la CCSS). .....	145
Tabla 5. Variables sociodemográficas.....	148
Tabla 6. Variable alta hospitalaria: Continuidad en la gestión del cuidado con la referencia. ....	149
Tabla 7. Variable seguimiento y gestión de los casos referenciados. ....	151
Tabla 8. Costos de la continuidad de la atención domiciliaria. ....	152
Tabla 9. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 1 .....	153
Tabla 10. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 2.....	153
Tabla 11. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 3.....	154
Tabla 12. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 4.....	154
Tabla 13. Egresos hospitalarios de la Red Este, 2014. (FUENTE: CCSS, 2014). .....	155
Tabla 14. Cantidad de casos no incluidos en la muestra. ....	159
Tabla 15. Valoración de los expertos para la dimensión 1 (1ª Ronda Delphi).....	169
Tabla 16. Consenso para las preguntas de la dimensión 1 (1ª Ronda Delphi) ...	170
Tabla 17. Valoración de los expertos para la dimensión 2 (1ª Ronda Delphi).....	171

Tabla 18. Consenso para las preguntas de la dimensión 2 (1ª Ronda Delphi) ...	172
Tabla 19. Valoración de los expertos para la dimensión 3 (1ª Ronda Delphi).....	173
Tabla 20. Consenso para las preguntas de la dimensión 3 (1ª Ronda Delphi) ...	174
Tabla 21. Valoración de los expertos para la dimensión 4 (1ª Ronda Delphi).....	176
Tabla 22. Consenso para las preguntas de la dimensión 4 (1ª Ronda Delphi) ...	177
Tabla 23. Valoración de los expertos para la dimensión 1 (2ª Ronda Delphi).....	178
Tabla 24. Consenso para las preguntas de la dimensión 1 (2ª Ronda Delphi) ...	179
Tabla 25. Valoración de los expertos para la dimensión 2. (2ª Ronda Delphi)....	181
Tabla 26. Consenso para las preguntas de la dimensión 2 (2ª Ronda Delphi) ...	181
Tabla 27. Valoración de los expertos para la dimensión 3. (2ª Ronda Delphi)....	184
Tabla 28. Consenso para las preguntas de la dimensión 3 (2ª Ronda Delphi) ...	185
Tabla 29. Valoración de los expertos para la dimensión 4 (2ª Ronda Delphi).....	186
Tabla 30. Consenso para las preguntas de la dimensión 4 (2ª Ronda Delphi) ...	187
Tabla 31. Población egresada con situaciones de vulnerabilidad en tres hospitales de la Red Este, según edad y sexo. (FUENTE: CCSS, 2015). .....	189
Tabla 32. Diagnósticos médicos de mayor frecuencia según la edad de las personas, 2015.....	195
Tabla 33. Relación de visitas de seguimiento y reingreso.....	211
Tabla 34. Pruebas del Chi cuadrado .....	212
Tabla 35. Relación del profesional que realiza la visita y los reingresos. ....	213
Tabla 36. Prueba de Chi-cuadrado. ....	214
Tabla 37. Datos de algunos establecimientos de salud, según la existencia de equipos organizados de Alta Programada o Alta Hospitalaria, 2016.....	227

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Años de experiencia de los expertos que validaron la encuesta. ....	139
Gráfico 2. Ámbito de desempeño de los expertos. Año 2016.....	140
Gráfico 3. Población egresada con situaciones de vulnerabilidad en tres hospitales de la red Este, según edad y sexo. (FUENTE: CCSS, 2015).....	189
Gráfico 4. Egresos de personas que ameritaban seguimiento en el primer nivel de atención, según Área de salud, San José, 2015. ....	190
Gráfico 5. Egresos de personas que ameritaban seguimiento de primer nivel de atención, según Área de Salud, provincia de Limón. ....	191
Gráfico 6. Egresos de personas que ameritaban seguimiento en el primer nivel de atención de salud, según el Área de Salud, Cartago, 2015. ....	192
Gráfico 7. Acceso de las personas relacionadas a los servicios privados de salud, 2015. ....	192
Gráfico 8. Desempeño de las personas referenciadas según la ocupación, 2015. ....	193
Gráfico 9. Diagnósticos médicos más frecuentes que originan limitaciones en las personas referenciadas .....	194
Gráfico 10. Causas que generaron problemas de limitación para el autocuidado o inmovilización de las personas referenciadas, 2015. ....	196
Gráfico 11. Número de casos según la cantidad de días de hospitalización previo al AH, 2015.....	197
Gráfico 12. Personal de salud que entregó el documento de referencia a la persona al egreso del centro hospitalario, 2015.....	198
Gráfico 13. Tiempo de entrega del documento de referencia al EBAIS para que se realice el abordaje en el primer nivel, 2015.....	199
Gráfico 14. Porcentaje del tiempo de entrega del documento de referencia al EBAIS para que se realice el abordaje en el primer nivel, 2015.....	199

Gráfico 15. Tiempo que tardaron los miembros del EBAIS u otro profesional en realizar la visita de intervención, 2015. ....	200
Gráfico 16. Tiempo que tardaron los miembros del equipo de salud de la CCSS en realizar la intervención, 2015.....	201
Gráfico 17. Número de veces que reingresó la persona y causas en los primeros quince días posteriores al egreso, 2015.....	202
Gráfico 18. Porcentaje de personas que tuvieron visitas de seguimiento en el hogar, 2015. ....	203
Gráfico 19. Personal de salud que realizó el seguimiento en la comunidad, .....	203
Gráfico 20. Actividades asistenciales que realizó el personal, en las visitas de seguimiento, 2015.....	204
Gráfico 21. Porcentaje de días de atención que se le brindó a las personas durante el seguimiento, 2015. ....	205
Gráfico 22. Frecuencia de las visitas a las personas que se les realizó el seguimiento, 2015. ....	205
Gráfico 23. Porcentajes de días en que se resolvió la situación de las personas que recibieron el seguimiento en el hogar.....	206
Gráfico 24. Percepción de las personas usuarias de la atención brindada en el domicilio por el personal de salud, 2015. ....	206
Gráfico 25. Porcentaje de personas que recibieron capacitación sobre autocuidado en los tres hospitales de la Red Este, 2015.....	207
Gráfico 26. Porcentaje de personas que recibieron capacitación sobre autocuidado en las visitas de seguimiento. Primer Nivel, 2015.....	208
Gráfico 27. Presencia de organizaciones vecinales y comunales de apoyo para las personas en la comunidad, 2015. ....	208
Gráfico 28. Porcentaje de personas a las que se les entregó insumos para sus necesidades en el domicilio, 2015.....	209
Gráfico 29. Insumos entregados en las visitas de atención domiciliar a las personas seguimiento, 2015.....	210



Gráfico 30. Visitas de seguimiento con relación al reingreso, 2015. ....212

Gráfico 31. Profesional que realiza la visita y los reingresos, 2015.....214



## Abreviaturas

**AH**, Alta Hospitalaria

**ANA**, American Nursing Association, Asociación de Enfermeras de Norteamérica.

**APS**, Atención Primaria de Salud

**ASA**, Escala de agencia de autocuidado (por sus siglas en inglés)

**AT**, Accidentes de Tránsito

**CCSS**, Caja Costarricense de Seguro Social

**CCP**, Centro Centroamericano de Población

**CIE**, Consejo Internacional de Enfermería

**CA**, Continuidad Asistencial

**CONIS**, Consejo Nacional de Investigación en Salud

**ECNT**, Enfermedades crónicas no transmisibles

**EBAIS**, Equipo Básico de Atención Integral

**EDUS**, Expediente Digital Único en Salud

**HCG**, Hospital Calderón Guardia

**HMP**, Hospital Max Peralta

**HTF**, Hospital Tony Facio

**JC**, Joing Comission

**OMS**, Organización Mundial de la Salud

**OPS**, Organización Panamericana de la Salud

**PAE**, Proceso de Atención de Enfermería

**RISS**, Redes Integradas de Servicios de Salud

**SISVE**, Sistema de Información de Salud de Vigilancia Epidemiológica

**SIFF**, Sistema de información de ficha familiar electrónica



# Introducción





## 1. Introducción

Uno de los retos de los sistemas de salud o de los servicios de salud en muchos países de América Latina ha sido y es poder ofrecer a los ciudadanos una oferta integrada e integral de servicios, no solamente en los centros hospitalarios, sino en otros ámbitos como el domicilio y la comunidad, así como evitar al máximo la fragmentación que percibe el ciudadano entre los diversos niveles asistenciales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe sobre la salud mundial del año 2006, en sus proyecciones a futuro, expone claramente en relación a sus perspectivas sobre la Salud Pública la necesidad de:

- Trabajar en un entorno comunitario y llevar a cabo las actividades de divulgación en las comunidades para promover modos de vida sanos, fomentar comportamientos responsables y seguros y reducir los estigmas asociados a las discapacidades físicas y las enfermedades mentales.
- Aprender a tener una perspectiva de la población en su conjunto y no sólo a pensar en cada persona de manera individual.
- Perfeccionar la capacitación en prevención clínica

Así mismo, reconoce el rol central del paciente en el manejo de su propia salud, a través de programas de automanejo, apoyados por políticas de salud y organizaciones comunitarias. (OPS, 2012).

Gran parte del proceso de atención y gestión del cuidado, inicia en el escenario hospitalario la mayoría de las veces, considerando que el rol clave de los hospitales es lograr eficacia en el quehacer asistencial, porque la ciudadanía exige una base de calidad en la atención brindada. Dicha misión pierde

efectividad en contribuir a la salud de las poblaciones, cuando los sistemas sanitarios, entre otros aspectos, están mal organizados, insuficientemente financiados, y no estructurados desde un primer nivel de atención, con amplia cobertura y alta capacidad de resolución, siendo prioritaria y más económica para la gestión de la salud. Los hospitales, forman parte de sistemas fragmentados y segmentados cuyo modelo de atención está fuertemente orientado a lo curativo.

En la búsqueda de estrategias y el surgimiento de la necesidad de otorgar una atención más personalizada, se visualiza en muchos países modalidades de atención que benefician a las personas y que obligan a las instituciones de salud a implementarlas. Ejemplos de estas modalidades son el alta hospitalaria, la atención domiciliar, el hospital domiciliario y el hospital de día, entre otros.

El alta hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios o servicios de salud del mundo. Se refiere al conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados al paciente y a su familia fuera del medio hospitalario, coordinándolas con otros profesionales de salud si fuera necesario.

Este modelo garantiza al establecimiento de salud, un giro de cama oportuno, donde el rol profesional interdisciplinario es fundamental para que se resuelvan las necesidades de salud de las personas y de sus familias, antes de su egreso hospitalario, en el entorno familiar, en el grupo social y en la comunidad.

Las experiencias exitosas de países como Brasil, México, Chile, entre otros, demuestran que cada vez son más los hospitales que reconocen la importancia del momento de transición de la persona usuaria, del entorno hospitalario al ambulatorio. Con ello, aumentan los esfuerzos por identificar problemas en el proceso de salud y valorar posibles intervenciones para optimizarlo, e



implementar estrategias a fin de fomentar la continuidad en la atención de salud asistencial después del alta hospitalaria, de manera que sea posible cubrir las necesidades de la persona fuera del hospital, mejorar los aspectos psicodinámicos de la persona y la familia así como su grado de comodidad e intimidad.

En el marco de la gestión de casos en la comunidad, en las redes de atención sobresale la necesidad de ofrecer estrategias de abordaje a las personas en la con diferentes necesidades, donde la continuidad en la prestación de los servicios debe mantenerse en los tres niveles de atención, cuando se detectan problemas en los usuarios hospitalizados o en consulta externa que requieran continuidad de la atención para asegurar resolver una o varias necesidades y evitar los reingresos hospitalarios.

En Costa Rica los cambios en la pirámide poblacional muestran que la población está envejeciendo, en parte debido, a entornos más seguros y mejores tratamientos médicos, sin embargo; esto conlleva un ajuste y una mayor necesidad de los servicios sanitarios, especialmente cuando aparecen las consecuencias a largo plazo de estilos de vida poco saludables, con efectos, que requieren la orientación de la institución, a redireccionar las acciones por el incremento del gasto, o a establecer estrategias de atención que no lleven a las autoridades a la toma de decisiones que afecten a la población tales como la reducción de beneficios.

El programa de alta hospitalaria en Costa Rica, surge en el marco de la Política de calidad y seguridad del paciente aprobada por la Junta directiva en el Artículo 2º de la sesión 8139, celebrada el 22 de marzo de 2007 y las líneas de acción de la Gerencia Médica 2007-2012,.

Relacionado con ello se formuló el documento “Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario en la CCSS” en el año 2009, que incluye referentes conceptuales que permiten aclarar y unificar el punto de partida teórico de la propuesta del subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario que se presenta, que constituye una sugerencia para organizar e institucionalizar dicha atención y que se construye a partir de la evaluación de diferentes abordajes de la atención realizados por Enfermería o algunos equipos interdisciplinarios en el país.

Producto de ello, algunas estrategias que ya se realizaban en muchas unidades se mantuvieron tal como lo venían haciendo y otras se generaron a partir de la misma, de forma voluntaria, es así como en el HCG surge el modelo de alta hospitalaria que realizan las enfermeras apoyadas por la Dirección de Enfermería pero sin la integración de otras disciplinas, solamente con apoyo, tipo interconsultas para resolver oportunamente algunas situaciones de las personas antes de su egreso.

En el estudio se hace un análisis del impacto de estas acciones en la comunidad derivadas de un registro y un documento de referencia que las enfermeras del HCG direccionan hacia las áreas de salud, con la intención de realizar con cada persona en situación vulnerable o con diagnósticos de Enfermería no resueltos y que ameritan una continuidad en la gestión del cuidado. Este modelo de referencia se está ejecutando, para la población adscrita al HCG, se incluyen algunas comunidades de San José que son de la zona de atracción, Limón y Cartago.

Teniendo en cuenta que no existe actualmente en la institución una plataforma de servicio instaurada para cumplir con la etapa posterior al alta, que permita

solventar las necesidades de las personas a fin de evitarles complicaciones, con este estudio se pretende mostrar el impacto que han tenido las acciones realizadas en la Red Este de Costa Rica, partiendo de esta iniciativa para mantener una continuidad en la gestión del cuidado en red, desde el programa de alta hospitalaria, así como el soporte que se da en la comunidad por parte de las Áreas de Salud, con el fin de documentar la necesidad de implementar redireccionar, o fortalecer esta iniciativa por el beneficio de la población



# **Marco Teórico**





## 2. Marco Teórico

### 2.1. Enfermería, ciencia, disciplina y profesión

La disciplina de Enfermería, según el Consejo Internacional de Enfermería, se define así:

*La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.<sup>1</sup>*

El Consejo Internacional de Enfermería, como órgano mundial representante de la Enfermería, manifiesta que esta profesión es la responsable de brindar los cuidados a las personas y sus familias en todos los escenarios y con la oferta de promoción, prevención y rehabilitación, trabajando con personas en el proceso de salud-enfermedad. Esto hace que la disciplina sea considerada como protagonista en muchas de las acciones de los diferentes niveles de atención en los que se desarrollan funciones esenciales de carácter preventivo.

Kristen Swanson<sup>2</sup> plantea, en el año 1991, la “Teoría de los cuidados”. La autora concibe los cuidados como una forma de relacionarse con un ser apreciado hacia el que siente un compromiso y una responsabilidad personal.

Propone cinco procesos básicos: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de Enfermería.

El proceso de los conocimientos se refiere a las capacidades de la persona para dar cuidados. El segundo proceso (estar con) tiene que ver con las preocupaciones y los compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados; el tercero (hacer por) trata de las condiciones (enfermera, cliente y organización), que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados; el cuarto (posibilitar) son las acciones de los cuidados dados; finalmente, mantener las creencias, hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional.

La teoría apoya la idea de que los cuidados son un fenómeno importante de Enfermería, aunque esto no abarque necesariamente la totalidad del concepto de la práctica de Enfermería.<sup>2</sup>

La Enfermería como disciplina profesional tiene que ver con la existencia de un cuerpo propio de conocimiento de naturaleza aplicable que suministre las plataformas teóricas de la práctica, de manera tal que este conocimiento pueda ser comunicado, examinado y difundido. El desarrollo teórico conceptual se dará siempre que sea el pensamiento el que guíe la acción y se tienda a una evolución que cualifique de manera continua el quehacer profesional. El conocimiento de



enfermería es totalizante, se incorpora en el acto de cuidar la ciencia y la filosofía.<sup>3</sup>

De acuerdo a lo anterior, a través de prestar un servicio la enfermería comunica y aplica su conocimiento y allí mismo lo prueba, lo amplía y lo renueva, es decir, la Enfermería es una disciplina profesional.

Sin embargo es necesario que se lleve a cabo un proceso en sentido contrario, es decir, que a la vez se dé sentido a la acción y se genere un desarrollo teórico adecuado y continuo que dirija y cualifique la práctica.

Se puede afirmar entonces que los modelos conceptuales son un marco genérico de referencia que se articulan teniendo en cuenta otros niveles de teoría. En ellos se encuentran interpretaciones sobre los conceptos y las relaciones de interés para la disciplina tales como los de persona, salud, ambiente y enfermería (metaparadigma).<sup>3</sup>

El Colegio de Enfermeras de Costa Rica define la atención de Enfermería de la siguiente manera: “La intervención de enfermería es un valor central en la dimensión ética de la práctica de la profesión; constituye el fundamento de la ciencia humana de la enfermería, implica compromiso por parte del profesional en enfermería de proteger la dignidad y preservar la humanidad misma de la persona a quien se le presta servicios. La intervención de enfermería además incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y la intervención de enfermería y la rehabilitación. La enfermería está relacionada con la persona sana y enferma, independientemente de su edad, condición social, económica, cultural, religiosa y étnica. Los lugares donde se brindan los servicios de enfermería son todos aquellos establecimientos de salud

afines; también en viviendas, escuelas, colegios, entre otros lugares que requieran dichos servicios”.<sup>4</sup>

La Asociación de Enfermeras Norteamericanas (American Nursing Association - ANA-) definió ‘Enfermería’ como el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. Esta definición dio origen a la evidencia de Enfermería profesional, mediante las taxonomías, las intervenciones y el reforzamiento del concepto esencial de la disciplina en la salud de los individuos. Más recientemente, la ANA propuso que la Enfermería es la práctica, la promoción y la optimización de la salud y sus habilidades; además, declaró que previene la enfermedad y el daño, alivia el sufrimiento mediante el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y está al cuidado de los individuos, las familias, las comunidades y la población en general.<sup>5</sup>

La ciencia de Enfermería ha sido comprendida desde el desarrollo de conocimiento tradicionalmente científico-empírico, que trata de relacionar los hechos dentro de teorías. Desde esa perspectiva, varios teóricos iniciaron la construcción de teorías para entender el fenómeno de Enfermería. En los últimos tiempos, ha habido debates filosóficos y teóricos que han provocado un mayor interés en la búsqueda de la naturaleza del conocimiento de Enfermería y en definir si debe ser concebida como una ciencia básica, aplicada, y/o práctica.

El término Ciencia, según el diccionario Oxford, es un conjunto de conocimientos organizados sistemáticamente sobre algún tema. Ha sido utilizado como una actividad, como un proceso y como un producto.

La ciencia de Enfermería, particularmente, es el conocimiento sustantivo y abstracto del único fenómeno que le concierne, la naturaleza integral de los seres

humanos unitarios y sus ambientes.<sup>5</sup>

Como disciplina, la Enfermería centra su accionar en el cuidado de la salud del ser humano. El enfoque del profesional es el estudio de las respuestas del individuo o del grupo sobre un problema de salud, real o potencial, con la idea de favorecer su participación en las situaciones detectadas y, desde otra perspectiva, como complemento de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo, tanto en el área biopsicosocial como en la holística.

“La Enfermería como disciplina científica empieza a ser introducida en los años 1950, en EE.UU., con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como esta debía explicitar su propio conocimiento”.<sup>5</sup>

Una disciplina es una rama de instrucción o educación, o un departamento de aprendizaje del conocimiento. El término ‘disciplina’, como forma distintiva de ver un fenómeno, define los límites y la naturaleza de dicho fenómeno. “Enfermería está relacionada con la naturaleza y estructura del todo sobre el conocimiento humano”<sup>5(P.18)</sup>. Por tanto, pertenece a las disciplinas humanas.

“Una disciplina profesional, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. El núcleo se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular. Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa, y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería”.<sup>6</sup>

En las definiciones de Enfermería hay amplio acuerdo respecto a las

competencias que la enfermera/o debe reflejar en el desempeño de sus funciones y los estándares requeridos en el empleo, estas definiciones son:

- 1) Conocimiento, comprensión y juicio.
- 2) Una serie de habilidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales.
- 3) Una serie de características y actitudes personales.

De este modo, las competencias se definen como “un conjunto de comportamientos que incluye conocimientos, habilidades y los atributos personales que, en conjunto, son fundamentales para el logro de un trabajo exitoso”.<sup>7(P.82)</sup>

Las enfermeras, en su esencia, realizan la gestión del cuidado de las personas, esto requiere no solamente competencias mejoradas sino habilidades y destrezas que les permitan identificar las necesidades propias del ser humano. Para ello, deben realizar “algunas tareas clave como: planificación, programación, gestión de los servicios, coordinación, trabajo en equipo, negociación, manejo de insumos, supervisión, capacitación y selección de personal. Los conocimientos requeridos como: sistema de salud, sus normativas legales, metas sanitarias y financiamiento; salud pública, control de gestión, manejo de conflictos, toma de decisiones y priorización de problemas. Finalmente identifican algunas cualidades indispensables en una enfermera/o como: compromiso, responsabilidad, asertividad, empatía, perseverancia, resiliencia, proactividad y liderazgo”.<sup>7</sup>

Sin embargo, independientemente de estas concepciones, las instituciones hospitalarias, que mayoritariamente utilizan un modelo biomédico y curativo,

reducen lo humano a lo biológico y alejan la visión humanista y holística del trabajo de los profesionales de salud. La Enfermería tiene diferencias importantes en el hacer; precisamente, las respuestas humanas y de calidad en la valoración de la persona son el éxito del abordaje de los individuos en los diferentes escenarios.

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema; de esta forma, el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédico quedando relegadas algunas acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y la familia en forma cercana denominado por Watson: cuidado transpersonal”.<sup>8</sup>

El contacto persona-persona en una relación de cuidado es fundamental. Esta interacción favorece de modo positivo la relación enfermera-persona, de modo que ambos puedan discutir y analizar el plan de cuidados elaborado por la profesional y se logre así una mejor respuesta, donde la familia debe involucrarse en todos los casos posibles, para dar mayor apoyo en la ejecución de acciones en el domicilio.

En esta integración de la Enfermería como disciplina, ciencia y profesión es menester que estos profesionales en los tres niveles de atención sean conscientes de su rol defensor y participativo en la comunidad.

En el primer nivel, estos profesionales deben movilizar a las organizaciones desde la participación social para que sean las mismas comunidades, mediante estas organizaciones, las que se empoderen en la resolución de sus problemas y trabajar de la mano con las instancias oficiales, en la solución de las necesidades de carácter sanitario.

Teniendo en cuenta que las “interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, determinan el grado de desarrollo integral de la persona. Mientras tanto, la coordinación y la organización de los aportes de los múltiples factores relacionados con el estilo de vida, las condiciones de vida y el modo de vida, se vinculan directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones”.<sup>9</sup>

## **2.2. Cuidado de enfermería**

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana; es el centro de la reflexión; el objeto del conocimiento, del ser, del saber y del hacer en Enfermería. En su evolución histórica, el cuidado en enfermería ha orientado a la disciplina hacia procesos científicos, humanistas, con pluralidad cultural y de respeto a la dignidad humana.

Enfermería es la disciplina por excelencia que realiza intervenciones y acciones sobre el cuidado de las personas, la familia y los grupos sociales. Es la llamada a ayudar a la persona a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento sobre sí misma. Esto le otorga a la Enfermería, ser visible a los usuarios, diferenciarse de otros profesionales y entregar cuidados con autonomía, desde una visión integral y transformadora.<sup>10</sup> (P. 369)

Los modelos y teorías de Enfermería contribuyen a fortalecer la práctica clínica, la investigación, la formación, y el desarrollo mismo de la profesión. Dos de las teorías estudiadas para esta investigación se fundamentan en una visión humanista del cuidado. Watson,<sup>10</sup> refiere que el cuidado es para la Enfermería su razón moral y su esencia, agrega que no es un procedimiento o una acción,

sino que se trata de un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y la persona.

Madeleine Leininger, por su parte, mediante la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados, trata de clarificar y conceptualizar la noción del cuidado. Se pretende que el profesional de Enfermería brinde cuidados universales humanizados y que, dentro de la prestación de los servicios bajo un modelo de continuidad en la atención, el cuidado sea eficiente y culturalmente congruente con la realidad de la persona. Según ella, este es el dominio central del cuerpo del conocimiento y las prácticas de enfermería. La autora comprende la prestación del cuidado humano como “los fenómenos abstractos concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, de apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar la discapacidad o la muerte. Además indica que para que el cuidado de Enfermería culturalmente sea eficiente y congruente deben ser identificadas y comprendidas las diferencias y semejanzas en las personas para poder asistirlos”.<sup>10</sup>

El cuidado es universal, pero las acciones, las expresiones, los patrones, los estilos de vida y los significados del cuidado pueden ser diferentes; el conocimiento de la diversidad cultural es esencial en la Enfermería para proporcionar los cuidados adecuados a usuarios, familias y comunidades. Cuando se habla de diversidad de los cuidados culturales, se alude a la variación y a la diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos

humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.<sup>11</sup>

El fondo cultural del individuo comprende primordialmente sus normas internas de comportamiento y los valores o las actitudes compartidos con su comunidad. Las normas de un grupo determinado, sin embargo, no están claramente definidas ni expresadas y varían entre los diferentes miembros del grupo. Muchos miembros de un grupo determinado no se ajustan a las conductas y normas, mientras que otros presuponen que todos los miembros de la comunidad comparten los mismos comportamientos, valores y actitudes.

“Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura. La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos. La segunda razón, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, tercero el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo. Cuarto, la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería”.<sup>11</sup>



Para la profesión enfermera, el cuidado como esencia de la misma le exige que mantenga límites y parámetros que le permitan dentro de una visión integradora brindar la ayuda y el apoyo necesario a las personas y desde un eje continuo, porque no se puede estabilizar en un establecimiento de salud y luego verlo irse sin preocuparse de que va a pasar con la persona cuando esté en su domicilio, es decir dando especial importancia en la atención a la continuidad y analizándola desde la perspectiva de la responsabilidad enfermera.

“Para que un profesional de Enfermería pueda proporcionar asistencia a un usuario con un fondo cultural o étnico distinto del propio, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz. El perfil demográfico está cambiando rápidamente y la necesidad de conciencia y comprensión interculturales está aumentando de manera drástica’. Puesto que la enfermera trata con los pacientes de manera personal, debe interaccionar y relacionarse con todo tipo de personas; esto ocurre en una atención domiciliar donde se involucra con el entorno propio individual y personal de cada uno de los usuarios. La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de las personas usuarias”.<sup>11</sup>

“El cuidado es un constructo, utilizado a diario por los profesionales de enfermería en sus distintos ámbitos del desempeño. Muchos autores lo señalan como la razón de ser de enfermería, la esencia de la profesión”.<sup>12</sup>

“Cuidar, es velar por la autonomía del otro, esto significa que, al ejercer cuidado, no se debe colonizar al otro es decir, se debe hacer todo lo posible para que la persona que recibe cuidado pueda expresarse y participar en ellos, independientemente de la opinión del cuidador. Sin embargo, el sujeto cuidador

tampoco debe convertirse en un sujeto pasivo y neutro que se limita a satisfacer necesidades; también tiene derecho a obrar de forma autónoma”.<sup>10</sup>

Esta afirmación hace que la Enfermería se centre en una visión más integral con un enfoque transcultural para brindar un cuidado de mayor calidad, más eficaz y humanista centrado totalmente en la persona que tiene un dolor o una necesidad. De este modo, la disciplina se puede distinguir de otras disciplinas, en el sentido de que da respuesta a la enfermedad o al padecimiento, no como un mero protocolo sino de forma personal y humana para que el resultado sea siempre satisfactorio para la persona usuaria y la familia.

Realizar un procedimiento con altos estándares de calidad, es otra manera de cuidar con respeto, pero según los mismos usuarios el hacerlo bien no es tan importante para ellos como hacerlo con entrega y empatía.

El enfoque biomédico y curativo tiene una base analítica, empírica y experimental, y reduce lo humano a lo biológico, el ser humano es una enfermedad u objeto de estudio.

En cambio, “el cuidado que es de origen ancestral, ve al sujeto como enfermo-sujeto, antes que como enfermedad-objeto, lo que permite que el sufrimiento pueda ser aliviado y no se oculte en la profundidad biológica del organismo. Los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, por lo cual Enfermería se fundamenta en una visión holística, biopsicosocial, centrándose en las respuestas a los procesos mórbidos y de salud”.<sup>8</sup>

Esta diferencia se da porque la enfermera hace una valoración integral de la persona como tal, como sujeto, contemplando las necesidades y respuestas humanas, de forma que el cuidado que brinde sea humanizado, con una visión

más profunda que va más allá de lo técnico y lo rutinario, porque integra emociones y sentimientos.

La gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la Enfermería, se debe gestionar para cuidar, pero no existir solo para gestionar. La enfermera en un servicio de salud debe comprender que la valoración integral que ella realiza a la persona, le permite identificar todas las necesidades de forma humanitaria. El cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Si otorgar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud se puede conceptualizar el cuidado de enfermería como el “conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio técnico-científico orientado a comprender a la persona usuaria”.<sup>8</sup>

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones (física, mental y social), y la enfermera planifica y evalúa sus acciones por medio de las necesidades no satisfechas. La persona es un todo formado por la suma de sus partes, las cuales se interrelacionan. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interrelación dinámica. El entorno está constituido por diversos contextos en los que la persona vive.

Otra de las teorías que se relacionan con la propuesta es la de Jean Watson<sup>8(P501)</sup> para quien, el interés de la Enfermería reside en comprender la salud como la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científica relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, estableciendo la Enfermería como la interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida. Esta teoría subraya el cuidado centrado en la persona y las acciones de cuidado en su entorno, dentro de una relación cercana enfermera paciente.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo.<sup>8</sup>

Según Watson, el interés de la Enfermería reside en comprender la salud así como la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, el autor intenta definir un resultado de actividad científica relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, estableciendo la enfermería como una interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida. Con estos supuestos y factores ha elaborado su teoría y definido los conceptos metaparadigmáticos y paradigmáticos de la siguiente manera:

Salud: Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es

único y libre de tomar decisiones. Un ser integral con capacidad y poder para participar en la planeación y la ejecución de su cuidado, al que situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta.

Entorno: Espacio de la curación, Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, algo cicatrizante. Una habitación que resulte la realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado los cuales acotan la percepción que los factores socioculturales afectan sobre todas las necesidades en relación a todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población.

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la Enfermería debe sostenerse sobre un sistema de valores humanísticos que debe cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. El autor dice que “la Enfermería es un arte cuando la enfermera comprende los sentimientos del otro y es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona”.<sup>12</sup>

A lo largo de la vida profesional, es necesario reflexionar sobre la disciplina y el cuidado como una gestión necesaria que lleva a satisfacer y complementar las

necesidades de la otra persona, Watson es uno de los teóricos que desarrolla la humanización de los cuidados como el factor fundamental de la disciplina, considerando que ni la tecnología ni los mayores avances deben apartar a este profesional de este objetivo fundamental de la Enfermería.

Watson expone dentro de los diez factores caritativos del cuidado aspectos relevantes a destacar que inciden en el hacer de la Enfermería, como parte de la gestión del cuidado y que requieren desarrollarse, entre algunos, se destacan los siguientes:

Asumir que el 'día a día' de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo que hay que lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, con la idea de ser mejores personas y mejores seres humanos. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. Por esto, un usuario no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía.

Entre otros factores, hay que considerar la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto, también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana. Es importante tener en cuenta las influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales,

permite que les ayude a mantener la fe en ellos mismos y contribuye a la sanación o mantenimiento de la salud.

“El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros”. Para Watson, el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional en lo relativo a este ámbito, lo que implica que las personas tiendan a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando estos no sean positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros”.<sup>13</sup>

El desarrollo de una relación de ayuda y confianza. Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida a la promoción y la aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario sensibilidad, apertura y altruismo, pero también congruencia, que, a su vez, tiene que ver con honestidad, percepción de realidad y apego a la verdad.

Otro de los aspectos a destacar es el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con decisión a todas las situaciones enfermeras. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para poder enfrentarse a situaciones nuevas. El mal uso de los

formatos impide visualizar la profundidad del fondo cuando se realizan mecánicamente. Esto es relevante pues, en último término, es lo que distingue a un técnico de un profesional. El proceso de enfermería es un instrumento que aún se utiliza y que está abocado a diagnosticar las necesidades de las personas y a programar las acciones para dar solución. Asimismo la evaluación de estas acciones se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado en la persona, sino en la patología. Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con autopercepción de sacrificio y sumisión, se puede desembocar en una posición rígida, autocontrolada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica.<sup>13 (P17.)</sup>

Cabe agregar que el cuidado es la esencia de la Enfermería y debe estar constituido por acciones de carácter científico, transpersonales e intersubjetivas realizadas de forma integral para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a encontrar un significado a su enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia, además de ayudar a otros a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Proceso que permite realizar una valoración integral, así como establecer un contacto estrecho con la persona, definir el plan de intervención y las acciones a seguir en la atención de estos individuos.

“La entrega de cuidados profesionales de enfermería es un acto de completa realización. Implica preocuparse por conocer a la persona que recibirá los cuidados”.



La profesión se mira como una vocación de servicio que ayuda al otro con conocimiento. No está únicamente orientada hacia el cumplimiento de las indicaciones de orden médico, sino que ha de estar al tanto de las necesidades de la persona, de su entorno, cultura y valores. En definitiva, implica un abordaje integral de la persona, por parte del profesional enfermero, con altos estándares de calidad, humanización, seguridad, eficiencia y eficacia.

“Watson acota que los factores socioculturales afectan a todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades”.<sup>13</sup>

La Enfermería debe entenderse y comprender que ha seguido más a la ciencia médica y, por ende, a la enfermedad y a lo que es curar. Aunque seguiremos conviviendo con todo esto, las enfermeras/os deben empezar a valorar los cuidados como algo mucho más apreciado que la complementariedad a la medicina, al otorgarles representación y visibilización en la práctica.<sup>13(P19)</sup>

La Enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida. Eso pretenden los esfuerzos y el trabajo que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado: la persona, la familia y la comunidad en las diferentes modalidades de atención que se deben desarrollar y fortalecer y en las que el humanismo es un elemento básico, porque las personas que se asumen podrían ser personas y familias de escasos recursos, con grandes necesidades que pueden atenderse en su domicilio y evitando así que se saturen otros niveles de atención por situaciones de fácil manejo.

Cabe mencionar en el desarrollo del tema del cuidado que el profesional de Enfermería, debe estar dirigido como parte de su esencia hacia “el cuidado centrado en la persona” tal como lo menciona el Lic. Hernán Luque<sup>14</sup>, ex asesor de la OPS en Costa Rica. La atención, centrada en la persona favorece la prevención y el control de las enfermedades y está caracterizada por:

- Garantizar el acceso y mantener la gestión de los cuidados centrado en la persona.
- Fortalecer la participación de la persona en los cuidados
- Respetar los valores, las preferencias y las necesidades de las personas y apoyarlas en el manejo de su ansiedad y temor.

Con la atención centrada en la persona se pretende ejercer un cuidado que permita dar respuestas a todas las dudas de los usuarios así como facilitar los apoyos a la persona, la familia y la comunidad en las necesidades, permitiendo fortalecer la calidad de vida de los mismos, sobre todo, cuando existen situaciones de dependencia.

### **2.3. Continuidad en la gestión de los cuidados**

“Es relevante la visión y la orientación desde las premisas de que no hay un único modelo de gestión para facilitar la continuidad asistencial. Se considera que es imprescindible el cambio de cultura de las organizaciones y que esto da lugar a transformaciones a largo plazo con un necesario entorno de apoyo y posicionamiento desde el ámbito de las políticas sanitarias”.<sup>15</sup>

“El punto de partida es la ordenación del trabajo a realizar mediante el establecimiento de rutas y procesos asistenciales integrados basados en el consenso de los profesionales implicados y en la mejor evidencia disponible, la

comunicación, su factibilidad y el profesionalismo, contemplando las buenas prácticas y aquellos modelos que han funcionado. Se trata de prestar la atención necesaria por el ámbito asistencial y profesional más adecuado, optimizando la gestión de los recursos y disminuyendo la variabilidad. Este diseño supone definir 'donde', 'quien' y 'como' se realiza una actividad en relación a una patología o problema de salud determinado. Además la definición de un sistema de acceso único para pacientes con determinado perfil de complejidad, permite en modelos integrados, facilitar el recurso adecuado a la necesidad planteada".<sup>15</sup>

El enfoque de la continuidad en la gestión de los cuidados como parte del proceso de atención domiciliar, permite de manera organizada direccionar la atención a las personas que son portadores de problemas de salud priorizados y gestionados en coordinación con los tres niveles de atención y el apoyo de las diferentes disciplinas cuando así se requiera. Pero de igual manera, se debe capacitar a los profesionales a cargo de la gestión, lograr el desarrollo de cualidades fundamentales como el liderazgo, la actitud y la sensibilización para que la atención sea una alternativa de calidad y humanismo, apoyada siempre por el Equipo Básico de Atención Integral, suponiendo, de esta forma, el recurso humano que forma parte de este equipo así como del liderazgo que debe tener el proceso para que las personas se sensibilicen sobre la importancia de la autogestión y el autocuidado de su salud. Es evidente que la gestión organizada de los casos es lo que permite un seguimiento continuo y de calidad.

En la hospitalización, la gestión de cuidados es un proceso muy complejo y, la mayoría de las veces la responsabilidad recae en la enfermera. Puede referirse a una hospitalización domiciliaria o a una hospitalización de larga estancia donde el profesional encargado organizará los recursos disponibles. En todos estos casos

dichos profesionales tienen responsabilidad y autonomía en la organización de los cuidados, siendo el equipo de salud el que determina la 'intensidad' requerida, para un usuario concreto, por ejemplo, al indicar una hospitalización, un procedimiento o una terapia específica.

No hay que olvidar que no son las camas las 'complejas', 'intermedias' o 'básicas', sino que son las personas, quienes en un determinado momento, requerirán de cuidados diferenciados y es la organización la que debe girar en torno a la satisfacción eficaz y eficiente de dichas necesidades de soporte.

Es una realidad en el ámbito sanitario que la conexión de la atención se hace cada vez más difícil cuando los pacientes reciben servicios de diferentes niveles de atención.

Algunos informes de políticas sanitarias de diferentes países instan a un esfuerzo concertado para evitar la fragmentación y mejorar, así, la continuidad asistencial (CA), aunque los esfuerzos para describir el problema o formular soluciones se ven obstaculizados debido a las dificultades en la definición y medición del concepto de continuidad.<sup>15</sup>

Este concepto se explicita en definiciones que han sido heterogéneas a lo largo del tiempo, englobando diferentes aspectos. Parece existir un consenso claro en la necesidad de la presencia de dos atributos: inclusión de la experiencia del paciente y atención continua en el tiempo (continuidad longitudinal). Ambos elementos deben estar presentes para que exista continuidad, aunque no es el único requisito. La continuidad es una necesidad que surge en un sistema sanitario que tiene que asegurar la calidad y la seguridad en la atención y que hace frente al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas.<sup>15</sup>

Los países en general, independientemente de los sistemas de servicios de salud y de las múltiples definiciones que en cada ámbito se puedan establecer, se preocupan por evitar la fragmentación de la asistencia sanitaria durante la enfermedad, y asumen como una necesidad cada vez más imperiosa la experiencia de la continuidad desde el punto de vista del usuario. Consideran que para el paciente es fundamental identificar un profesional de referencia que le dé apoyo en el sistema y que coordine su atención durante el tiempo que dure el proceso y, si intervienen diferentes servicios que su participación sea lo más coordinada y sinérgica posible.

El enfoque de la continuidad en otros países europeos se basa en la forma como se articulen los niveles de atención primaria y especializada. Países como Portugal, Finlandia, Noruega, Holanda, Dinamarca, Irlanda, o el Reino Unido, que al igual que España plantean la Atención Primaria como la base que sustenta el sistema sanitario y como el eje integrador de los procesos asistenciales. La AP asume el papel de puerta de entrada y filtro del sistema: en este ámbito se centralizan las historias de los pacientes y es el lugar a partir del cual se integran los servicios.<sup>15</sup>

Para países, en vías de desarrollo como Costa Rica, con un sistema de servicios de salud, que presenta algunas debilidades en la prestación de los servicios en el primer nivel de atención se deben desarrollar modalidades para remediar situaciones de salud en las personas como las que se resuelven en los países europeos. Sin embargo, debido a la poca disponibilidad de recursos, se convierte en un reto para todas las disciplinas pero especialmente para Enfermería como responsable de la continuidad del cuidado en la gestión de los casos, con el

apoyo de los diferentes profesionales y con los miembros del equipo de apoyo y las enfermeras que trabajan en la comunidad.

Un aspecto a tomar en cuenta cuando se habla de cuidado es considerar aquello que aleja a la “enfermería del cuidado humanizado”, uno de ellos es el tecnologicismo, es decir, la relevancia entregada por los profesionales de enfermería a las técnicas, los procedimientos y las supervisiones u otros aspectos relevantes e importantes de su quehacer, pero que no reemplazan la entrega y el cariño hacia los pacientes. Estos dos aspectos deben ser complementarios y no contrarios.

El realizar un procedimiento con altos estándares de calidad, es otra manera de cuidar con respeto, pero según los mismos usuarios el hacerlo bien no es tan importante para ellos como hacerlo con entrega y empatía.<sup>16</sup>

Las enfermeras, al prestar cuidados, deben centrar su atención en la persona, en el individuo como un ser holístico. Por ello, no solo han de prestar atención a lo biológico sino también a la observación y a escuchar de manera atenta. Esto constituye la fase inicial de la comunicación, siempre considerando los derechos de la persona durante su cuidado, con el respeto y el sentido humanitario que fomenta la confianza, la compañía y la ayuda espiritual. Por tanto, esto le permite un acercamiento que favorece el conocimiento de esa persona en cualquiera de los escenarios en los que se desenvuelva.<sup>17</sup>

Se propone para mantener una continuidad en la gestión del cuidado de enfermería, la coordinación entre los diferentes establecimientos, para hacer una buena gestión de los casos en la comunidad. Lo anterior, forma parte de una estrategia mediante la cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorean y evalúan las opciones y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades

de salud de la persona de manera continuada, articulando la comunicación y los recursos disponibles a fin de promover resultados costo-efectivos y de calidad.

En el marco de la gestión de casos en la comunidad, en las redes de atención, sobresale la necesidad de ofrecer estrategias de abordaje a las personas con diferentes necesidades. En tales casos, la continuidad en la prestación de los servicios debe mantenerse en los tres niveles de atención cuando se detectan problemas en los usuarios hospitalizados o en consulta externa a fin de evitar reingresos injustificados, usando, por tanto, los modelos incipientes de algunas regiones, tal es el caso del Hospital de Día que se desarrolla en el Hospital Dr. Tony Facio de Limón.

Para ello, la “gestión del cuidado” como proceso sustantivo de Enfermería, resalta como estrategia de seguimiento y control en las diferentes redes, el enfoque de la persona, la familia y la comunidad, como un complemento a las modalidades de atención existentes en la CCSS.

#### **2.4. Gestión de los casos**

El modelo de gestión de casos es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, los recursos, los servicios y los profesionales. La enfermera es líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el autocuidado. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema. Las funciones que lleva a cabo son la atención y la provisión de cuidados a la persona y cuidador/a, planificación, coordinación y activación de recursos, apoyo, facilitación y

promoción, participación, formación, información y educación para la salud, investigación y evaluación.

En la gestión de casos, el profesional de enfermería utiliza el proceso enfermero como método sistemático, dinámico, que tiene una base teórica para brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Es humanista porque mientras planificamos y ofrecemos los cuidados, debemos considerar los intereses, los ideales y los deseos íntimos del usuario, de la familia y/o la comunidad.<sup>18</sup>

En este proceso, los enfermeros valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorean y evalúan las opciones y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos en los tres niveles de atención de manera que se mantenga una continuidad en la gestión de los cuidados de las personas.

La enfermera gestora de casos utiliza un lenguaje común que es la metodología enfermera. La manera de llegar al diagnóstico enfermero adecuado es contar con colaboración del paciente y la familia. Una enfermera que conoce a la persona en todo su contexto biopsicosocial puede facilitar decisiones conjuntas con otros profesionales a la hora de planificar unos cuidados.<sup>18</sup>

El propósito primordial es detectar situaciones de riesgo en las personas, para definir la necesidad de la utilización de los servicios comunitarios y brindar acceso en el momento adecuado e información sobre recursos sociosanitarios disponibles y/o activarlos. También el gestor de casos ayuda en la toma de decisiones informada a pacientes y cuidadores y facilita la integración de servicios múltiples, realiza la adecuada distribución de los recursos, para



asegurar la provisión y la continuidad de todos los cuidados y tratamientos de forma planificada, coordinada y consistente por los profesionales que prestan sus servicios a lo largo del sistema y en el período de tiempo requerido.

Por todo lo anterior, se debe considerar la gestión de casos como un método que trae aparejado muchos beneficios tanto para el paciente como para el sistema sanitario desde todos los puntos de vista: probable disminución de costos, desarrollo adecuado de las actividades de enfermería, incremento del bienestar de las personas y su entorno, promoción de la integración de las distintas áreas del sistema de salud en pos del beneficio del usuario y la sociedad (planteamiento interdisciplinario).

Esto denota el crecimiento de la Enfermería a lo largo de su historia, pese a que aún hay muchos aspectos que pulir y en los cuales habría que seguir trabajando.

Pero, a pesar de considerar que se están logrando cambios estructurales muy importantes a nivel profesión y que a su vez, benefician a la sociedad como un todo, creo que estos serían mucho mayores si los enfermeros, asumieran estos cambios, como roles que son inherentes a las tareas propias de la profesión con las diferentes competencias que se requieren para el adecuado desempeño de las mismas.

Los profesionales responsables deben definir en qué tipo de usuarios, se puede realizar este tipo de gestión así como establecer la coordinación entre los profesionales para una mejor resolución de las situaciones.

El núcleo de la intervención de la gestión de casos consiste en la capacidad de situar al paciente “cerca” de los recursos que necesita y garantizar una adecuada coordinación de los mismos cuando la complejidad de su situación requiere una diversidad de actores e intervenciones.

La Enfermera Gestora de Casos en el hospital facilita la coordinación entre los diferentes profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral de la salud de la población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio.<sup>19</sup>

Debido a esto, en el sistema de servicios de salud actual, se requiere establecer paulatinamente un modelo de alta hospitalaria en las unidades que involucre al profesional de Enfermería para que con su visión integradora sea el que realice la gestión de los casos desde los tres niveles de atención que permitan una mejor utilización de los recursos, favoreciendo la continuidad y la solución de las necesidades de las personas de forma interdisciplinaria, con poblaciones vulnerables previamente definidas, teniendo en cuenta las limitaciones económicas que pueda tener el sistema direccionado por las autoridades técnicas para que su organización y seguimiento permitan valorar los resultados del mismo.

La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la enfermera trabaja para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidador/a.<sup>19</sup>

Las enfermeras/os gestoras/es de casos, implicadas en el cuidado de pacientes crónicos complejos, han demostrado actuaciones costo-efectivas y resolutivas para un sistema de salud que necesita eficiencia y sostenibilidad, mejorando los resultados en la detección de poblaciones vulnerables (sobre todo en los casos que permanecían “ocultas” a los servicios de salud o que emergían en otros niveles de atención inadecuados para su problema), así como en la coordinación, la diversificación y la participación multiprofesional en el domicilio y la concurrencia de recursos armonizados. La actuación de las enfermeras/os gestoras/es de casos, favorece la intervención de otros profesionales en los procesos de atención que así lo requieran. El modelo ofrece un recurso adicional en la racionalización de la demanda y la frecuentación a los centros de salud, en tanto que disminuye la frecuencia a los centros de las personas que cuidan y de los paciente.<sup>20</sup>

A través de la gerencia de casos en Enfermería, se equilibra la economía con la calidad del cuidado. Los enfermeras/os son indicados para gerentes de caso debido a su fuerza y conocimiento clínico, habilidad para ofrecer cuidado holístico y su intervención a favor del paciente.

Gerencia o gestión, cual término decidir, según sus bases teóricas gerencia o gestión, están en función del enfoque más o menos directivo que se adopte en el uso de este método de intervención, ya que, como veremos más adelante, no hay una única manera de ‘hacer’ gestión de casos, y las diversas experiencias llevadas a cabo hasta el momento varían, principalmente según el grupo poblacional en el que se apliquen. De hecho, la gestión de casos se ha llevado a

cabo con prácticamente todos los 'colectivos' que suelen ser destinatarios de intervenciones.<sup>21</sup>

Sin embargo, no se debe caer en la confusión de usar la gestión de cuidados como un sinónimo de la gestión de casos. Puesto que la última se diseñó pensando en la necesidad de evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costos, desanimando al usuario respecto al uso de servicios sanitarios no necesarios; mientras que la gestión de cuidados, es obtener el tratamiento más apropiado para el usuario, mediante el uso eficiente de los recursos disponibles.

La gestión de casos consiste en el desarrollo secuencial de las siguientes tareas:

- Definición del ámbito: Es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar y reclutar a los clientes más adecuados. Ello requiere una definición precisa de la población diana que asegure la adecuación de los perfiles de usuario y evite el uso inadecuado de los recursos.
- Filtrado y toma de contacto con los potenciales clientes, con una valoración inicial de las circunstancias de estos, para determinar su eventual elegibilidad según la definición de población diana adoptada.
- Valoración integral: Se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de casos. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales. Suele implicar el uso de instrumentos estandarizados de valoración y puede tener tres enfoques: sobre los problemas, sobre las necesidades o sobre las fortalezas.

- **Planificación del caso:** Es el proceso mediante el cual la información recogida durante el proceso de valoración se toma como base para recomendar un 'paquete' de servicios. Sirve como proceso de asignación de recursos por medio del cual se prescriben determinados servicios para un cliente. Normalmente, el modelo de financiación del programa perfila la naturaleza del proceso de planificación del caso, y existe el riesgo, que debe ser tenido en cuenta, de enfocar la planificación en función de los servicios disponibles, y no en función de las necesidades del usuario y su plan de atención adecuado. En este sentido, el gestor de casos ha de ser lo más creativo posible y buscar las alternativas que mejor se adecúen al perfil del cliente, procurando lidiar con la estandarización de los servicios, propia de los sistemas burocráticos.
- **Implementación del plan y concertación de servicios:** Es el proceso mediante el cual se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios. Normalmente, implica negociaciones con los proveedores de los distintos servicios. De hecho, no es posible implementar con éxito el plan de atención si la comunidad no tiene suficiente oferta de servicios, cuestión que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar el plan. Una función que algunos autores añaden, complementaria a esta, es la de defensa de los intereses del cliente frente a los proveedores de servicios para obtener los servicios adecuados y frente a la organización burocrática, para que ponga en marcha los servicios necesarios.

- Seguimiento: Es una de las tareas fundamentales de la gestión de casos, que permite al gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del cliente y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del cliente, su previsible cronicidad y del tipo de servicio que se está dispensando. El grado de reacción a los cambios en las necesidades del cliente puede tener un fuerte impacto en el coste de los servicios.
- Revaloración: Puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. En ella se revisan la situación del cliente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. Las revaloraciones prefijadas sirven también para verificar los avances de los clientes hacia las metas establecidas en el plan.<sup>21</sup>

Lo anterior indica que una gestión de casos debe ser un proceso organizado, protocolizado, que permita realizar las acciones de manera planificada y que tenga resultados con la población atendida, de ahí, la importancia de la capacitación de los profesionales que participan en el proceso, aspecto que debe realizarse en las tres redes del país.

Objetivos de la gestión de casos, relacionados con la persona y con el sistema:

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de esa persona de forma específica.
- Supervisar las condiciones de la persona para garantizar la adecuación de los servicios.

- Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del cliente.
- Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.
- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles a la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- Controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes<sup>21</sup>

En la gestión de casos también es importante resaltar la necesidad de cumplir con algunas acciones fundamentales, entre ellas: la definición del ámbito, definición precisa de la población diana que cumpla con los perfiles de usuario establecido y utilice adecuadamente los recursos.

Lo anotado anteriormente es proceso de atención de Enfermería en su naturaleza pura, el profesional de Enfermería en su formación básica recibe los conocimientos para realizar una adecuada gestión de los casos; sin embargo, es claro que este abordaje requiere de conocimientos para la toma de decisiones,

tiempo y por ende mayores recursos para los seguimientos apropiados que eviten que las personas sean institucionalizadas dado que los costos siempre son mayores.

## **2.5. Alta Hospitalaria**

Uno de los retos de los sistemas de salud o de los servicios de salud en muchos países de América Latina ha sido y es poder ofrecer a los ciudadanos una oferta integrada e integral de servicios, no solamente en los centros hospitalarios, sino en otros ámbitos como el domicilio y la comunidad, así como evitar al máximo la fragmentación que percibe el ciudadano entre los diversos niveles asistenciales.

Los principios generales de las reformas sectoriales, a saber, equidad, calidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad y participación social; no podrán alcanzarse sin el compromiso y la participación del recurso humano. El personal de Enfermería tiene un papel protagonista por su cercanía y permanencia en la asistencia a las personas usuarias de los servicios de salud y con las vivencias individuales y colectivas de la gente frente a sus procesos vitales.

“Las medidas introducidas por las reformas de los sistemas de salud buscan eficiencia, calidad, universalidad y equidad en los servicios ofrecidos, pero la racionalización de los servicios no significa un cambio automático de los modelos de atención a la salud de individuos y colectivos, porque eso requiere transformación en sus fundamentos medulares”.<sup>22</sup>

Bajo este concepto los sistemas o servicios de salud difícilmente logran los objetivos porque se desgastan en grandes inversiones de curación por una parte



y por otra, en poca inversión en promoción y prevención de la enfermedad al considerar que la atención en primer nivel es de escasa trascendencia.

“En la práctica los modelos de atención no están centrados en los usuarios de los sistemas y en sus demandas, sino que se enfocan en la recuperación de la enfermedad, desde una mirada excesivamente medicalizada y bajo las presiones de la industria de la salud por generar mayor consumo de tecnología. En los sistemas de salud el poder reside en el interior de los hospitales donde los procesos de asistencia médica están fragmentados al interior de los propios establecimientos y no integrados con otros niveles de atención, lo que genera pérdida de continuidad, de calidad y de economías de escala”.<sup>23</sup>

En la búsqueda de esos modelos de eficiencia, surgen modalidades de atención que benefician a las personas y que obligan a las instituciones de salud a implementarlas: entre ellas son, el alta hospitalaria, la atención domiciliar, el hospital domiciliario y el hospital de día, entre otros.

El programa de alta hospitalaria (AH) es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios o servicios de salud del mundo. Se refiere al conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados al paciente y a su familia fuera del medio hospitalario, coordinándolas con otros profesionales sanitarios si fuera necesario.

El proceso culmina cuando un paciente que ha estado previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada en el centro.<sup>24</sup>

Este modelo garantiza al establecimiento de salud, un giro de cama oportuno, donde el rol profesional interdisciplinario es fundamental para que se resuelvan las necesidades de salud de las personas y de sus familias, antes de su egreso hospitalario, en el entorno familiar, en el grupo social y en la comunidad.

Las experiencias exitosas de países como Brasil, México, Chile, entre otros, demuestran que cada vez son más los hospitales que reconocen la importancia del momento de transición de la persona usuaria, del entorno hospitalario al ambulatorio. Con ello, aumentan los esfuerzos por identificar problemas en el proceso de salud y valorar posibles intervenciones para optimizarlo, e implementar estrategias a fin de fomentar la continuidad en la atención de salud asistencial después del alta hospitalaria, de manera que sea posible cubrir las necesidades de la persona fuera del hospital, mejorar los aspectos psicodinámicos de la persona y la familia así como su grado de comodidad e intimidad.

Según los estudios de Coleman<sup>24</sup> en su ensayo controlado “Intervención en la transición de la atención” determinó “que los pacientes con necesidades de atención complejas que requieren asistencia en los diferentes centros de atención de la salud, son vulnerables a experimentar serios problemas de salud por mala calidad en la atención. No obstante encontró que el hecho de poner en marcha en el momento de la transición un programa estructurado de cuidados centrado en el entrenamiento personal de cada paciente, disminuía las tasas de reingreso a los 30 y 60 días tras el AH”.

El proceso de planificación en el programa de AH permite al profesional de Enfermería y al equipo de trabajo que el PAE se encamine a solventar a lo largo de la hospitalización, las deficiencias que se vayan detectando para que, de esta

forma, se asegure que el alta se realiza en el momento oportuno y con calidad para la persona usuaria.

Existen diferencias de unos países a otros, así por ejemplo, “a pesar de las ventajas que a priori ofrece la planificación del AH, en algunas regiones de España este proceso sigue siendo heterogéneo en su desarrollo y aplicación, en función del tipo de organización en donde se produzca, de las diferentes especialidades médicas que lo realizan y del tipo de pacientes a quienes afecte. En otros países, como en EE. UU, se trata de una función ‘por mandato legal’, mientras que en Hong Kong la planificación del alta se lleva a cabo de forma fragmentada y carente de coordinación”.<sup>25</sup>

Comúnmente en los establecimientos de salud donde se realiza esta práctica, al proceso se le da poca importancia y se le sigue considerando como un requisito de “ultima hora”, donde el médico se pronuncia y firma la orden de alta, dejando la responsabilidad a otros para que se encarguen de dar la información necesaria, solventar las posibles dudas y gestionar los servicios de transporte necesarios. Es en este eslabón en el que el profesional de Enfermería debería realizar el plan de alta y el contacto de la persona con el profesional que realizará la continuidad en la gestión del cuidado desde la comunidad, con el paciente y su familia, en un afán de brindar la atención y evitar un reingreso.

En el AH se transfiere la responsabilidad del médico del hospital al médico de Atención Primaria, y una inadecuada gestión en este sentido, puede derivar en mayores reingresos, eventos adversos, y en insatisfacción del paciente y sus familiares.<sup>26</sup>

Eymin et.al.<sup>5</sup> manifiestan que casi la “mitad de los pacientes hospitalizados son víctimas de errores, ya sea en cuanto al tratamiento, los exámenes, o en el seguimiento de resultados pendientes. Entre 19% y 23% sufren algún evento adverso posalta, los más frecuentes los relacionados con los medicamentos. A su vez, la tasa de reingresos a 30 días, entre beneficiarios de Medicare (programa federal de Estados Unidos de Norteamérica que paga ciertos gastos en salud en personas  $\geq$  65 años) llega a 21%. En vista de esto, la Joint Commission (JC) (Grupo independiente de Estados Unidos de Norteamérica sin fines de lucro que administra los programas de acreditación para hospitales y otros centros prestadores de cuidados de la salud) instruyó a las instituciones sobre la necesidad de conciliar las indicaciones relacionadas con los medicamentos para los pacientes que se someten a un ingreso, a un traslado dentro del hospital o a un alta. Medicare en Estados Unidos de Norteamérica penaliza económicamente a los hospitales con reingresos, sobre cierto percentil, a partir de 2012. De igual modo, el pago asociado a diagnóstico en Estados Unidos de Norteamérica presiona a los hospitales a elaborar estrategias para reducir la duración de las hospitalizaciones y la readmisión a los 30 días”.<sup>26</sup>

Lo anotado anteriormente muestra que el hacer accionar al sistema de salud norteamericano, obedece a un orden de carácter económico; sin embargo, en un sistema de salud, siempre es necesario pensar en la organización como un todo y resolver las situaciones que podrían convertirse en costos adicionales innecesarios, asimismo, hay que considerar que aunque se trate de servicios privados o públicos, siempre hay una persona que tiene una necesidad.

“El AH es un proceso complejo que debe tener un abordaje interdisciplinario, bien organizado con recurso humano capacitado en las competencias cognitivas,

actitudinales y técnicas; que permita establecer una red, con el fin de dar seguimiento a personas que requieren asistencia en cuidado paliativo, que sean dependientes de múltiples fármacos, (entre ellos digoxina, aspirina, insulina, warfarina u otros), que estén sometidos a procesos oncológicos, que sufran de diagnóstico médico de insuficiencia cardíaca, accidente cerebro vascular, igualmente a adultos mayores con depresión”.<sup>26</sup>

De acuerdo con lo expuesto por Eymin et.al., los gobiernos deben promover sistemas de salud enfocados en la promoción y la prevención, donde los determinantes sociales de la salud sean abordados interdisciplinaria e interinstitucionalmente para el mejoramiento y el bienestar de la población.

Los programas de alta hospitalaria para la preparación del paciente van más allá del propio momento del alta. Incluyen una serie de estrategias por parte de los profesionales implicados para que los usuarios y su familia desplieguen los cuidados de salud adecuados, se orienten con respecto a la autogestión y el autocuidado, con la finalidad de disminuir complicaciones que conduzcan a un reingreso.<sup>27</sup>

Así mismo, es importante implementar nuevas metodologías, para buscar la atención integral del paciente y la continuidad del cuidado, principalmente en los casos de pacientes con enfermedad o condición crónica, quienes demandan cuidados después del alta hospitalaria, de una manera eficiente con el apoyo del equipo de salud y una buena relación de costo-beneficio. Se han identificado modelos con características similares, donde se implementan estrategias para el seguimiento del cuidado de la persona, en coordinación con la comunidad, considerando, por otra parte, las necesidades de los individuos y sus familias, tomando como referencia las teorías de enfermería, tales como la de

necesidades básicas de Virginia Henderson y el autocuidado de Dorothea Orem, solamente por mencionar algunas, además del uso de la tecnología en línea para agilizar la comunicación entre niveles e instituciones. Esta necesidad de articular la asistencia hospitalaria con la red comunitaria es vital para cumplir con los objetivos del programa en los pacientes y familiares que requieren completar su rehabilitación o necesitan recursos extrahospitalarios para su autocuidado.<sup>27</sup>

### **2.5.1. El programa de alta hospitalaria en Costa Rica**

En Costa Rica, el programa de alta hospitalaria, aunque está escrito, al no existir direccionalidad del mismo desde un nivel de autoridad superior, se realiza en muy pocos establecimientos de salud, (Tabla 37) en algunos solamente, participan enfermeras.

Se dispone de una propuesta realizada en el año 2009, en la que se establece en el marco de la Política de calidad y seguridad del paciente aprobada por la Junta directiva en el Artículo 2º de la sesión 8139, celebrada el 22 de marzo de 2007 y las líneas de acción de la Gerencia Médica 2007-2012,.

Relacionado con ello se formuló el documento denominado “Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario en la CCSS” del año 2009, que incluye referentes conceptuales que permiten aclarar y unificar el punto de partida teórico de la propuesta del subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario que se presenta, que constituye una sugerencia para organizar e institucionalizar dicha atención y que se construye a partir de la evaluación de diferentes abordajes de la atención realizados por Enfermería o algunos equipos

interdisciplinarios en el país. El documento propone que el subsistema de hospitalización, atención y apoyo a domicilio se podría ir implementando paulatinamente.”

Esta propuesta se publica en el 2009, y producto de ella algunas estrategias que ya se realizaban en muchas unidades se mantuvieron tal como lo venían haciendo y otras se generaron a partir de la misma, de forma voluntaria, es así como en el HCG surge el modelo de alta hospitalaria que realizan las enfermeras apoyadas por la Dirección de Enfermería pero sin la integración de otras disciplinas, solamente con el apoyo, cuando se requiere, para la atención o interconsultas de las personas para resolver las situaciones de las personas antes de su egreso.

En el estudio se hace un análisis del impacto de estas acciones en la comunidad derivadas de un documento de referencia de las enfermeras del HCG. Este modelo de documento de referencia está instaurado para la población adscrita al HCG, y se incluyen en el registro localidades de San José por ser de la zona de atracción, de Limón y de Cartago, igual se trabajó con el registro de las enfermeras del HCG.

En Costa Rica, no existe una plataforma de servicio para cumplir con la etapa posterior al alta que permita solventar las necesidades de las personas con el fin de evitarles complicaciones, tanto a ellas como al sistema. Existe una comunicación poco fluida entre los médicos del hospital con los de primer nivel y entre las enfermeras, hay alguna comunicación en la Red Este, pero poco recurso en la comunidad que pueda apoyar los procesos.

Se pretende con la presente investigación favorecer aún más el fortalecimiento en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria, con una implementación organizada desde las enfermeras y con equipos interdisciplinarios favoreciendo modalidades, desde el AH, la continuidad de los cuidados de la persona, que podrían disminuir complicaciones, reingresos y percepciones negativas de los usuarios, en relación con los servicios de salud; así como la incidencia en la reducción de los costos de la atención hospitalaria.

De esta forma, se plantea un abordaje continuado, coordinado y direccionado en todos los establecimientos de salud, mediante el cual se pretende promover la articulación interdisciplinaria entre niveles, y facilitar procesos resolutivos relacionados con la gestión de la salud de las necesidades de las personas usuarias.

Para lograr este objetivo, se requiere sensibilizar a la población sobre la gestión en el autocuidado de la salud de su cuerpo, y por tanto, sobre la responsabilidad y la capacidad para tomar decisiones con respecto a sí mismo.

Hay que tomar en cuenta que el modelo actual propone con mayor frecuencia la reducción de las hospitalizaciones, por lo que el reintegro al hogar se acelera, cuando no siempre la persona ha superado completamente las limitaciones para retomar en forma completa sus actividades cotidianas. Estas dos situaciones dejan al descubierto la necesidad de mantener y fortalecer una continuidad de los cuidados de la salud, por parte de la enfermería, relacionados con el egreso de la persona enferma.

Sin embargo, en la estancia hospitalaria debe existir en el proceso una comunicación estrecha entre la enfermera y la persona, que a través de un 'proceso sistemático' la enfermera realice la valoración, la preparación y la



coordinación que faciliten la administración de los cuidados para la salud y la asistencia social antes y después del alta del paciente. Para que se logre este objetivo se requiere tanto de una acción coordinada como de una colaboración entre los profesionales de la salud dentro del campo asistencial en los tres niveles de atención como de la población en general, así como la elaboración de un plan de alta hospitalaria, para que cuando la persona lea, entregue o analice el plan de alta integrado, tanto para él como para los demás, sea de fácil comprensión y ejecución.

La aplicación de este plan favorece la Atención Primaria, ya que permite dar continuidad a los cuidados del paciente, evita complicaciones, reingresos y quejas; ello podría favorecer la disminución en el costo de la atención hospitalaria. “El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del plan de alta con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico”.<sup>28</sup>

La información suministrada debe contener los elementos necesarios y suficientes para la persona egresada de un servicio de hospitalización, con el fin de que, en conjunto con sus familiares o representantes, logre incorporar en su vida cotidiana la gestión y el autocuidado de la salud. Por ello, debe recordar lo que ha aprendido en el hospital para ponerlo en práctica en su domicilio.

El plan del alta al ser un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la inducción a la administración de los cuidados de enfermería para la salud, involucra a familiares y grupos sociales en el proceso

del cuidado de la salud. Sin embargo, se requiere de una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud y de la población en general.

Desde la perspectiva política y socioeconómica, los estados y sus gobiernos se enfrentan a retos en el abordaje y la sostenibilidad de los servicios de salud. Surgen diferentes modelos no tradicionales en la prestación, como el Hospital de Día, el AH, la atención domiciliar entre otros, que constituyen opciones novedosas pero que se enfrentan a obstáculos para su implementación, principalmente la limitación de recursos humanos y financieros.

Los profesionales clínicos se encuentran en el epicentro de los esfuerzos por crear un paradigma centrado en la promoción de la salud, y a la vez, en la toma de decisiones con respecto a procesos sanitarios que proporcionen una asistencia cada vez más personalizada y basada en la evidencia.<sup>29</sup> Estos cambios no serán sencillos para el sistema de salud, porque se deben desarrollar e implementar nuevos modelos de prestación de servicios. Por otra parte, el recurso humano de Enfermería debe contar con las competencias requeridas para el desarrollo de este modelo o redefinir los existentes. Se necesitan profesionales con liderazgo y actitud proactiva; a la vez, deben existir estructuras organizativas, estrategias de recursos, procesos y tecnologías orientados a lograr cambios que beneficien al sistema y a la población.

El AH es un modelo propuesto en varios países del mundo y Costa Rica no es la excepción. En la Caja Costarricense de Seguro Social, algunos de los hospitales practican esta modalidad, sin embargo, por necesidades de recurso humano, falta de organización y seguimiento, se encuentra debilitado. Generalmente, no se involucra a todo el equipo, sino solamente a la enfermera, y no se da un seguimiento adecuado en los siguientes niveles de atención por falta de

coordinación entre los mismos. Esto produce una fragmentación de los cuidados que se requieren en las diferentes patologías y necesidades de las personas, por lo tanto, el impacto deseado por múltiples obstáculos no se está logrando como se quiere.

Bolaños et.al. señalan que la hospitalización a domicilio y la atención a domicilio se perfilan como alternativas viables y efectivas para generar una prestación de servicios de salud a los usuarios(as), después de haber analizado varias modalidades de este tipo que se han implementado en otros países, en especial, cuando se consideran 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, estos últimos, necesariamente deben incluir la interacción interdisciplinaria e integral, que permita valorar la funcionalidad de la persona, desde el punto de vista físico, mental y socioeconómico.<sup>30</sup>

Se ha iniciado una propuesta uniforme reciente, en un documento sobre el Modelo del fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud que puede servir para que donde exista recurso humano se inicie con esta modalidad, pero aunque el modelo esté planteado en este documento si no se incrementa el recurso difícilmente se podrá implementar, con las consecuencias que esto conlleva.

## **2.6. Costos hospitalarios**

En un análisis de variables relacionadas con el tema de la salud, los costos hospitalarios no pueden obviarse; siempre serán determinantes para las decisiones

de los gerentes y los políticos. En este sentido, los recursos asignados a los centros de salud deben ser administrados con la máxima eficiencia y con la intención de una mejora continua y progresiva, de manera que dichos establecimientos se visualicen como empresas de gestión pública que buscan garantizar su subsistencia, ampliar su cobertura, avanzar en la modernidad y evitar la obsolescencia.

“En la actualidad, la mayor parte de los fallecimientos se debe a enfermedades crónicas, Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público. Se calcula que, antes del año 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y, en los países en vías de desarrollo, representaran más del 50% de la carga de enfermedad”.<sup>31</sup>

“En esta línea, tanto la OMS como la Unión Europea definen al paciente crónico como una prioridad y señalan la necesidad de desarrollar estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando los sistemas de salud de los diferentes países”.<sup>31</sup>

Esta situación, está obligando a los sistemas a establecer diversas intervenciones para garantizar servicios más eficientes, con atención de calidad pero que también permitan darle sostenibilidad económica, estableciendo indicadores que validen el impacto de las mismas en efectividad y eficiencia, con relación a la atención adecuada y con los recursos necesarios.

Cabe destacar, que a “medida que aumenta la esperanza de vida, se hacen más frecuentes las complicaciones por enfermedades crónicas degenerativas (secuelas

de accidentes vasculares cerebrales y fracturas por caídas, limitaciones provocadas por enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, dependencia causada por enfermedades mentales como la demencia de Alzheimer, por la diabetes o por enfermedades terminales, entre otras). Estas enfermedades ocupan lugares importantes en la estadística de los países y también sus problemas de salud más prevalentes, afectan la calidad de vida de las personas, son causa de muerte prematura, y tiene efectos económicos importantes y subestimados por las familias, comunidades y la sociedad en general”.<sup>32</sup>

“Esto ha provocado que en los últimos años los costos de la atención médica se hallan incrementado considerablemente, con cifras por arriba de los índices de inflación general, y esto es debido, en parte, al incremento de los costos de los nuevos medicamentos y a la sofisticación en los equipos y procedimientos que la medicina moderna va generando”.<sup>33</sup>

Según lo anotado, actualmente las instituciones de salud, requieren de funcionarios proactivos que piensen en buscar el beneficio institucional y su repercusión en la ciudadanía, en forma inteligente, audaz e intrépida para generar y usar herramientas administrativas que le den base y sustento a la toma de decisiones. “Dentro de estas herramientas está el sistema de costos, que si bien no es una herramienta nueva, su uso y aplicación en los sistemas de salud si lo es, y su valor es significativo en términos de procesos y resultados, vinculados a aspectos de calidad y efectividad”.<sup>33</sup>

El sistema de salud costarricense en este momento requiere retroalimentarse de la creatividad de sus miembros, porque al ritmo creciente que lleva no será

sostenible por mucho tiempo; de ahí la necesidad de nuevos modelos de prestación que les resuelvan necesidades a las personas a un costo sostenible.

“Los sistemas sanitarios deben atender diferentes retos: crecientes costes, falta de calidad, dificultades de acceso a la asistencia sanitaria, consumismo, cambios demográficos, enfermedades con tratamientos más caros, y la proliferación de nuevos tratamientos y tecnologías”.<sup>29</sup>

En muchos países, el personal sanitario solo se dedica a diagnosticar y tratar a los enfermos. Aunque es un enfoque valioso y necesario, un sistema sanitario reactivo que no funciona hasta que un paciente esté enfermo, implica unos costes elevados y cada vez menos asequibles.

Además, los daños a la salud causados por muchas enfermedades, particularmente en sus estados más avanzados, no pueden revertirse.

Por el contrario, un sistema que promueva estrategias proactivas de protección de la salud, como la prevención personalizada, previsión, detección/tratamiento precoz y gestión de enfermedades, puede ayudar a crear y mantener una población más saludable, posiblemente con un menor coste.<sup>29</sup>

Debe tenerse en cuenta que una disminución de los ingresos y de la estadia hospitalaria condiciona, no solo una reducción de los días/paciente, sino también la utilización de las camas reales y de la dotación; por tanto, hay una limitación del gasto variable, lo cual se revierte en un menor consumo de medicamentos y material gastable; un menor consumo de alimentos y del empleo de reactivos; un uso racional de los medios de diagnóstico y de la lencería; un mejor mantenimiento de los equipos, así como una adecuada medición de la eficacia y de la efectividad

de las estrategias sanitarias frente a los costos incurridos. El objetivo fundamental es invertir correctamente lo que en realidad se necesite para ser más eficientes y lograr una mayor satisfacción por parte de usuarios y familiares.<sup>34</sup>

Esto obliga a los países a la creación de nuevas modalidades que generen satisfacción en las personas usuarias de los sistemas de salud y que incidan directamente en la reducción de los costos de la administración hospitalaria, por ejemplo, dando la continuidad a la gestión del cuidado desde la atención domiciliar y valorando si se disminuyen o evitan los reingresos o las hospitalizaciones prolongadas.

Los análisis de costo-beneficio requieren que las consecuencias de la intervención a evaluar sean expresadas en términos monetarios. Esto permite al analista hacer comparaciones directas entre distintas alternativas, por medio de la ganancia monetaria neta o razón de costo-beneficio. El hecho de que tanto los beneficios como los costos estén expresados en una misma unidad, facilita que los resultados finales sean analizados en el ámbito de la salud, y comparados con otros programas de impacto social.<sup>35</sup>

“Uno de los indicadores importantes para la medición de los costos hospitalarios es el día-paciente, que se define como la unidad técnica que revela características de la gestión médica y económica de los hospitales. El día-paciente contiene el conjunto de todas las actividades que se realizan para otorgar las atenciones al paciente que se encuentra hospitalizado con la finalidad de recuperar su situación de salud. El día-paciente incluye, además de los cuidados médicos directos que recibe en el servicio de internamiento, los otros servicios que complementan la atención médica integral y que están relacionados con los procesos de diagnóstico,

tratamiento, recuperación y rehabilitación; y, por supuesto, incluye todos los servicios recibidos por el paciente durante el tiempo que permanece hospitalizado".<sup>35</sup>

El costo de los productos hospitalarios cambia de un país a otro y de un periodo a otro. El costo del día-paciente, como medida del producto hospitalario, se relaciona estrechamente con el nivel de complejidad de los servicios. Se deduce de lo anterior que las instituciones deben fortalecer la atención fuera del escenario hospitalario; el beneficio en términos de costos siempre podría ser significativo, así como la satisfacción de las personas. En la Caja Costarricense de Seguro Social, la Subárea de Contabilidad de Costos Hospitalarios ha definido que un día-paciente en el Hospital Dr. Calderón Guardia (nacional) tiene un costo de \$1.025; en el Hospital Dr. Tony Facio (regional) el costo es de \$852, al igual que en el Hospital Dr. Max Peralta. Esto significa que un usuario que permanezca treinta días por una complicación en un hospital de estas categorías le costará al país entre \$30.750 y \$25.560. Por otra parte, el salario mensual de un profesional de reciente ingreso, con todas las garantías sociales incluidas, es de aproximadamente \$2.500; entonces, se podrían pagar 10 profesionales y realizar la continuidad del cuidado, no solo de una persona, sino de varias.

## **2.7. Políticas de la Caja Costarricense de Seguro Social**

Considerando que las políticas de la Caja Costarricense de Seguro Social incluyen continuar con los esfuerzos para reducir las diferencias en el acceso a los servicios de salud de la población costarricense, aumentar la cobertura del



Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y acceso a los servicios institucionales para los diversos grupos de usuarios, superando las barreras geográficas, físicas, económicas, culturales y administrativas; considerando también que el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, se convierte en una prioridad institucional, según el enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, se requiere protocolizar cualquier modalidad que se quiera implementar para que favorezca el logro de dichas políticas.

Por su parte, la misión institucional se apoya en el componente de la prestación de servicios de salud, ya que dicta: “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. La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios. El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el desempeño de los funcionarios de la Institución. El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación. La orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios. La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión. La capacitación continua y la motivación de los funcionarios”.<sup>36</sup>

Como se observa, las políticas institucionales comprometen a los trabajadores de la salud a crear iniciativas que beneficien a la población. Para ello, deben identificar y solventar las necesidades del sistema, de manera que generen

satisfacción en el usuario externo por el beneficio recibido y en el usuario interno, por el servicio brindado, desde los tres niveles de atención.

Por ello, surge la necesidad en la institución, de proyectarse más hacia la población para otorgar servicios de salud en forma integral al individuo, a la familia y a la comunidad, de forma oportuna, y en respuesta a sus necesidades, como parte de la misión y la visión de la CCSS, apoyándose en el documento del Modelo de fortalecimiento en la prestación de servicios de salud y en el que Enfermería como disciplina responsable de la gestión del cuidado debe realizar acciones que favorezcan la continuidad del mismo.

## **2.8. El sistema de salud en Costa Rica**

Los esfuerzos de Costa Rica, desde los inicios de la década de los años 40, estuvieron centrados en la universalización y en la integración de servicios, la expansión de la Seguridad Social y un proceso sostenido de reforma de la prestación de los seguros de salud a toda la población.

La rectoría del sector y la vigilancia de las funciones esenciales de salud pública, bajo la conducción del Ministerio de Salud, junto con la prestación de servicios integrales de salud a las personas bajo la responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) constituyen el aporte más destacado del sector al desarrollo humano sostenible a nivel nacional.<sup>37</sup>

La Atención Primaria de salud es uno de los logros más destacados en Costa Rica en el tercio final del siglo pasado, con avances en la prevención y el control de enfermedades, en la atención integral, en la reducción de factores de riesgo, en la búsqueda de niveles adecuados de salud, desarrollo humano y bienestar

para todos. La mejor expresión de este esfuerzo de trabajadores de salud, gobernantes y comunidades, fue lo que se dijo en la Asamblea Mundial de la Salud de 1978, en Ginebra: “Costa Rica es una nación que todos debemos admirar porque está logrando tener salud sin riqueza, y esto es algo de destacar en los países en desarrollo”<sup>37</sup>

Costa Rica, como país miembro de la OMS, ha mantenido el concepto de salud y ha reiterado que es un derecho humano fundamental, un bien de interés público bajo la tutela del Estado. Para hacer sostenibles estos principios, en la década de los 70, se universalizó la prestación de servicios sanitarios a todos los costarricenses, sin distinción de condición económica, género, condición social ni laboral<sup>37</sup>, quedando todas las acciones de atención a cargo de la CCSS en los tres niveles y en las tres redes.

El sistema de salud, en la década de los 70, alcanzó su mayor grado de desarrollo, ya que se lograron avances que han constituido el eje fundamental de acciones en el último tercio del siglo XX. Se inició con los programas de salud rural, mediante un sistema sencillo de visita domiciliar, con la figura del asistente de salud rural de formación básica; se consolida en los años 80, a cargo del Ministerio de Salud.

El sistema de salud costarricense ha tenido destacadas vinculaciones con otros sectores e instituciones encargadas del desarrollo nacional, integrando acciones, compartiendo responsabilidades para que la población participe activamente, y sea beneficiaria y copartícipe del proceso. Estas estrategias han sido promovidas por el gobierno con la intención de que, en el nivel comunitario, exista mayor participación de los profesionales de diversas instituciones.

Esto garantizó que el país tuviera un buen avance en la visión del mundo con respecto a la implementación de la estrategia; sin embargo, a inicios de los años 90, se inicia un proceso de reforma del sector salud, con cuatro componentes básicos: rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, fortalecimiento institucional de la CCSS, nuevo sistema de asignación de recursos financieros y readecuación del modelo de atención en salud. Se pretendía avanzar fuertemente hacia un modelo de prestación de servicios más fortalecido que permitiera llegar a las familias, con Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) que garantizaban una atención más cerca de las comunidades y con una oferta básica que prometía mucho a la población. Sin embargo, a través del tiempo, se ha observado la insatisfacción que existe en la población, por las largas listas de espera y porque una demanda muy alta de servicios ejerce fuerte presión sobre los niveles de mayor costo.

La implementación de los EBAIS incidió sobre muchos de los profesionales de salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social, puesto que fue necesario realizar varios ajustes para acoplarse a todas las variaciones que se daban en un modelo de atención con un enfoque de primer nivel al que no se estaba acostumbrado, ya que el fuerte era la prestación de servicios en la hospitalización. En el año 2002, la CCSS tenía asignados 812 EBAIS; sin embargo, a la fecha, cuenta con 1040, lo que significa que ha existido una extensión importante en la cobertura y el acceso a los servicios, con una población adscrita de 4000 a 5000 habitantes como media por cada equipo. Esta variable no es estándar en todo el país, lo que genera grandes dificultades al sistema, al darse niveles de referencia que no corresponden, así como saturación en los mismos, por la presión que

ejerce la comunidad ante la existencia de una inadecuada distribución poblacional o desigualdades en la distribución de los recursos.

El segundo nivel de atención está integrado por 11 clínicas mayores, 14 hospitales periféricos y 7 regionales. El tercer nivel cuenta con 3 hospitales nacionales de referencia especializada, así como 5 hospitales especializados (niños, mujeres, adulto mayor, uno para personas con capacidades disminuidas, 2 de psiquiatría) y 2 centros especializados: el Centro Nacional del Dolor y Cuidado Paliativo y la Clínica Oftalmológica.

El sistema de salud en Costa Rica requiere dar respuesta a las “necesidades de salud de la población, significa que se centre en las personas de tal modo que intenten satisfacer sus necesidades en materia de salud de la forma más amplia posible. Un sistema de salud que responda a las necesidades debe estar equilibrado en su enfoque para satisfacer dichas necesidades, tanto si se han definido de forma ‘objetiva’ (por ejemplo, si son definidas por expertos o por normas preestablecidas), como de forma ‘subjetiva’ (por ejemplo, necesidades percibidas directamente por el individuo o por la población). Esto supone que la APS debe atender las necesidades de la población de forma integral y basarse en la evidencia, al tiempo que debe respetar y reflejar las preferencias y necesidades de las personas independientemente de su situación socioeconómica, cultura, género, raza u origen étnico”<sup>37</sup>

El Sistema de Seguridad Social de Costa Rica se encuentra entre los mejores de Latinoamérica y el mundo, con buenos indicadores como una alta esperanza de vida, un índice de mortalidad infantil bajo y el control de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, a pesar de los aspectos positivos, la condición actual y futura de la población apunta a la necesidad de replantearse la forma de

enfrentar el entorno, con elementos como el incremento de la población y su envejecimiento, que repercute en una mayor demanda de servicios de salud y en un aumento de los costos, el flujo inmigratorio, los cambios epidemiológicos y el perfil de la población actual, más informada y exigente, demandante de nuevas y mejores prestaciones.<sup>38</sup>

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.<sup>39</sup>

Recientemente se elaboró en la CCSS, el documento denominado *Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, propuesta ajustada de campo*, de febrero de 2016. En dicho texto, se plantean las problemáticas que presenta el sistema actualmente. En uno de sus apartados dice:

“En cuanto al funcionamiento en Red, pese a ser una forma de organización que se menciona en documentos institucionales, los elementos estratégicos, conceptuales y operativos, incluyendo los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, no están oficialmente establecidos. El diagnóstico de la propuesta de este documento de fortalecimiento señala que:

- Hay una carencia de lineamientos técnicos institucionales que delimiten el trabajo en Red.

- La planificación de las Redes adolece de un estudio técnico actualizado que haga frente a los actuales retos de la prestación y organización de los servicios.
- Por otro lado, existe poca cultura de participación social en los servicios públicos, influenciada principalmente por la falta de claridad conceptual y operativa.
- En relación con la continuidad de atención, es práctica habitual que cuando la persona es referida a un nivel de mayor complejidad, por una situación que requiere atención especializada prolongada, se pierda la relación con el primer nivel con respecto a los demás cuidados esenciales de la persona.
- Existe una importante desigualdad en la conformación y distribución de los recursos en las tres redes actuales (Noroeste, Sur y Este).
- En relación con el sistema de referencia y contrarreferencia, en general, este no funciona de forma apropiada en la Institución, lo cual se traduce en dificultades para la operacionalización de las redes.
- Además, no existe estandarización de guías o protocolos de referencia internivel, aun cuando se han realizado esfuerzos locales al respecto.
- Además, el sistema de información presenta un subregistro importante de las referencias y contrarreferencia y de sus diagnósticos o motivos, imposibilitando conocer la producción relacionada con este rubro en los diferentes establecimientos.

Este conjunto de dificultades y limitaciones no ha favorecido un trabajo coordinado entre niveles desde el punto de vista de ninguno de los profesionales de salud, situación que ha limitado que el usuario este en el centro de la atención;

además, hay un escaso manejo interdisciplinario en los diferentes niveles de atención para la resolución de las necesidades de las personas y ausencia de enfermeras profesionales en el primer nivel de atención para favorecer la continuidad del cuidado y la óptima gestión de los casos.<sup>38</sup>

Este diagnóstico se convirtió en el punto de partida para ser tomado como problema principal del presente estudio: analizar los resultados de la gestión continuada del cuidado en la atención domiciliar en un grupo de personas vulnerables portadoras de criterios de riesgo, vinculando los resultados de la atención domiciliar a los usuarios referenciados, con respuesta satisfactoria a los cuidados o con aumento de complicaciones o reingresos hospitalarios de las personas que ameritaban un seguimiento en domicilio. Por diversas razones, se logró mantener la continuidad en la gestión del cuidado de Enfermería, o si por el contrario, nunca fue abordado en el domicilio, esto favoreció la implementación o el desarrollo de un modelo continuado del cuidado desde los tres niveles de atención, con la participación de Enfermería, apoyada en la interdisciplinariedad para la mejor solución en cuanto a las diferentes necesidades de las personas.

Enfermería, como disciplina de salud, perfila su atención a las necesidades de la población que habita en Costa Rica. Es por ello que se requiere identificar estrategias de atención acorde con esas necesidades, considerando las posibilidades económicas de la organización, los recursos humanos existentes y manteniendo como eje central a la persona usuaria con necesidades reales que ameritan su atención.

El sistema de salud de Costa Rica requiere hacer cambios urgentes para mejor atención de las personas, desarrollar modalidades de atención que den sostenibilidad a los servicios, satisfacción a las personas y como profesionales de



la salud, las enfermeras deben proponer estrategias a fin de dar respuesta a las demandas sociales de mejora de la calidad del sistema de salud. Hasta ahora la experiencia y la actividad de enfermería en las instituciones de salud han demostrado una acción reactiva, que responde a la definición de políticas del propio sistema, lo que ha delineado su comportamiento laboral, comprendiendo que la práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas, con un ejercicio profesional independiente y renovado que requiere de una acción proactiva, es decir, acciones de gestión que atiendan las necesidades de salud y de cuidado de los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud.<sup>40</sup>

Las enfermeras constituyen el recurso humano de salud más numeroso. Las competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud. Desde los establecimientos de alta especialidad, los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo, los profesionales de Enfermería educan, dirigen, asesoran, investigan, pero ante todo, cuidan de la salud y el bienestar de los seres humanos, siempre direccionando cada caso cuando corresponda hacia otras disciplinas, favoreciendo la interdisciplinariedad como apoyo a las necesidades de la persona, interactuando con los equipos de alta hospitalaria y el hospital de día.<sup>40</sup>

Con frecuencia, el cuidado es invisible. Como expresa Collière (1986), citado por Rosa Zarátes, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud, estar presente en su enfermedad, son acciones invisibles. Para cuidar, en

el sentido más amplio, se debe conocer a la persona, su entorno y apoyarla a mejorar su salud. La enfermera necesita algo que es limitado: tiempo. Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá solo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.<sup>40</sup>

El estudio se orienta hacia el abordaje de Enfermería bajo la dinámica de la continuidad en la gestión del cuidado de la persona, cuando se utiliza la referencia y contrarreferencia desde el alta hospitalaria hacia el primer nivel de atención en redes integradas, de forma organizada y direccionada por una instancia técnica de Enfermería. Esto podría incidir en la disminución de los costos y la prevención de las complicaciones en el escenario habitacional, evitando por ende, los reingresos en unos niveles de mayor complejidad.

Se pretende identificar una estrategia de abordaje, direccionada desde los diferentes niveles de atención, para garantizar la gestión del cuidado de manera oportuna y continuada, de forma humanizada, integral e integrada, que beneficie a la mayor cantidad de personas del país con cuidados de calidad, en respuesta a sus necesidades, en coordinación con otros profesionales de la salud que se encuentran en diferentes niveles asistenciales.

Como ya se ha mencionado, la administración de cuidados de Enfermería requiere del conocimiento de los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de la gestión de los profesionales. Esta se ejerce a través del proceso de atención de Enfermería, que le permite la valoración de la persona como un todo, favoreciendo acciones de abordaje interdisciplinarias para beneficio del usuario. Sin embargo, se “considera que la profesión de enfermería ha decretado el cuidado como el centro de su quehacer, el motor disciplinar y el norte, para el

desarrollo del conocimiento de enfermería se propone que sea este profesional el encargado de liderarlo, administrarlo y gestionarlo”.<sup>10</sup>

En la CCSS, es el momento de dar el impulso que se debería a las competencias que habitualmente ejercen las enfermeras en la comunidad, roles que, tanto gestores, como población y otros profesionales, en ocasiones, parecen no visualizar e incluso se debilitan durante el proceso de la Reforma del sector salud.

Por ello resulta urgente reconocer el valor del cuidado y evidenciar su aporte a la salud de la población. Se requiere especial atención el reconocimiento del trabajo de las enfermeras en la Atención a Domicilio, como el medio natural de atención en el caso de las personas con enfermedades crónicas y dependientes, ya que es donde pasan la mayor parte del tiempo conviviendo con su enfermedad. Es el medio, en el que además, las personas que ejercen el cuidado se desenvuelven a diario, por tanto, es donde se les generan o agudizan necesidades de cuidados y de seguridad en los casos de dependencia y fragilidad.

Se considera que este es el ámbito donde se debe dar mayor contundencia a un modelo de atención centrado en las personas, liderado por enfermeras, donde se desarrolle un plan de intervención que permita coordinar a todos los actores implicados en el proceso, que se aleje de un modelo fragmentado donde hay presencia de diversos actores sanitarios y sociales con mucha voluntad pero con poca integración y, por tanto, con elementos de ineficiencia para caminar hacia un modelo integrado donde cada uno asuma su especificidad y esta sea reconocida y exigida en un modelo de trabajo orientado hacia la excelencia y a la eficiencia<sup>41</sup>. Asimismo, se menciona que los sistemas diseñados para los años 60 se orientaron hacia la atención de enfermedades agudas, y que actualmente se debe

trabajar en la transformación de esta orientación y destinar la mayor parte de los recursos sanitarios a la coordinación de los recursos comunitarios y los recursos sociales encaminados a la atención de personas con problemas crónicos dentro de su entorno próximo. Este cambio no es fácil, pero puede darse, si participan las enfermeras y enfermeros que se ubican en las diferentes comunidades.

Este aspecto refuerza considerablemente la necesidad de fortalecer, dentro del modelo costarricense, el rol del profesional de Enfermería, con una propuesta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de salud, incluida ya como parte del fortalecimiento del modelo, que permita impactar en la efectividad y la eficiencia de los mismos, para una mejor atención a las personas.

“Es indudable que con los cambios en la organización y con el proceso de reforma en el sector salud que se realizó en el país en la década de los 90, las instituciones de salud se volvieron más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de contratación de enfermeras, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la medicalización del modelo, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud”.<sup>40</sup> Todos estos elementos caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados y constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de Enfermería.

Los estudios que han evaluado diversos modelos de gestión diseñados para organizar los sistemas sanitarios de una manera más integrada y proactiva para mejorar la salud de los pacientes crónicos, apuntan resultados beneficiosos en términos de calidad de vida, mejora del estado de salud, satisfacción con los servicios y con su utilización, nivel de conocimiento del paciente de su

enfermedad, adherencia a los tratamientos y disminución de ingresos hospitalarios innecesarios.<sup>31</sup>

La Caja Costarricense de Seguro Social está apuntando a dirigir sus acciones hacia la implementación y el fortalecimiento de un modelo integral de salud, orientado al equilibrio homeostático de la persona y la coordinación permanente en los tres niveles de atención, que genere mayor satisfacción en las personas usuarias y que favorezca financieramente los recursos invertidos por la institución. Desde el año 2009, con el afán de resolver a un costo menor y más ágil las situaciones de salud de las personas, se aprobaron modalidades de atención como el hospital de día, el alta hospitalaria y la atención domiciliar. Sin embargo, son muy pocas las unidades que las han implementado, porque no se le dio seguimiento al proceso y dependió de la gestión de las unidades y de los recursos para su ejecución. El recurso humano que existe en el primer nivel de atención y el poco abordaje que hay entre las redes por falta de comunicación y seguimiento en los diferentes establecimientos de las tres redes institucionales, pudo haber afectado notablemente al proceso; sin embargo, a partir del año 2015, se inició una revisión del modelo de atención, con la idea de ser más eficientes y efectivos en la prestación de los servicios. Esto constituye un reto para implementar acciones organizadas en las tres redes institucionales, a fin de dar seguimiento y continuidad a la atención de las personas.

En febrero de 2016, se aprueba el documento denominado *Fortalecimiento del modelo de prestación de servicios de salud, (propuesta ajustada a la prueba de campo*, elaborado por un equipo técnico asesor de la Presidencia Ejecutiva, la Comisión de Salud de la Junta Directiva. En uno de sus apartados dice: “Esta propuesta corresponde a los aspectos teórico-conceptuales, estratégicos y

organizacionales de la prestación. Se pretende que oriente la respuesta institucional a las necesidades y problemas de salud de la población, facilitando la planificación, distribución, organización y control de los recursos disponibles, incluidos los financieros. Constituye un documento de referencia necesario para el desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud Institucional y la organización en Red”.

El texto establece, entre los principales desafíos:

- Plantear la respuesta institucional a las necesidades de prestación de servicios de salud de la población, derivadas de la transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles.
- Procurar mayor eficiencia y efectividad en los servicios de salud, ya que el contexto económico plantea la ineludible necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera de la prestación.
- Definir el alcance de la prestación de servicios de salud institucionales.
- Reforzar el primer nivel de atención.
- Definir el segundo nivel de atención.
- Definir líneas de coordinación entre niveles para la prestación de servicios de salud.
- Consolidar un marco para las Redes de Servicios de Salud.<sup>38</sup>

Ante el panorama expuesto, es necesario organizar las diferentes modalidades de atención establecidas en el documento hacia un abordaje integral e interdisciplinario de la población, con una atención centrada en la persona, con sensibilidad y humanización, con el propósito de fortalecer la institución para el logro de mayores beneficios en la prestación de los servicios de salud, al menor

costo requerido, lo que obliga a las autoridades técnicas institucionales a dar el mayor apoyo a la organización.

Los servicios prestados por los hospitales ( II y III nivel) ocupan un lugar preponderante en la atención sanitaria, por el significado social, la especialización y la tecnología avanzada que tienen; sin embargo aún persiste en la sociedad la cultura biológica y de medicación, la confusión de rol entre los niveles por parte de los funcionarios de salud. Además, la carencia de recursos en el primer nivel, provoca saturación del II y III nivel, causando un impacto importante en los hospitales por la creciente demanda con respecto a la oferta. En este sentido, la atención en el domicilio se perfila como una alternativa viable y efectiva, al proponer criterios de inclusión y exclusión, así como la integración interdisciplinaria para una mejor valoración de las personas.

En numerosos eventos de carácter nacional e internacional, es frecuente escuchar que sin las enfermeras los sistemas de salud no operarían. Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la Enfermería en beneficio de la salud, algunas instituciones no perciben el cuidado de Enfermería como útil; por el contrario, consideran a la Enfermería como una carga financiera, un problema sindical y burocrático. Por lo tanto, mejorar dicha situación significa para los políticos y economistas en salud, reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales, sin hacer un análisis del impacto en la adecuada gestión del cuidado de las personas.

Por ello, ante la idea de procurar una modalidad que favorezca la continuidad en la gestión del cuidado, se considera necesario realizar estudios sobre el cuidado y la gestión del mismo, a fin de asegurar propuestas que mejoren la prestación de los cuidados de Enfermería en los diversos escenarios de práctica. Elaborar

estudios que puedan mostrar cómo los servicios de Enfermería de atención en el domicilio podrían incidir en indicadores de morbimortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios, entre otros.

En este orden de ideas, se puede decir que el contexto ha transformado las prácticas y que la Enfermería tiene en sus manos el planteamiento de nuevas estrategias o modelos de atención para el cuidado individual y colectivo que difieren de los tradicionales, por ejemplo, en el trabajo comunitario, en donde los modelos de gestión deben tener una alta resolución de acción interdisciplinaria, para asegurar la promoción de la salud individual y colectiva.

Harzheim manifiesta que el significado profundo de la innovación en la gestión en salud es introducir cambios que resulten en una mejora concreta y medible. Menciona que las competencias de los equipos de APS deben ser abordadas por estrategias de educación continua y deben estar dirigidas a: 1) Cuidado individual y familiar de las condiciones frecuentes. 2) Abordaje familiar. 3) Abordaje comunitario. 4) Trabajo en equipo interdisciplinario y planificación del trabajo. Esta mejora puede involucrar diferentes áreas de la gestión, como el desempeño, la calidad, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios.<sup>42</sup>

En ese sentido, la Enfermería puede hacer la función de gestor de cada caso, en todos los espacios en los que se ejecuta el cuidado como acción sustantiva. La innovación es una acción fundamental y será necesaria para contener los costos y los tiempos, minimizar los riesgos y maximizar el impacto.

Aunado a esto, se tiene un modelo de atención en salud según el cual las hospitalizaciones podrían ser más cortas y el reintegro al hogar podría darse precozmente, cuando aún no se han superado las limitaciones para retomar en



forma completa las actividades cotidianas. Estos dos hechos ponen de relieve la importancia de la gestión de los cuidados de Enfermería relacionados con el egreso de la persona enferma, establecidos en el plan de alta, con el propósito de que la persona retome su autonomía e independencia para ejercer de manera individual o en compañía de su familia, la autogestión y el autocuidado.

La Enfermería, a lo largo de su historia, ha aplicado metodologías para dar cuidado, tanto al usuario como a la familia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y minimizar las complicaciones.

El presente proyecto busca, no solo identificar los factores que inciden en la puesta en práctica para mantener la continuidad en la gestión del cuidado y el plan de alta hospitalaria y proporcionar una atención efectiva a la población adscrita en los sectores seleccionados, con los criterios de riesgo definidos, sino también generar una propuesta de atención que pueda extenderse a más comunidades, lo cual podría incidir positivamente en la continuidad de la gestión del cuidado y en la satisfacción de las personas.

En muchos países, en las últimas décadas se ha dado un incremento notable del grupo de personas de más de 65 años. La esperanza de vida ha experimentado un aumento importante y las enfermedades crónicas y sus secuelas se convierten en flagelos de gran peso para la sostenibilidad financiera de las instituciones de salud; asimismo, el incremento de los accidentes de tránsito y sus secuelas se han convertido en una pandemia que afecta a las economías, porque inciden directamente en la producción de los países y los costos de atención. Puesto que las personas se quedan con secuelas para el resto de sus vidas requieren de una capacitación para ellas y su familia; o bien, necesitan de apoyo para mantener la calidad de vida necesaria. Los sistemas de salud deben prestar

atención apropiada, eficaz y eficiente e incorporar los aspectos de la seguridad del paciente y la satisfacción de los consumidores, abarcando los procesos de mejoramiento continuo de la calidad de las intervenciones clínicas, preventivas y fomento de la salud.

## **2.9. Atención Primaria de Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abogado en favor de la Atención Primaria de Salud (APS) desde antes de 1978, cuando adoptó como enfoque central la meta de Salud Para Todos en el Año 2000. Desde entonces, el mundo ha cambiado extraordinariamente.<sup>43</sup>

A partir de este enfoque, muchos países en el mundo se comprometieron a implementar la estrategia de Atención Primaria, con el propósito de llevar la salud lo más cerca posible de las personas y lograr mejores índices de salud para todos; asimismo, iniciar reformas en los diferentes sistemas de salud, con el objetivo de lograr cambios importantes en la salud de las poblaciones. Después de más 20 años, las autoridades de las diferentes organizaciones mundiales se han dado cuenta de que los logros no han sido los mejores en muchos de estos países, tal como lo describe la OPS:

Después de varios años los países del mundo hacen un nuevo análisis y coinciden en que las metas propuestas no se lograron con la intencionalidad que llevaba la estrategia cuando se implementó como acuerdo, por lo que establecen la necesidad de considerar la APS renovada como una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, pues

aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS están la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que esta debe afrontar, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que debe asimilar la APS para ser más efectiva y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.<sup>43</sup>

En la Región de las Américas se han logrado avances importantes en salud y en el desarrollo humano en los últimos 25 años. Por ejemplo, la mortalidad infantil se ha reducido casi una tercera parte, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25%, la esperanza de vida ha aumentado 6 años como promedio y la mortalidad perinatal se ha reducido en un 35%. Estos indicadores obligan a los países a realizar ajustes para solventar su impacto de los mismos en el sistema de salud.<sup>43</sup>

La nueva estrategia de la APS reconoce que la salud es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano.

Por otra parte, todavía persisten retos importantes en relación con situaciones que aún no se resuelven, tales como el aumento en la incidencia de la tuberculosis, la pandemia de VIH/sida y el incremento relativo de la prevalencia de enfermedades no transmisibles; también, los cambios demográficos, sociales y económicos que han tenido efectos muy importantes sobre la salud de las personas, tales como el aumento de la obesidad, la violencia y los problemas

relacionados con el abuso de sustancias nocivas. Lamentablemente, esas tendencias se producen en el contexto de un agravamiento general de las desigualdades en salud, como es el caso de la brecha de casi 20 años en la esperanza de vida entre ricos y pobres en algunos países.<sup>43</sup>

Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer énfasis en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Las familias y las comunidades son la base para su planificación y puesta en práctica, por lo que una modalidad de atención, siempre tiene como propósito fundamental el acercamiento a las personas, un enfoque de la APS que se ha analizado en muchas ocasiones y del que no existe nada negativo que acotar.

La APS representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.<sup>44</sup>

Es notorio el compromiso que se requiere para desarrollar esta estrategia por parte de varias instancias, pero especialmente de los gobiernos, para que la inversión y los recursos se potencien y se logren los objetivos de manera sólida y conjunta para el beneficio de toda la población.

No obstante, hay algunos conceptos erróneos con respecto a la APS. Se considera algunas veces dicha estrategia como una acción de baja calidad dirigida a las personas pobres, por lo que se le resta importancia; por tal razón, se invierte poco en ella, lo que incide notablemente en los escenarios hospitalarios

que son saturados por la presión de las personas para la resolución de sus necesidades.

La atención primaria permite llegar a la población con los servicios de salud lo más cerca posible de las comunidades y las personas, para mejorar los índices de salud de la población; sin embargo, para que sea efectiva, es necesario que cada gobierno visualice la salud como una inversión y no como un gasto. Esto permitiría contratar personal especializado que realice un abordaje integral y disponer del recurso humano para que ejecute acciones de promoción y prevención, sin dejar de lado el seguimiento y la evaluación de las propuestas. De esta manera, es posible hacer los ajustes necesarios en las diferentes acciones de la estrategia para lograr los objetivos propuestos y otorgar servicios, según los cambios epidemiológicos y socioeconómicos que se presenten en la población y en las instituciones.

La Declaración de Montevideo fue un compromiso de todos los gobiernos de las Américas para renovar la APS, entendida como la base de los sistemas de salud de la región. Los resultados de investigaciones científicas demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los diferentes países.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS, están la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que esta debe afrontar, pirámides poblacionales totalmente invertidas, países con una carga de enfermedad importante que incide sobre los años de vida potencialmente perdidos. Por otro lado, surge la necesidad de corregir las debilidades y las inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos

conocimientos, tecnologías e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden asimilar la estrategia para ser más efectiva y para lograr satisfacer las necesidades de las personas. Esto exige un esfuerzo considerable de los profesionales de la salud, los ciudadanos, los gobiernos y la sociedad.

A través del tiempo y de la historia, la APS ha demostrado ser la estrategia costo-efectiva de mayor impacto en la salud de los pueblos. La lucha debe seguir dándose para el beneficio de los sistemas de salud y de la población.

Martín Zurro señala que el sistema de salud, en su perspectiva de organización prestadora de servicios, ha de estar orientado en su concepción, organización y actividades de acuerdo con las demandas tácitas y expresadas de la población atendida.<sup>44</sup>

A pesar de que los gobiernos hacen esfuerzos por redireccionar esta práctica, existen fuerzas de poder y otras consideraciones que limitan la efectividad de un desarrollo completo de la estrategia; sin embargo, mientras no se eleve la prioridad del gasto en salud, los recursos se diluirían hacia otras actividades menos justificables socialmente.

El autor refiere muy atinadamente que el desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo son tres de los elementos fundamentales que definen a la medicina de la segunda mitad del siglo XX.

Sin embargo, independientemente del desarrollo que han tenido algunas modalidades de atención en el ámbito comunal y hospitalario, los avances tecnológicos de los últimos tiempos son atractivos para muchos profesionales y, sobre todo, son una fuente de encarecimiento de los sistemas de salud, porque los servicios hospitalarios resultan de mayor coste por su complejidad. La

resolución se limita a una pequeña parte de la población y de sus problemas. Es claro que el acceso de las personas a diferentes escenarios, al conocimiento de patologías y a medicamentos, hace que se dé mayor demanda de servicios, con mejor calidad; en este sentido, siempre se van a requerir más recursos, aspecto que debe llevar a la reflexión, porque las prioridades deben definirse desde todos los ámbitos.

El mismo autor define que, para que un sistema sanitario responda de forma precisa a las necesidades de salud de la población, es importante que esta participe activamente en su planificación y control, participación que es consustancial al concepto de Atención Primaria de Salud. Dicha representación se inicia en el ámbito político parlamentario y en los órganos de gobierno local.

Este criterio, en el contexto actual, puede favorecer notablemente la resolución de las necesidades de salud de la población cuando todos los actores adquieran el compromiso de manera solidaria sobre el bienestar de la salud de la población; sobre todo, cuando los políticos comprendan que la inversión en salud y su impacto no está en las infraestructuras modernas que se construyan para atender la enfermedad, sino en acciones de promoción y prevención, las cuales son de bajo coste y dan mejores resultados en la salud de las personas.

Los profesionales de Enfermería, como actores en el sistema de salud, desde que se dio el proceso de reforma del sector salud en el país, han trabajado en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, con el propósito de incrementar las acciones que permitan un cuidado integral de las personas lo más cerca posible de su comunidad, con modelos de atención que otorguen mayor oportunidad y efectividad en las acciones. En muchas ocasiones, dicha situación ha evitado que se pueda llegar de la mejor manera a más personas en todo el

país; sin embargo, la falta de recursos, las múltiples funciones, el deterioro técnico y la imagen que la Enfermería proyecta hacia la población han sufrido un desgaste importante, por lo que su rol debe ser más desarrollado en la comunidad, con un protagonismo que permita gestionar el cuidado y las necesidades de las personas y con un liderazgo que la posicione como un actor clave del equipo de salud.

La APS pretende que, con los recursos mínimos, los miembros de los equipos de salud puedan llegar a la población, con el propósito de resolver los problemas que se presentan, con el apoyo de las diferentes organizaciones de la comunidad, promoviendo el autocuidado y el sentido de autorresponsabilidad con respecto a la salud.

Según Martín Zurro,<sup>44</sup> existen algunos elementos conceptuales de la APS que vale la pena analizar, porque no son ajenos a la realidad de Costa Rica. Entre ellos:

- **Integralidad:** Considerar al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Este elemento es fundamental cuando se realiza el cuidado, especialmente cuando el profesional de Enfermería aplica el proceso de atención valorando la persona como un todo.
- **Integrada:** Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, que permitirán al individuo tener una atención integral en los diferentes niveles y estructuras existentes.
- **Continuada y permanente:** A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ambientes (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento



hospitalario). Los equipos de trabajo deben conocer la comunidad y su población, mantener un empoderamiento que facilite las acciones y dar continuidad al cuidado de las personas ante circunstancias especiales de su vida.

- **Activa:** Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, sino que han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud. Para mantener este dinamismo como actor en el primer nivel, se requiere disponibilidad y actitud de servicio y no limitarse a resolver únicamente la solicitud de la población, generalmente basada en la morbilidad. Además, deben trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, especialmente en la sensibilización de las personas sobre la autogestión y el autocuidado.
- **Accesible:** Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para utilizar los recursos sanitarios. El Estado debe garantizar que los establecimientos de salud estén lo más cerca posible de la población. La accesibilidad no debe ser entendida exclusivamente con un criterio geográfico, ya que este muchas veces tiene menor relevancia que los criterios económicos, burocráticos y discriminativos.
- **Basada en el trabajo en equipo:** Equipos de salud o de atención primaria, integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios. Es necesario que los miembros del equipo de salud estén integrados, de forma que trabajen por un objetivo común, con esfuerzos conjuntos, construyendo acciones y estrategias que favorezcan los ambientes saludables.

- **Comunitaria y participativa:** Proporciona atención a los problemas de salud, tanto desde la perspectiva individual, como desde la colectiva, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y la medicina comunitaria.
- **Programada y evaluable:** Actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos y que contengan acciones que favorezcan la salud de las comunidades.
- **Docente e investigadora:** Desarrolla actividades de docencia de pregraduado y posgraduado, así como de formación continuada de los profesionales del sistema, y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito. Estos elementos integradores de la APS facilitan el desempeño de los equipos interdisciplinarios en relación a la atención de las personas que pertenecen a la comunidad, para solucionar sus necesidades y establecer estrategias de abordaje individuales y colectivas que permitan modificar conductas para el bienestar de su salud.

Las comparaciones entre sistemas sanitarios pueden ser engañosas, ya que cada país posee una larga evolución histórica, así como sus propios valores y factores culturales, políticos y económicos. Por ello, para que en un sistema se logren todas las características anotadas anteriormente, se requiere mucho esfuerzo y compromiso de parte de los políticos y de los profesionales involucrados. Además, se necesita de una actitud adecuada de las personas, para que el desarrollo de la estrategia sea efectivo.

La atención primaria requiere conocer el entorno de vida de las personas, la dinámica familiar e, incluso, la idiosincrasia de la comunidad en que viven las

personas. Además, se deben detectar todas las organizaciones y grupos que existen para apoyar las necesidades de la comunidad.

Los sistemas de salud centrados en la atención individual y el tratamiento de la enfermedad, deben hacer un giro para incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con el fin de darle un respiro al sistema en los tres niveles de atención y resolver oportunamente las necesidades de las personas.

Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de prevención; estar orientados hacia la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales; fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social e interdisciplinaria que vela por la continuidad adecuada de la atención. Todos estos aspectos, entrelazados, tendrían un impacto positivo sobre el sistema, la salud de las personas, las familias y las comunidades.

### **2.10. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**

La OPS promueve “que los países realicen abordaje a la población mediante las RISS (redes integradas de servicios de salud)”. Considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS, ya que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales, tales como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otras”.<sup>45</sup>

Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global del sistema; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; además de responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

La reducción de los costos de producción se obtendría por medio de mejoras en la llamada costo-efectividad de los servicios, reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejorías en las economías de escala y de producción conjunta, aumento de los volúmenes de producción y en la productividad del sistema. Y, a pesar de que las RISS son un conjunto de diversos actores interactuando para resolver los problemas de las poblaciones, un enfoque de gestión del cuidado es un peldaño que se convierte en un logro importante para que las comunidades tengan mayor satisfacción por los servicios que se otorgan y que se inicie, de manera paulatina, la organización de los servicios.

De acuerdo con lo anterior, los países se verían beneficiados con la APS, si se cumplieran los objetivos tal como se describen. Sin embargo, generalmente depende de las decisiones de los políticos que el país avance en materia de atención de primer nivel para promover la salud de las personas, considerando que los costos de hoy en salud son una inversión de mediano y largo plazo.

“Desde la perspectiva del usuario, en una RISS, el primer nivel de atención funciona como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales a toda la población. Este nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a

lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. Es el componente de la red que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial. El primer nivel de atención desempeña además un papel muy importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención”.<sup>45</sup>

“Las RISS se caracterizan por ofrecer una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad. El cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la ‘persona como un todo’; es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su ciclo vital”.<sup>45</sup>

Lo anterior indica cambio de paradigmas, modelos de gestión variados en los que los servicios de salud incorporan enfoques interculturales y de género en el cuidado de la salud. Implica el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de ella; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el profesional y la persona, considerando la interdisciplinariedad en la gestión de los casos, para lograr la continuidad de la atención en los tres niveles, de manera articulada entre los diferentes profesionales, enfocando la atención en la persona y sus necesidades, con el propósito de resolver de manera integral y oportuna sus requerimientos.

Tobar, en su artículo “Modelos de gestión en salud”, afirma: “Para analizar el sector salud de un país, se deben considerar tres dimensiones centrales: las políticas; el estado o situación de salud de la población y el sistema de salud. En

esta última dimensión del sistema de salud hay tres componentes que es importante se mantengan articulados, el político, el económico y el técnico; de la intersección de estos tres componentes, que se supone, deben funcionar articulados se desprende el modelo de salud, que en la mayoría de los países es mixto y no puro en sus características; sin embargo, este concepto muchas veces es teórico porque la interacción está ausente y se toman las decisiones más por dirección política que técnica".<sup>46</sup>

Sin embargo, el autor aclara que la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar respuesta adecuada a las demandas y distintas necesidades de la población.<sup>46</sup>

Cuando se trata de implementación de un abordaje a través de las RISS, se deben analizar los modelos de gestión, porque se requiere combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes. Para ello, las diferentes modalidades de atención son fundamentales para el logro de los objetivos de cada país.

## 2.11. Estadísticas nacionales

La pirámide poblacional de Costa Rica, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (año 2014), según los últimos quinquenios se define en la siguiente tabla:

Edades	2011	2015	2020	2025	2030	2035
<b>Total</b>	4 592 149	4 832 234	5 111 238	5 355 592	5 563 906	5 742 091
0-4	364 292	366 604	365 797	350 425	335 248	325 366
5-9	364 396	370 486	371 673	370 186	354 245	338 620
10-14	400 791	375 601	374 598	375 228	373 283	357 005
15-19	426 482	411 183	381 333	379 519	379 652	377 424
20-24	439 870	435 527	419 690	388 671	386 071	385 776
25-29	426 286	451 539	442 156	425 180	393 606	390 630
30-34	369 480	412 875	454 188	444 255	427 074	395 500
35-39	314 575	356 449	411 543	452 642	442 950	426 106
40-44	299 107	306 286	352 809	407 919	449 178	440 020
45-49	290 789	293 970	300 292	347 117	402 348	443 898
50-54	252 145	279 933	286 517	293 605	340 497	395 733
55-59	199 572	235 341	271 597	278 779	286 401	333 147
60-64	140 053	180 803	225 969	261 725	269 382	277 636
65-69	102 760	124 379	170 166	213 630	248 375	256 737
70-74	76 880	88 849	112 996	155 744	196 607	230 075
75-79	55 300	63 484	76 250	97 853	136 040	173 390
80-84	38 368	41 643	49 527	60 168	78 002	110 115
85-89	20 063	24 357	27 618	33 356	41 125	54 476
90-94	7 941	9 781	12 597	14 505	17 828	22 696
95-99	2 581	2 632	3 402	4 447	5 187	6 658
100 y +	418	512	521	640	807	1 084

Tabla 1. Datos demográficos 2014 (FUENTE: INEC, 2014)

Puede observarse cómo se van incrementado de manera paulatina los grupos poblacionales, a partir de los 60 años de edad, debido al aumento en la esperanza de vida en el país, además se visualiza en las proyecciones la disminución de los nacimientos en los últimos años, lo que obliga a tomar medidas de sostenibilidad prioritarias para el gobierno, ante la presión que estos grupos le generan al sistema en todos los servicios, pero especialmente marcado en los servicios de hospitalización y urgencias del segundo y tercer nivel.

En las próximas décadas, Costa Rica disfrutará todavía del llamado “bono demográfico”, donde la mayor parte de la población se encontrará en una edad en que contribuye a la producción de riqueza y no demanda tan intensamente los servicios de salud ni pensiones. Sin embargo, esa situación de privilegio es pasajera, ya que la disminución de la tasa de mortalidad y el descenso de la tasa de natalidad, además del aumento sostenido en la esperanza de vida, acelerará en los próximos años el envejecimiento de la población.

Se estima que la población menor de 15 años represente un 23% en el año 2035, mientras que la población de 45 y más años constituirá el 47% del total de población, con un importante crecimiento de la población adulta mayor de 64 años. (ver figura 1)<sup>38</sup>



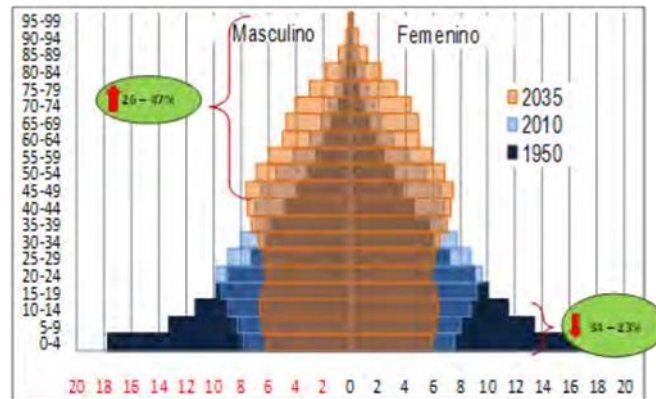


Figura 1. Pirámides poblacionales. Costa Rica, 1950, 2010 y 2035 (FUENTE: Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud a partir de proyecciones de población. INEC-CCP).

Cuando un costarricense nace, tiene esperanza de vivir 77 años si es hombre y 81 si es mujer. Pero esta esperanza de vida “se estira” para quienes llegan a los 60 años, pues, al cumplir esa edad, los hombres sumarán 22 años más (hasta los 82), y las mujeres, 25 más (hasta los 85).

Según el último informe de “Estadísticas Mundiales de Salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los ticos tienen, en promedio, 23 años más de vida, si alcanzan los 60 años.

El informe de la OMS destaca, en el caso de Costa Rica, que el acceso universal al sistema de salud es una de las razones para tener una esperanza de vida tan alta; sin embargo, esto también trae consigo una serie de retos para el país, pues al vivir más las personas, son más demandantes de los servicios públicos.

Proyecciones del Centro Centroamericano de Población (CCP) indican que, para 2040, habrá unos 972 000 mayores de 65 años. Esto representa el 16,50% de la población nacional; más del doble de la cantidad de adultos mayores de la actualidad (6.96%), lo que obliga al sistema a contraerse para resolver las demandas de estas poblaciones en los tres niveles de atención.

Durante las dos últimas décadas, la CCSS ha procurado orientar la prestación de servicios del primer nivel a un modelo readecuado de atención, el cual tiene

como objetivo “garantizar a todas las personas, el derecho a la atención básica desde los servicios de salud, para protegerlas del riesgo de enfermar, así como para facilitarles las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones”.

Dicho modelo se implementó en el año 1994. No obstante, el proceso quedó inconcluso y, a través del tiempo, la prestación se orientó a la oferta de servicios, con poca alineación con respecto a la demanda y las necesidades de la población.

Por otra parte, los programas de atención no han logrado cerrar las brechas de acceso, aceptabilidad, efectividad, eficiencia y continuidad de la atención de la población. Los resultados de la prestación de servicios de salud actual, reflejan estas brechas de atención a las personas, lo cual se manifiesta en la insatisfacción por los tiempos de espera prolongados para cirugías, consultas y procedimientos y la distribución inequitativa de recursos, entre otros aspectos.

En relación con la oferta de servicios, uno de los principales hallazgos es la poca claridad en cuanto a las responsabilidades que le competen a la CCSS, en el traslape de la prestación de servicios con las funciones esenciales de salud pública, que atañen al sector salud en su conjunto, y al Estado.<sup>38</sup>

La CCSS, trató de llevar la salud lo más cerca posible de las comunidades con la implementación de los EBAIS. Es evidente que hay que considerar que para cualquier intervención “las personas que viven en comunidades rurales tienden a tener peores resultados de salud que sus contrapartes urbanas, las diferencias que se derivan de las dificultades de transporte, mayores tasas de desempleo y más pobreza, una cultura personal y comunidad diferente, algunas creencias únicas de la salud”.<sup>47</sup> Esto ha dado como consecuencia, la gravitación de la

prestación de los servicios nuevamente a una atención episódica, centrada en la enfermedad y en hospitales, con énfasis en la atención de cuadros agudos o en las complicaciones debidas a las condiciones crónicas, lo que no garantiza la “integralidad e integración asistencial, la asistencia sanitaria en los hospitales ha establecido sobre especialidades fragmentadas– y de Atención Primaria –sin estructuras organizativas comunes con el hospital– no facilita ni la continuidad en la atención de estos pacientes ni el planteamiento multidisciplinar que necesitan”.<sup>48</sup>

Unido a lo anterior, también se tienen las variaciones que ha tenido el país en su perfil epidemiológico, el sistema de salud está siendo impactado por la gran cantidad de accidentes de tránsito, los cuales derivan en estancias prolongadas y complicaciones diversas de los afectados.

De acuerdo con la estadística del Servicio de Emergencias 911, en Costa Rica, durante los siete primeros meses del año 2013, se produjeron 55 648 accidentes de tránsito, lo que se constituye en otra variable que afecta a los sistemas de salud, tal como se visualiza en la siguiente tabla.

MES	CANTIDAD DE INCIDENTES	PORCENTAJE
Enero	7032	12.64%
Febrero	7417	13.33%
Marzo	8375	15.05%
Abril	7720	13.87%
Mayo	7839	14.09%
Junio	8441	15.17%
Julio	8824	15.86%
<b>TOTAL</b>	<b>55 648</b>	<b>100%</b>

Tabla 2. Porcentaje de accidentes, I semestre, 2013, Costa Rica

En el primer semestre del año 2015, el número de accidentes que se atendió según la Policía de Tránsito costarricense fue de 41 779, lo que representó un promedio de 231 por día y 10 cada hora. Como producto de ellos, perdieron la vida 202 personas y 5776 quedaron heridos.

Según la estadística institucional para el año 2015, se observa un aumento en el número y en las tasas de los casos de AT atendidos en los establecimientos de salud de la CCSS y registrados en el SISVE.

<b>Años</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Tasas x 10 mil H</b>
2013	25 332	53.7
2014	29 479	61.8
2015	32 269	67.6

Tabla 3. Accidentes de tránsito, CCSS. SISVE, 2013, 2014, 2015. (FUENTE: CCSS/ SISVE 2016)

Estos datos indican que la violencia en las carreteras va en aumento y, por ende, las lesiones graves en las personas podrían incrementarse, así como las consecuencias y las necesidades de autocuidado que se pueden originar a partir de estos hechos.

Ambos aspectos tienen un creciente impacto social y económico en las familias, pero además son de una gran trascendencia en los sistemas de salud por los crecientes costos en días-cama, demandas insatisfechas en infraestructura como en la resolución de diferentes situaciones o necesidades que podrían ser prioritarias para una cantidad importante de personas. En este contexto, es necesario reorganizar las modalidades de atención que existen en los servicios de salud, para garantizar un acceso más oportuno, adecuado y de calidad a toda la

población, con alternativas ambulatorias y domiciliarias, que permitan mejorar la situación de salud de las personas, así como la calidad de vida.

Como dato importante que muestra claramente la realidad que se ha descrito sobre la situación de la institución con respecto a la prestación de servicios en el primer nivel de atención, se destaca un informe enviado en enero de 2016 por la Auditoría Operativa de la Procuraduría de la República de Costa Rica, sobre la eficiencia y la eficacia de la gestión del servicio de consulta externa, medicina general en el primer nivel de atención de la CCSS. El informe revela, en términos generales, que “los recursos asignados al Primer Nivel de Atención, durante los últimos diez años, han sido en promedio menores con respecto al Segundo y Tercer nivel de atención, situación que va en dirección contraria respecto de lo que se pretendía en la Reforma del Sector , en el sentido de permitir una mayor capacidad resolutive de este primer nivel y reducir la demanda por servicios en el segundo y tercer nivel, y por ende abaratar los costos del sistema de salud en su integralidad”.<sup>49</sup>

Por otro lado, el documento enuncia que el promedio del primer nivel de atención en cuanto participación, ha sido del 27% del total de los recursos disponibles para el período 2005-2014. Por otra parte, el segundo nivel de atención mantiene un promedio de participación del 36%, mayor que el anterior. El tercer nivel de atención, que implica la mayor asignación de los recursos, presenta un 40%, aunque con una tendencia a la baja en el año 2014, del 37%. Como se señala ampliamente en la bibliografía, un país que invierte más recursos en solventar la enfermedad, es un país cuyo sistema de salud se le puede volver insostenible desde el punto de vista financiero.

Además, la entidad manifiesta que “dadas las debilidades encontradas se emiten una serie de disposiciones dentro de las cuales cabe destacar que, se defina e incluya en la planificación institucional de mediano y largo plazo, acciones concretas para fortalecer financieramente el primer nivel de atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el segundo como el tercer nivel de atención, todo ello en consonancia con los postulados de la reforma del sector salud”.

La Enfermería, como miembro de la estructura organizativa, participa en el favorecimiento de la misión institucional y como tal, debe realizar los ajustes necesarios en los tres niveles de atención, para mantener la continuidad del cuidado con el programa de alta programada en los hospitales, desde la interdisciplinariedad. También, debe extender, por otra parte, de forma coordinada, el rol hacia el nivel comunitario y definir criterios de riesgo para la atención en la comunidad, así como fortalecer las modalidades de alta hospitalaria y hospital de día que existen en algunos lugares del país.

No obstante, por la complejidad que representa para muchos establecimientos abordar la modalidad de la continuidad del cuidado debido a la falta de los recursos humanos, es necesario gestionar los casos prioritarios de las personas que tienen necesidades importantes y que, al no ser satisfechas en la comunidad, deben resolverse en otros niveles de atención, aunque se saturen las unidades de emergencias y otros servicios.

# Hipótesis







### **3. Hipótesis**

Ho: No existen diferencias significativas entre el seguimiento y la continuidad de cuidados domiciliarios que proporcionan las enfermeras (basados en el documento de referencia que incluye el programa de alta hospitalaria) y los reingresos hospitalarios en los usuarios de la red Este de Costa Rica.

H1: Si existen diferencias significativas entre el seguimiento y la continuidad de cuidados domiciliarios que proporcionan las enfermeras (basados en el documento de referencia que incluye el programa de alta hospitalaria) y los reingresos hospitalarios en los usuarios de la red Este de Costa Rica.



# Objetivos





## 4. Objetivos

### 4.1. Objetivo general

Determinar el impacto de las acciones realizadas por la red de enfermería, en relación con el seguimiento domiciliario, basado en el documento de referencia que incluye el programa de alta hospitalaria, sobre los reingresos hospitalarios de los usuarios de riesgo de la red Este de Costa Rica.

### 4.2. Objetivos específicos

- Diseñar y validar un instrumento que permita la recopilación de datos relacionados con el seguimiento y la continuidad en la gestión de cuidados enfermeros.
- Caracterizar a los usuarios de los servicios de hospitalización que egresan con documento de referencia desde el segundo y el tercer nivel de la Red Este de Costa Rica.
- Identificar el abordaje de las redes de Enfermería e interdisciplinarias, en la continuidad de cuidados a los usuarios, que requieren atención en el domicilio, de la red Este de Costa Rica.
- Determinar la relación entre el seguimiento dado en el domicilio a los usuarios que fueron referenciados y la cantidad de reingresos.
- Identificar si un adecuado seguimiento de las personas puede incidir en la reducción de los costos en la atención.



# **Material y Métodos**







## 5. Material y métodos

La presente investigación consta de dos fases diferenciadas.

En una primera fase, se procede a la validación de una encuesta que permita recopilar la información a la que se refieren los objetivos del estudio.

En una segunda fase, se aplica esta encuesta para realizar un estudio

### 5.1. Primera fase:

#### 5.1.1. Validación de la encuesta mediante el método Delphi

La validación de contenido de la encuesta, se realizó mediante Metodología Delphi<sup>51;52;53;54</sup>; técnica de consenso mediante un panel de expertos con dos rondas sucesivas de participación de los expertos.

Una vez generado el conjunto inicial de ítems, a partir de la adaptación del cuestionario, se llevó a cabo la validación de contenido del cuestionario adaptado, mediante el método Delphi, método que se basa en la aplicación de cuestionarios de forma sucesiva, con la finalidad de lograr el consenso entre un conjunto de participantes y mediante dos rondas de participación<sup>51</sup>. La primera ronda permite apreciar cuanto se desvía la opinión del experto sobre la opinión del conjunto, y la segunda, suministra a cada experto las opiniones de sus colegas, abriendo un debate transdisciplinario para obtener un consenso en los resultados y la generación de conocimiento sobre el tema<sup>51</sup>.

Tras el envío se realiza la comparación con los pares y se obtienen las respuestas al segundo cuestionario; se realiza el análisis estadístico final de las respuestas y se extraen las conclusiones que configuran el instrumento final validado <sup>52</sup>.

El objetivo fundamental de esta técnica consiste en consensuar la opinión de un grupo de personas, en relación a un determinado problema cuya solución no es fácil predecir. <sup>53</sup>

Las razones que sustentaron el empleo de esta técnica de consenso, se basaron en las argumentadas:

La mayor adecuación de las técnicas de recogida de opinión grupales frente a las individuales en estas situaciones, ya que varias personas proporcionan mejor información que una sola. De esta forma, el consenso obtenido aseguraba una visión del problema planteado que ofrecía mayor confianza.

La técnica Delphi supera ciertas limitaciones existentes con el empleo de otras técnicas, donde existen interacción cara a cara entre los participantes, como la influencia de sujetos dominantes, el ruido semántico y la presión de grupo hacia la conformidad.

Algunos investigadores de la **Rand Corporation** (Institución Norteamericana que ayuda a mejorar la política y la toma de decisiones a través de la investigación y el análisis), señalan que es necesario un número **mínimo de siete expertos** (debido a que el error disminuye notablemente por cada experto añadido hasta llegar a los siete expertos). Al mismo tiempo, no se recomienda pasar de los treinta panelistas, ya que la mejora en la previsión es muy pequeña, y el incremento en coste y trabajo de investigación no compensa la mejora <sup>54 - 55</sup>.

Del mismo modo, autores como Varela Ruiz, Díaz Bravo y García Durán del Departamento de Investigación en Educación Médica de la Universidad Nacional Autónoma de México, expresan que el número de expertos depende de los objetivos y presupuesto de cada estudio y consideran que no deben ser menos de siete expertos ni sobrepasar un máximo de treinta <sup>56</sup>.

### 5.1.2. Expertos participantes:

Se envió la encuesta a un total de 17 expertos.

Estos expertos contaban con experiencia, según años de servicio, donde predomina el rango de 10 y 20 años. De esta manera, se garantiza que las personas que participaron son conocedoras de los escenarios en los que se podría desarrollar, con mayor amplitud, la intervención de atención domiciliar y alta hospitalaria, tales como servicio, docencia e investigación, como se indica en los siguientes gráficos:



Gráfico 1. Años de experiencia de los expertos que validaron la encuesta.

En relación con el ámbito en el que se desenvuelve el experto, la mayoría son de gestión y, en orden descendente, con experiencias en asistencia, docencia e investigación. Algunos expertos tienen varios ámbitos de desempeño y trabajan en docencia e investigación.

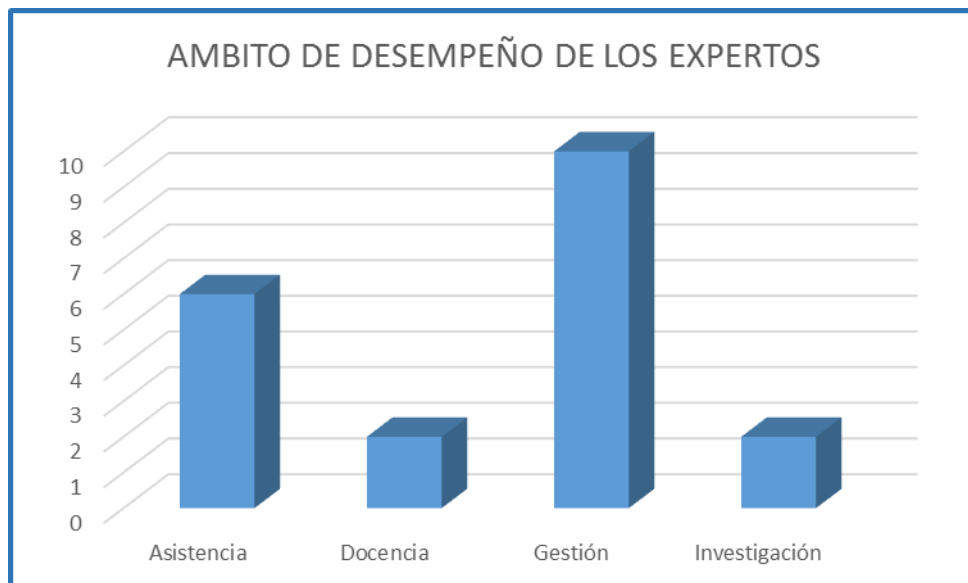


Gráfico 2. Ámbito de desempeño de los expertos. Año 2016

Los profesionales que participaron en la cumplimentación de las encuestas fueron las enfermeras del programa de alta hospitalaria del HCG, HMP y HTF, de la red Este de Costa Rica, así como también, las enfermeras responsables de las áreas de salud que, en algunos casos, fueron las jefaturas de Enfermería y, en otros, las responsables del primer nivel de atención, que supervisan específicamente el programa de visita domiciliar hecha por los Asistentes Técnicos de Atención Primaria.

### **5.1.3. Primera Ronda validación Delphi**

Se envía la encuesta diseñada (Anexo II) vía correo electrónico, dejando 15 días para recibir las respuestas.

Se reciben los aportes o sugerencias, que se incorporan a la encuesta enviada en esta primera ronda.

En el apartado de resultados, se muestran los cambios de la primera encuesta, respecto de la segunda.

### **5.1.4. Segunda Ronda de validación Delphi**

Después de hacer los cambios, se inicia la segunda validación Delphi con la versión revisada y mejorada según aportaciones de los expertos (Anexo III).

Se vuelve a enviar la encuesta vía correo electrónico, dejando 15 días para recibir las respuestas de los expertos.

Además, se incluyó un protocolo de llamadas (Anexo IV) para recolectar la información de los encuestados e identificar los que no responden, así como los fallecidos y los renuentes a completar los datos.

También se introdujo el formulario de consentimiento informado. (Anexo V). Así, cuando la encuesta se hizo de forma presencial, las personas lo firmaron; cuando se hizo por teléfono, se le dio lectura al documento y se anotó el nombre completo

y la cédula, para garantizar que la persona estaba de acuerdo en participar en el estudio.

## **5.2. Segunda fase**

### **5.2.1. Tipo de estudio**

En una segunda fase, se aplica esta encuesta para realizar un estudio retrospectivo, investigación *ex post facto*, esto es (“desde después del hecho”). Se pretende comprender las relaciones entre los fenómenos tal como ocurren en la naturaleza, sin la intervención del investigador. En este caso, con los usuarios que egresan hacia otros niveles con el documento de referencia ( Anexo 1) dado por los miembros del equipo de alta programada o por la enfermera profesional, hacia el primer nivel de atención y la intervención dada por algún miembro del equipo de salud o el egreso que fue captado por el personal de salud del primer nivel, sin ningún documento de referencia y que también es intervenido.

La investigación correlacional o retrospectiva, es una interrelación o asociación entre dos variables; es decir, la tendencia a que las variaciones registradas en una variable se relacionen con las variaciones de otras.

Los estudios *ex post facto* o retrospectivos seguirán siendo claves para la investigación en Ciencias de la Salud y Sociales, precisamente porque muchos problemas sujetos de estudio no son susceptibles de ser analizados mediante procedimientos experimentales.<sup>50 (P.189)</sup>

### 5.2.2. Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación es el total de la población definida previamente con situaciones de riesgo que egresó de tres hospitales de la Red Este, durante el año 2015, y que por una u otra razón, fue referenciada, mediante el programa de alta hospitalaria, o por algún miembro del equipo de salud o simplemente egresó sin ninguna referencia ni seguimiento, pero con necesidad de atención en el primer nivel.

Tal como se presenta en la figura nº 2, la Caja Costarricense de Seguro Social divide el país en siete regiones: Central Sur, Central Norte, Huetar Atlántica, Pacífico Central, Brunca, Chorotega y Huetar Norte.

También divide el país en tres redes conformadas por los diferentes centros hospitalarios y áreas de salud que comprenden los tres niveles de atención.

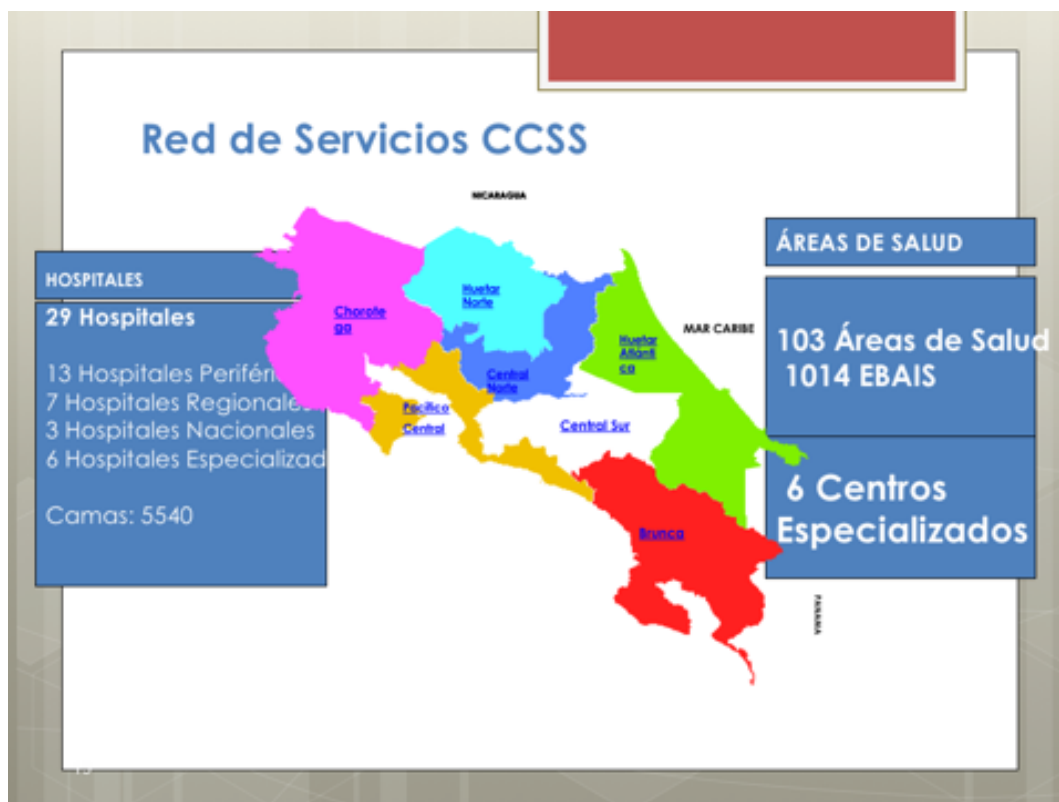


Figura 2. Red de Servicios de la Caja costarricense de Seguro Social.

Este estudio se ubica en la Red Este, tal y como se muestra en la figura nº 3, la cual comprende cuatro centros hospitalarios: Hospital Dr. Calderón Guardia (HCG), como hospital nacional de III nivel, Hospital Dr. Tony Facio (HTF), de Limón, Hospital Dr. Max Peralta, (HMP), de Cartago.

El Hospital de Guápiles y William Allen de Turrialba son parte de la Red Este; sin embargo no existe registro local de las enfermeras para incluir en la muestra, no hay ningún tipo de seguimiento de las personas, los casos de estos centros que aparecen en el estudio es porque egresaron del Hospital Nacional Dr. Calderón Guardia. Según la línea de referencia, los usuarios del hospital de Guápiles se direccionan al Dr. Tony Facio y los del William Allen al hospital Dr. Max Peralta.

El HCG, es el hospital nacional de referencia, con 413 camas, complejidad de nivel tres. Este centro tiene una población, según área de atracción directa e indirecta, de 1 335 047 habitantes. Las primeras causas de egreso, de acuerdo con el anuario estadístico CCSS, año 2014, en el servicio de medicina, son: enfermedad isquémica crónica del corazón, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, bronconeumonía y asma; en el servicio de cirugía son: cálculo de la vesícula biliar sin colestitis, apendicitis aguda, hiperplasia de la próstata, venas varicosas de los miembros inferiores y desplazamientos de disco intervertebral.

En el año 2014, egresaron 34.134 personas; su estancia promedio fue de 5.93 días/cama y un porcentaje de ocupación de 105.82%; de estos, 6793 corresponden a egresos del servicio de medicina, con un porcentaje de 19.90% y en cirugía, un total de 8439 egresos, siendo un porcentaje de 24.72%. Se excluye cirugía pediátrica, y cirugía ambulatoria, como se observa en la tabla N° 4.



CENTROS	EGRESOS	EST.PROM	%	EGRE MEDIC	%	EGRE CIRUG	%
HCG	34 134	5.93	105.2%	6793	19.90%	8439	24.72%
HTF	14 903	4.96	79.70%	2224	14.92	2983	20.01%
HMP	20 309	5.00	93.97%	2551	12.56	3784	18.63%

Tabla 4. Egresos, estancias y porcentajes de ocupación en los tres centros de la red. CCSS, 2014. (FUENTE: Anuario año 2014 del departamento de información estadística de la CCSS).

En la siguiente figura se observan los centros que pertenecen a la Red Este de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la que el Hospital Calderón Guardia es el centro de referencia del III nivel.

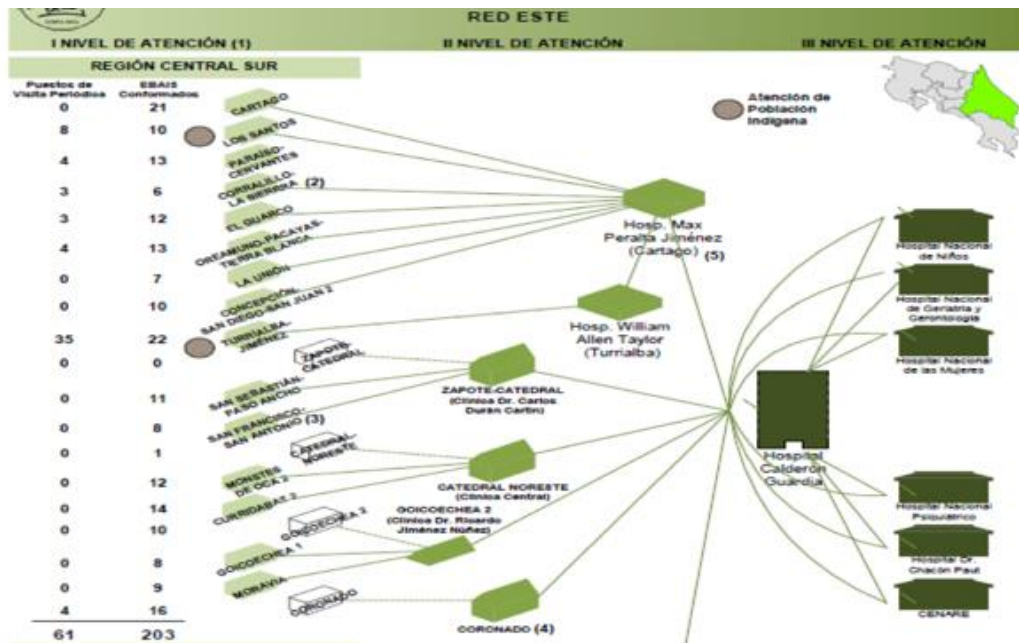


Figura 3. Red Este.

Para el hospital Dr. Calderón Guardia, las áreas de salud de la zona de atracción son: Mata Redonda-Hospital, Catedral Noreste, Moravia, Coronado, Goicoechea Uno y Goicoechea Dos, San Pedro de Montes de Oca, Curridabat, San Sebastián- Paso Ancho y San Francisco. Adicionalmente, todas las áreas de

salud adscritas al Hospital Dr. Max Peralta (Cartago) y todas las áreas adscritas del Hospital Dr. Tony Facio (Limón), se presentan tal y como se muestran en la figura 3.

Otro de los hospitales de la red Este de Costa Rica es el Dr. Tony Facio, de la provincia de Limón. Tiene un área de atracción directa e indirecta de 387 036 mil habitantes y 223 camas. Está calificado como un hospital regional, con 14 903 egresos, en el año 2014 y una estancia promedio de 4.96 días/cama, así como un índice de ocupación de 79.70%. De este total, 2224 egresos son del servicio de medicina, un porcentaje de 14.92%; en cirugía, un total de 2983 egresos, un porcentaje de 20,01%; se excluye cirugía pediátrica y cirugía ambulatoria, según datos del Anuario Estadístico, CCSS, Año 2014

Las áreas de atracción de esta zona son: Siquirres, Guácimo, Guápiles, Matina, Cariari, Sixaola, Talamanca y Limón. Se muestra en la figura N° 5 las áreas de atracción de ambos hospitales Guápiles y Limón que corresponden a esta Región de la Red Este.

.



Figura 4. Red Este, Región de Huetar Atlántica.

Otra de las zonas estudiadas que se incluyeron en el estudio, dado que es parte de la zona de atracción de la Red Este, es el Hospital Dr. Max Peralta, de Cartago, que, de acuerdo al Anuario Estadístico, CCSS, Año 2014, cuenta con un total de 244 camas, con un área de atracción de 461 319 habitantes como población directa e indirecta. En el año 2014, egresaron 20 309 personas, con una estancia promedio de 5 días/ cama y un porcentaje de ocupación de 93.97%. La cantidad de egresos en el servicio de medicina corresponde a 2551, un porcentaje de 12,56% y, en cirugías, de 3784 egresos hospitalarios, un porcentaje de 18,63%; se excluye cirugía pediátrica y cirugía ambulatoria. Las áreas de salud de atracción de dicha zona son: Turrialba-Jiménez, Cartago, Oreamuno, La Unión, Paraíso, Corralillo, El Guarco, Los Santos y Concepción, San Diego, San Juan.

### 5.2.1. Descripción de las variables:

Las variables del estudio se seleccionaron con el propósito de desarrollar ampliamente los objetivos propuestos.

Se definieron variables sociodemográficas para situar el contexto poblacional y las características de las personas incluidas en el estudio. La revisión de la literatura fue un factor favorable para definir ampliamente las variables determinadas y para hacer el análisis de los resultados, comparando lo escrito por los diferentes autores.

#### Dimensión 1: Variables sociodemográficas

Características generales de las personas que requieren un proceso continuo de atención, por encontrarse en situación de vulnerabilidad

<b>Variables sociodemográficas</b>	
Edad	Variable cuantitativa continua Años cumplidos de las personas referenciadas de tres hospitales de la Red Este
Sexo	Variable cualitativa dicotómica
Ubicación Geográfica	Variable Cualitativa politómica Residencia habitual de la persona referenciada, según el área de salud a la que pertenece.
Acceso al servicio médico privado	Variable cualitativa dicotómica
Labores que desempeña como trabajador activo	Variable cualitativa politómica

Tabla 5. Variables sociodemográficas

## Dimensión 2: Variables relacionadas con el Alta hospitalaria y con la continuidad asistencial

Alta hospitalaria: Momento de transición del paciente, del entorno hospitalario al domicilio. En dicho momento, aumentan los esfuerzos por identificar problemas en el proceso y evaluar posibles intervenciones para optimizarlo.

Las variables tienen que ver con la evaluación y el seguimiento en los tres niveles de atención.

Atención continuada del cuidado a los usuarios referenciados con situaciones de vulnerabilidad y que ameritan seguimiento, en el domicilio, de sus necesidades, en un proceso continuo e integral, así como el fomento de la autogestión y el autocuidado.

<b>Variable alta hospitalaria: Continuidad en la gestión del cuidado con la referencia</b>	
Diagnóstico médico que genera la limitación	Variable cualitativa politómica AVC/ UPP/Traumas por accidente de tránsito, adulto mayor sin apoyos/otras causas de inmovilización o limitación
Causas de su problema o limitación para el autocuidado	Variable cualitativa politómica Adulto mayor dependiente, UPP según grado, AVC complicado, DM complicada, limitaciones de diversas causas, secuelas de accidente de tránsito, demencia senil, Alzheimer, amputación, paraplejia, otras.
Atención domiciliar por enfermera profesional	Variable cualitativa dicotómica (Si/no) Cuidado y atención que brinda la enfermera en la habitación de la persona que tiene una necesidad
Miembro del equipo de salud que le entrega la referencia	Variable cualitativa politómica Medico enfermera profesional, auxiliar de Enfermería, otro profesional. No se entregó referencia

Tabla 6. Variable alta hospitalaria: Continuidad en la gestión del cuidado con la referencia.

### **Dimensión 3: Variables relacionadas con el seguimiento y gestión de los casos referenciados**

Realización de acciones de cuidado de manera continuada en el nivel domiciliario, mediante la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, efectivos, oportunos, seguros, integrales, que permitan el seguimiento del plan de alta hospitalaria y la resolución adecuada de las necesidades de atención a las personas.

Realizar la gestión del cuidado y el seguimiento oportuno en el nivel domiciliario a las personas con necesidades en el tiempo adecuado y con el efecto requerido.

<b>Variables relacionadas con el seguimiento y gestión de los casos referenciados</b>	
Tiempo de entrega de la referencia en el EBAIS o área de salud	Variable cuantitativa continua Tiempo que tarda la persona llevando el documento de referencia hacia el primer nivel de atención
Tiempo en realizar la visita tras la entrega de la referencia	Variable cuantitativa continua Se refiere al tiempo que tarda el personal de salud en realizar la visita a la persona posterior a la entrega de la referencia
Educación u orientación por Enfermería del hospital al egreso	Variable cualitativa dicotómica Sí/No
Capacitación en el hogar sobre los cuidados de la enfermedad y sobre el autocuidado	Variable cualitativa dicotómica Sí/No Se refiere a la actividad que debe realizar el profesional de enfermería en cada visita domiciliar capacitando a la persona en su autocuidado o autogestión del cuidado
Visitas de seguimiento en el hogar	Variable cualitativa dicotómica Sí/No

<b>Variables relacionadas con el seguimiento y gestión de los casos referenciados</b>	
Personal de salud que realizó seguimiento en el hogar	Variable cualitativa politómica Miembros del EBAIS: médico, auxiliar de Enfermería, enfermera profesional, otro profesional
Actividades realizadas por los miembros del equipo en el seguimiento	Variable cualitativa politómica Curaciones, cambios de sonda, vesical SNG, orientación a la familia, lavado vesical, plan de cuidados con la familia, revisión de O <sub>2</sub> , vía periférica, apoyo emocional, referencia a otro miembro del equipo de salud, otros
Días de seguimiento	Variable cuantitativa continua
Frecuencia de las visitas al hogar para el seguimiento	Variable cuantitativa continua
Tiempo en que se resolvió la situación de seguimiento	Variable cuantitativa continua
Percepción del usuario sobre la atención en domicilio	Variable cualitativa discreta
Apoyo por parte de algún miembro u organización de la comunidad	Variable cualitativa discreta Se refiere a la asistencia o apoyo que tuviera alguno de los encuestados de parte de su familia u organización en la comunidad
Organizaciones comunales de apoyo	Variable cualitativa discreta Iglesia, vecinos voluntarios ONGs, municipalidad, IMAS, otros
Capacitación de la familia sobre el autocuidado en el hogar	Variable cualitativa dicotómica

Tabla 7. Variable seguimiento y gestión de los casos referenciados.

#### **Dimensión 4: Variables relacionadas con los costos de la continuidad en la atención domiciliar**

La gestión desde el alta hospitalaria y el seguimiento oportuno en el nivel domiciliar podrían incidir directa o indirectamente en los costos hospitalarios y en la atención domiciliar.

La identificación de las necesidades de las personas desde el alta hospitalaria y su abordaje, en el nivel domiciliario, pueden resolver las necesidades de las personas a un costo menor al de una hospitalización, mediante la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, en el primer nivel de atención.

<b>Variables relacionadas con los costos de la continuidad en la atención domiciliaria</b>	
Número de días de hospitalización	Variable cuantitativa continua Número de días
Tiempo que duró el seguimiento en el domicilio	Variable cuantitativa continua Número de días
Reingreso antes de los 15 días por la misma causa	Variable cualitativa dicotómica
Consultó antes de los 15 días por la misma causa que le causó la limitación	Variable cualitativa dicotómica
Nº de veces que reingresó en los últimos 6 meses	Variable cuantitativa continua Tiempo que tardó la persona posterior al último egreso en reingresar por la misma causa
Causas o complicaciones que lo llevaron al reingreso o consulta	Variable cualitativa discreta
Entrega de material o insumos	Variable cualitativa discreta Se refiere a los materiales o insumos que requiere la persona para su autocuidado en el domicilio
Insumos o material entregado para el cuidado	Variable cualitativa discreta

Tabla 8. Costos de la continuidad de la atención domiciliaria.



Según se fue procediendo a la validación de la encuesta, hubo que añadir preguntas y para facilitar la localización de las variables en la encuesta, a continuación se incluye una tabla que relaciona dichas variables con el nº de pregunta al que corresponden en el cuestionario definitivo:

#### **Dimensión 1: Variables sociodemográficas:**

<b>Nº pregunta</b>	<b>Variable</b>
1	Edad
2	Sexo
3	Ubicación Geográfica
4	Acceso al servicio médico privado
5	Labores que desempeña como trabajador activo

Tabla 9. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 1

#### **Dimensión 2: Variables relacionadas con el Alta hospitalaria y con la continuidad en la gestión del cuidado con la referencia:**

<b>Nº pregunta</b>	<b>Variable</b>
6	Diagnóstico médico que genera la limitación
7	Causas de su problema o limitación para el autocuidado
8	Atención domiciliar por enfermera profesional
10	Miembro del equipo de salud que le entrega la referencia

Tabla 10. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 2

#### **Dimensión 3: Variables relacionadas con el seguimiento y gestión de los casos referenciados**

<b>Nº pregunta</b>	<b>Variable</b>
11	Tiempo de entrega de la referencia en el EBAIS o área de salud
12	Tiempo en realizar la visita tras la entrega de la referencia
17	Visitas de seguimiento en el hogar
18	Personal de salud que realizó seguimiento en el hogar

Nº pregunta	Variable
19	Actividades realizadas por los miembros del equipo en el seguimiento
20	Días de seguimiento
21	Frecuencia de las visitas al hogar para el seguimiento
22	Tiempo en que se resolvió la situación de seguimiento
23	Percepción del usuario sobre la atención en domicilio
24	Educación u orientación por Enfermería del hospital al egreso
25	Capacitación en el hogar sobre los cuidados de la enfermedad y sobre el autocuidado
26	Apoyo por parte de algún miembro u organización de la comunidad
27	Organizaciones comunales de apoyo
28	Capacitación de la familia sobre el autocuidado en el hogar

Tabla 11. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 3

**Dimensión 4: Variables relacionadas con los costos de la continuidad en la atención domiciliaria:**

Nº pregunta	Variable
9	Días de Hospitalización
13	Reingreso antes de los 15 días por la misma causa
14	Consultó antes de los 15 días por la misma causa que le causó la limitación
15	Nº de veces que reingresó en los últimos 6 meses
16	Causas o complicaciones que lo llevaron al reingreso o consulta
29	Entrega de material o insumos
30	Insumos o material entregado para el cuidado

Tabla 12. Relación entre las preguntas de la encuesta y las variables de la dimensión 4

### 5.2.2. Población diana

Egresos hospitalarios de la Red Este de Costa Rica. (Hospital Dr. Calderón Guardia, Dr. Tony Facio, de Limón y Dr. Max Peralta, de Cartago) en el año 2015, con diagnósticos de riesgo que les generan algún tipo de vulnerabilidad, deficiencia en el autocuidado o limitación en la movilidad por causa de enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, diálisis peritoneal ambulatoria, incluidos en los registros de las enfermeras de estos tres hospitales .

El período de análisis comprende todo el año 2015. La cantidad de egresos que se referenciaron en este período es suficiente para determinar el comportamiento de las variables abordadas en relación con los intereses de la investigación.

En la siguiente tabla se muestra el total de egresos hospitalarios correspondiente a cada uno de los tres hospitales de la Red Este:

Hospital	Nº de Egresos
Hospital Dr. Calderón Guardia	34 134
Hospital Dr. Tony Facio	14 903
Hospital Dr. Max Peralta	20 309
<b>Total</b>	<b>69 346</b>

Tabla 13. Egresos hospitalarios de la Red Este, 2014. (FUENTE: CCSS, 2014).

### 5.2.3. Criterios de selección e inclusión

Usuarios que egresan de los hospitales de la Red Este, Hospital Dr. Calderón Guardia, Hospital Dr. Max Peralta, de Cartago y Hospital Dr. Tony Facio, de Limón, durante el año 2015, con situaciones de vulnerabilidad, que ameritan seguimiento en la comunidad, en aspectos tales como apoyo educativo,

autogestión, autocuidado o actividades asistenciales, para que tengan mejor calidad de vida y para disminuir o evitar reingresos o consultas innecesarias.

Usuarios con los siguientes diagnósticos de referencia: Síndrome de inmovilización por secuelas de enfermedades crónicas, secuelas de accidente de tránsito, con insuficiencia renal y con necesidad de diálisis ambulatoria que requieren seguimiento por disminución de sus capacidades para el autocuidado o limitaciones de su autonomía.

Se excluyen los egresos que no requieran seguimiento de ninguna naturaleza, porque son independientes y autónomos en su autocuidado.

#### **5.2.4. Muestra**

##### **5.2.4.1. Obtención de la muestra del estudio**

Se trabajó con el total de los casos anotados en los registros que llevan las enfermeras responsables del alta hospitalaria o los controlados según los casos teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad o de riesgo. Se consideraron los pacientes que egresaron de tres hospitales de la Red Este de la Caja Costarricense de Seguro Social, durante el año 2015.

En un estudio de investigación retrospectivo, se pretende comprender las relaciones entre los fenómenos tal como ocurren en la naturaleza, sin la intervención del investigador, en este caso, con los usuarios que egresan direccionados hacia otros niveles de atención. En este tipo de retrospectión no se permite la aleatorización de los sujetos de estudio porque, en caso contrario, se incurriría en un error, al dejar fuera de la investigación algunas personas que

fueron referidas y atendidas. Esto obstaculizaría hacer el análisis del total de los egresos que fueron referidos y que se beneficiaron de la atención; igualmente, no se podría detectar todos aquellos casos que, necesitando la intervención y habiéndose referido, no fueron abordados.

Por otro lado, la elección de este estudio también lleva implícito un componente de coste-efectividad, por su adecuación a un espacio de tiempo limitado, a la cantidad de áreas de salud inmersas en el mismo y a la aplicación de las encuestas. Otra de las ventajas a destacar es el hecho de que son estudios de bajo coste y con relativamente pocos obstáculos.

#### **5.2.4.2. Proceso de obtención de la muestra del estudio**

Se partió de una población formada por 216 casos incluidos en los registros de las enfermeras, desde enero hasta diciembre del año 2015.

Del total, solamente 134 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos al inicio de la investigación; convirtiéndose esta muestra en la del estudio.

Esta cifra comprende un 62% del total de los casos; el resto se compone de personas fallecidas durante este año o el anterior o de las que no se localizó el número de teléfono anotado. También están aquellas de las que olvidaron algunos datos y de las que en su momento decidieron no suministrar la información que solicitó el estudio.

La siguiente figura muestra el proceso seguido para llegar a la muestra del estudio:

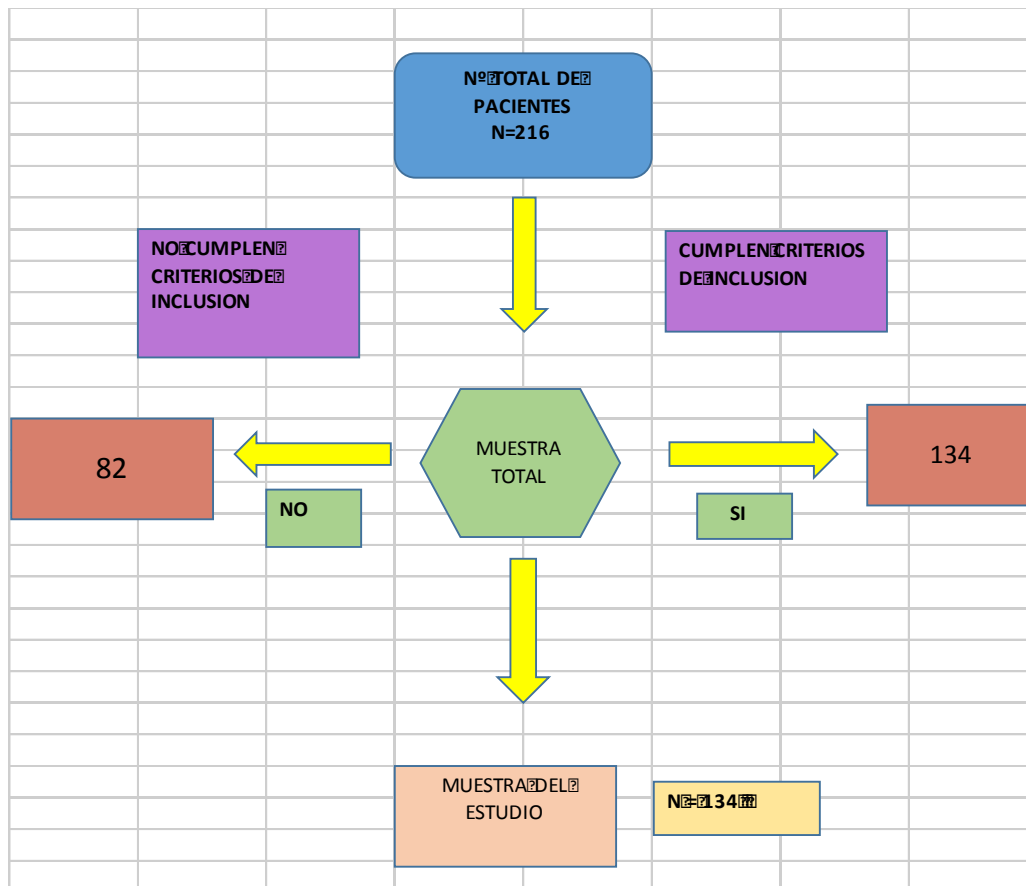


Figura 5. Diagrama de la muestra de estudio. FUENTE: elaboración propia).

La siguiente tabla muestra que, del total de los registros de las enfermeras, el 38% de los casos no se incluyeron en la muestra por fallecimiento, porque no fueron localizados por teléfono, porque no contestaron o porque habían cambiado el número, o porque este no correspondía. Cuatro años del registro no se incluyeron, porque tenían diagnósticos de exclusión, prematuridad para el seguimiento. De aquí, deriva la importancia de organizar la práctica definiendo los criterios de prioridad, para asegurar la continuidad.

CASOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fallecidos	25	11%
No respuesta	32	14%
No localizables por cambio de n° teléfono	21	9%
No cumplen criterios de inclusión	4	2%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>37%</b>

Tabla 14. Cantidad de casos no incluidos en la muestra.

### 5.2.5. Métodos de recolección de información

Se aplica la encuesta validada en la primera fase.

### 5.2.6. Definición de instrumentos para la recolección de la información

La información fue recolectada mediante una encuesta aplicada a las personas que, durante el año 2015, ingresaron por razones diferentes en tres hospitales de la Red Este de la CCSS y que, al egreso, fueron identificadas por tener necesidad de atención y seguimiento en su domicilio, con condiciones de vulnerabilidad o riesgo en relación con su movilización o independencia, lo que les impedía asistir diariamente a un servicio a recibir atención.

La encuesta se compone de 30 preguntas (Anexo III) y se aplicó a las personas incluidas en los registros de las enfermeras de los tres centros hospitalarios del estudio. En el Hospital Dr. Calderón Guardia, se trabajó con las profesionales responsables del programa de alta hospitalaria, quienes derivan usuarios hacia

las áreas de salud de toda la red, así como con la enfermera responsable de las personas diagnosticadas con diálisis peritoneal ambulatoria.

En el Hospital Dr. Max Peralta, se utilizó el registro de las personas que son referidas por los profesionales de Enfermería de los diferentes servicios hospitalarios y programas. Sin embargo, hay desorganización, porque aún no se tiene definido qué diagnósticos referir y al depurar el listado se encontró que se incluyeron diagnósticos que no ameritan. Esto es debido a que no existe una enfermera específica para el programa de alta y todas las enfermeras hacen referencia a lo que consideran válido en los diferentes casos y lo pasan a una enfermera que consolida el registro. En el Hospital Dr. Tony Facio, no se logró un registro ordenado de las personas que se refieren a las áreas de salud, a pesar de que aquí funciona la modalidad de hospital de día, ya que no existe valoración a nivel hospitalario y no hay registro ni referencia de casos, ni tampoco se ha instaurado el alta hospitalaria; sin embargo, se encuestaron a los usuarios de Limón que asistieron a recibir servicios en el Hospital Dr. Calderón Guardia y que fueron referenciados por las enfermeras.

#### **5.2.7. Consentimiento informado del Estudio**

En la Caja Costarricense de Seguro Social, existe un área de aprobación de los estudios que corresponde al Área de Bioética. Para que el estudio pueda ser aprobado, debe ser parte del plan anual operativo de la unidad, esto no fue una limitante porque la evaluación y la supervisión de servicios permiten que estas acciones se incluyan (y así se hizo). Después, se debe obtener la aprobación de



la jefatura inmediata como un primer requisito, para ser enviado luego a esta instancia.

La Jefatura de la Saborea de Bioética refiere: “El estudio supra citado corresponde a un estudio de salud pública. Este criterio se emite luego de haber revisado el protocolo que se ha entregado para esta evaluación. Los estudios en salud pública son regulados por el artículo 7 de la Ley N°9234 Reguladora de la Investigación Biomédica, y se encuentra también regulado (en lo que se encuentra vigente) por la “Modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social”, aprobada por la Junta Directiva, en artículo 26° de la Sesión N° 8601, del 20 de septiembre de 2012 en el capítulo XIII donde identifica las investigaciones de interés institucional. Debe por ende cumplir con la regulación de este tipo de estudio en los cuales se requiere de la inscripción ante la Saborea de Bioética de Investigación y el reporte semestral de avance, así como ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) en el Ministerio de Salud y el reporte de los resultados máximo un mes luego de finalizado el estudio a la Saborea de Bioética y dos meses al CONIS. Se le recomienda reconocer las disposiciones nacionales y enviar al CONIS un perfil de este estudio conforme lo establecido en la Ley N°9234 y su Reglamento 39061-S con copia a esta Saborea, por lo que se cumplen los requisitos vigentes establecidos para la inscripción de un estudio de Salud Pública”.

Los requisitos vigentes establecidos son:

- Certificación de la meta del Plan Operativo Anual de la Unidad o centro que contemple la realización de este estudio.
- Protocolo de investigación en versión impresa y digital.

- Resultados del estudio en versión impresa y digital al mes de finalizado.
- Informe semestral sobre el desarrollo del estudio.
- Publicaciones (hasta dos años después de finalizado con excepciones).

Posterior a la aprobación por la Saborea de Bioética, se realiza la solicitud de inscripción ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud CONIS, M.S.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/consejos/conis>

Se cumple con los siguientes requisitos solicitados, según la regulación nacional vigente al artículo 7 de la Ley N. ° 9234, Reguladora de la Investigación Biomédica (25 de abril de 2014) y el artículo 7 del Reglamento 39061-S (17 de julio de 2015) en la CCSS:

1. Hacer constar que este tipo de investigación se encuentra en el Plan Operativo de la Unidad o centro asistencial.
2. Perfil del estudio que contenga:
  - Información administrativa:
    - Institución responsable e instituciones participantes,
    - Patrocinadores,
    - Nombre de los investigadores,
    - Dirección e información de contacto de los investigadores,
    - Institución a la que pertenecen los investigadores,
    - Calificaciones y experiencia del investigador principal en investigación,
    - Fecha de inicio y finalización de la investigación.
  - Información técnica:
    - Título de la investigación,

- Justificación,
  - Datos demográficos y epidemiológicos relevantes del lugar de estudio,
  - Objetivos,
  - Lugar dónde se realizará la investigación y
  - Metodología.
- Resultados finales: a los dos meses de finalizado, 6 meses en el caso de estudios metacéntricos.
  - La Caja publicará, por medio de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), el resumen de los resultados de todas las investigaciones que se realicen en la Institución.



# Resultados





## 6. Resultados

Los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios a los expertos se muestran a continuación utilizando tablas de frecuencias absolutas (FA) y porcentajes (%), en las que se relacionan el nº de la pregunta, tanto del cuestionario utilizado en la 1ª ronda Delphi, como en la segunda, y los datos correspondientes a la valoración de los criterios de claridad, coherencia y relevancia. Las opciones que tienen los expertos para dicha valoración son: totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), indiferente (I), desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD).

Se presenta una tabla de frecuencias por cada dimensión del cuestionario, cuyas variables se corresponden con las preguntas del mismo.

Se considera que hay consenso entre los expertos cuando la suma de las respuestas obtenidas para la valoración Totalmente de Acuerdo (TA) y De Acuerdo (A) sea igual o superior al 70%.

Además, para el consenso y aceptación de las preguntas del cuestionario, se tienen en cuenta los comentarios que realizan los expertos, en base a los cuales se reformulan, se eliminan o se incorporan nuevas preguntas.

Además de analizar la valoración y los comentarios de los expertos, se aplicó el alfa de Cronbach para el total de la encuesta, dando un valor para el cuestionario final, validado en la segunda ronda Delphi, de **0.924**

Los valores de referencia para este coeficiente dependen de la bibliografía. En algunos casos consideran que mayor o igual a 0,60, otros 0,70 y los más rigurosos por encima de 0,85.

Autores como Nunnally <sup>57</sup>, afirman que una fiabilidad de 0,5 ó 0,6 es aceptable. Otros autores como Grounlund <sup>58</sup> cree que la fiabilidad aceptable debe situarse entre 0,6 y 0,85. DeVellis <sup>59</sup> considera que los coeficientes de 0,8 a 0,87 caen en el rango de muy buenos.

Kerlinger y Lee <sup>60</sup> han establecido 0,7 como límite entre fiabilidad aceptable ( $\geq 0,7$ ) y no aceptable ( $< 0,7$ ).

Cuanto más cerca se encuentre el valor alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

En base a estos criterios se puede afirmar que el valor obtenido para el total de la encuesta es muy bueno.



## 6.1. Resultados obtenidos tras las 1ª Ronda Delphi.

## Dimensión 1: Variables sociodemográficas:

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
1	TA	17	100	16	94,1	15	88,2
	A	0	0	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	0	17	100	17	100
2	TA	17	100	16	94,1	15	88,2
	A	0	0	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
3	TA	17	100	16	94,1	15	88,2
	A	0	0	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	0	17	100	17	100
4	TA	13	76,5	10	58,8	10	58,8
	A	2	11,8	3	17,6	2	11,8
	I	1	5,9	2	11,8	2	11,8
	D	0	0	2	11,8	1	5,9
	TD	1	5,9	0	0	2	11,8
	TOTAL	17	100	17	100	17	100

Tabla 15. Valoración de los expertos para la dimensión 1 (1ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Pregunta	Sobre el Consenso
1	Edad	Aceptada
2	Sexo	Aceptada
3	Ubicación Geográfica	Aceptada
4	Ingreso económico mensual	Aceptada

Tabla 16. Consenso para las preguntas de la dimensión 1 (1ª Ronda Delphi)

Las respuestas de los expertos para las preguntas 1, 2, 3 obtienen una puntuación en relación a TA + A superior al 70% para los tres criterios (Claridad, Coherencia y Relevancia) por lo que se dan por aceptadas en esta primera ronda.

En el caso de la pregunta nº 4, tanto para el criterio de coherencia, como el de relevancia, aunque superan el 70% de TA+A, existe un 23.6% (Coherencia) y un 29.5% (Relevancia) que no lo están.

En principio se acepta la pregunta, pero como se verá en los resultados de la 2ª ronda, finalmente se eliminará.

Por otro lado, los expertos sugieren que se incorpore una pregunta más en esta dimensión “Labor que desempeña como trabajador activo”, Esta pregunta se corresponderá con la nº 5 del cuestionario de la 2ª ronda, y la nº 5 de este cuestionario inicial pasa a ocupar el nº 8 de la 2ª ronda.

## Dimensión 2: Variables relacionadas con el Alta hospitalaria y con la continuidad en la gestión del cuidado con la referencia:

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
5	TA	12	70,6	14	82,4	16	94,1
	A	5	29,4	2	11,8	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	1	5,9	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
6	TA	15	88,2	17	100	16	94,1
	A	1	5,9	0	0	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	TD	1	5,9	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
7	TA	13	76,5	15	88,2	14	82,4
	A	3	17,6	2	11,8	2	11,8
	I	0	0	0	0	1	5,9
	D	1	5,9	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
8	TA	16	94,1	16	94,1	15	88,2
	A	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	1	5,9
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
12	TA	11	64,7	13	76,5	13	76,5
	A	4	23,5	3	17,6	3	17,6
	I	1	5,9	3	17,6	1	5,9
	D	1	5,9	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100

Tabla 17. Valoración de los expertos para la dimensión 2 (1ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Pregunta	Sobre el Consenso
5	Atención domiciliar por enfermera profesional	<b>Se acepta.</b> En la segunda ronda Delphi corresponde a la pregunta nº 8.
6	Diagnóstico médico que genera la limitación	<b>Se acepta.</b> No obstante, los expertos sugieren que debe reformularse para completarla y para el cuestionario de la 2ª Ronda Delphi se incorpora, además, un listado de los principales diagnósticos médicos para que puedan ser seleccionados.
7	Causas de su problema o limitación para el autocuidado	<b>Se acepta.</b> No obstante, los expertos sugieren que se reformule, incorporando un listado de las

Nº pregunta	Pregunta	Sobre el Consenso
		principales causas que provocan inmovilización para que puedan ser seleccionadas.
8	Diagnóstico de enfermería	<b>Se elimina del cuestionario de la 2ª ronda Delphi</b>  A pesar de que las respuestas de los expertos superan el 70% de TA+A, Esta pregunta se elimina de la 2ª ronda porque En sus comentarios consideran que es difícil de responder por parte de los pacientes
12	Referido por enfermera, médico u otro miembro del equipo de alta programada	<b>Se acepta.</b>  No obstante, se reformula la pregunta, y se aporta un listado de miembros del equipo de salud que pueden entregar el documento de referencia en el momento del egreso. En la 2ª ronda pasa a ser la pregunta nº 10.

Tabla 18. Consenso para las preguntas de la dimensión 2 (1ª Ronda Delphi)

Se alcanza el consenso en todas las preguntas de esta dimensión. No obstante, en el caso de la pregunta nº 8, a pesar de que las respuestas de los expertos superan el 70% de TA+A, se elimina del cuestionario de la 2ª ronda porque consideran que es difícil de responder por parte de los pacientes.

### Dimensión 3: Variables relacionadas con el seguimiento y gestión de los casos referenciados

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA Nº	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
		FA	%	FA	%	FA	%
16	TA	13	76,5	15	88,2	15	88,2
	A	3	17,6	2	11,8	2	11,8

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	I	1	5,9	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
17	TA	12	70,6	14	82,4	14	82,4
	A	3	17,6	2	11,8	1	5,9
	I	0	0	0	0	1	5,9
	D	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	<b>PERDIDOS</b>	1	5,9	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100	
18	TA	13	76,5	14	82,4	15	88,2
	A	4	23,5	3	17,6	2	11,8
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
19	TA	16	94,1	16	94,1	15	88,2
	A	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	1	5,9
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
20	TA	14	82,4	14	82,4	14	82,4
	A	2	11,8	2	11,8	2	11,8
	I	1	0	1	5,9	0	0
	D	0	0	0	0	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
21	TA	12	70,6	14	82,4	14	82,4
	A	4	23,5	2	11,8	2	11,8
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100

Tabla 19. Valoración de los expertos para la dimensión 3 (1ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Pregunta	Sobre el Consenso
16	Se dio seguimiento en el hogar	<b>Se acepta.</b> No obstante, se reformula la pregunta siguiendo las sugerencias de los expertos. Pasa a ser la nº 17 del cuestionario de la 2ª ronda
17	Anote que tipo de personal de salud realizo este seguimiento en el hogar	<b>Se acepta.</b> No obstante, se reformula para el cuestionario de la 2º ronda, añadiendo opciones de respuesta para seleccionar.
18	Nº de días de seguimiento	<b>Se acepta</b> Esta pregunta en el cuestionario de la 2º ronda pasa a ser la nº20.
19	Frecuencia de las visitas al hogar	<b>Se acepta sin modificaciones</b> En la 2º ronda pasa a ser la nº21.
20	Nº de días o meses en que se resolvió la situación de la persona	<b>Se acepta</b> No obstante, se reformula la pregunta y pasa a ser la nº 22 de la 2ª ronda.
21	Capacitación de la familia	<b>Se acepta.</b> No obstante, se reformula la pregunta para el cuestionario de la 2º ronda y pasa a ser la pregunta nº28.

Tabla 20. Consenso para las preguntas de la dimensión 3 (1ª Ronda Delphi)

Se alcanza el consenso en todas las preguntas de esta dimensión al superar en todas la suma de respuestas de TA+A  $\geq 70\%$ . No obstante, los expertos consideran que es necesario reformular las siguientes preguntas: 16, 17, 18, 20 y 21

Además, a petición de los expertos se incorporan nuevas preguntas en el cuestionario para la 2ª ronda. Se añaden las siguientes: 19, 23, 24, 25,26 y 27.

**Dimensión 4: Variables relacionadas con los costos de la continuidad en la atención domiciliaria:**

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
9	TA	15	88,2	16	94,1	16	94,1
	A	2	11,8	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
10	TA	16	94,1	16	94,1	16	94,1
	A	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
11	TA	13	76,5	13	76,5	13	76,5
	A	4	23,5	3	17,6	3	17,6
	I	0	0	1	5,9	0	0
	D	0	0	0	0	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
13	TA	11	64,7	13	76,5	14	82,4
	A	5	29,4	3	17,6	2	11,8
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	0	0	0	0
	TD	0	0	1	5,9	1	5,9
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
14	TA	16	94,1	15	88,2	16	94,1
	A	1	5,9	2	11,8	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100

RESULTADOS DE LA 1ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
15	TA	12	70,6	12	70,6	13	76,5
	A	4	23,5	5	29,4	4	23,5
	I	1	5,9	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
22	TA	14	82,4	15	88,2	15	88,2
	A	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	I	1	5,9	0	0	0	0
	D	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
23	TA	15	88,2	16	94,1	16	94,1
	A	1	5,9	0	0	0	0
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100

Tabla 21. Valoración de los expertos para la dimensión 4 (1ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Pregunta	Sobre el Consenso
9	Fecha de ingreso al hospital	Los expertos sugieren eliminar las preguntas 9 y 10 del cuestionario para la 2ª ronda, porque quedarían respondidas con la pregunta nº 11 de esta 1ª ronda. A su vez la pregunta 11 pasa a ocupar el nº 9.
10	Fecha de egreso	
11	Días de hospitalización	<b>Se acepta</b> Los expertos recomiendan especificar "nº de días..." Esta pregunta pasa a ser la nº 9 de la segunda ronda
13	Requirió reingreso al hospital antes de los 15 días del egreso por la misma causa	<b>Se acepta sin modificaciones</b>
14	Causas del reingreso	<b>Se acepta</b> Se reformula la pregunta, y se aporta un listado de complicaciones para que se



Nº pregunta	Pregunta	Sobre el Consenso
		puedan seleccionar. Pasa a ser la nº 16 de la 2ª ronda
15	Nº de veces que reingresó en los últimos 6 meses	Se acepta sin modificaciones
22	Entrega de insumos	<b>Se acepta</b> Se reformula la pregunta en la 2º ronda y pasa a ser la pregunta nº29.
23	Tipo de insumos entregados	<b>Se acepta</b> Se reformula la pregunta en la 2º ronda y pasa a ser la pregunta nº30.

Tabla 22. Consenso para las preguntas de la dimensión 4 (1ª Ronda Delphi)

Se alcanza el consenso en todas las preguntas de esta dimensión, según el criterio de corte de  $TA+A \geq 70\%$ .

No obstante, Los expertos sugieren eliminar las preguntas 9 y 10 para el cuestionario de la 2º ronda, porque quedarían respondidas con la pregunta nº 11 de este primer cuestionario.

Además, recomiendan reformular la siguientes preguntas:11, 14, 22 y 23

Asimismo, consideran que es necesario añadir más preguntas en el cuestionario en relación al Reingreso. Para el cuestionario de la 2ª ronda se incorporan las preguntas nº11,12 y 14.

## 6.2. Resultados obtenidos tras las 2ª Ronda Delphi.

## Dimensión 1: Variables sociodemográficas:

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
1	TA	16	94,1	16	94,1	16	94,1
	A	0	0	0	0	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	1	5,9	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
2	TA	16	94,1	16	94,1	16	94,1
	A	0	0	0	0	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	1	5,9	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
3	TA	16	94,1	16	94,1	16	94,1
	A	0	0	0	0	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	1	5,9	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
4	TA	13	76,5	9	52,9	9	52,9
	A	2	11,8	3	17,6	2	11,8
	I	1	5,9	3	17,6	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	1	5,9	2	11,8	6	35,3
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
5	TA	13	76,5	11	64,7	11	64,7
	A	2	11,8	4	23,5	4	23,5
	I	1	5,9	2	11,8	0	0
	D	1	5,9	0	0	1	5,9
	TD	0	0	0	0	1	5,9
	TOTAL	17	100	17	100	17	100

Tabla 23. Valoración de los expertos para la dimensión 1 (2ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Variable	Sobre el Consenso
1	Edad	<b>Validada en la 1ª Ronda</b>
2	Sexo	<b>Validada en la 1ª Ronda</b>
3	Área de Salud a la que pertenece	<b>Se acepta</b> sin modificaciones
4	Ingreso económico mensual	<b>Se elimina</b> en la segunda ronda por lo que no aparecerá en el cuestionario definitivo. Por otro lado sugieren incluir una pregunta sobre la capacidad de la persona para acceder al servicio médico privado, como opción que visualice la capacidad económica del encuestado.
5	En que labores se desempeña si es trabajador activo	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones

Tabla 24. Consenso para las preguntas de la dimensión 1 (2ª Ronda Delphi)

Se aceptan las preguntas 1, 2, 3 y 5.

En cuanto a la pregunta nº 4, **Se elimina** en la segunda ronda por lo que no aparecerá en el cuestionario definitivo, debido a que varios expertos realizaron observaciones en relación a que podría resultar incómoda para las personas entrevistadas

Algunos de los comentarios refirieron:

- *“Los familiares se pueden mostrar incómodos ante tal pregunta. Puede ser eliminada”*
- *“Esta pregunta puede resultar incómoda para el encuestado”*
- *“Los familiares podrían alarmarse y no contestar correctamente Puede ser eliminada”*
- *“Indiferentemente de la situación económica, el paciente debe ser atendido, aparte que la gente se pone incomoda cuando se le realiza esta pregunta”*
- *“En desacuerdo ya que indistintamente de la respuesta el usuario debe ser atendido y el familiar muestra resistencia al referirse al temas económico”*

- "Considero que esta pregunta indispone a la familia"
- "La información creo no afectaría la prestación del servicio"
- "No es necesaria, la prestación del servicio se daría en igual forma al usuario"
- "El familiar generalmente presenta resistencia para dar esa información"

Por otro lado, sugieren incluir una pregunta sobre la capacidad de la persona para acceder al servicio médico privado, como opción que visualice la capacidad económica del encuestado.

## Dimensión 2: Variables relacionadas con el Alta hospitalaria y con la continuidad en la gestión del cuidado con la referencia:

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
6	TA	13	76,5	16	94,1	17	100
	A	2	11,8	1	5,9	0	0
	I	2	11,8	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
7	TA	12	70,6	11	64,7	14	82,4
	A	5	29,4	4	23,5	2	11,8
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	1	5,9	0	0
	TD	0	0	1	5,9	1	5,9
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
8	TA	16	94,1	15	88,2	16	94,1
	A	0	0	1	5,9	0	0
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	0	0	0	0
	TD	0	0	1	5,9	1	5,9
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
10	TA	12	70,6	15	88,2	14	82,4
	A	3	17,6	0	0	0	0
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	TD	0	0	1	5,9	1	5,9
	PERDIDOS	2	11,8	1	5,9	2	11,8
	TOTAL	17	100	17	100	17	100

Tabla 25. Valoración de los expertos para la dimensión 2. (2ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Variable	Sobre el Consenso
6	Cuál es el Diagnostico medico final o el nombre de la enfermedad que le genero la limitación en el autocuidado	<b>Se acepta</b> sin modificaciones
7	Indicar la o las causas que le produjeron problemas de inmovilización o limitaciones para su autocuidado	<b>Se acepta</b> sin modificaciones
8	Recibió atención domiciliaria por la enfermera profesional	<b>Se acepta</b> sin modificaciones Esta pregunta se corresponde con la nº 5 de la primera ronda.
10	Cual miembro del equipo de salud le entrego la referencia en el momento del egreso.	<b>Se acepta</b> sin modificaciones Se corresponde con la pregunta 12 de la 1ª ronda.

Tabla 26. Consenso para las preguntas de la dimensión 2 (2ª Ronda Delphi)

Se alcanza el consenso en todas las preguntas de esta dimensión. Todas superan al 70% en las respuestas referidas a TA+A, aceptándose por parte de los expertos.

### Dimensión 3: Variables relacionadas con el seguimiento y gestión de los casos referenciados

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
11	TA	11	64,7	14	82,4	14	82,4
	A	6	35,3	2	11,8	2	11,8
	I	0	0	1	5,9	1	5,9
	D	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
12	TA	13	76,5	15	88,2	16	94,1
	A	3	17,6	2	11,8	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	1	5,9	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
17	TA	15	88,2	16	94,1	16	94,1
	A	2	11,8	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
18	TA	14	82,4	13	76,5	15	88,2
	A	3	17,6	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	3	17,6	1	5,9
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
19	TA	14	82,4	17	100	16	94,1
	A	3	17,6	0	0	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
20	TA	12	70,6	12	70,6	12	70,6
	A	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	I	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	3	17,6	3	17,6	3	17,6
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
21	TA	16	94,1	16	94,1	16	94,1
	A	1	5,9	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
22	TA	12	70,6	13	76,5	14	82,4

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	A	3	17,6	3	17,6	1	5,9
	I	1	5,9	1	5,9	2	11,8
	D	1	5,9	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
23	TA	15	88,2	16	94,1	16	94,1
	A	2	11,8	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
24	TA	15	88,2	16	94,1	16	94,1
	A	2	11,8	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
25	TA	14	82	12	70,6	15	88,2
	A	3	17,6	2	11,8	2	11,8
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	3	17,6	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
26	TA	16	94,1	17	100	17	100
	A	1	5,9	0	0	0	0
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
27	TA	15	88,2	15	88,2	14	82,4
	A	2	11,8	2	11,8	3	17,6
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
28	TA	13	76,5	15	88,2	15	88,2
	A	4	23,5	2	11,8	2	11,8
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100

Tabla 27. Valoración de los expertos para la dimensión 3. (2ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Variable	Sobre el Consenso
11	Cuanto tiempo después del egreso entrego la referencia en el EBAIS o área de salud	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
12	Cuanto tiempo después de entregada la referencia se dio la visita al hogar o se intervino el caso por los profesionales de salud	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
17	Se realizó visitas de seguimiento al hogar	<b>Se acepta sin modificaciones</b> Correspondía a la pregunta nº 16 de la primera ronda.
18	Quien realizo el seguimiento en el hogar	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
19	Que actividades realizó esa persona miembro del equipo de salud durante la visita de seguimiento	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
20	Nº de días que duró el seguimiento de la persona	<b>Se acepta</b> sin modificaciones Era la pregunta nº 18 de la primera ronda.
21	Frecuencia de las visitas al hogar para el seguimiento	<b>Validada en la 1ª ronda</b> Era la pregunta nº 19 de la primera ronda.
22	Tiempo que tardó en resolverse la situación	<b>Se acepta</b> sin modificaciones Era la pregunta nº 20 de la primera ronda.
23	Percepción del usuario sobre la atención a domicilio	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
24	Recibió educación u orientación por enfermería en el hospital al egreso	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
25	Le capacitaron o explicaron en el hospital los cuidados de la enfermedad y las acciones para	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones



Nº pregunta	Variable	Sobre el Consenso
	su autocuidado	
26	Recibió apoyo de algún miembro u organización de la comunidad	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
27	Indique de cuales organizaciones recibió apoyo	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones
28	Capacitación de la familia, sobre acciones de autocuidado por el profesional que realizo seguimiento en la visita al hogar	<b>Se acepta</b> sin modificaciones Era la pregunta nº 21 de la 1ª ronda.

Tabla 28. Consenso para las preguntas de la dimensión 3 (2ª Ronda Delphi)

Se alcanza el consenso en todas las preguntas de esta dimensión. Todas superan al 70% en las respuestas referidas a TA+A, aceptándose por parte de los expertos.

**Dimensión 4: Variables relacionadas con los costos de la continuidad en la atención domiciliaria:**

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
9	TA	14	82,4	15	88,2	17	100
	A	3	17,6	2	11,8	0	0
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
13	TA	11	64,7	15	88,2	13	76,5
	A	3	17,6	2	11,8	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	3	17,6	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	17	100	17	100	17	100
14	TA	14	82,4	16	94,1	16	94,1
	A	3	17,6	1	5,9	1	5,9
	I	0	0	0	0	0	0
	D	0	0	0	0	0	0
	TD	0	0	0	0	0	0

RESULTADOS DE LA 2ª RONDA DELPHI							
PREGUNTA	VALORACION	CLARIDAD		COHERENCIA		RELEVANCIA	
Nº		FA	%	FA	%	FA	%
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
15	<b>TA</b>	10	58,8	15	88,2	15	88,2
	<b>A</b>	3	17,6	1	5,9	1	5,9
	<b>I</b>	1	5,9	1	5,9	0	0
	<b>D</b>	1	5,9	0	0	1	5,9
	<b>TD</b>	1	5,9	0	0	0	0
	<b>PERDIDOS</b>	1	5,9	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
16	<b>TA</b>	13	76,5	15	88,2	15	88,2
	<b>A</b>	4	23,5	2	11,8	2	11,8
	<b>I</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>D</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>TD</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100
29	<b>TA</b>	14	82,4	15	88,2	15	88,2
	<b>A</b>	3	17,6	2	11,8	2	11,8
	<b>I</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>D</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>TD</b>	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100	
30	<b>TA</b>	14	82,4	15	88,2	15	88,2
	<b>A</b>	3	17,6	2	11,8	2	11,8
	<b>I</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>D</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>TD</b>	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	17	100	17	100	17	100

Tabla 29. Valoración de los expertos para la dimensión 4 (2ª Ronda Delphi)

Nº pregunta	Variable	Sobre el Consenso
9	Nº de días de Hospitalización	<b>Se acepta</b> sin modificaciones Esta pregunta se corresponde con la nº 11 de la primera ronda.
13	Requirió reingreso al hospital antes de los 15 días del egreso por la misma causa	<b>Validada en la 1ª Ronda</b>
14	Realizo alguna consulta antes de los 15 días del egreso por la misma causa que le causo la	<b>Nueva. Se acepta</b> sin modificaciones

Nº pregunta	Variable	Sobre el Consenso
	limitación	
15	Indique el nº de veces que reingreso en los últimos 6 meses	<b>Validada en la 1ª Ronda</b>
16	Anote las causas o complicaciones que lo llevaron al reingreso o consulta	<b>Se acepta</b> sin modificaciones. Se correspondía con la pregunta nº 14 de la primera ronda.
29	Se le entrego alguna clase de material o insumo para su autocuidado	<b>Se acepta</b> sin modificaciones. Se correspondía con la pregunta nº 22 de la 1ª ronda.
30	Indique que clase de insumo o material le entregaron para los cuidados	<b>Se acepta</b> sin modificaciones. Se correspondía con la pregunta nº 22 de la 1ª ronda.

Tabla 30. Consenso para las preguntas de la dimensión 4 (2ª Ronda Delphi)

Todas las preguntas de esta dimensión son aceptadas por los expertos, obteniendo un consenso para el  $TA+A \geq 70\%$ .

### **6.3. Resultados de la aplicación de la encuesta**

#### **6.3.1. Análisis Descriptivo**

A continuación se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta, de acuerdo con las variables planteadas.

Los resultados del estudio, de acuerdo con las variables planteadas, se exponen a continuación:

El total de la muestra fue de 134 personas; muestra que se considera representativa de la realidad que sucede con las personas que tienen situaciones de vulnerabilidad y que requieren una atención y un documento de referencia que incluya un plan de alta completo, desde el egreso, para el seguimiento en el primer nivel de atención.

#### **Preguntas 1 y 2.- Sexo y edad.**

Los usuarios incluidos en la muestra tienen una edad promedio que va de 41 hasta 80 años y más; se trata de 61 hombres y 73 mujeres, con un aumento en las edades a partir de los 61 años y un predominio del sexo femenino en los diferentes grupos etarios. Hay que subrayar que en este tipo de población, conforme aumenta la edad, se da un incremento en las patologías, mayor demanda asistencial en su autocuidado y nivel de dependencia. (ver tabla nº 31 y gráfico nº 3)

Edades	Sexo		
	Femenino	Masculino	TOTAL
0 a 20 años	0	1	1
21 a 40 años	3	3	6
41 a 60 años	21	16	37
61 a 80 años	32	24	56
Más de 81 años	17	17	34
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>61</b>	<b>134</b>

Tabla 31. Población egresada con situaciones de vulnerabilidad en tres hospitales de la Red Este, según edad y sexo. (FUENTE: CCSS, 2015).

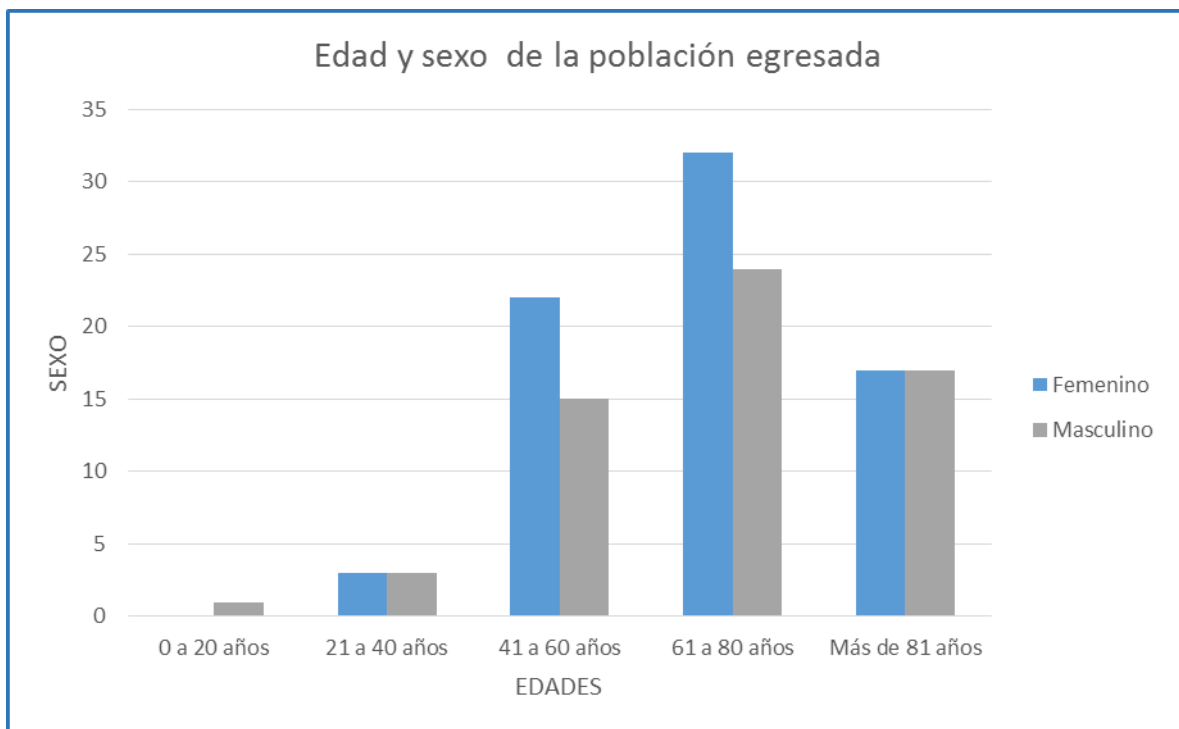


Gráfico 3. Población egresada con situaciones de vulnerabilidad en tres hospitales de la red Este, según edad y sexo. (FUENTE: CCSS, 2015).

### **Pregunta 3.- Ubicación Geográfica**

Las áreas de salud con la mayor cantidad de casos se dan en Coronado, Goicochea Uno y Goicochea Dos, seguidas del Área de Salud Zapote-Catedral. Cabe agregar que las áreas de salud de Coronado y Zapote-Catedral disponen de un profesional de Enfermería para dar seguimiento a algunos de los casos referenciados, el gráfico n° 4 muestra la cantidad de personas según el área de salud a la que pertenecen los usuarios de las áreas de atracción del HCG en San José.

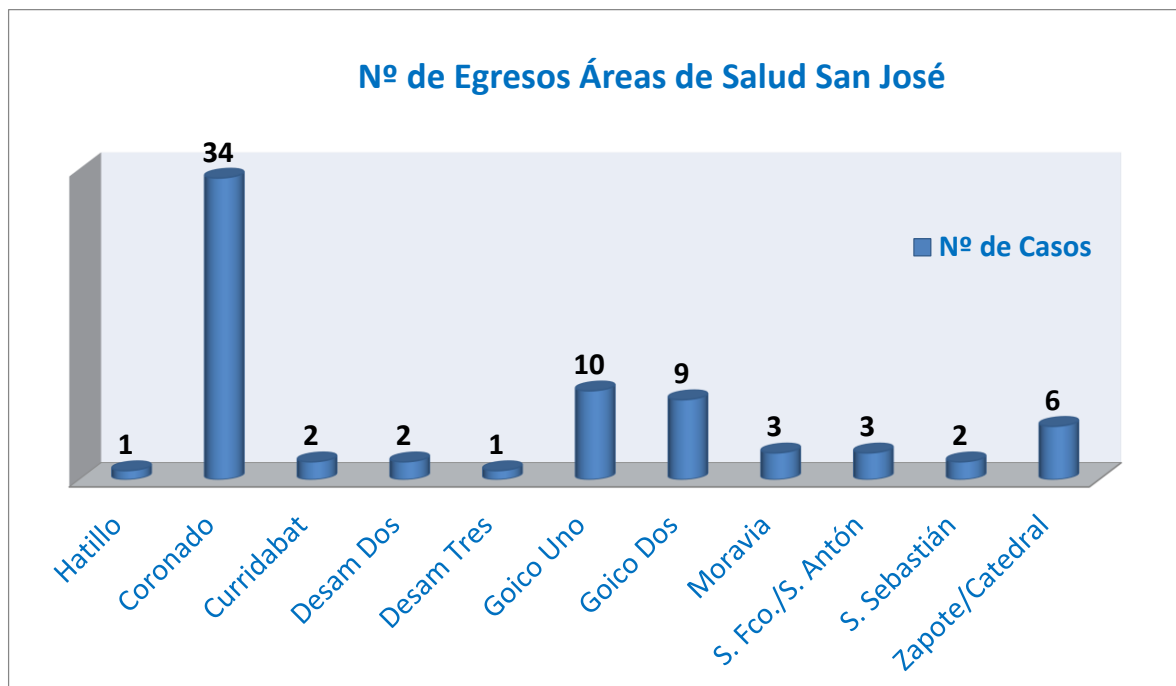


Gráfico 4. Egresos de personas que ameritaban seguimiento en el primer nivel de atención, según Área de salud, San José, 2015.

En cuanto a la región Huetar Atlántica: Siquirres, Guácimo, Guápiles, Matina, Cariari, Sixaola, Talamanca y Limón, se evidencia que tres personas de las que egresaron del HCG pertenecían a esta provincia. Actualmente en el establecimiento, no se tiene organizado un equipo ni una enfermera en alta hospitalaria, solamente se da seguimiento a algunos casos del hospital de día, sin embargo, no existe un registro

claro que documente adecuadamente el seguimiento y la continuidad de casos de riesgo en el primer nivel de atención. Asimismo, se dio poca participación de las enfermeras en el estudio y no hubo respuesta, excepto en tres casos.

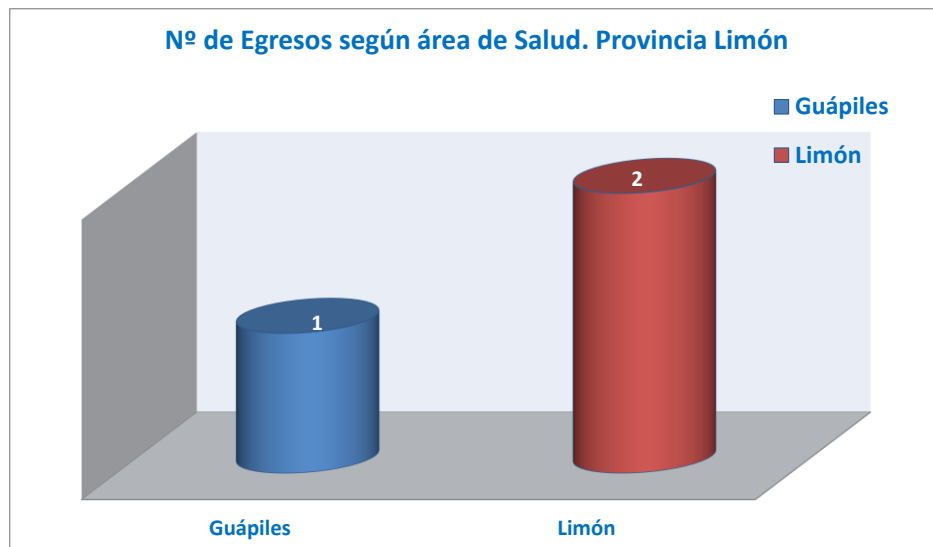


Gráfico 5. Egresos de personas que ameritaban seguimiento de primer nivel de atención, según Área de Salud, provincia de Limón.

En el gráfico nº 6, se ubican las áreas de salud de la zona de atracción del Hospital Dr. Max Peralta, de Cartago. Las áreas de atracción son: Turrialba-Jiménez, Cartago, Oreamuno, La Unión, Paraíso, Corralillo, El Guarco, Los Santos y Concepción, San Diego, San Juan.

Las áreas con la mayor cantidad de casos referenciados son: Cartago, seguida de Oreamuno y Paraíso. En el gráfico, se observa que Cartago es el área que tiene más casos con seguimiento (19), Oreamuno y Los Santos (11 y 10, respectivamente). Cabe destacar que, en el Área de Salud de Cartago, hay una enfermera profesional que da soporte a la comunidad.

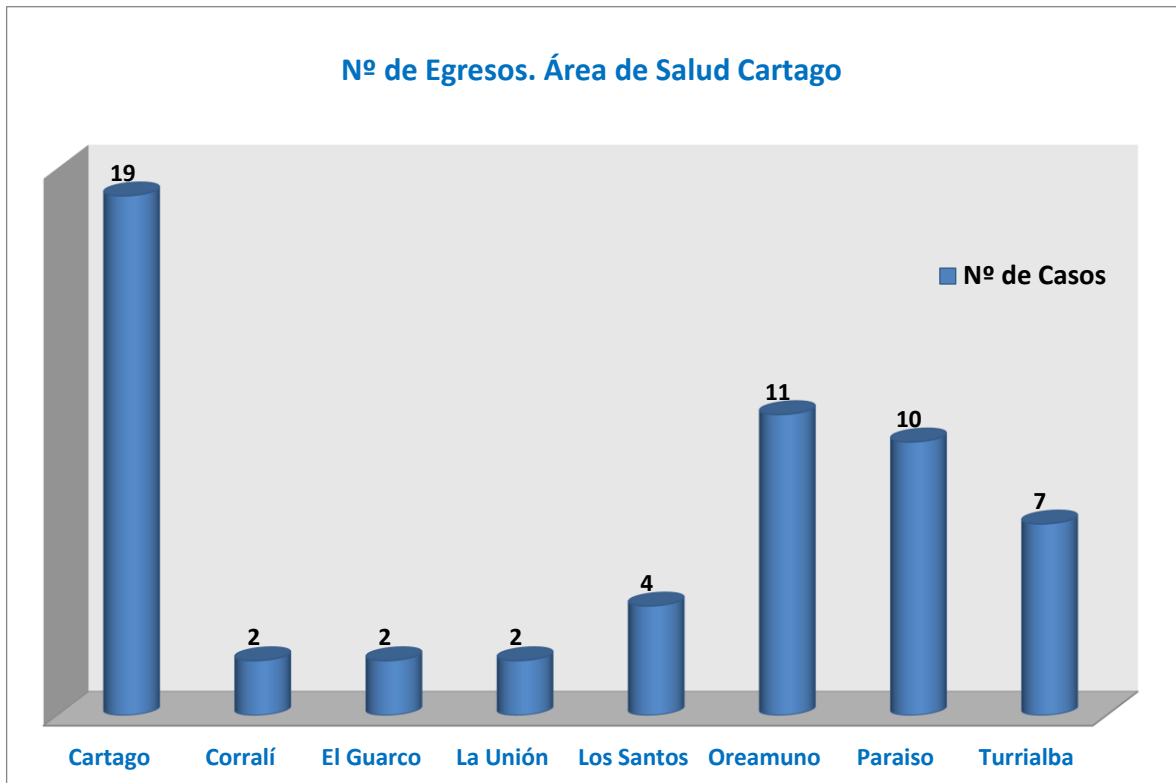


Gráfico 6. Egresos de personas que ameritaban seguimiento en el primer nivel de atención de salud, según el Área de Salud, Cartago, 2015.

**Pregunta 4.- Acceso al servicio privado de Salud**

El 80.6% de los encuestados no tienen acceso a este tipo de servicios, frente a un 19,4% que si pueden acceder. (Gráfico 7).

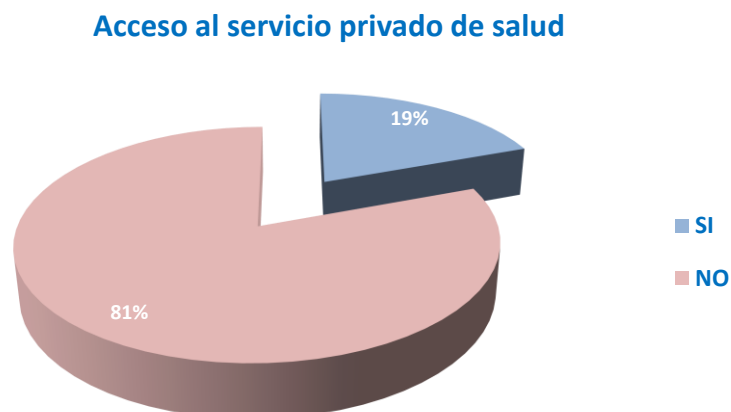


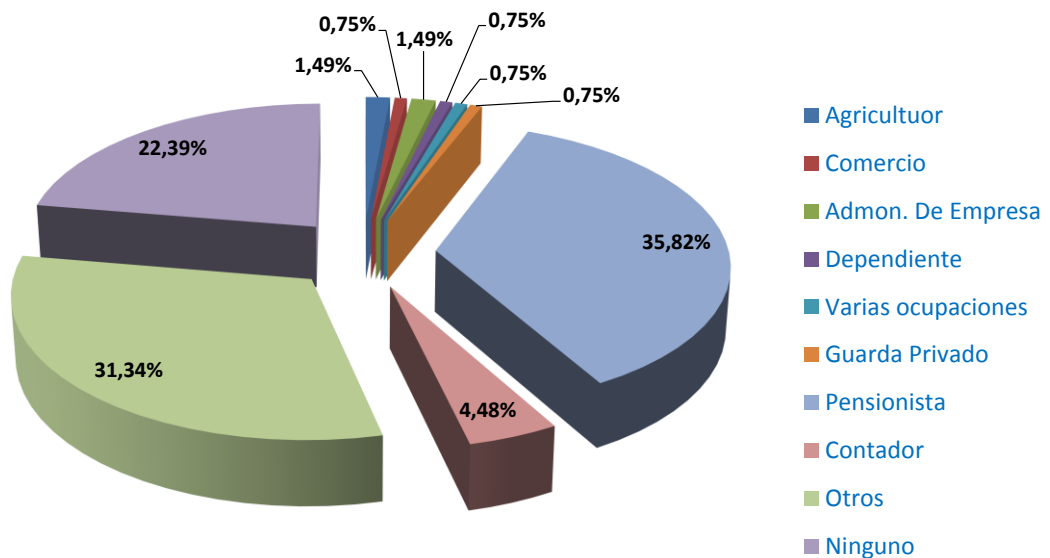
Gráfico 7. Acceso de las personas relacionadas a los servicios privados de salud, 2015.



**Pregunta 5.- Ocupación de las personas participantes**

Con respecto a la ocupación o desempeño de las personas participantes de la encuesta, se puede observar que el 35.8% de ellas son pensionadas; el 31.3% se ubican en otros puestos diferentes a los contemplados y el 22.3% no tienen ninguna ocupación, dato comprensible porque en la muestra, el total de la población lo componen los mayores de 40 años, edad, en la que muchas personas están jubiladas.

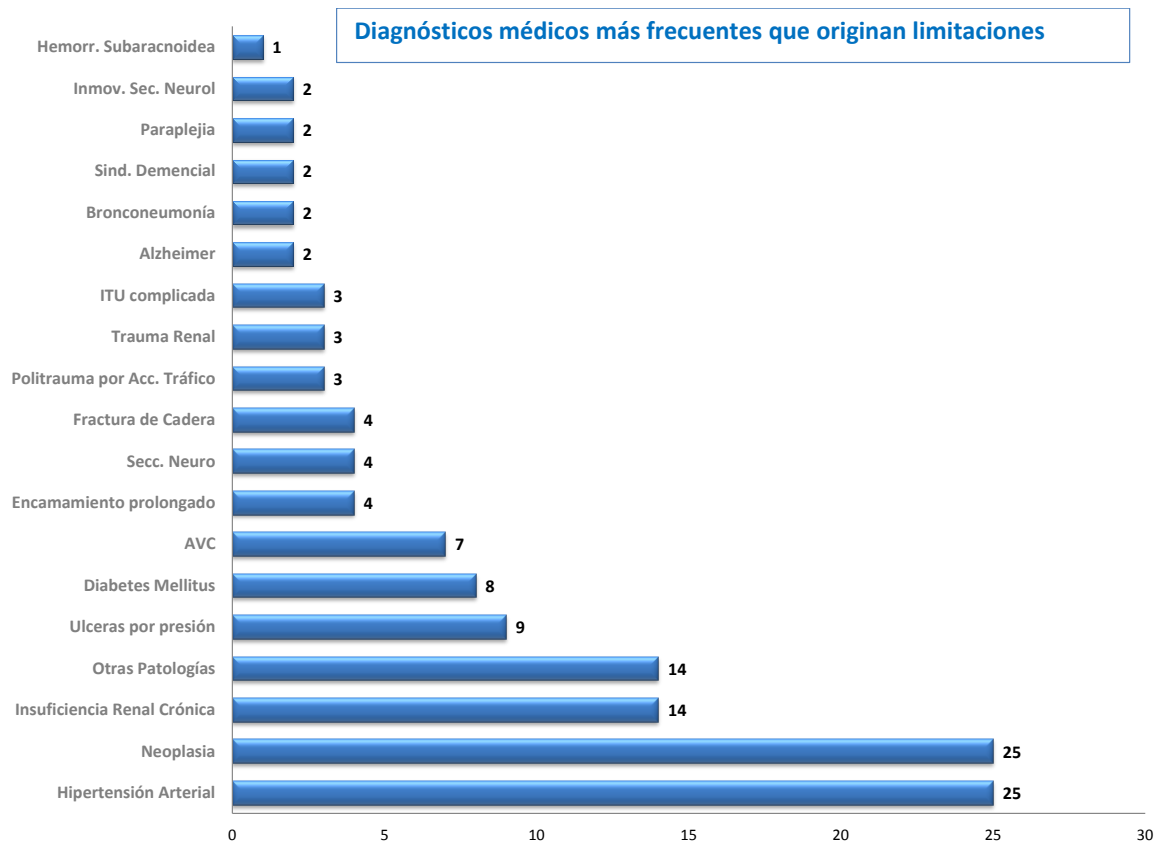
**Desempeño de las personas referenciadas según ocupación**



**Gráfico 8. Desempeño de las personas referenciadas según la ocupación, 2015.**

### **Pregunta 6.- Diagnósticos médicos que generan limitación**

Entre los cinco diagnósticos médicos más frecuentes de la población en estudio, están la hipertensión arterial, las neoplasias, la insuficiencia renal crónica y las UPP, como consecuencia de los encamamientos.



**Gráfico 9. Diagnósticos médicos más frecuentes que originan limitaciones en las personas referenciadas**

El estudio no se aparta de lo descrito en la literatura, a mayor edad, mayor patología. En las personas de 41 a 60 y de 61 y más años, predominan los diagnósticos de neoplasias, insuficiencia renal crónica y otras patologías asociadas a vulnerabilidad y limitaciones.

Diagnóstico médico final	0 a 20 años	21 a 40 años	41 a 60 años	61 a 80 años	Más de 81 años
Alzheimer				1	1
AVCI			1	3	3
BN				2	
DM			4	4	
Emcam. prolongado			1		3
Fx cadera			1	1	2
Hemorragia Saracn					1
HTA		1	4	9	11
Inmóvil Sec Neur		1	1		
IRC			3	10	1
ITU complicada				1	2
Neoplasia		1	13	9	2
Otras patologías		1	3	7	3
Paraplejia	1		1		
Politrauma AT		1	1	1	
S. demencial				1	1
Sección neurológica		1	1	2	
Trauma renal				2	1
UPP			3	3	3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>37</b>	<b>56</b>	<b>34</b>

Tabla 32. Diagnósticos médicos de mayor frecuencia según la edad de las personas, 2015.

### **Pregunta 7.- Causas más frecuentes de limitación para el autocuidado**

En cuanto a las causas más frecuentes de limitación para el autocuidado en las personas estudiadas, en los grupos se ubica el adulto mayor dependiente, con un 31.3%; en segundo lugar, otras situaciones (26%), limitaciones de diversas

causas (11.19%) y enfermedad crónica, como diabetes mellitus complicada (9.7%)

**Causas de limitación para el autocuidado**

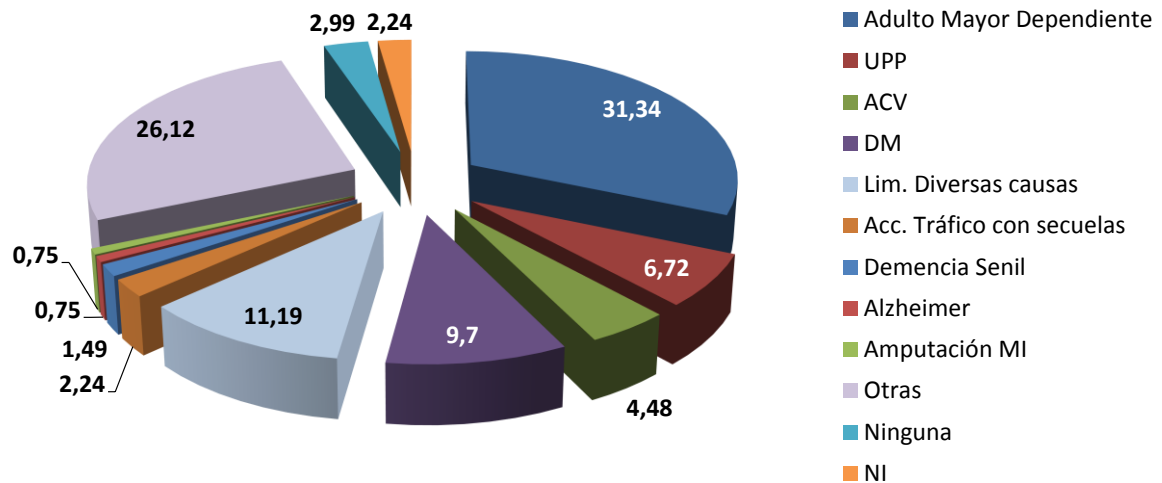


Gráfico 10. Causas que generaron problemas de limitación para el autocuidado o inmovilización de las personas referenciadas, 2015.

### **Pregunta 9.- Nº de casos y días de Hospitalización**

Las personas incluidas en el estudio, por su diagnóstico, según el número y el porcentaje estuvieron hospitalizadas de 1 a 5 días (31 casos; 23.1%); y, de 11 a 15 días (26 casos; 19.4%). Vale la pena resaltar que, en el período de más de 30 días, se mantiene una cantidad importante de casos (21 casos; 15.9%), (Gráfico nº 11)

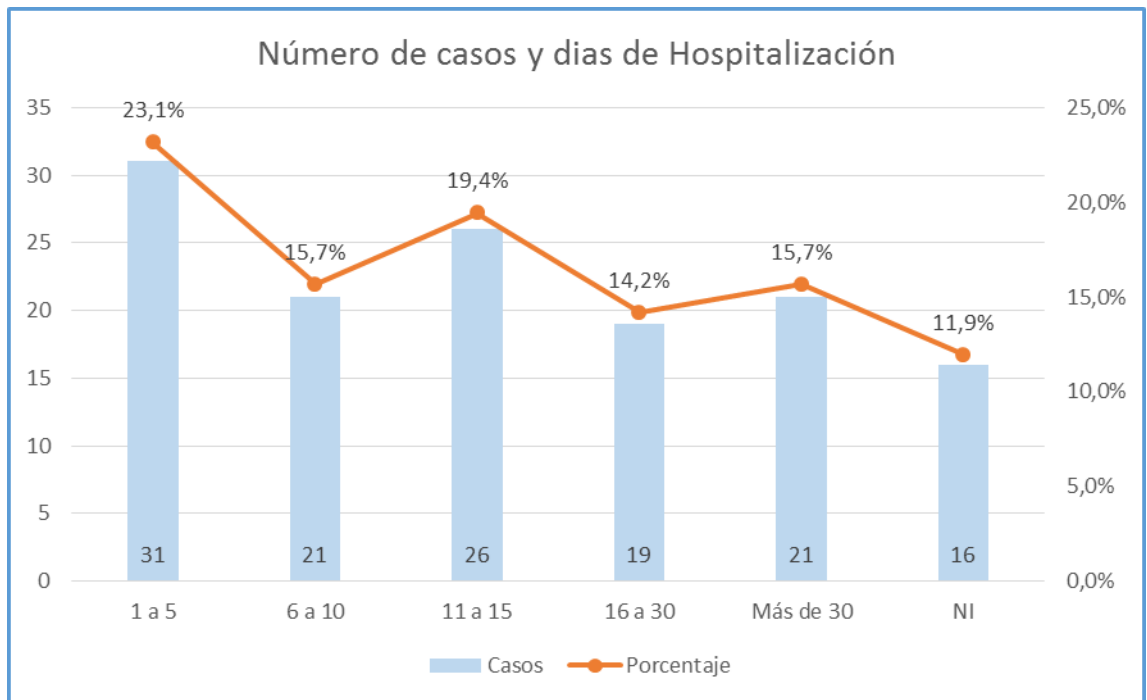


Gráfico 11. Número de casos según la cantidad de días de hospitalización previo al AH, 2015.

**Pregunta 10.- Miembro del equipo de salud que entregó el documento de referencia**

En relación a los miembros del equipo de salud que entregan el documento de referencia a las personas al momento de su egreso se evidencia que a un 24.6 % no se les entregó este documento para asistir al EBAIS; al 39.5%, les entrega el documento el médico y al 26% se lo entrega la enfermera profesional, tal como se indica en el siguiente gráfico:

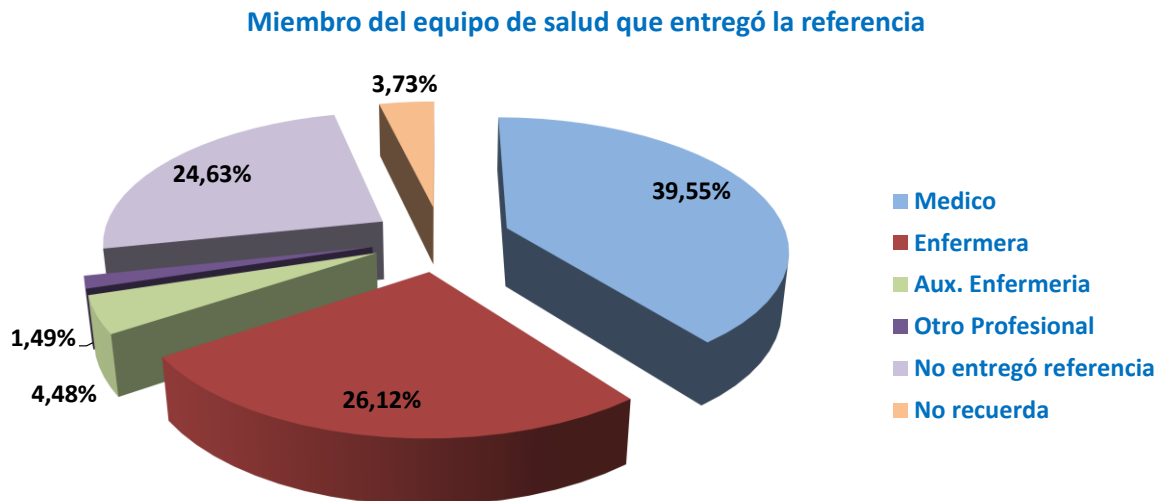


Gráfico 12. Personal de salud que entregó el documento de referencia a la persona al egreso del centro hospitalario, 2015.

### **Pregunta 11.- Tiempo de entrega de la referencia en EBAIS o área de salud**

Con respecto al tiempo que tardó la persona que egresa con el documento de referencia del hospital para ser entregado al EBAIS, se detectó que 64 personas (47%) entregaban esta referencia en los primeros 5 días; al 25.3% no se les entregó el documento de referencia al egreso; el resto tardó más de 6 días o no recuerdan el tiempo de entrega o no entregan el documento. Por su parte, 34 casos se ubican en el rubro de “no aplica”.

Nº de personas que entregaron el documento de referencia según el tiempo que tardaron

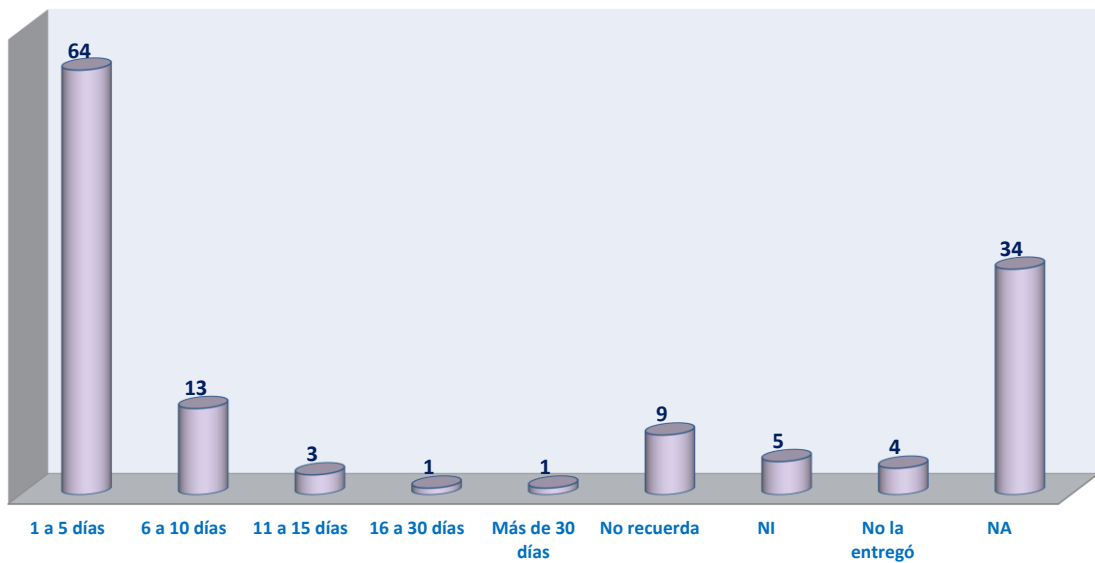


Gráfico 13. Tiempo de entrega del documento de referencia al EBAIS para que se realice el abordaje en el primer nivel, 2015.

% de personas que entregaron el documento de referencia según el tiempo que tardaron

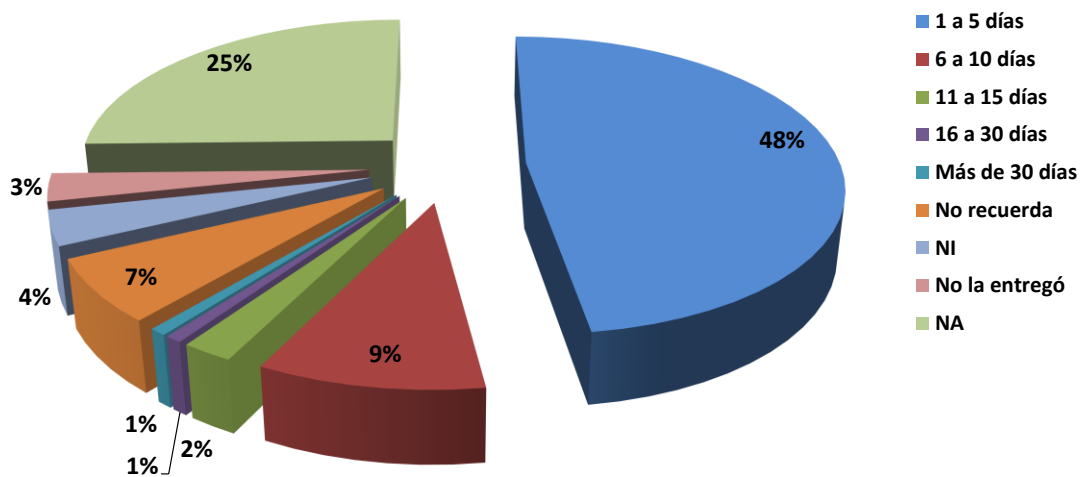


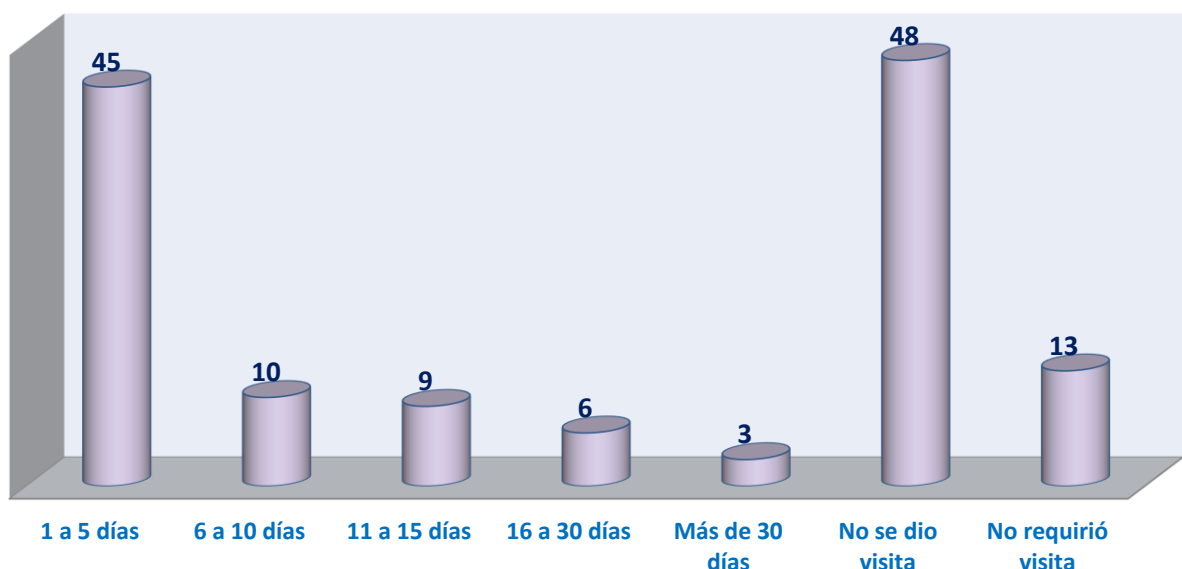
Gráfico 14. Porcentaje del tiempo de entrega del documento de referencia al EBAIS para que se realice el abordaje en el primer nivel, 2015.

**Pregunta 12.- Tiempo que tardaron los miembros del EBAIS en realizar la visita al hogar**

Con respecto al tiempo que tardaron los miembros del EBAIS en realizar la visita al hogar o hacer la intervención del caso se evidencia que un 35%, (48 personas) a quienes no se les realizó la visita, esto muestra una cantidad importante de personas con necesidad de seguimiento o continuidad en la atención que quedaron desatendidas en la comunidad con situaciones de riesgo importantes.

A 45 de ellas se les realizó la intervención en el periodo de 1 a 5 días, un 33.5%, cifra rescatable también y que podría deberse a la presencia de un enfermero a tiempo completo en atención domiciliar en las áreas de salud de Coronado, Mata Redonda y Cartago, determinándose un apoyo importante a esta población. No requirieron visita 13 de ellos, un 10%, porque su condición de salud no lo ameritaba por el diagnóstico.

**Tiempo que tardaron los miembros del EBAIS en realizar la visita al hogar**



**Gráfico 15. Tiempo que tardaron los miembros del EBAIS u otro profesional en realizar la visita de intervención, 2015.**



### Tiempo que tardaron los miembros del EBAIS en realizar la visita al hogar

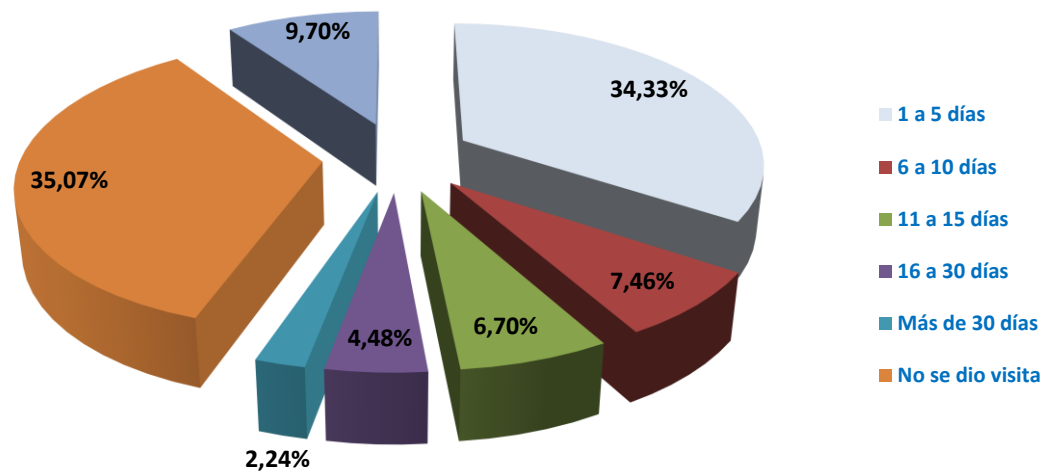


Gráfico 16. Tiempo que tardaron los miembros del equipo de salud de la CCSS en realizar la intervención, 2015.

### **Pregunta 13, 14 y 15.- Reingresos**

En cuanto a los reingresos, del total de casos referenciados, un 64.9% no tuvieron ningún reingreso, 6.7% personas no lo indicaron o no se acordaron y 28.3% sí reingresaron.

Siete personas reingresaron entre 6 y 10 veces; el resto de los encuestados respondió que tuvo reingresos por diferentes complicaciones.

### **Pregunta 16.- Causas de Reingreso**

Las causas de los reingresos se muestran en el siguiente gráfico. Los reingresos se dieron por diferentes causas o complicaciones, entre las que se pueden destacar las Ulceras por presión (UPP), las infecciones del tracto urinario (ITU) y las úlceras por presión (UPP) (10%) y las úlceras de miembros inferiores, representando un (10%) cada una del total de los ingresos (10%). (30% del total de complicaciones que provocaron reingresos)

Causas de Reingreso

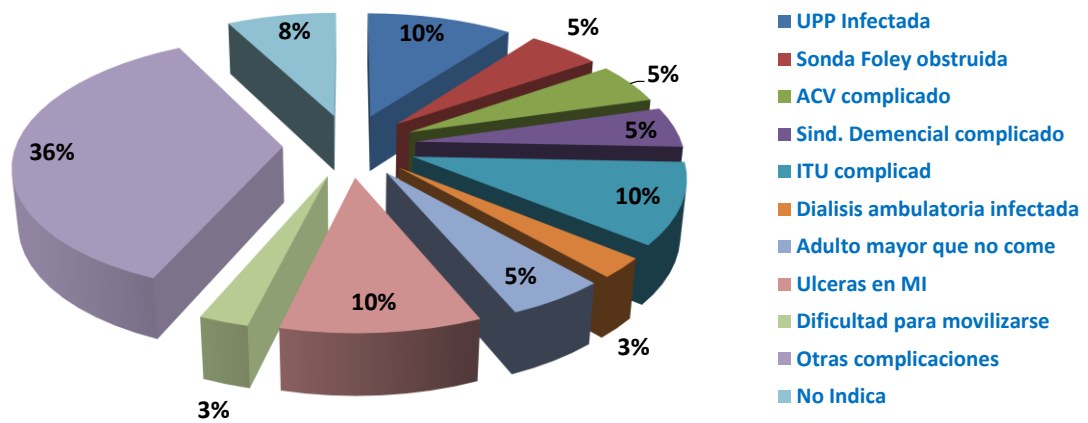


Gráfico 17. Número de veces que reingresó la persona y causas en los primeros quince días posteriores al egreso, 2015.

**Pregunta 17.- Visitas de seguimiento en el hogar**

En el siguiente gráfico se aprecia, en relación con las visitas realizadas a las personas que ameritaban seguimiento, que al 45.52% de ellas no se les dio ningún seguimiento; al 52.24% se le dio; un 2% da como resultado “no aplica” .

Visitas de seguimiento en el hogar

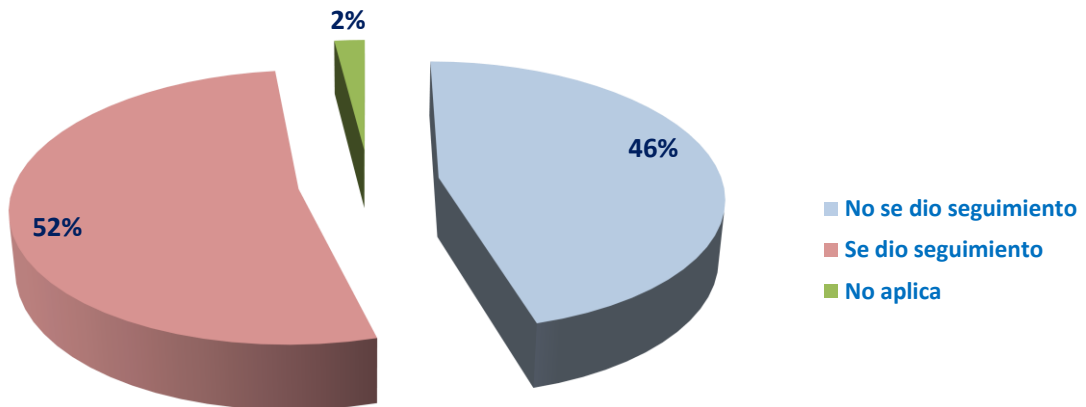


Gráfico 18. Porcentaje de personas que tuvieron visitas de seguimiento en el hogar, 2015.

**Pregunta 18.- Personal de salud que realizó el seguimiento**

Del total de personas encuestadas, un 20.9% recibieron seguimiento por parte del EBAIS; a un 29.10% por la enfermera profesional; un 47.01% no recibieron ningún tipo de seguimiento.

Profesionales que realizaron el seguimiento

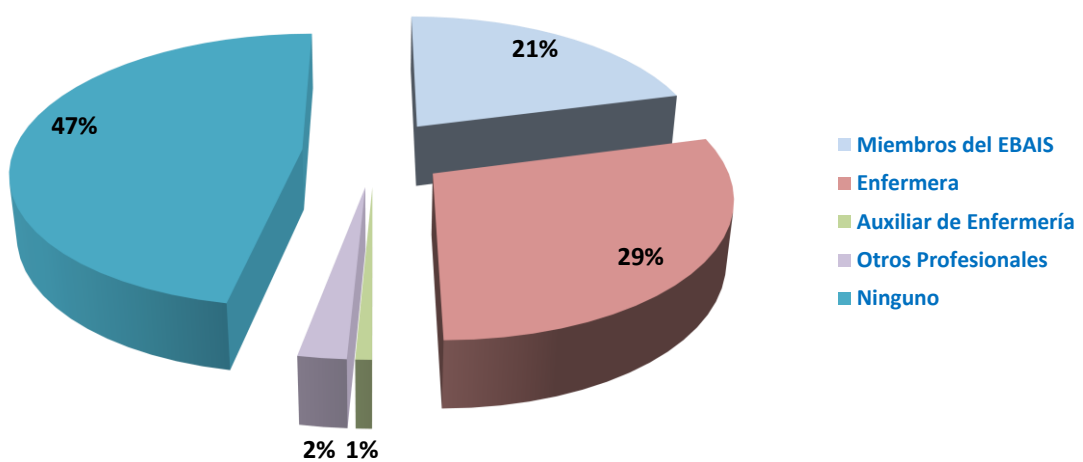


Gráfico 19. Personal de salud que realizó el seguimiento en la comunidad,

**Pregunta 19.- Actividades Realizadas por los miembros del equipo de seguimiento**

Entre las actividades de mayor frecuencia realizadas en las visitas de seguimiento están, en orden descendente, el cambio de SNG al 34% de las personas; el 31% no tienen actividades porque no se visitan; al 13% se les da orientación familiar y, a la misma cantidad, se les da la asistencia en el cambio de sonda vesical, también en la atención domiciliar.

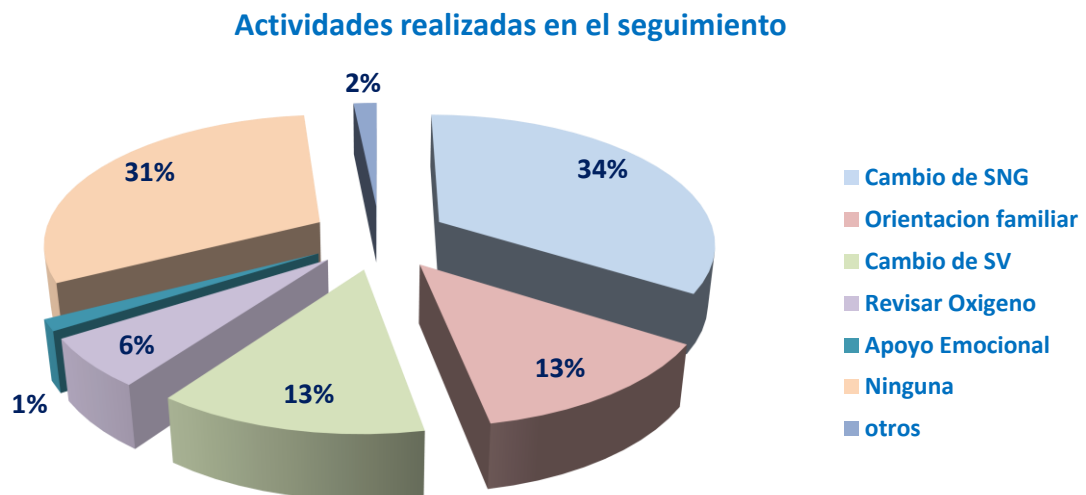


Gráfico 20. Actividades asistenciales que realizó el personal, en las visitas de seguimiento, 2015.

**Pregunta 20.- Días de seguimiento**

El 25% de la población se mantiene aún en atención domiciliar y un 19% tuvo seguimiento por 30 o más días; sin embargo, un porcentaje de las personas abordadas corresponden a casos delicados y de seguimiento prolongado, con actividades del cuidado que no siempre se le pueden enseñar al cuidador o al familiar. Por otra parte, un 48% lo ocupa el rubro “no aplica”.

### Nº de días de seguimiento

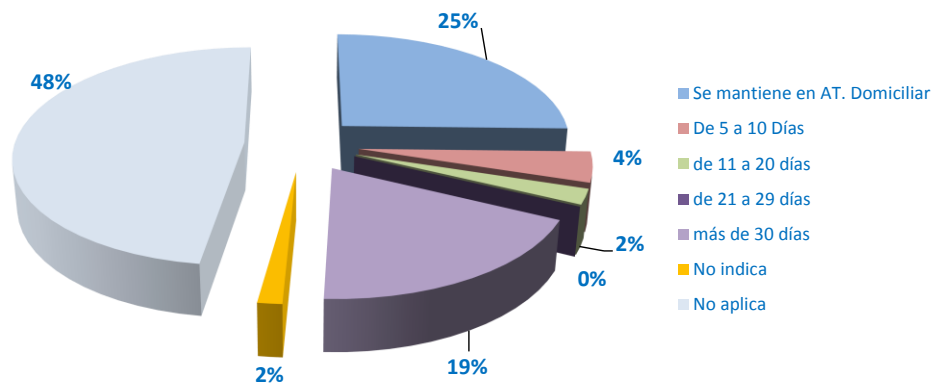


Gráfico 21. Porcentaje de días de atención que se le brindó a las personas durante el seguimiento, 2015.

### Pregunta 21.- Frecuencia de las visitas realizadas

En relación con la frecuencia de las visitas realizadas, se halló que a un 20% se les visita una vez a la semana; a un 9% dos veces a la semana y a un 7% una vez al mes. Hay un 51% que “no aplica”, por no tener seguimiento, tal como se visualiza en el siguiente gráfico.

### Frecuencia de las visitas de seguimiento

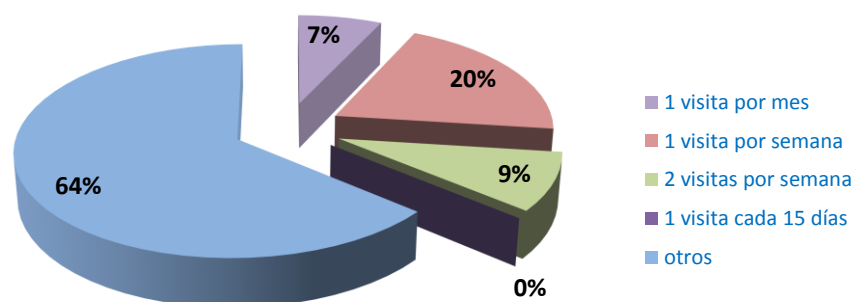


Gráfico 22. Frecuencia de las visitas a las personas que se les realizó el seguimiento, 2015.

**Pregunta 22.- Tiempo en resolverse la situación**

Tiempo resolverse la situación

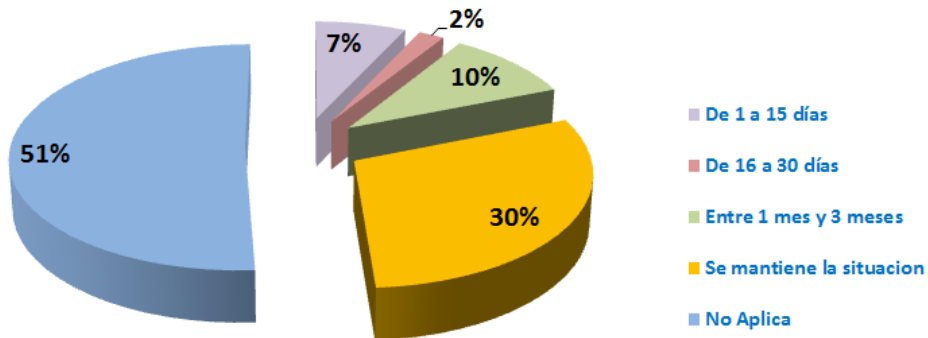


Gráfico 23. Porcentajes de días en que se resolvió la situación de las personas que recibieron el seguimiento en el hogar.

**Pregunta 23.- Percepción del usuario sobre la atención recibida en el domicilio**

El 51% respondió haber tenido una percepción excelente en relación con la atención.

Percepción del usuario

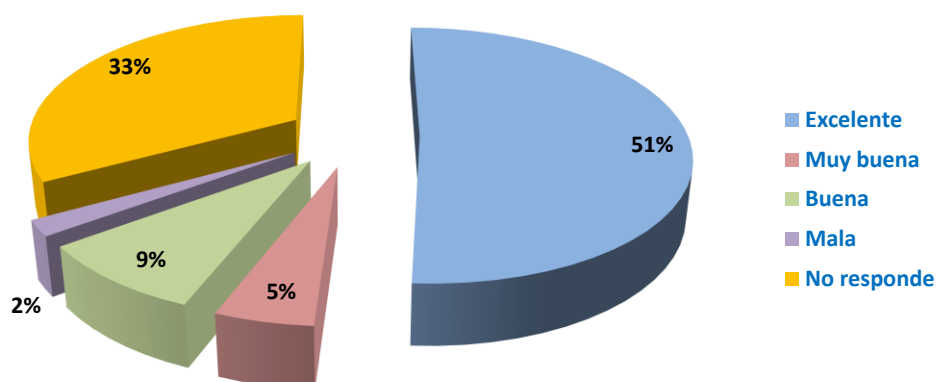


Gráfico 24. Percepción de las personas usuarias de la atención brindada en el domicilio por el personal de salud, 2015.

### Pregunta 24 y 25 - Orientación y Capacitación en autocuidado

A un 78% se les brindó este tipo de apoyo, mientras que un 20% no lo recibió, quedando un 2% que no responde a esta pregunta.

#### Orientación en autocuidados al egreso

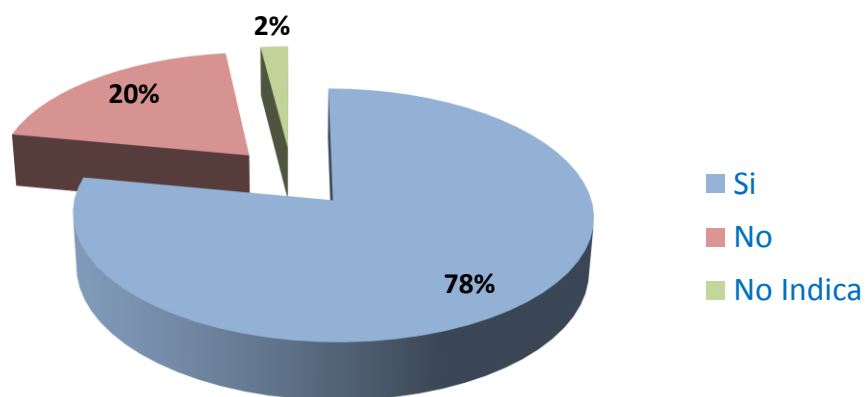


Gráfico 25. Porcentaje de personas que recibieron capacitación sobre autocuidado en los tres hospitales de la Red Este, 2015.

En cuanto a la capacitación para el autocuidado, un 51% manifestó haber recibido capacitación y únicamente un 7% de las personas respondieron que no lo recibieron, no indicando este aspecto el 42% de los encuestados.

### Capacitacion sobre autocuidado

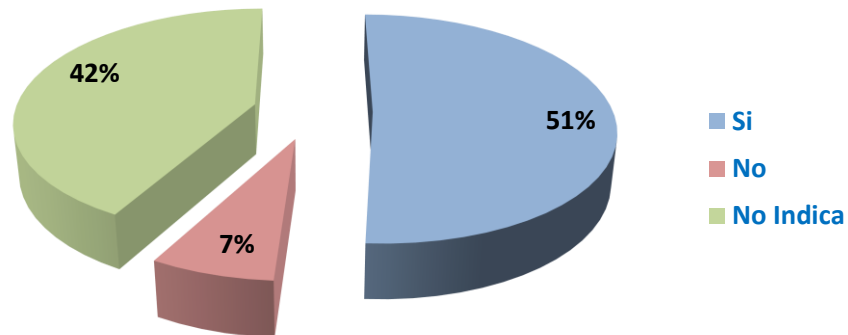


Gráfico 26. Porcentaje de personas que recibieron capacitación sobre autocuidado en las visitas de seguimiento. Primer Nivel, 2015.

### Pregunta 26 y 27.- Apoyo facilitado por organizaciones de la comunidad

En el 64% de los casos no existió ninguna organización que brindara apoyo, el 4% lo recibió de Grupos de vecinos voluntarios, un 3% de ONGs y un 31% marcó la casilla de “otras”, que comprende en la mayoría de los casos a familiares.

### Apoyo recibido por parte de la comunidad

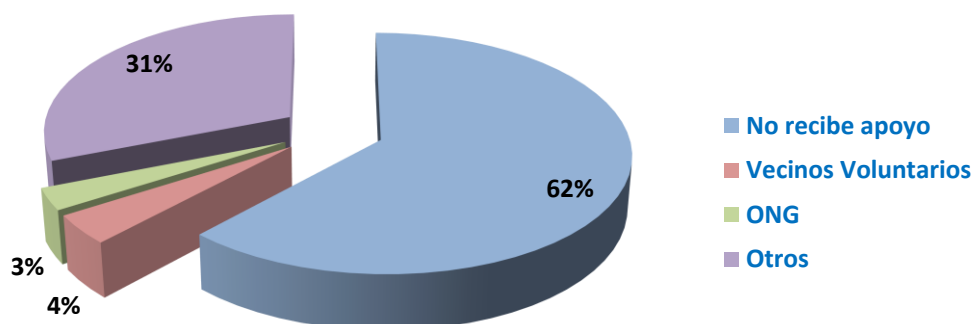


Gráfico 27. Presencia de organizaciones vecinales y comunales de apoyo para las personas en la comunidad, 2015.



**Pregunta 29.- Entrega de insumos para el autocuidado**

También se le consultó a la población referenciada si se le hizo entrega de algún insumo; se determinó que a un 61% de la población se le entregó los insumos correspondientes para la autogestión del cuidado de la persona; únicamente a un 29% no se le dieron, en muchos casos, porque no necesitaban insumos o porque no los solicitaron.

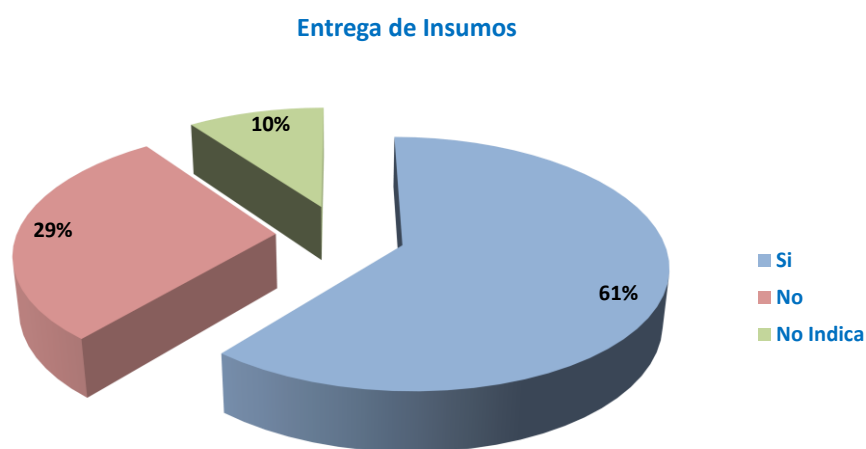


Gráfico 28. Porcentaje de personas a las que se les entregó insumos para sus necesidades en el domicilio, 2015.

**Pregunta 30.- Tipo de insumo proporcionado**

Los insumos de mayor entrega, en orden descendente, son gasas, guantes y esparadrapo tipo micropore, en una red de continuidad del cuidado mejor organizada que otras existentes.

### Tipos de insumos entregados

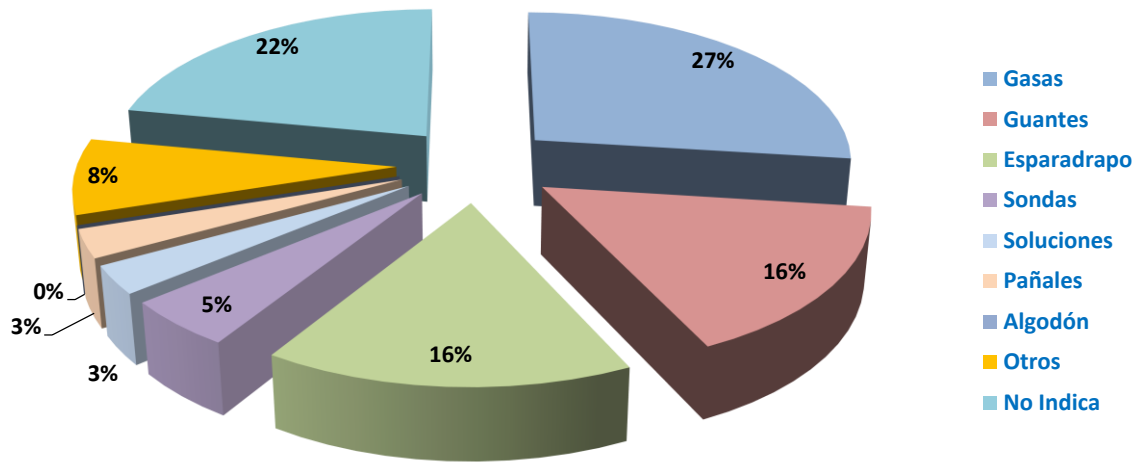


Gráfico 29. Insumos entregados en las visitas de atención domiciliar a las personas con seguimiento, 2015.

### 6.3.2. Análisis de correlación

#### Relación visitas de seguimiento y reingreso

Existen diferencias significativas entre las visitas y los reingresos, pero frente a lo esperado, hay mayor proporción de reingresos en los casos en los que se realizan visitas de seguimiento.

			Reingreso		TOTAL
			Si	No	
Visitas de Seguimiento	SI	Recuento	26	44	70
		% de visitas de seguimiento	37.1%	62.9%	100%
	NO	Recuento	12	49	61
		% de visitas de seguimiento	19.7%	80.3%	100.0%
	NA	Recuento	0	3	3
		% de visitas de seguimiento	.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	38	96	134
		% de visitas de seguimiento	28.4%	71.6%	100.0%

Tabla 33. Relación de visitas de seguimiento y reingreso.

#### Prueba del Chi cuadrado

Las variables están relacionadas, lo que indica que las diferencias que se observan en los datos tienen significación estadística al 0,05. Esto significa, por convención estadística, que se utiliza el valor de 0.05 de probabilidad como el valor límite o crítico. Si el valor de Chi-cuadrado calculado para un experimento se corresponde con una probabilidad asociada menor al 5% se acepta la hipótesis alterna, como es el caso que nos ocupa.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.112(a)	2	.047
Razón de verosimilitudes	6.960	2	.031
Asociación lineal por lineal	6.060	1	.014
N.º de casos válidos	134		

Tabla 34. Pruebas del Chi cuadrado

En el siguiente gráfico se muestra la que cuando no se realiza seguimiento (61 casos), 12 de ellos Reingresan frente a 49 que no lo hacen.

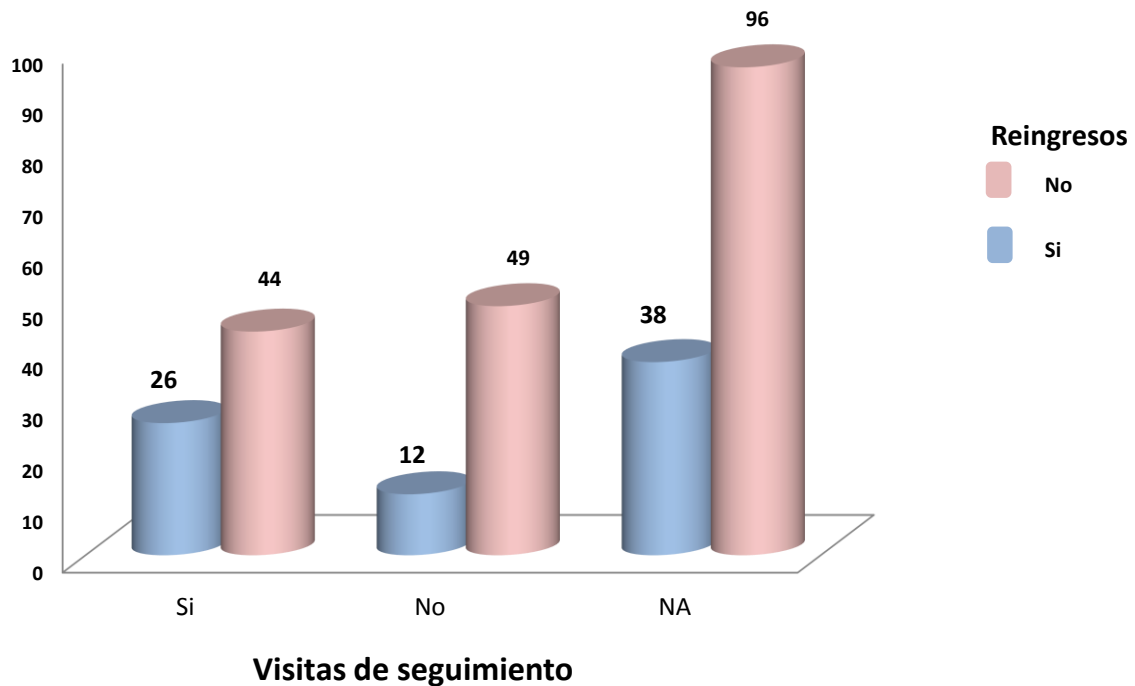


Gráfico 30. Visitas de seguimiento con relación al reingreso, 2015.

**Relación entre el tipo de profesional que realizó el seguimiento y los reingresos**

En este caso no existen diferencias significativas entre los distintos profesionales en relación a si reingresaron o no sus pacientes, si bien llama la atención que el porcentaje mayor de no reingresos está entre los que no fueron seguidos por ningún profesional.

Por lo tanto se refuerza la Hipótesis alternativa, en el sentido de que el mayor número de reingresos se da en los pacientes que tienen seguimiento, independientemente del profesional que lo realice.

			Reingreso		Total
			Sí	No	
Quien realizó el seguimiento	EBAIS	Recuento	10	18	28
		% Quien realizó el seguimiento	35.7%	64.3%	100.0%
	Enfermera	Recuento	15	24	39
		% Quien realizó el seguimiento	38.5%	61.5%	100.0%
	Aux. Enfer.	Recuento	0	1	1
		% Quien realizó el seguimiento	.0%	100.0%	100.0%
	Otros profes.	Recuento	1	2	3
		% Quien realizó el seguimiento	33.3%	66.7%	100.0%
	NINGUNO	Recuento	12	51	63
		% Quien realizó el seguimiento	19.0%	81.0%	100.0%
Total		Recuento	38	96	134
		% Quien realizó el seguimiento	28.4%	71.6%	100.0%

Tabla 35. Relación del profesional que realiza la visita y los reingresos.

**Prueba de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.826(a)	4	.213
Razón de verosimilitudes	6.171	4	.187
Asociación lineal por lineal	4.743	1	.029
N de casos válidos	134		

Tabla 36. Prueba de Chi-cuadrado.

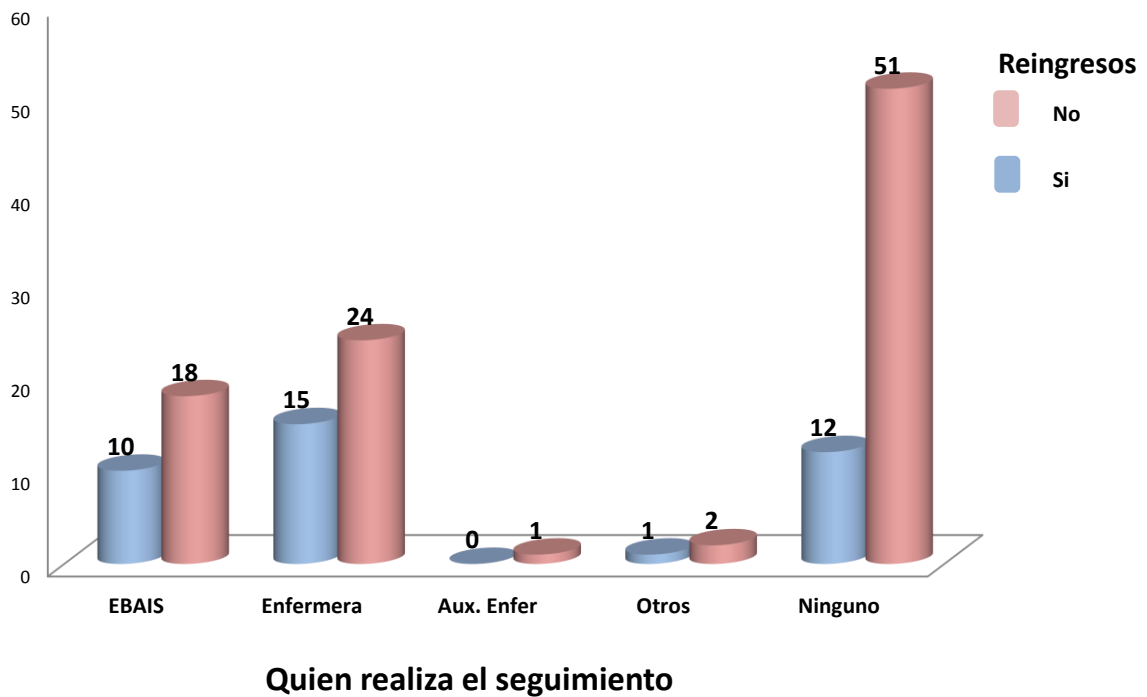


Gráfico 31. Profesional que realiza la visita y los reingresos, 2015.

# Discusión







## 7. Discusión

### 7.1. Discusión de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario

A través de las variables analizadas se identifica la necesidad de incrementar el abordaje del cuidado de enfermería para mantener continuidad de las acciones iniciadas en II y III nivel de atención, con enfoque interdisciplinario, expresado en la cantidad de personas que no tuvieron seguimiento en el domicilio y que eran portadores de situaciones de vulnerabilidad lo que los ubica en situación de indefensión ante las necesidades de cuidado.

El total de la muestra fue de 134 personas; muestra que se considera representativa de la realidad que sucede con las personas que tienen situaciones de vulnerabilidad y que requieren una atención y un documento de referencia que incluya un plan de alta completo, desde el egreso, para el seguimiento en el primer nivel de atención.

**En relación a la edad y el sexo,** Los usuarios incluidos en la muestra tienen una edad comprendida entre los 41 y 80 años y más; tratándose de 61 hombres y 73 mujeres, con un aumento en las edades a partir de los 61 años y un predominio del sexo femenino en los diferentes grupos etarios. Merece la pena señalar que en este grupo de población, conforme aumenta la edad, se da un incremento en las patologías, mayor demanda asistencial en su autocuidado y nivel de dependencia.

### **Acceso al servicio privado de Salud**

Para la investigación, se consideró importante conocer el estatus económico de las personas que egresan de los servicios en condiciones de vulnerabilidad. Por recomendación de los expertos, se eliminó la pregunta del ingreso económico, pero se consideró, como un indicador económico, la capacidad de pago a los servicios privados de la población encuestada para resolver sus necesidades de salud. Para ello, se utilizó la variable de acceso al servicio privado de salud.

Así, se evidenció que el 80.6% no tienen acceso a este tipo de servicios, ya que sus ingresos no alcanzan para cubrir los costos de una consulta o algún servicio privado, donde habría que pagar, como término medio, ciento veinte dólares. Este dato podría servir para clasificar a dicha población como de clase media baja o clase baja.

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica considera que existe un sector de la población que, ante las necesidades de bienes y servicios en salud ágiles, rápidos y oportunos, se inicia el “pago de bolsillo”. Esto es, el usuario tiene ingresos propios o es un asalariado que, por un lado, destina parte del presupuesto familiar al pago de servicios médicos privados, pero por otro lado, debe recurrir a préstamos financieros para enfrentar las contingencias de salud.<sup>61</sup>

Sin embargo, en esta muestra, parece que dicho fenómeno no se presenta, que la mayoría indicó no tener acceso al servicio de salud privado.

### **Ocupación de las personas participantes**

Con respecto a la ocupación o desempeño de las personas participantes de la encuesta se puede observar que el 35.8% de ellas son pensionadas; el 31.3% se ubican en otros puestos diferentes a los contemplados y el 22.3% no tienen ninguna ocupación, dato comprensible porque en la muestra, el total de la población lo

componen las personas mayores de 40 años, edad en la que muchas personas están jubiladas.

### **Diagnósticos médicos que generan limitación**

Entre los cinco diagnósticos médicos más frecuentes de la población en estudio, están la hipertensión arterial, las neoplasias, la insuficiencia renal crónica y las UPP, como consecuencia de los encamamientos.

En Costa Rica, las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad del país. Existen factores de riesgo comunes, tales como: la adopción de dietas con alto contenido de grasa y una reducida actividad física, el fumado y el abuso del alcohol. Otros factores con alta prevalencia, como la obesidad, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, se consideran como factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades.

Lo anterior, combinado con una longevidad en aumento, ha servido como base para un incremento en la prevalencia y la mortalidad por estas enfermedades.

La encuesta de factores de riesgo cardiovascular de la Caja Costarricense de Seguro Social del año 2010, dirigida a mayores de 20 años, encontró una prevalencia de 31.5% de hipertensión diagnosticada y 6.3% no diagnosticada. Esto, sumado, da una prevalencia nacional de 37.8%, y es más alta en el sexo femenino. Lo anterior implica que entre 3 y 4 de cada 10 residentes en el territorio nacional mayores de 20 años de edad son hipertensos.

Las personas con cifras elevadas de colesterol total en su sangre (por arriba de 200 mg/dL) en esta misma encuesta, representaron el 42%. Para el caso de los hombres, la prevalencia encontrada fue de 42.4%, y en las mujeres fue de 41.6%.

Dicho de otra manera, 4 de cada 10 costarricenses mayores de 20 años de edad tiene valores altos de colesterol.<sup>62</sup>

Este dato muestra la necesidad de prestar especial atención a los estilos de vida saludable en la población, trabajar mucho en la promoción y la prevención para evitar complicaciones mayores y por ende, una saturación del sistema que genera un impacto en la atención y en los costos de la prestación. Situación que se evidencia en los siguientes resultados, donde la hipertensión arterial y las neoplasias son los diagnósticos más frecuentes en las personas del estudio.

Estos datos no se apartan de lo descrito en la literatura y de la ley natural de la vida; así, a mayor edad, mayor patología. En las personas de 41 a 60 y de 61 y más años, predominan los diagnósticos de neoplasias, insuficiencia renal crónica y otras patologías asociadas a vulnerabilidad y limitaciones.

### **Causas más frecuentes de limitación para el autocuidado**

Los resultados muestran que existe un número importante de personas en situación de dependencia y enfermedad crónica como diabetes mellitus complicada y limitaciones por diferentes causas que podrían exigir un mayor seguimiento en el tiempo y mayor recursos de profesionales de salud que podrían contribuir a evitar complicaciones mayores en este tipo de población.

**Nº de casos y días de Hospitalización:** De los datos obtenidos en esta pregunta, cabe señalar que, en el período de más de 30 días, se mantiene una cantidad importante de casos (21 casos; 15.9%), aspecto que, si se analiza en términos de costos, puede ser significativo para el sistema, también se rescata el aspecto de que muchas personas reingresan a pesar de tener seguimiento

porque no es excluyente, esto muestra la necesidad de reorganizar la atención domiciliar, definir los criterios de priorización y protocolizar los cuidados; pero, sobre todo, prestar atención a las causas por las que estas personas reingresan, teniendo en cuenta que las personas de la muestra son adultos mayores, que por su edad, generalmente tienen patologías crónicas y complicaciones asociadas.

### **Tiempo de entrega de la referencia en EBAIS o área de salud:**

Los datos obtenidos en esta pregunta sugieren la necesidad de realizar un adecuado plan de alta hospitalaria, que mejore las instrucciones de la persona usuaria a su egreso y que se instaure la modalidad de seguimiento o continuidad de la atención de manera protocolizada.

### **Tiempo que tardaron los miembros del EBAIS en realizar la visita al hogar**

Con respecto al tiempo que tardaron los miembros del EBAIS en realizar la visita de seguimiento se observa que existe una cantidad importante de personas con necesidad de seguimiento o continuidad en la atención que quedaron desatendidas en la comunidad con situaciones de riesgo importantes porque muchas de las áreas de salud de la Red Este no tienen el personal de Enfermería necesario para realizar el seguimiento a las personas, y a pesar de que entregan el documento de referencia al área o al EBAIS no se les da seguimiento, dejándolos en desprotección.

En las áreas de salud de Coronado, Mata Redonda( que pertenecen al hospital Calderon Gualdia) y Cartago, la realización del seguimiento pudo deberse a la presencia de un enfermero a tiempo completo en atención domiciliar en dichas áreas, lo que justifica que tengan mejor cobertura.

**Reingresos:** Los reingresos se dieron por diferentes causas o complicaciones, entre las que se pueden destacar las Ulceras por presión (UPP), las infecciones del tracto urinario (ITU), las úlceras por presión (UPP) y las úlceras de miembros inferiores.

Este aspecto debe ser analizado, ante la necesidad de un buen seguimiento a las personas en el domicilio. Dicho fenómeno se da en una red que tiene alguna organización entre las enfermeras. No es así en las otras dos redes institucionales, porque el Hospital San Juan de Dios, que es el centro nacional de referencia de la Red Sur hasta junio de 2016, incluyó a dos enfermeras en el programa AH; por su parte, el Hospital México, de la Red Noroeste, aún no lo ha iniciado. Es ventajoso, en este momento, disponer del documento aprobado por las autoridades sobre el fortalecimiento en la prestación de servicios, porque puede generar iniciativas para lograr una mejor organización entre redes, con direccionalidad técnica y protocolos definidos que permitan dar más apoyo a la población, mejorar en el seguimiento pero sobre todo incidir en el efecto o en el impacto del objetivo de la intervención.

La Red Este, tiene alguna organización y apoyo de enfermería, sin embargo, el aumento en el reingreso de los usuarios que tienen seguimiento orienta que se debe realizar una investigación de la organización y una direccionalidad de la labor realizada por las enfermeras en los tres niveles de atención, así como medir la cobertura de las visitas y las causas de seguimiento en relación con las actividades que se realizan en el domicilio, las edades y las complicaciones de las personas.

El estudio refleja poco apoyo en resolver las necesidades de las personas, porque existe un alto índice de reingresos a pesar de las visitas de seguimiento y además en los registros utilizados se detectaron múltiples casos referenciados sin ninguna priorización.

Es una red que requiere un análisis profundo con las enfermeras para determinar las razones que llevan a las personas que reciben un seguimiento domiciliario a acudir a los establecimientos de salud a resolver sus necesidades, así como, un análisis exhaustivo de las otras dos redes.

### **Visitas de seguimiento en el hogar**

Un 45,52% de las personas no recibieron seguimiento. Entre las razones por las que no se realizó seguimiento, pueden encontrarse el hecho que el paciente no entregara la referencia, o bien porque fue abordado por otro tipo de profesional o porque se refirió pero no ameritaba un seguimiento.

Este resultado se está dando en la red que se supone tiene algunas enfermeras trabajando organizadamente en la CCSS, sin embargo, nos indica que se deben retomar algunas acciones porque no se está obteniendo el impacto esperado.

El resto del país también requiere ser analizado en otro estudio porque se indagó que en las otras dos redes la organización es mínima. Esta situación se puede observar en la tabla 37, que muestra algunos de los centros del país en los que no funciona el programa de alta programada o alta hospitalaria, no hay continuidad en la atención ni seguimiento de las personas que necesitan. Lo que existe es mínimo para grupos específicos.

### **Personal de salud que realizó el seguimiento**

El equipo básico de atención integral de salud, deberá trabajar de forma coordinada con los profesionales de salud, para no duplicar esfuerzos y categorizar a los pacientes de forma que se dé seguimiento al que realmente necesita.

Se observa que el personal de salud de la Red Este que mayor seguimiento dio en el hogar es el profesional de Enfermería; sin embargo, hay todavía población a la que no se le está cubriendo por falta de organización y/o de recurso humano profesional en las diferentes áreas de salud de la población adscrita a esta red. Esta situación debe reflexionarse porque evidentemente en algunos casos, no existe continuidad en la atención desde los tres niveles de atención.

Así mismo, y en relación a estas variables, existen diferencias significativas entre las visitas y los reingresos, pero frente a lo esperado, hay mayor proporción de reingresos cuando se realiza seguimiento.

Esto puede deberse a varias razones:

- A la fecha no está conformado ni existe gestión para direccionar un programa de alta programada ni de atención domiciliar desde una instancia superior de Enfermería ni de ninguna otra disciplina. Se evidenció la existencia de iniciativas muy individualizadas desde el HCG, que no tienen seguimiento.
- Falta de gestión para direccionar desde los entes técnicos superiores, nivel regional y central de Enfermería las iniciativas existentes de brindar atención domiciliar y de conducción de las situaciones de seguimiento en las personas con el recurso humano de las áreas de salud en la Red Este.
- A pesar de que las enfermeras de la Red Este se organizan y reportan los usuarios al primer nivel de atención, existe una gran cantidad de personas



que no tienen seguimiento en el tiempo apropiado, aspecto que podría darse por poca disposición del recurso o porque no existe un lineamiento institucional que lo promueva.

- No hay uniformidad en los registros, ni protocolos definidos sobre los diagnósticos a los que se les dará seguimiento, se reportan los casos según criterio de las enfermeras, esto se evidenció con el análisis de los registros recopilados.
- Se requiere revisar la implementación de la atención domiciliar en las áreas de salud del estudio. Según los procedimientos que se realizan, en su mayoría, son cambios de sonda pero la falta de un protocolo y de una adecuada supervisión de la modalidad podría ser causa de un alto porcentaje de reingresos.
- Las profesionales de Enfermería son enfermeras generalistas, no tienen especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria, y los resultados del estudio muestran la necesidad de este fortalecimiento profesional, para que realicen cuidados y seguimiento a las personas de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad. Por tanto, es precisa una gestión integral e intensiva del caso en su conjunto, a través de unos cuidados profesionales avanzados. Se requiere dar respuesta a necesidades complejas de cuidados lo que implica orientar los esfuerzos hacia la coordinación y gestión de los cuidados en estrecha relación con el implicado y sus cuidadores.
- Las edades de las personas inciden en los resultados, porque según la ley natural de la vida, a mayor edad, mayor patología. En las personas de 41 a 60 y de 61 y más años, predominan los diagnósticos de neoplasias, insuficiencia renal crónica y otras patologías asociadas a la vulnerabilidad y a limitaciones.

Además, las mayores causas de seguimiento se dan en adultos mayores dependientes.

- En Coronado, Mata Redonda Hospital y Cartago existe una enfermera para el programa de atención domiciliar y varios de los casos que reingresan son de estas localidades, esto indica que debe revisarse la atención que se realiza en el programa y el desarrollo del conocimiento en estas enfermeras, a pesar de que es evidente que la cantidad de población en seguimiento, la falta de definición de diagnósticos entre otras cosas, son algunas razones que indican que la atención en domicilio se enfoca en cambios de dispositivos y curaciones, como lo mostró el estudio.
- No existen equipos de alta programada instaurados y falta coordinación con el primer nivel para mayor apoyo a las personas.

### **Actividades Realizadas por los miembros del equipo de seguimiento**

Entre las actividades de mayor frecuencia indican la necesidad de organizar la atención domiciliar por la enfermera profesional direccionada desde el ente técnico de rango superior y con evaluaciones periódicas que permitan valorar el impacto de la estrategia. Son acciones que se deben protocolizar para que sea más efectivo el seguimiento, la atención domiciliar no puede tener un enfoque de cambio de dispositivos, sino que debe ir más allá de acciones técnicas e incluir un abordaje integrador.

Por la forma de los registros de las enfermeras y los resultados tan variados obtenidos en los diagnósticos de seguimiento, se puede inferir que no hay orden ni definición de prioridades a las que dar seguimiento. Igualmente por el resultado obtenido en relación con las actividades más frecuentes que se realizan en el abordaje de las enfermeras, se denota que por esta falta de priorización,

seguimiento y definición, la labor que se está ejecutando va enfocada a resolver necesidades de cambios de dispositivos cuando se requieren y curaciones, esto sugiere una necesidad imperiosa de organizar la práctica en el país y establecer protocolos, especialmente en esta Red Este, para que los recursos que se están empleando tengan un beneficio mayor para la población.

Hospitales con equipos de AP	Equipo Interdisciplinario completo	Enfermera	Observaciones
Escalante Pradilla		Orienta	Médico orienta, no hay equipo
Thomas Casas	No	No	
San Vito	No	No	
Golfito	No	No	
San Carlos	No	No	
Los Chiles	No	No	
Adolfo Carit	No	No	
San Juan de Dios	No	Si	Reciente de Junio
San Vicente Paut	No	No	
Max Peralta	No	No	Equipo para Soporte Nutricional
Nacional de Geriatria	Sí	Sí	Equipo de gestión de camas
Calderón Guardia	No	Si	Las Enfermeras coordinan, con los otros profesionales no hay mucha interdisciplinariedad
H. México	No	No	
H. William Allen	No	No	
H. de Puntarenas	No	No	
H. Tony Facio	No	No	
H. de Ciudad Neilly	No	No	
H. de San Ramón	No	No	

Tabla 37. Datos de algunos establecimientos de salud, según la existencia de equipos organizados de Alta Programada o Alta Hospitalaria, 2016.

### **Días de seguimiento**

Un porcentaje importante de los casos son casos delicados que requieren seguimiento por más de 30 días, con actividades del cuidado que no siempre se le pueden enseñar al cuidador o al familiar.

En cuanto a los procedimientos realizados en las visitas de seguimiento, son acciones de cambio de dispositivos que si bien es cierto no se le puede enseñar al cuidador, es necesario revisar los casos en términos de impacto y de costo-beneficio a la red.

### **Frecuencia de las visitas realizadas**

En relación con la frecuencia de las visitas realizadas, se puede observar que los resultados de nuestro estudio no se apartan de lo descrito en la literatura y de la ley natural de la vida; así, a mayor edad, mayor patología. En las personas de 41 a 60 y de 61 y más años, predominan los diagnósticos de neoplasias, insuficiencia renal crónica y otras patologías asociadas a vulnerabilidad y limitaciones. Por otro lado, en la gráfico 23, se puede observar que las mayores causas de seguimiento se dan en adultos mayores dependientes, esto porque gran parte de estas personas de edad avanzada presentan enfermedades crónicas, “que muchas veces las imposibilitada o les crea dificultades para salir del domicilio, a veces con trastornos cognitivos o sensoriales y muchos de ellos con dificultades que requieren una respuesta organizativa capaz de proporcionar una satisfacción a las complejas demandas de este grupo etario”.<sup>63</sup> y en las que los sistemas de salud deben hacerse presentes para disminuir complicaciones y evitar ingresos o reingresos que saturan los servicios con necesidades menores, que podrían atenderse con diferentes modalidades de atención.

### **Tiempo en resolverse la situación**

En relación con el tiempo de soporte, a las personas con situaciones que limitaron su condición de autodependencia, se nota que un 10% de ellas recibió apoyo en un período de 1 a 3 meses. Cabe destacar que, en el 30% de las personas, aún se mantiene la situación. Esto significa que el personal de salud da apoyo a personas que realmente lo requieren y que no se trata de situaciones de resolución de poco tiempo, asociado a que las acciones que más se realizan en estas visitas corresponden al cambio de dispositivos, sin embargo, estos resultados evidencian la necesidad de establecer protocolos de seguimiento y priorización de las necesidades para lograr mayor impacto.

### **Percepción del usuario sobre la atención recibida en el domicilio**

Con respecto a la atención otorgada en el domicilio. Un porcentaje significativo (51%) opinó tener una percepción excelente en relación con la atención, esto tiene buen sentido porque las personas que reciben ayuda y apoyo sienten agradecimiento pero, sobre todo, una gran satisfacción porque existió uno o varios profesionales que tuvieron interés por la asistencia y el desenlace de su problema de salud.

### **Orientación y Capacitación en autocuidado**

A un 78% se les brindó este tipo de apoyo, dato hace muy valiosa la intervención por parte de la enfermera. Generalmente los mensajes de estos profesionales de salud son muy escuchados por la población.

En cuanto a la consulta realizada a las personas sobre si en las visitas a domicilio les capacitaron para el autocuidado, a la luz de los resultados se deduce que es

un aspecto que debe mejorarse en las visitas que realicen las enfermeras o el personal de salud en el domicilio. Cabe señalar que “uno de los elementos fundamentales para garantizar una mejor calidad de vida a las personas es la salud, que no sólo es un derecho, sino una responsabilidad que involucra a todos, y promover el autocuidado es una manera voluntaria de asumir y mantener un buen estado físico, psíquico y social, entendiendo al autocuidado como la responsabilidad que tiene cada persona sobre el cuidado de la salud”.<sup>64</sup>

### **Apoyo facilitado por organizaciones de la comunidad**

A la luz de los resultados obtenidos en estas preguntas, surge la necesidad de sensibilizar a la comunidad para que se organice de modo que sea capaz de dar apoyo a casos de riesgo en la salud de algunos de sus miembros.

Las personas que padecen una enfermedad tienen una gran necesidad de tener a otras personas en su vida que le ayuden a enfrentarse a la enfermedad y sus efectos emocionales. El apoyo puede provenir de familiares y amigos, miembros de la iglesia, profesionales de salud mental, grupos de apoyo o miembros de la comunidad. Pedir apoyo es una manera de tener cierto control sobre su situación, los diversos apoyos hacen que las personas padezcan lo menor posible

### **Tipo de insumo proporcionado**

Se puede observar la cantidad y las características de los insumos que se facilitan a las personas durante su proceso de autogestión del cuidado en su domicilio, apoyo importante del sistema pero que requiere control para una mejor gestión. Los insumos de mayor entrega, en orden descendente, son gasas, guantes y esparadrappo tipo micropore, en una red de continuidad del cuidado igualmente organizada. Las enfermeras pueden definir cuáles son los insumos y la cantidad

necesaria que las personas requieren, para evitar así la duplicidad de entrega de insumos que se podría dar por desconocimiento entre los niveles de la persona en seguimiento.

## **7.2. Expediente Digital y apoyo a la continuidad del cuidado**

La institución ha realizado muchos esfuerzos para retomar acciones que refuercen los tres niveles de atención y que permitan fortalecer la calidad en la prestación de los servicios, y mejorar la satisfacción de las personas. Sin embargo, en este análisis, se toma en cuenta que el país está en una situación económica que requiere medidas de sostenibilidad; en las instituciones públicas y, en especial la CCSS, el indicador de coste-eficiencia se evalúa más de cerca que nunca y se trabaja con la idea de fortalecer solamente las actividades que añadan valor al producto final, tratando de evitar o eliminar todo aquello que no genere un impacto.

Según lo anotado anteriormente, la continuidad en la gestión del cuidado de la persona, podría desarrollarse en un corto plazo y con resultados que impacten de manera positiva en la población, con una historia clínica electrónica que permita mayor conocimiento y abordaje de las situaciones de las personas en diferentes modalidades de atención que apoyadas en los avances tecnológicos puedan permitir una mayor resolución y sostenimiento a las personas desde la comunidad.

La Ley de Expediente Digital Único en Salud (Ley 9162, del 26/08/2013, publicada en La Gaceta N.º 182), establece en el Artículo N.º 1 que su finalidad es establecer el ámbito y los mecanismos de acción necesarios para el desarrollo del

proceso de planeamiento, financiamiento, provisión de insumos y recursos e implementación del expediente digital único de salud, desde una perspectiva país. Para dicho fin, se entiende por expediente digital único de salud el repositorio de los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accedido por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva, y su principal propósito es soportar, de manera continua, eficiente, con calidad e integralidad, la atención de cuidados de salud.

En la siguiente figura, se puede observar la cantidad de población del país que se encuentra adscrita e identificada en el sistema electrónico; solamente falta un 10%. Queda pendiente el desarrollo y la ejecución completa de los diferentes aplicativos del sistema de información.

La meta es implementar el expediente electrónico y sus aplicativos completamente en el año 2018. Esto permitirá realizar un abordaje continuo del cuidado, en las tres redes hospitalarias, con un enfoque integral de la atención interdisciplinario, promoviendo la autogestión desde las personas, familias y comunidades, las acciones de promoción y prevención, con calidad en la prestación de los servicios, seguridad, eficiencia, eficacia y alto grado de humanización, implementando la comunicación efectiva entre los niveles con la utilización de la tecnología.



<b>Proyecto EDUS</b>					
<b>Avance EDUS, Según Región de Salud</b>					
<b>Indicadores poblaciones EDUS (por Región de Salud) al 31 de mayo de 2016</b>	<b>Población Nacional por Región de Salud<sup>(1)</sup></b>	<b>Población Nacional Adscrita e Identificada en el EDUS<sup>(2)</sup></b>	<b>Porcentaje Población Nacional Adscrita e Identificada en EDUS</b>	<b>Miembros<sup>(3)</sup> en Fichas Familiares EDUS</b>	<b>Porcentaje Miembros en Fichas Familiares EDUS</b>
Huetar Atlántica	436.658	477.596	109%	207.583	48%
Pacífico Central	287.583	303.987	106%	172.417	60%
Chorotega	422.895	405.245	96%	19.690	5%
Huetar Norte	256.971	239.299	93%	98.460	38%
Brunca	361.143	288.719	80%	25.052	7%
Central Sur	1.843.950	1.467.214	80%	361.582	20%
Central Norte	1.281.173	975.448	76%	49.667	4%
Gran Area Metropolitana	-	229.797	-	-	-
	<b>4.890.373</b>	<b>4.387.305</b>	<b>90%</b>	<b>934.451</b>	<b>19%</b>

<sup>(1)</sup> Fuente: Fuente: Proyección Dirección Actuarial (año 2016), CCSS, 2016-2025

<sup>(2)</sup> al 31 de mayo de 2016

<sup>(3)</sup> Cantidad de Personas incluidas en Fichas digitales / Población Nacional

Figura 6. Indicadores Proyecto EDUS a mayo de 2016

Por lo anterior, se considera que la aplicabilidad de esta Ley, en la institución vendrá a solventar de manera paulatina la atención continuada en los tres niveles de atención. Esto permitirá un seguimiento acorde al riesgo y a la prioridad determinada en el alta hospitalaria, con un trabajo de equipo interdisciplinario gestionado por el profesional de Enfermería, quien con la aplicación de la escala de Perroca modificada, puede determinar el riesgo e identificar la categorización del cuidado de la persona. Con la escala de ASA puede determinar el nivel de dependencia o independencia en el autocuidado, respectivamente, para derivar a las personas con una valoración y un plan de alta previo de forma organizada.

### **7.3. Aportes del estudio al documento sobre el Fortalecimiento del Modelo de Prestación de servicios de salud**

Este documento<sup>38</sup> surge ante la necesidad que tiene la Caja Costarricense de Seguro Social, de revisar el modelo de prestación y las acciones que se ejecutan en los tres niveles de atención, con el propósito de fortalecer la prestación de los servicios de manera organizada y con alto nivel de satisfacción de las personas. En el documento se describe la misión y la visión institucional, así como los principios de la seguridad social y los valores que deben promoverse para lograr un cambio actitudinal en las personas y cumplir los objetivos propuestos.

Los objetivos contemplados en este documento deben orientar, en los tres niveles de atención, todos los modelos de prestación establecidos, pero principalmente el rol del profesional de Enfermería, que incluye en el ingreso de la persona, la captación mediante la realización del PAE, la valoración para realizar adecuadamente la gestión del cuidado de cada caso en el alta hospitalaria, de forma interdisciplinaria, y luego el apoyo por parte del hospital de día en aquellos lugares donde funcione, así como la atención domiciliar, con los diagnósticos definidos previamente por la red, todas estas acciones requieren protocolizarse antes de definir la capacidad instalada actual en relación con el recurso humano existente.

Nuestro estudio se convierte en un apoyo para la implementación en las modalidades de prestación de servicios de la continuidad en la gestión del cuidado de forma direccionada y organizada desde instancias superiores para evaluar y medir los resultados, esto permite mostrar que sin organización y dirección, las personas se pierden entre los diferentes niveles y a las autoridades

les muestra la necesidad del seguimiento de la población en cuanto a sus patologías y cuidado.

La CCSS, está implementando desde septiembre de 2016 en la Región Huetar Atlántica un pilotaje de las diferentes modalidades de atención hasta el año 2019, así mismo, dependiendo de los resultados evaluados se piensa realizar una implementación paulatina en el resto de los lugares del país, de aquí que para la red este, nuestro estudio, está determinando las debilidades existentes y que se deben ir solventando paulatinamente para la ejecución de la propuesta de este documento según las redes.

En el documento se incluye toda la fase de continuidad en la gestión del cuidado, y al ser este la esencia de Enfermería, se requiere fortalecer las competencias de las enfermeras para que participen activamente en la implementación de la modalidad de continuidad en la gestión del cuidado y atención domiciliar desde las tres redes institucionales, direccionadas correctamente por las instancias técnicas correspondientes.

Con lo mencionado anteriormente, se considera que es un momento propicio para el desarrollo de las diferentes modalidades, sin embargo, si no se da el apoyo que se requiere del recurso humano para el abordaje de las diferentes modalidades, las enfermeras deberán analizar la capacidad instalada de cada Área de Salud y definir las situaciones que pueden abordarse desde las tres redes institucionales, para no crear falsas expectativas a la población.

Cabe destacar la necesidad de fortalecer las competencias de los profesionales de Enfermería, porque los recientes avances en la gestión del cuidado han

derivado en una serie de nuevos desafíos para esta disciplina, que se han manifestado en el aumento de responsabilidades en torno a la gestión de recursos humanos y financieros y en mayores exigencias para planificar, tomar decisiones y ejercer el liderazgo, lo que ha puesto de relieve la necesidad de plantearse el problema de la identidad y el rol de la profesión de enfermería en la actualidad.<sup>65</sup>

#### **7.4. Comparación con otros estudios**

Se encontraron dos estudios específicos sobre el análisis del alta hospitalaria realizados en Costa Rica; uno, desarrollado en el Hospital Dr. Calderón Guardia, sobre el análisis del desarrollo de la modalidad de alta hospitalaria que realizan las enfermeras;<sup>27</sup> sin embargo, solamente valora lo interno, el accionar de las enfermeras pero no va más allá en relación con el soporte en la comunidad. El otro, es un documento que establece las diferentes modalidades de atención en la institución denominado *Subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar*, elaborado por la Gerencia Médica en el año 2009.<sup>9</sup> En este documento se realiza un análisis de las diferentes formas de atención y apoyo a las personas que existen en los diferentes establecimiento del país y plantea diferentes modalidades de atención pero que no se han aplicado como se esperaba y no se les ha realizado ningún seguimiento.

Ciertamente, hay algunas iniciativas de manejo interdisciplinario. Esto permite a la Enfermería establecer la necesidad de dar continuidad a la gestión del cuidado, mientras se va organizando la modalidad con el involucramiento del resto de las disciplinas. Hasta lograr la consolidación, se debe determinar si la ausencia de la

acción interdisciplinaria en el alta programada incide sobre el egreso oportuno en los hospitales y si la atención en el domicilio es costo-efectiva en relación con la cantidad de reingresos hospitalarios.

Con el reciente documento sobre el *Fortalecimiento de la prestación de los servicios*, existe la posibilidad de ir desarrollando la modalidad, sin embargo es necesario establecer un protocolo sobre las acciones de la disciplina en relación con la gestión de los casos y la continuidad de la atención, para ir mostrando a las autoridades la necesidad de mayor recurso humano de enfermería en la comunidad para la sostenibilidad de un modelo que será de gran beneficio a la población.

Es conveniente mencionar aquí, el desarrollo que tienen algunas regiones de España, de las diferentes modalidades de atención, donde la enfermera resalta por su labor en la gestión de los casos, tal como las organizaciones sanitarias integradas que constituyen una red de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a una población determinada y se responsabilizan de los costes y los resultados de salud de la población. Estas estrategias de gestión integrada que pueden facilitar la continuidad de la atención se han extendido también en Andalucía, Castilla la Mancha, Castilla León, Galicia, la Comunidad Valenciana, La Rioja, Navarra y Cantabria.<sup>15</sup>

En Andalucía, por ejemplo, se mantiene un “modelo de continuidad y gestión de casos, en el que se brindan cuidados integrados a las personas, servicios vinculados para asegurar la continuidad”. La propuesta se completa con un sistema de valoración integral de los casos, incluyendo valoración del hogar y del cuidador/a principal, atención telefónica, definición de roles de suplencia/ayuda para las actividades de la vida diaria y rehabilitación funcional así como dispositivos de enlace con diferentes servicios sanitarios y sociales.

El modelo permite aprovechar, para el desarrollo de la atención domiciliaria, las posibilidades de continuidad e integración asistencial que ofrece el modelo de Atención Primaria al tiempo que se mejora la capacidad de respuesta a la demanda, coordinando los diferentes recursos asistenciales a través de la gestión de casos.<sup>66</sup>

“La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que bien por su situación de salud o por problemas socio sanitarios, requieren cuidados en el domicilio, de carácter temporal o permanente. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que no pueden acudir al centro de salud, parece conveniente incluir además a los que tienen grandes dificultades para desplazarse. Así mismo, el desarrollo de otros servicios puede requerir desplazamientos de los profesionales al domicilio de los pacientes, para valorar el entorno físico o las relaciones familiares, sin que ello suponga la inclusión en esta modalidad de atención. La atención domiciliaria constituye una alternativa asistencial siempre que sea posible garantizar en el hogar un nivel de efectividad similar al que podría obtenerse en régimen de institucionalización y sea aceptado por el paciente/familia”.<sup>62</sup>

En otro nivel de decisiones, la gestión de los casos se refiere a la valoración integral del paciente/familia que necesita atención en el hogar así como a la asignación y coordinación de los recursos adecuados a cada caso. A este nivel se sitúan ahora los principales problemas y dificultades que afectan a la efectividad y a la satisfacción, tanto de pacientes como de profesionales, con los servicios de atención domiciliaria. Como responsable de la gestión de casos, se propone la figura de una enfermera coordinadora de cuidados domiciliarios, adscrita a la zona básica de salud de acuerdo a un ratio de 1/200 personas incluidas en atención

domiciliaria, cuya misión será: velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizandolos recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados.<sup>62</sup>

En el caso de la enfermera coordinadora de cuidados en el domicilio se propone el un nivel de competencia que implica la aplicación de una importante gama de principios fundamentales y técnicas complejas en una amplia y a veces impredecible variedad de contextos. Se requiere una autonomía personal muy importante y, con frecuencia, gran responsabilidad respecto al trabajo de otros y a la distribución de recursos sustanciales. Asimismo, requiere de responsabilidad personal en materia de análisis y diagnósticos, diseño, planificación, ejecución y evaluación, ya que la complejidad y la variedad de toma de decisiones implican la elaboración de juicios, intervenciones y evaluaciones en las que se requiere un alto grado de autonomía y responsabilidad.<sup>62</sup>

De lo anterior, se puede deducir que para realizar en Costa Rica un modelo semejante al descrito anteriormente se requiere una inversión en recurso humano de Enfermería como de otros profesionales, el desarrollo y la formación de competencias de práctica avanzadas en las enfermeras que permitan la toma de decisiones con responsabilidad y una organización que favorezca la conducción y el seguimiento de un programa de esta naturaleza, mientras estas condiciones no se desarrollen, difícilmente se pueden lograr los objetivos propuestos en este estudio. Además se requiere protocolizar el rol de la enfermera, los diagnósticos que se van a abordar y la cantidad de casos incluidos en el programa de atención domiciliaria, de ahí que los resultados de las acciones que se están desarrollando

no sean muy exitosos. Además, las acciones que se realizan son incipientes en relación con lo planteado en un modelo de esta naturaleza. Un modelo que necesita resolver las necesidades de las personas que así lo requieran.

En relación con las intervenciones, un informe de la Universidad de Birmingham del 2009, citado en el documento de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas<sup>41</sup> que recoge más de 10 000 estudios de investigación que evalúan el efecto de intervenciones a largo plazo en la atención de los pacientes complejos, destaca el impacto positivo del seguimiento telefónico, las visitas domiciliarias proactivas y el soporte para el autocuidado, por parte de Enfermería.

Se han mostrado también las iniciativas de soporte al autocuidado, potenciando el desarrollo de pacientes expertos y pacientes activos. A nivel internacional, el Chronic Disease Self Management Program (CDMSP) es el pionero en las iniciativas de soporte al autocuidado y el que cuenta con el enfoque estructurado más utilizado y con mayor evidencia de su efectividad. Otros programas utilizados son Expert Patient Programme y Co-creating Health, de Reino Unido, el programa Flinder de Australia y otros programas de Canadá y Dinamarca.<sup>41</sup>

### **7.5. Implicaciones del Estudio para la práctica**

La tabla 37 muestra datos de algunos establecimientos de salud, según la existencia de equipos organizados de Alta Programada o Alta Hospitalaria del presente año.

Se encontró que en la Red Este, a pesar de los esfuerzos realizados en el hospital nacional en el que se registran, se derivan y se coordinan los casos, no es suficiente con lo que se está realizando, dado que un porcentaje alto de



pacientes se queda sin el abordaje en la comunidad y además no se da ninguna diferencia entre el seguimiento y los reingresos que sugieren mayor organización. Las otras dos redes las encabezan el Hospital San Juan de Dios y el Hospital México. El primero, aproximadamente en el mes de junio, incluyó a dos enfermeras para que realicen esta función; por su parte, el Hospital México, aún no tiene organización de este tipo, lo que puede indicar que las personas de estas redes tienen menor apoyo que las personas de la Red Este.

Nuestro estudio se convierte en un complemento para el desarrollo de la prueba piloto que se realizará producto de análisis del modelo y que tiene como dirección final el documento *Fortalecimiento de la Prestación de los servicios*.<sup>38</sup> Los resultados obtenidos en nuestro estudio, sugieren la necesidad de organizar al personal de enfermería y a otros profesionales para implementar poco a poco las modalidades de atención. Parece evidente que con los recursos humanos actuales, es difícil hacer un abordaje que tenga impacto, sin embargo, para que las enfermeras se conviertan en los profesionales que puedan gestionar los casos en cada una de las redes, es necesario invertir en mayor recurso, mejor tecnología y en el fortalecimiento de las competencias de las enfermeras.

Cualquier modalidad requiere seguimiento y dirección de autoridades técnicas de enfermería superiores para medir el impacto y la calidad de las intervenciones. Actualmente en nuestro contexto no se dispone de dicha organización desde la estructura de Enfermería, circunstancias que puede hacer que la modalidad de atención domiciliar no esté siendo tan efectiva como se pensaba. En este sentido, es necesario que se seleccionen los líderes del proceso para que lo direccionen desde una estructura que garantice el éxito en la gestión de cada caso.

Igualmente, se debe sensibilizar a los otros profesionales para lograr una participación interdisciplinaria que permita resolver las necesidades de las personas y trabajar en el fortalecimiento de los equipos de alta hospitalaria.

Enfermería, como disciplina, debe incursionar en la implementación paulatina de esta modalidad, porque la población se verá beneficiada cuando sea asistida mediante una atención domiciliar que le permita mayor conocimiento y autogestión de su patología. Para ello, es necesario definir, mediante un protocolo los criterios de referencia que determinen a qué situaciones se les puede dar seguimiento.

Las iniciativas mostradas en el estudio son buenas, solamente que son acciones muy incipientes que no permiten afirmar que el país está otorgando servicios continuos o atención domiciliar como se describe en la literatura, lo que existe son iniciativas de las enfermeras para ayudar a algunas personas en la comunidad, pero sin protocolos, ni definición y organización respectiva.

El país está en el momento propicio para el desarrollo de las diferentes modalidades, sin embargo, es necesario establecer los protocolos de organización y tomar en cuenta la necesidad de proporcionar el apoyo que se requiere el recurso humano.

Las enfermeras tienen que analizar la capacidad instalada de cada Área de Salud y definir las situaciones que pueden abordarse desde las tres redes institucionales, con el recurso humano existente, mientras se van organizando las modalidades y el resto de las disciplinas, ya que como responsables de la gestión del cuidado de las personas, no deben dejar al usuario indefenso en la comunidad, sino por el contrario, buscarle los apoyos necesarios para que

resuelva sus necesidades.

### **7.6. Limitaciones del estudio y líneas futuras de actuación**

Aunque se ha realizado un esfuerzo importante para realizar este estudio, dado que no existían referencias al respecto, nos hemos encontrado con algunas limitaciones.

Una de ellas se relaciona con la imposibilidad de aleatorizar la muestra, lo cual afecta al valor predictivo del estudio, dado que los sujetos no pudieron ser seleccionados de forma controlada.

Además, por ser una población, en la mayoría de los casos, con secuelas de enfermedades crónicas en el tiempo del análisis, muchos de los pacientes ya habían fallecido, lo que hizo que los familiares, por razones sentimentales, tuvieran limitaciones a la hora de contestar la encuesta, esto obligó a trabajar con el total de la muestra e incluir a los que participaron en el estudio y excluir a todas aquellas personas que por una u otra razón no se localizaron o no respondieron a la encuesta.

La diversidad de criterios seguidos en los centros para la inclusión de pacientes en los registros ha sido otra de las limitaciones con las que nos encontramos, dado que disponemos de registros variados y no estandarizados.

No obstante, de este estudio surgen las siguientes oportunidades y futuras líneas de investigación:

Es necesario realizar nuevas investigaciones para determinar las razones que llevan a las personas que reciben un seguimiento domiciliario a acudir a los establecimientos de salud a resolver sus necesidades, así como un análisis

exhaustivo de las otras dos redes, que no tienen organización desde los hospitales nacionales, para determinar el porcentaje de personas con situaciones de riesgo que no tienen continuidad del cuidado, ya que, según los datos, es mínimo y solo se ha dado por iniciativa de las enfermeras.

Parece evidente que con los recursos humanos actuales, es difícil hacer un abordaje que tenga impacto, sin embargo, para que las enfermeras se conviertan en los profesionales que puedan gestionar los casos en cada una de las redes, es necesario invertir en mayor recurso, mejor tecnología y en el fortalecimiento de las competencias de las enfermeras.

La Caja Costarricense de Seguro Social requiere reorganizar los servicios de salud para que contemplen la presencia de un trabajo integrado entre las diferentes disciplinas en los establecimientos, los equipos de alta programada para abordar las necesidades de la persona, la continuidad de la gestión del cuidado de forma oportuna, con el recurso humano y la organización requerida, para fortalecer la prestación de los servicios desde un enfoque de atención centrada en la persona.

Se debe establecer un protocolo en la CCSS, sobre el programa de alta hospitalaria de forma interdisciplinaria, definir los criterios de inclusión de las personas a la atención continuada en el domicilio y que el profesional de Enfermería incluya el plan de alta de Enfermería a los egresos para una mejor orientación de las personas en su autocuidado y a los cuidadores, desde las tres redes institucionales.

Así mismo es necesario enfocar los esfuerzos hacia la unificación de los tres estamentos de la Enfermería: docencia, servicio y gremio, para fortalecer las competencias de las enfermeras, mejorar el liderazgo, trabajo de equipo, gobernanza y empoderamiento que permita realizar una adecuada gestión de los casos en el ambiente hospitalario y domiciliario y que fortalezcan la actitud y aptitud del profesional para que el cuidado se brinde con altos estándares de calidad en todos los escenarios donde se gestione el cuidado.

Por su parte, la Enfermería en Costa Rica debe modificar significativamente la manera de pensar, de ser y de hacer Enfermería, es preciso asumir una nueva forma de contextualizar el cuidado para ejercerlo como verdadera ciencia profesional, no solamente aceptando que es el objeto de la disciplina sino trabajando con modelos de atención que mantengan un enfoque centrado en la persona, continuidad y alto sentido humanitario.



# Conclusiones







## **8. Conclusiones**

1. Dado que no existía un referente en Costa Rica para obtener información relacionada con las variables que se pretendían analizar en este estudio, se diseñó y se consiguió validar un instrumento, utilizando la técnica de consenso de expertos.
2. Los usuarios que egresan desde los servicios de hospitalización de los hospitales de la red Este de Costa Rica, como población adscrita al III nivel, se ubican en edades superiores a los 40 años, tienen patología crónica asociada, la mayoría no tienen acceso a los servicios privados de salud, la mayoría no trabajan y existe un porcentaje relevante de pacientes que entregan el documento de referencia en el nivel primario, que no reciben seguimiento.
3. A pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales de enfermería para realizar un abordaje adecuado desde el enfoque de continuidad de cuidados, las iniciativas mostradas son muy incipientes y no permiten afirmar que exista un seguimiento ni una gestión continua, protocolizada y controlada de los casos, tal y como lo sugiere la literatura; por lo que es necesario reorganizar las actividades y el apoyo que puede proporcionar Enfermería en la Red Este para la continuidad y la gestión del cuidado de acuerdo a la capacidad instalada de las Áreas de Salud, sin dejar de lado

la acción interdisciplinaria que es de gran soporte para la resolución de las necesidades de la población.

4. Para conseguir un modelo de gestión de cuidados tal y como lo describen los referentes internacionales, es necesario realizar una inversión en recurso humano de enfermería, desde el punto de vista del desarrollo, y la formación en competencias de práctica avanzada, así como establecer una organización que favorezca la implementación real y el seguimiento de un programa de continuidad asistencial.
5. El estudio muestra una correlación entre las visitas de seguimiento y los reingresos hospitalarios, con una significación estadística en los reingresos de los usuarios que tienen seguimiento, lo que orienta a continuar con una investigación que relacione los reingresos con diferentes variables tales como la gestión y organización (direccionalidad) de la labor enfermera en los tres niveles de atención, la cobertura de las visitas, las actividades de seguimiento, las causas de los reingresos, edades y pluripatologías de los usuarios.
6. Las dificultades encontradas en el contexto para realizar un adecuado registro y priorización de pacientes, así como para el abordaje adecuado de los casos desde el seguimiento domiciliario, por ausencia de una plataforma en el primer nivel que de sostenibilidad a la modalidad de atención, no permitieron determinar la relación entre el seguimiento adecuado y los costes, por lo que es necesario plantear nuevos estudios de investigación, que determinen si un seguimiento adecuado de las personas en el escenario domiciliario, referenciado desde el alta

hospitalaria, puede incidir directamente o indirectamente en la reducción de los costos de la administración hospitalaria,



# **Bibliografía**





## 9. Bibliografía

### Lista de Referencias

1. Consejo Internacional de Enfermería [Internet]. [citado 27 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/sobre-el-cie/>
2. Rodríguez Campo V, Valenzuela Suazo, S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enfermería Global [Internet]. 2012 [citado 26 mayo 2015]; 28: 318-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>
3. Ariza Olarte C. Enfermería Universitaria, desarrollo epistemológico de enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2011 [citado 2 jun. 2015]; 8(2); 23. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/31364/29023>
4. Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Reglamento de Mutualidad y Subsidios. Ley 2343 [Internet] 4 mayo 1959 [citado 30 jul. 2015]; 2343:1. Disponible en: <http://www.enfermeria.cr/documentos/Ley2343.pdf>
5. Urra E. Ciencia y Enfermería: avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2009 [citado 4 jun. 2015]; 15(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200002)
6. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la Enfermería. Aquichán [Internet]. 2002 [citado 30 mayo 2015]; 2(2):8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7412020>
7. Soto-Fuentes P, et al. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichán [Internet]. 2014 [citado 10

- jun. 2015];14(1):82-6. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972014000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100008)
8. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo M. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enfermería [Internet]. 2007 [citado 12 mayo 2015]; 20(4):500-2. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
  9. Morfi Samper R. Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana Enfermería. 2010;26(1):1.
  10. Cevallo Vásquez PA, Paravic- Klijn T. El cuidado: ¿Es privativo de Enfermería? Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
  11. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gaceta de Antropología [Internet]. 2006 [citado 14 mayo 2015]; 22, art. 32: [14 p.]. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_32Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html)
  12. Contreras C, Gutiérrez E, Abarca M, Navarro R. Teoristas de Enfermería [tesis] [Internet]. 2015 [citado 22 nov. 2015]. Disponible en: [es.slideshare.net/lesliefredezfeeley/jean-watson-](http://es.slideshare.net/lesliefredezfeeley/jean-watson-)
  13. Urra E, et. al. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de cuidados transpersonales. Revista Ciencia y Enfermería. 2011; XVII(3):16-8.
  14. Luque SH. Gestión integrada de servicios de salud y el gestor de casos en la atención domiciliar de pacientes con ECNT: Taller de sistema de atención domiciliar, dirigido a enfermeras profesionales. Costa Rica: CEDES, CCSS; 2011.



15. Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial. Documento Marco para el Desarrollo de la Continuidad Asistencial en la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015.
16. Ceballos Vásquez P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*. 2010; XVI(1):32.
17. Rodríguez Campo V, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*. 2012 [citado 3 marzo 2015];(28):318-20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>
18. Valverde Jiménez MR, et al. Modelo de gestión de casos e investigación. *Enfermería Global*. 2012; 26:247.
19. Junta de Andalucía. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital de la Dirección Regional de Desarrollo y Gestión del cuidado [Internet]. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2006. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.pdf>
20. Nieves Lafuente R, et al. Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla: Consejería de Salud : Servicio Andaluz de Salud; 2015.
21. Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan*. 2007; 42:7-18
22. Nájera R, Castrillón Agudelo MC. La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. *ALADEFE* [Internet]:1-19. Disponible en: [http://www.aladefe.org/articulos/la\\_enfermeria\\_en\\_america\\_latina.pdf](http://www.aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf)
23. Artaza Barrios O. Redes Integradas de Salud: Desafío de los hospitales. Chile: OPS-OMS; 2011.

- 24.** Ramos M. Evaluación y Mejora del proceso de Alta Hospitalaria [tesis] [Internet]. 2014 [citado 15 mayo 2015]. Alicante: Universidad. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36417/1/tesis\\_maria\\_%20martinez\\_ramos.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36417/1/tesis_maria_%20martinez_ramos.pdf)
- 25.** Martínez-Ramos M, et al. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2015 [citado 2 abr. 2015];31(2):2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-redisenio-del-proceso-alta-hospitalaria-S1134282X1500144X?redirectNew=true>
- 26.** Gonzalo E, Aizman A, Opetegui M, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria. Revista Médica de Chile [Internet]. 2014;142:229-37. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872014000200012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872014000200012)
- 27.** Vargas Bermúdez Z, Fernández Coto R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. Revista de Enfermería actual de Costa Rica [Internet]. 2011 [citado 2 ene. 2015];21:1-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i21.3658>
- 28.** Tixtha López E, et al. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Enfermería Neurológica [Internet]. 2014 [citado 30 ene. 2015];13(1):13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- 29.** Adams J, et al. La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios [Internet]. Nueva York, et al.: IBM Global Business Services; 2015. Disponible en: <http://www-05.ibm.com/services/es/bcs/pdf/la-asistencia-sanitaria-en-2015.pdf>
- 30.** Bolaños E, Mata A, Arreola L. Subsistema de Hospitalización: Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar. Costa Rica: Gerencia Médica CCSS; 2009.
- 31.** Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2013. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D140326+PRESENTACI%C3%93N+ESTRATEGIA+CR%C3%93NICOS.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352847372204&ssbinary=true>

32. Minarde R, et al. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2002;11(4):254.
33. Mimenza H, et al. Metodología de un Sistema de Información Gerencial para Directivos de Hospitales, Costos Hospitalarios. México; 2001:5.
34. López Veranes FN, et al. Efecto económico del incremento de la estadia hospitalaria promedio. *MEDISAN [Internet]*. 2011 [citado 2 feb. 205];15(11). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192011001100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011001100006)
35. Arroyave Loaiza G, Jarillo Soto E. Costos hospitalarios costos del día paciente. México: McGraw-Hill; [199-?]:2.
36. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro - Políticas 2013-2016. Costa Rica: CCSS; 2012: 17-34.
37. Sáenz M, López E, et al. Atención Primaria de Salud en Costa Rica. 25 Años después de Alma Ata. San José Costa Rica; 2005.
38. Caja Costarricense de Seguro Social. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Costa Rica: CCSS; 2016.
39. Organización Panamericana de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N.º4. Washington D.C: OPS; 2007.
40. Zárate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enfermería*. 2004;13 (44-45):42-6.
41. Martínez Carpio A, et al. Estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad [Internet]. Madrid: Consejería de

- Sanidad; 2013 [citado 23 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/03/Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf>
42. Harzheim E, Casado V, Bonal P. Formación de profesionales de salud para la APS y salud familiar y comunitaria en América Latina y Europa [Internet]. Madrid: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España; 2009. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_formacion/acerca\\_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion\\_profesional\\_para\\_la\\_APS.pdf](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf)
43. Macinko J. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2007 [citado 4 mayo 2015];21(2/3):74. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
44. Zurro M, Pérez C. Atención Primaria. 4.<sup>a</sup> ed. Madrid: Harcourt Brace; 1995.
45. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la APS de las Américas. N.º 4. Washington D.C: OPS; 2010.
46. Tobar F. Modelos de Gestión en Salud [Internet]. Buenos Aires; 2002. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>
47. Kaasalainen S, et al. Nurses' experiences providing palliative care to individuals living in rural communities: aspects of the physical residential setting. Rural and Remote Health Journal. 2014;14(2):27-8.
48. Fernández Moyano A, et al. Continuidad asistencial, Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y atención primaria. Revista Clínica Española [Internet]. 2007 [citado 2 en.]; 207(10):511. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/el>
49. Contraloría General de la República. Informe de auditoría operativa sobre la eficiencia y eficacia de la gestión del servicio de consulta externa-medicina general en el primer nivel de atención de la CCSS [Internet]. Costa Rica: Contraloría General de la

- Republica; 2015. Disponible en:  
[https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs\\_cgr/2016/SIGYD\\_D\\_2016001358.pdf](https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016001358.pdf)
- 50.** Polit H, Investigación Científica en ciencias de la salud. 6.<sup>a</sup> ed. México: Editorial Interamericana; 2006.
- 51.** Astigarraga E. El Método Delphi [Internet]. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Donostia: Universidad de Deusto; 2011 [citado 22 jun. 2014];3:[14 p.]. Disponible en: [http://www.prospectiva.eu/zaharra/Metodo\\_delphi.pdf](http://www.prospectiva.eu/zaharra/Metodo_delphi.pdf)
- 52.** Martínez P, Chiang MT, Díaz C, Rivas A. Validación del cuestionario estilos de enseñanza (CEE). Un instrumento para el docente de educación superior. Revista Estilos de Aprendizaje [Internet]. 2013 [citado 10 en. 2015];11 (12): [aprox. 16 p.].
- 53.** Martínez E. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. Revista de Investigación Educativa [Internet]. 2003 [citado 20 jun. 2014]; 21 (2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/99311/94911>
- 54.** Astigarraga E. El Método Delphi [Internet]. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Donostia: Universidad de Deusto; 2011 [citado 19 feb. 2015];10. Disponible en: [http://www.prospectiva.eu/zaharra/Metodo\\_delphi.pdf](http://www.prospectiva.eu/zaharra/Metodo_delphi.pdf)
- 55.** Dalkey NC, Brown B, Cochran S. The Delphi Method, III: Use of self rating to improve group estimates. Technological Forecasting and Social Change. Vol. 1; 1970. p. 283-91. Citado por Landeta, Jon (1999) op. cit.
- 56.** Varela Ruiz M, Díaz Bravo L, García Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. En Ed Med [Internet]. 2012 [citado 22 marzo 2015]; 1(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num02/07\\_MI\\_DESCRIPCION\\_Y\\_USO\\_S.PDF](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num02/07_MI_DESCRIPCION_Y_USO_S.PDF)
- 57.** Nunnally JC. Psychometrics. New York: McGraw-Hill; 1978.

58. Gronlund, N.E. *Measurement and Evaluation in Teaching*, Nueva York: MaCmillan Publishing Company; 1985.
59. DeVellis, R.F. (1991), *Scale development: Teory and applications*, Newberry Park: Sage Publications;1991.
60. Kerlingery F.N, Lee H.B., *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: MacGraw Hill; 2002.
61. Golcher Valverde F. *Medicina privada en Costa Rica. Medicina, vida y salud*. 2008;VII(3): 7.
62. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Análisis de Situación de Salud Costa Rica*. Costa Rica: Ministerio de Salud; 2014.
63. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. *La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Atención Primaria*. 2003;31(9):588.
64. Freir J. *Guía de Capacitación de Autocuidado de la Salud enfocada en las necesidades de las personas mayores, Para servidores en salud y profesionales en ciencias sociales*. 1.<sup>a</sup> ed. HelpAge Internacional; 2012.
65. Corrales-Nevados D, Palomo-Cobos L. *La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enfermería Clínica*. 2014; 24(1):51-8.
66. Gonzalo Jiménez E, et al. *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención enfermera en el Servicio Andaluz de Salud*. [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.pdf>

# Anexos








10. Anexos

10.1. Anexo I. Documento de Referencia



**Caja Costarricense de Seguro Social**

1. Criterio de priorización	
2. Consulta Externa	3. Urgencias
<input type="radio"/> 1. Urgente <input type="radio"/> 2. A cupo	<input type="radio"/> Rojo <input type="radio"/> Amarillo <input type="radio"/> Verde

REFERENCIA     CONTRA-REFERENCIA

**I. Paciente**

4. Nombre		5. Fecha de nacimiento	
6. Sexo <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino		7. Tipo de identificación <input type="radio"/> 1. Cédula identidad Reg. Civil <input type="radio"/> 2. Identificación temporal interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con identif. CCSS	
8. Número de identificación		9. Tipo de consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta	
10. Residencia habitual: (Provincia) _____ (Cantón) _____		(Distrito) _____	
11. Dirección exacta:			
12. Número de teléfono del paciente		13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre		15. Nombre del padre	

**II. Centro que refiere o contra-refiere**

16. Nombre del centro		17. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
18. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro		19. Especialidad o disciplina	
20. Nombre del profesional		22. Número de teléfono y extensión del profesional	
21. Código			

**III. Centro al que se refiere o contra-refiere**

23. Nombre del centro		24. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
25. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> Otro		26. Especialidad o disciplina	
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

**IV. Cita**

28. Fecha de la cita		29. Hora de la Cita <sup>1</sup>		30. Especialidad	
31. Nombre funcionario de REDES asignó la cita				32. Fecha de asignación de la cita	

<sup>1</sup> El paciente debe presentarse con 15 minutos de anticipación a la hora fijada para la atención, transcurrido este tiempo, podrá reasignarse la cita para evitar la pérdida del cupo.



## 10.2. Anexo II. Encuesta aplicada en la 1ª Roda del Delphi

### Caja Costarricense de Seguro Social Coordinación Nacional de Enfermería

#### Validación de Encuesta para evaluar el “Impacto de la atención domiciliar en las comunidades”

Estimada y estimado colaborador/a:

Esta encuesta que se entrega para su validación es una propuesta para ser aplicada en las comunidades de la Red Este institucional, con los usuarios referidos y no referidos desde el I programa de alta hospitalaria.

Es muy importante conocer los aportes constructivos de cada uno de ustedes a fin de que sea mejorada y validada, por lo que la revisión exhaustiva con observaciones objetivas, concisas y claras es fundamental para la conclusión del proceso. De antemano, agradecemos su interés por participar en esta validación. Nos permitimos informarle que con este correo damos por iniciado el proceso de validación el cual se realizará por medio de la metodología Delphi, vía online y en anonimato.

A continuación se describen los criterios para cumplimentar este cuestionario como experto.

#### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO

Le recordamos que como experto para este panel Delphi **solo debe contestar a las preguntas referidas al constructo de la encuesta, que aparecen en azul**, por lo que no hace falta que responda a las propias preguntas que formarán parte de la misma.

**Para cada pregunta de la encuesta se plantean tres aspectos que pretenden medir la claridad, la coherencia y la relevancia tanto de la pregunta como de los ítems que se incorporan para sus respuestas.** Asimismo, al final de la encuesta se plantea la suficiencia de las preguntas incorporadas a la misma.

Para ayudarle a comprender el sentido de las cuestiones que se le van a plantear como experto, a continuación tiene una explicación de las mismas:

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD
X				

- **TA (Totalmente de acuerdo):** La pregunta/ítems es clara, tiene semántica y sintaxis adecuada.

- **A (De acuerdo):** Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de la pregunta o de los ítems.
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente está claro o se precisan modificaciones.
- **D (Desacuerdo):** La pregunta/ítems requieren bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
- **TD (Totalmente desacuerdo):** La pregunta/ítems no son claros.

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación o proponer modificaciones en la redacción tanto de la pregunta como de los ítems. Igualmente se puede proponer la inclusión o la eliminación de ítems, según su posicionamiento.

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de estudio:

- **TA (Totalmente de acuerdo):** La pregunta se encuentra completamente relacionada con el objeto de estudio.
- **A (De acuerdo):** La pregunta tiene una relación moderada con el objeto de estudio.
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente la pregunta está relacionada o no con el objeto de estudio
- **D (Desacuerdo):** La pregunta tiene una relación tangencial con el objeto de estudio
- **TD (Totalmente desacuerdo):** La pregunta no tiene relación lógica con el objeto de estudio

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación o proponer el cambio para esta pregunta.

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

- **TA (Totalmente de acuerdo):** La pregunta es muy relevante y debe ser incluida en el cuestionario.
- **A (De acuerdo):** La pregunta es relativamente importante, pero puede ser incluida.
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente la pregunta debe ser incluida o no en el cuestionario.
- **D (Desacuerdo):** La pregunta tiene alguna relevancia, pero otra pregunta puede estar incluyendo a esta.
- **TD (Totalmente desacuerdo):** La pregunta puede ser eliminada.

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación o proponer el cambio esta pregunta.

Al final de la encuesta analizada habrá una pregunta global referida a:

**SUFICIENCIA:** Las preguntas que pertenecen a esta encuesta bastan para obtener datos sobre la el objeto de la misma

- **TA (Totalmente de acuerdo):** Las preguntas son suficientes.
- **A (De acuerdo):** se deben Incrementar algunas preguntas para poder evaluar el objeto de la encuesta
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente hacen falta más preguntas o no.
- **D (Desacuerdo):** Las preguntas pueden extraer algunos aspectos del objeto de la encuesta, pero no en su totalidad.
- **TD (Totalmente desacuerdo):** Las preguntas no son suficientes para el objeto de la encuesta

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación y/o proponer la adición de preguntas.

El cuestionario se muestra a continuación, cuenta con una total de veintidós preguntas, a continuación de las cuales se solicita su opinión como experto

Una vez emitido su criterio para cada pregunta, se brinda un espacio en caso de que desee agregar algún comentario. Les solicitamos que en caso de puntuar desacuerdo o totalmente desacuerdo, deberá justificar su criterio.

En caso de tener alguna duda relacionada con la encuesta, puede comunicarse:

Sección de Enfermería, [secenfer@ccss.sa.cr](mailto:secenfer@ccss.sa.cr) o al teléfono 25390915.

Le agradecería que sus respuestas me las remita a la siguiente dirección de correo electrónico [cloaizam@ccss.sa.cr](mailto:cloaizam@ccss.sa.cr) antes del 15 de marzo. En pocos días recibirá los resultados de esta primera vuelta del Delphi y le pediré una segunda opinión si fuera necesaria para terminar de consensuarlos.

**CUESTIONES PARA LOS EXPERTOS**

Antes de comenzar permítame plantearle unas preguntas para poder clasificar su participación como experto:

1. Años de experiencia laboral: \_\_\_\_\_
2. Ámbito principal de trabajo actual: (señale con una X)

Asistencia	
Docencia	
Gestión	
Investigación	
Otros	

3. En caso de ámbito asistencial especifique

Atención Primaria	
Hospitalización	
Urgencias/emergencias	
Sociosanitaria	
Otros	

4. Centro de trabajo:

Público	
Privado	

**NUEVAMENTE MUCHAS GRACIAS POR SU INESTIMABLE COLABORACIÓN  
SIN LA CUÁL ESTE ESTUDIO NO PODRÍA LLEVARSE A CABO**

**ENCUESTA PARA VALIDACIÓN POR EXPERTOS 1.ª RONDA**

Iniciales de la persona: \_\_\_\_\_ -

Correo electrónico donde se puede localizar:

1. **Edad:**.....
2. **Sexo:**.....
3. **Área de Salud a la que pertenece**.....

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**4.- Ingreso económico mensual (marque con una X)**

Menor que 100 000	
Entre 100 y 300 mil	
Entre 300 y 500 mil	
Más de 500 mil	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

--	--	--	--	--

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

5. ¿Recibió atención domiciliar por la enfermera? (marque con una X)

SÍ		NO	
----	--	----	--

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

6. Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....



**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**7. Causas de la inmovilización** \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**8. Diagnóstico de Enfermería:** \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

--	--	--	--	--

Observaciones: .....

9. Fecha de ingreso al hospital: \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

10. Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

11. Días de hospitalización \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

## 12.Referido por enfermera o equipo de alta programada

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

## 13.Requirió reingreso al hospital antes de los 15 días del egreso por la misma causa

SÍ NO

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**14. Causas del reingreso** \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**15. N.º de veces que reingresó en los últimos 6 meses** \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**16. ¿Se dio seguimiento en el hogar?**

Sí		NO	
----	--	----	--

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

17. Anote que tipo de personal de salud realizó este seguimiento en el hogar

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

Si no se realiza ningún seguimiento finaliza la encuesta.

18. N.º de días de seguimiento \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**19. Frecuencia de las visitas al hogar**

Una vez por semana

Dos veces por semana

Una vez al mes

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**20. Número de días o meses en que se resolvió la situación de la persona\_\_\_\_\_**

De 5 a 10 días

De 11 a 15 días

De 16 a 20 días

20 días y más

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

## 21. Capacitación de la familia

SÍ NO

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

## 22. Entrega de insumos:

SÍ NO

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

23. **Tipo de insumos entregados:** \_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....



### 10.3. Anexo III.- Encuesta aplicada en la 2.<sup>a</sup> Roda del Delphi

#### Caja Costarricense de Seguro Social Coordinación Nacional de Enfermería

#### Validación de Encuesta para evaluar el “Impacto de la atención domiciliar en las comunidades”

Estimada y estimado colaborador/a:

Esta encuesta que se entrega para su validación es una propuesta para ser aplicada en las comunidades de la Red Este institucional, con los usuarios referidos y no referidos desde el I programa de alta hospitalaria.

Es muy importante conocer los aportes constructivos de cada uno de ustedes a fin de que sea mejorada y validada, por lo que la revisión exhaustiva con observaciones objetivas, concisas y claras es fundamental para la conclusión del proceso. De antemano, agradecemos su interés por participar en esta validación.

Nos permitimos informarle que con este correo damos por iniciado la segunda ronda del panel Delphi, correspondiente al proceso de validación, el cual se realizará al igual que la primera ronda, vía online y respetando el anonimato.

A continuación se recuerdan y describen los criterios para cumplimentar este cuestionario como experto.

#### INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO

Le recordamos que como experto para este panel Delphi **solo debe contestar a las preguntas referidas al constructo del cuestionario, que aparecen en azul**, por lo que no hace falta que responda a las propias preguntas que formarán parte del cuestionario.

**Para cada pregunta del cuestionario/encuesta se plantean 3 cuestiones que pretenden medir la claridad, la coherencia y la relevancia tanto de la pregunta como de los ítems que incorpora para sus respuestas.** Asimismo, al final de la encuesta se plantea la suficiencia de las preguntas incorporadas a la misma.

Para ayudarle a comprender el sentido de las cuestiones que se le van a plantear como experto, a continuación tiene una explicación de las mismas:

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD
X				

- **TA (Totalmente de acuerdo):** La pregunta/ítems es clara, tienen semántica y sintaxis adecuada.

- **A (De acuerdo):** Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de la pregunta o de los ítems.
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente está claro o se precisan modificaciones.
- **D (Desacuerdo):** La pregunta/ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
- **TD (Totalmente desacuerdo):** La pregunta/ítems no es clara.

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación o proponer modificaciones en la redacción tanto de la pregunta como de los ítems. Igualmente se puede proponer la inclusión o la eliminación de ítems, según su posicionamiento.

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de estudio:

- **TA (Totalmente de acuerdo):** La pregunta se encuentra completamente relacionado con el objeto de estudio.
- **A (De acuerdo):** La pregunta tiene una relación moderada con el objeto de estudio.
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente la pregunta está relacionada o no con el objeto de estudio
- **D (Desacuerdo):** La pregunta tiene una relación tangencial con el objeto de estudio
- **TD (Totalmente desacuerdo):** La pregunta no tiene relación lógica con el objeto de estudio

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación o proponer el cambio de esta pregunta.

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

- **TA (Totalmente de acuerdo):** La pregunta es muy relevante y debe ser incluida en el cuestionario.
- **A (De acuerdo):** La pregunta es relativamente importante, pero puede ser incluida.
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente la pregunta debe ser incluida o no en el cuestionario.
- **D (Desacuerdo):** La pregunta tiene alguna relevancia, pero otra pregunta puede estar incluyendo a esta.
- **TD (Totalmente desacuerdo):** La pregunta puede ser eliminada.

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación o proponer el cambio de esta pregunta.

Al final de la encuesta analizada habrá una pregunta global referida a:

**SUFICIENCIA:** Las preguntas que pertenecen a esta encuesta bastan para obtener datos sobre el objeto de la misma

- **TA (Totalmente de acuerdo):** Las preguntas son suficientes.
- **A (De acuerdo):** Se deben incrementar algunas preguntas para poder evaluar el objeto de la encuesta
- **I (Indiferente):** Se duda si realmente hacen falta más preguntas o no.
- **D (Desacuerdo):** Las preguntas pueden extraer algunos aspectos del objeto de la encuesta, pero no en su totalidad.

- **TD (Totalmente desacuerdo)**: Las preguntas no son suficientes para el objeto de la encuesta

**Observaciones:** Tras la tabla para puntuar habrá un espacio de escritura libre para hacer cualquier observación, y/o proponer la adicción de preguntas.

El cuestionario se muestra a continuación, cuenta con una total de 30 preguntas, ante las cuales se solicita su opinión como experto

Una vez emitido su criterio para cada pregunta, se brinda un espacio en caso de que desee agregar algún comentario. Les solicitamos que en caso de puntuar desacuerdo o totalmente desacuerdo, deberá justificar su criterio.

En caso de tener alguna duda relacionada con la encuesta, puede comunicarse: Sección de Enfermería, [secenfer@ccss.sa.cr](mailto:secenfer@ccss.sa.cr) o al teléfono 25390915.

Le agradecería que sus respuestas me las remitiera por correo electrónico antes del 27 de abril. Agradezco mucho su participación en ambas rondas con sus aportes se construirá la encuesta final.

**ENCUESTA PARA VALIDACIÓN POR EXPERTOS**

Iniciales de la persona.....

Correo electrónico donde se puede localizar:

1. Edad:.....
2. Sexo:.....
3. Área de Salud a la que pertenece (por favor, señale con una X)

Acosta		Montes de Oca	
Alajuelita		Mora Palmichal	
Aserri		Moravia	
Cartago		Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	
Catedral Noreste		Paraíso-Cervantes	
Concepción San Diego San Juan		San Fco-San Antonio	
Coronado		San Sebastián Paso Ancho	
Corralillo		Turrialba Jiménez	
Curridabat		Cariari	
Desamparados 1		Guácimo	
Desamparados 2		Guápiles	
Desamparados 3		Limón	
El Guarco		Matina	
Escazú		Siquirres	
Goicoechea 1		Talamanca	
Goicoechea 2		Valle la Estrella	
Zapote Catedral		Los Santos	
La Unión		Mata Redonda Hospital	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

4. Ingreso económico mensual (marque con una X)

Menor de 100 000	
Entre 100 y 300 mil	
Entre 300 y 500 mil	
Más de 500 mil	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

5. ¿Qué labores desempeña si es trabajador activo?

Educador	Guarda privado
Agricultor	Trabajador municipal
Comercio	Medico
Negocio Propio	Enfermera
Administrador de Empresas	Auxiliar de Enfermería
Abogado	Pensionado
Dependiente	Contador
Misceláneo	Otros

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

6. ¿Cuál es el diagnóstico médico final o el nombre de la enfermedad que le generó la limitación en el autocuidado? (señale con una X)

Trauma Renal		Alzheimer complicado	
Sección Neurológica		Encamamiento Prolongado	
HTA		Politrauma por accidente de transito	
Insuficiencia Renal Crónica		Bronconeumonía	
Diabetes Mellitus		Neoplasia todo tipo	
Paraplejía		Obesidad mórbida complicada	
Fractura de Cadera		Inmovilización por secuelas neurológicas	
Úlceras por presión		Esclerosis Múltiple	
Síndrome Demencial		Hemorragia Subaracnoidea	
Secuelas de AVC		Mielo meningocele	
Traqueotomía		Amputación de MI complicada	
ITU complicada		Otras patologías	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

7. Indicar la o las causas que le produjeron problemas de inmovilización o limitaciones para su autocuidado—(señale con una X)

Adulto Mayor dependiente		Alzheimer	
UPP de diversos grados para curación		Amputación de los MI diversas causas	
AVC complicado		Algún tipo de parapleja	
Diabetes Mellitus complicada		Otras situaciones que limitan la movilidad	
Limitaciones del autocuidado diversas causas			
Accidente de Tránsito con secuelas			
Demencia Senil con encamamiento			

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

8. ¿Recibió atención domiciliar por la enfermera profesional? (señale con una X)

SI ( )                      NO ( )

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

9. N° de días de hospitalización:\_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:



TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

10. ¿Cuál miembro del equipo de salud le entregó la referencia en el momento del egreso?

Médico	
Enfermera profesional	
Auxiliar de Enfermería	
Otro profesional de salud	
No se le entregó referencia	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

**Observaciones:** .....

11. ¿Cuánto tiempo después del egreso entregó la referencia en el EBAIS o en el Área de Salud?

De 1 a 5 días	
De 6 a 10 días	
De 11 a 15 días	
De 16 a 30 días	

Tardó más de 30 días	
No la entregó	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

12. ¿Cuánto tiempo después de entregada la referencia se dio la visita al hogar o se intervino en el caso por los profesionales de salud?

De 1 a 5 días	
De 6 a 10 días	
De 11 a 15 días	
De 16 a 30 días	
más de 30 días	
No se dio la visita ni se intervino	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

9. ¿Requirió reingreso al hospital antes de los 15 días del egreso por la misma causa?

SÍ	NO
----	----

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

10. ¿Realizó alguna consulta antes de los 15 días del egreso por la misma causa que le causó la limitación?

SI	NO
----	----

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

11. Indique el n.º de veces que reingresó en los últimos 6 meses

\_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

12. Anote las causas o complicaciones que lo llevaron al reingreso o consulta?  
(señale con una X)

UPP infectadas		Adulto Mayor que no come	
Sonda Foley obstruida		Diarrea frecuente	
AVC complicado		Úlceras en MI	

Síndrome demencial complicado		Dificultad para movilizarse por diferentes causas	
ITU complicada		Otras complicaciones	
Diálisis ambulatoria infectada			

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

13. ¿Se realizaron visitas de seguimiento al hogar? (señale con una X)

SÍ	NO
----	----

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

14. ¿Quién realizó el seguimiento en el hogar? (señale con una X)

Miembros del EBAIS: Médico,	
-----------------------------	--

auxiliar de enfermería	
Enfermera profesional	
Auxiliar de Enfermería	
Otro profesional de salud	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

15. ¿Qué actividades realizó esa persona, miembro del equipo de salud, durante la visita de seguimiento? (señale con una X)

Curaciones		Plan de cuidados con la familia	
Cambio de alguna sonda vesical, SNG		Revisión de O <sup>2</sup>	
Orientación a la familia		Vía Periférica	
Lavado vesical		Apoyo Emocional	
Referencia a otro miembro del equipo de salud		Otros	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>
-----------	----------	----------	----------	-----------

--	--	--	--	--

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

16.N° de días que duró el seguimiento de la persona\_\_\_\_\_

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

17.Frecuencia de las visitas al hogar para el seguimiento

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Una vez cada dos semanas	
Una vez al mes	
Otros	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

18. Tiempo que tardó en resolverse la situación (señale con una X)

De 1 a 15 días	
De 16 a 30 días	
De 1 a 3 meses	
Se mantiene la situación	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

19. Percepción del usuario sobre la atención a domicilio? (señale con una X)

Excelente	
Buena	



Muy Buena	
Mala	

**CLARIDAD:** La pregunta/items se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

20. ¿Recibió educación u orientación en enfermería en el hospital al egreso?  
(señale con una X)

SI ( ) NO ( )

**CLARIDAD:** La pregunta/items se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

21. ¿Le capacitaron o explicaron en el hospital los cuidados de la enfermedad y las acciones para su autocuidado? (señale con una X)

SI ( ) NO ( )

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

22. ¿Recibió apoyo de algún miembro u organización de la comunidad?  
(señale con una X)

SÍ ( ) NO ( )

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

23.. Indique de cuáles organizaciones recibió apoyo? (señale con una X)

Iglesia		IMAS	
Grupos de vecinos voluntarios		Otras	
ONGs			

Municipalidad			
---------------	--	--	--

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

24. Capacitación de la familia, sobre acciones de autocuidado por el profesional que realizó seguimiento en la visita al hogar **(NO aplica para el usuario que no recibió seguimiento. NA)**

SI ( )      NO ( )      NA ( )

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>

Observaciones: .....

25. ¿Se le entregó alguna clase de material o insumo para su autocuidado? Marque con una equis X si la información no se indica en casilla NI

SI ( )      NO ( )      NI ( )

En caso negativo finaliza la encuesta.

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

26. Indique que clase de insumos o material le entregaron para los cuidados?  
(señale con una X)

Gasa(cuadros y torundas)	
Guantes	
Sondas	
Soluciones	
Esparadrapo o micropore	
Pañales	
Algodón	
Jabón	
Otros	

**CLARIDAD:** La pregunta/ítems se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**COHERENCIA:** La pregunta tiene relación lógica con el objeto de la encuesta:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

**RELEVANCIA:** La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida en el cuestionario:

TA	A	I	D	TD

Observaciones: .....

MUCHAS GRACIAS

## 10.4. Anexo IV.- Encuesta definitiva validada

**Caja Costarricense de Seguro Social  
Coordinación Nacional de Enfermería**

Iniciales de la persona.....

Correo electrónico donde se puede localizar:

1. Edad:.....
2. Sexo:.....
3. Área de Salud a la que pertenece (por favor, señale con una X)

Acosta		Montes de Oca	
Alajuelita		Mora Palmichal	
Aserri		Moravia	
Cartago		Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	
Catedral Noreste		Paraíso-Cervantes	
Concepción San Diego San Juan		San Fco-San Antonio	
Coronado		San Sebastián Paso Ancho	
Corralillo		Turrialba Jiménez	
Curridabat		Cariari	
Desamparados 1		Guácimo	
Desamparados 2		Guápiles	
Desamparados 3		Limón	
El Guarco		Matina	
Escazú		Siquirres	
Goicoechea 1		Talamanca	
Goicoechea 2		Valle la Estrella	
Zapote Catedral		Los Santos	
La Unión		Mata Redonda Hospital	

4. ¿Tiene usted acceso al servicio médico privado de salud?

SI	NO
----	----

5. ¿En Qué labores desempeña si es trabajador activo?

Educador	Guarda privado
Agricultor	Trabajador Municipal
Comercio	Medico
Negocio Propio	Enfermera
Administrador de Empresas	Auxiliar de Enfermería
Abogado	Pensionado
Dependiente	Contador
Misceláneo	Otros

6. ¿Cuál es el diagnóstico médico final o el nombre de la enfermedad que le generó la limitación en el autocuidado? (señale con una X)

Trauma Renal		Alzheimer complicado	
Sección Neurológica		Encamamiento Prolongado	
HTA		Politrauma por accidente de transito	
Insuficiencia Renal Crónica		Bronconeumonía	
Diabetes Mellitus		Neoplasia todo tipo	
Paraplejía		Obesidad mórbida complicada	
Fractura de Cadera		Inmovilización por secuelas neurológicas	
Úlceras por presión		Esclerosis Múltiple	
Síndrome Demencial		Hemorragia Subaracnoidea	
Secuelas de AVC		Mielo meningocele	
Traqueotomía		Amputación de MI complicada	
ITU complicada		Otras patologías	

7. Indicar la o las causas que le produjeron problemas de inmovilización o limitaciones para su autocuidado (señale con una X)

Adulto Mayor dependiente		Alzheimer	
UPP de diversos grados para curación		Amputación de los MI diversas causas	
AVC complicado		Algún tipo de paraplejia	
Diabetes Mellitus complicada		Otras situaciones que limitan la movilidad	
Limitaciones del autocuidado diversas causas			
Accidente de Tránsito con secuelas			
Demencia Senil con encamamiento			

8. ¿Recibió atención domiciliar por la enfermera profesional? (señale con una X)

SI	NO
----	----

9. N° de días de hospitalización: \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál miembro del equipo de salud le entregó la referencia en el momento del egreso?

Médico	
Enfermera profesional	
Auxiliar de Enfermería	
Otro profesional de salud	
No se le entregó referencia	

11. ¿Cuánto tiempo después del egreso entregó la referencia en el EBAIS o en el Área de salud?

De 1 a 5 días	
De 6 a 10 días	
De 11 a 15 días	

De 16 a 30 días	
Tardó más de 30 días	
No la entregó	

12. ¿Cuánto tiempo después de entregada la referencia se dio la visita al hogar o se intervino en el caso por los profesionales de salud?

De 1 a 5 días	
De 6 a 10 días	
De 11 a 15 días	
De 16 a 30 días	
más de 30 días	
No se dio la visita ni se intervino	

13. ¿Requirió reingreso al hospital antes de los 15 días del egreso por la misma causa?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

14. ¿Realizó alguna consulta antes de los 15 días del egreso por la misma causa que le causó la limitación?

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

15. Indique el n.º de veces que reingresó en los últimos 6 meses \_\_\_\_\_

16. Anote las causas o complicaciones que lo llevaron al reingreso o consulta (señale con una X)

UPP infectadas		Adulto Mayor que no come	
Sonda Foley obstruida		Diarrea frecuente	
AVC complicado		Ulceras en MI	
Síndrome demencial complicado		Dificultad para movilizarse por diferentes causas	
ITU complicada		Otras complicaciones	



Diálisis ambulatoria infectada		
--------------------------------	--	--

17. ¿Se realizaron visitas de seguimiento al hogar? (señale con una X)

SI	NO
----	----

18. ¿Quién realizó el seguimiento en el hogar? (señale con una X)

Miembros del EBAIS: Médico, auxiliar de enfermería	
Enfermera profesional	
Auxiliar de Enfermería	
Otro profesional de salud	

19. ¿Qué actividades realizó esa persona miembro del equipo de salud durante la visita de seguimiento? (señale con una X)

Curaciones		Plan de cuidados con la familia	
Cambio de alguna sonda vesical, SNG		Revisión de O <sup>2</sup>	
Orientación a la familia		Vía Periférica	
Lavado vesical		Apoyo Emocional	
Referencia a otro miembro del equipo de salud		Otros	

20. N° de días que duró el seguimiento de la persona \_\_\_\_\_

21. Frecuencia de las visitas al hogar para el seguimiento

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Una vez cada dos semanas	

Una vez al mes	
otros	

22. Tiempo que tardó en resolverse la situación (señale con una X)

De 1 a 15 días	
De 16 a 30 días	
De 1 a 3 meses	
Se mantiene la situación	

23 Percepción del usuario sobre la atención a domicilio (señale con una X)

Excelente	
Buena	
Muy Buena	
Mala	

24. ¿Recibió educación u orientación por de enfermería en el hospital al egreso? (señale con una X)

SI	NO
----	----

25. Le capacitaron o explicaron en el hospital los cuidados de la enfermedad y las acciones para su autocuidado (señale con una X)

SI	NO
----	----

26. Recibió apoyo de algún miembro u organización de la comunidad (señale con una X)

SI	NO
----	----

27. Indique de cuáles organizaciones recibió apoyo (señale con una X)

Iglesia		IMAS	
Grupos de vecinos voluntarios		Otras	
ONGs			
Municipalidad			

28. Capacitación de la familia, sobre acciones de autocuidado por el profesional que realizó seguimiento en la visita al hogar **(NO se aplica para el usuario que no recibió seguimiento. NA)**

SI	NO	NA
----	----	----

29. ¿Se le entregó alguna clase de material o insumo para su autocuidado? Marque con una equis X si la información no se indica en casilla NI

SI	NO	NI
----	----	----

En caso negativo finaliza la encuesta.

30. Indique que clase de insumos o material le entregaron para los cuidados? (señale con una X)

Gasa(cuadros y torundas)	
Guantes	
Sondas	
Soluciones	
Esparadrapo o micropore	
Pañales	
Algodón	
Jabón	
Otros	

MUCHAS GRACIAS



## **10.5. Anexo V: Protocolo para la aplicación de encuestas**

### **Protocolo para la aplicación de encuestas**

1. Proceder según el orden del registro
2. Llamar a la persona, identificarse.
3. Describir el propósito de las preguntas.
4. Completar el consentimiento informado de la persona
5. Si responde de manera positiva proceder con las preguntas, anota la información de la llamada en el cuadro adjunto chequear la encuesta efectiva.
6. Si la persona no responde, debe marcar la llamada en el registro el día y la hora, un chequeo en el no respuesta.
7. Se procederá según protocolo e intentarlo durante cuatro veces, si no se logra se anota como encuesta fallida
8. Continúa con la siguiente persona.
9. En caso de que la persona haya fallecido se agradece a la familia y se anota como su condición lo indica.
10. Finaliza el trabajo con la encuesta aplicada.

**Registro de las llamadas Clínica Central**

Iniciales de la persona	Consentimiento informado	Respuesta afirmativa: tiempo de la llamada	Respuesta negativa Numero de llamada: Tiempo en minutos				observaciones
			1	2	3	4	
1. R.P.P	Amalia Fonseca Naranjo ced: 1-0423-0368	10 minutos					
2. V.S.A	María Sarqui Vargas ced: 7-0044-0744	5 minutos					FALLECIO
3. C.C.J						x	NO CONTESTA.
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

## 10.6. Anexo VI: Consentimiento Informado

### Formula de consentimiento informado

(Para ser sujeto de investigación)

Continuidad en la gestión del cuidado Red Este

**Código (o número) de proyecto: Proyecto N°1 Coordinación Nacional de Enfermería.**

Nombre del Investigador Principal: Carmen Ma. Loaiza Madriz

**Nombre del participante: CRA**

A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** La Coordinación Nacional de Enfermería en la persona de la Coordinadora Nacional y apoyada por un grupo de enfermeras del HCG, el HMP de Cartago y el Tony Facio de Limón y algunas Áreas de Salud de la Red Este de la Caja Costarricense De Seguro Social que contribuyen en la investigación.

La misma tiene el propósito de indagar si la continuidad en la prestación del cuidado es de beneficio para la población con criterios de riesgo y en situaciones de dependencia y también para la institución, en términos de costos hospitalarios. La investigación lleva en promedio dos años, y es muy importante porque si se logra demostrar que hay un impacto, se podrá beneficiar a más personas con necesidades especiales de cuidado domiciliar, solamente se requiere que la persona que recibió el beneficio responda unas preguntas que garanticen los propósitos del estudio.

B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Se requiere que la persona entrevistada responda unas preguntas que lo caracterizan, es completamente anónima, forman parte del estudio, todas las personas que tienen necesidad de recibir o que han recibido atención en el domicilio, su participación es una única vez, en el llenado de este formulario.

C. **RIESGOS:**

1. La participación en este estudio puede significarle molestia unos minutos mientras responde las preguntas, pero en la generalidad su participación puede ser de gran beneficio para que otras personas puedan recibir una atención más personalizada en su domicilio.
2. No hay riesgo físico de ningún tipo.

- D. BENEFICIOS:** *No* se obtendrá ningún beneficio propio con la participación en este estudio, sin embargo su participación ayuda al personal de enfermería de la red Este a valorar la continuidad del cuidado que tienen las personas que necesitan atención en su domicilio y podrá favorecer a muchas otras personas con una ampliación en el futuro de este modelo de prestación del servicio y que se encuentra en estudio.
- E.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- F.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- G.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la Dra. Carmen Loaiza o con los profesionales de enfermería que participan para explicarle previamente en que consiste, y aclarar todas sus dudas. Si desea ampliar su información más adelante, puedo obtenerla llamando a Dra. Carmen Loaiza Madriz al teléfono 25390915 en el horario de 8 a 4 pm. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-47-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Suba rea de bioética del CENDEISS CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, con la Dra. Carmen Di Mare Jefatura al teléfono, 25193000 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento

## **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, y afirmo que estoy de acuerdo para ello la enfermera que me entrevista pondrá un sí en la fórmula que indica que estoy de acuerdo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.



## 10.7. Anexo VII. Aprobación del estudio por la Subárea de Bioética y el CONIS (Consejo de Investigación en Salud, del Ministerio de Salud de Costa Rica



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
Centro de Desarrollo Estratégico e Información  
en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)  
Teléfono: 2519-3044 / Fax 2220-1560

08 de abril de 2016  
CENDEISSS-AB-3692-16

Dra. Carmen Loaiza Madriz  
Jefe Nacional de Enfermería  
CCSS

Estimada Jefe:

**Asunto:** Criterio sobre propuesta de investigación "Continuidad en la gestión del cuidado desde el alta hospitalaria, referencia y contrareferencia en las comunidades de Cartago y Limón, año 2015".

Conforme a lo conocido por medio del correo electrónico del 29 de febrero de 2016, y el oficio ARSDT-SEDE-0022-16 del 15 de marzo de 2016, certificación de la meta del Plan Presupuesto con la cual se certifica que este estudio responde a "investigación propia del quehacer institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social" el estudio supracitado corresponde a un estudio de salud pública. Este criterio se emite luego de haber revisado el protocolo que se ha entregado para esta evaluación. Los estudios en salud pública son regulados por el artículo 7 de la Ley N°9234 Reguladora de la Investigación Biomédica, y se encuentra también regulado (en lo que se encuentra vigente) por la "Modificación y adición normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la Caja Costarricense de Seguro Social", en aprobada por la Junta Directiva, en artículo 26° de la Sesión N° 8601, del 20 de septiembre de 2012 en el capítulo XIII donde identifica las investigaciones de interés institucional. Debe por ende cumplir con la regulación de este tipo de estudio en los cuales se requiere de la inscripción ante la Subárea de Bioética de Investigación y el reporte semestral de avance, así como ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) en el Ministerio de Salud y el reporte de los resultados máximo 1 mes luego de finalizado el estudio a la Subárea de Bioética y 2 meses al CONIS. Se le recomienda encarecidamente reconocer las disposiciones nacionales y enviar al CONIS un perfil de este estudio conforme lo establecido en la Ley N°9234 y su Reglamento 39061-S con copia a esta Subárea. Se adjunta un extracto de la regulación vigente sobre este tipo de estudios.

Quedo a las órdenes ante cualquier duda,

Firmado por: CARMEN DI MARE HERING (P1966)  
Módulo Firma de Documentos  
Fecha y hora: 08.04.2016 10:43:00

Dra. Carmen Di Mare Hering  
Jefe Subárea de Bioética en Investigación

CDH/CDH  
Adj: Regulaciones de "Estudios en Salud Pública" en la Caja Costarricense de Seguro Social  
Inscripción de estudio de Salud Pública

CC: Dr. Mario Mora Ulloa, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.  
Dr. Jorge Villalobos Alpizar, Jefe, Área de Bioética, CENDEISSS  
Archivo

## 10.8. Anexo VIII. Aprobación del estudio por la Secretaría Técnica ejecutiva del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)



CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD  
CONIS

San José, 28 de julio 2016  
CONIS-267-2016

Dra. Carmen María Loaiza Madriz  
Jefa de la Unidad Coordinación Nacional de Enfermería  
CCSS

Estimada señora:

En atención a Oficio ARSDT-ENF-083-2016, donde solicita el registro del estudio observacional "Análisis de la continuidad en la Gestión del Cuidado de Enfermería, con usuarios de tres hospitales de la Red Este, HCG, HTF. Y HMP, año 2015", como del quehacer institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social, el CONIS en Sesión 68 del 27 de julio acordó lo siguiente:

**Acuerdo 17:** Se registra el estudio titulado "Análisis de la continuidad en la Gestión del Cuidado de Enfermería, con usuarios de tres hospitales de la Red Este, HCG, HTF. Y HMP, año 2015", como del quehacer institucional de CCSS, conforme al artículo 7 de la Ley de Investigación Biomédica No. 9234, se reitera sin embargo, lo acordado por el CONIS en el punto d) del acuerdo número 23 de la Sesión número 55, relativo al "Alcance del artículo 7 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, Ley No. 9234 de 22 de abril de 2014" que expresa: "El Ministerio (y sus órganos adscritos) y la Caja Costarricense de Seguro Social, quedan dentro del ámbito exento (la investigación propia del quehacer institucional), fuera del control, supervisión y vigilancia de un CEC, pero deben garantizar bajo su propia responsabilidad lo dispuesto en los incisos a), b), c) y d) del artículo 6 de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica." **Votación: Aprobado por unanimidad y en firme.**

Atentamente,

**Dra. Melany Ascencio Rivera**  
**Secretaria Técnica Ejecutiva**  
**Consejo Nacional de Investigación en Salud**



Cc: Archivo.-

Teléfono fax 2257-78-21 ext 122

Edificio Norte primer piso

Apartado San José 10123



