

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**Propuesta para la creación de una Unidad Médica para la atención de
usuarios de Estancia Prolongada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut**

Neima Alemán Solano

**San José, Costa Rica
Junio 2008**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

MAE. Alan Henderson García
Presidente del Tribunal

MSc. Marianella Granados Saavedra
Directora de Tesina

Dr. Julio Calderón Serrano
Examinador designado

Neima Alemán Solano
Sustentante

Agradecimientos

A las Autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social por hacer posible mi participación en el Curso de Gerencia Moderna y Gestión del Cambio en Salud.

A la Doctora Hilda Oreamuno Ramos por su confianza y facilitar mi asistencia al mismo.

A la Máster Marianella Granados Saavedra por su sabia orientación.

A mis compañeros de trabajo.

A mi familia por su paciencia y apoyo.

Dedicatoria

A los usuarios de las Unidades de Estancia Prolongada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, para la mayoría de los cuales estos Servicios han sido su único hogar.

Resumen Ejecutivo

Como resultado del diagnóstico de la situación actual en que se atienden las patologías médicas no psiquiátricas y neurológicas que presentan los usuarios de Estancia Prolongada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, se propone, con los recursos disponibles actualmente, un diseño de calidad por etapas, el cual plantea la creación de una Unidad Médica que concentre los recursos materiales y humanos, con el objetivo primordial de brindar atención oportuna, en condiciones de infraestructura adecuadas, a los usuarios institucionalizados y mejores condiciones laborales al personal de atención directa.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
Marco Contextual	3
1.1 Generalidades del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut	4
1.2 Antecedentes históricos	5
1.3 Red Modular de atención en Psiquiatría.....	6
1.4 Justificación de la propuesta.....	8
1.5. Definición del Problema.....	10
1.6. Problemas específicos	10
1.7 Objetivo General	10
1.8 Objetivos específicos:.....	10
CAPITULO II.....	12
Marco Teórico	12
CAPITULO III	25
Marco Metodológico	25
3.1 Periodo de realización del estudio	26
3.2 Tipo de estudio	26
3.3 Fuentes.....	28
3.3.1 Fuentes primarias.....	28
3.3.2 Fuentes secundarias	28
3.4 Variables.....	29
3.5 Alcances y limitaciones de la propuesta.....	31
3.5.1 Alcances	31
3.5.2 Limitaciones	32
CAPITULO IV	33
Diagnóstico de la situación actual	33
4.1 Generalidades	34
4.2 Infraestructura.....	34
4.3 Estructura Organizacional	36
4.4 Recursos financieros.....	37
4.5 Recurso humano	38
4.6 Equipamiento.....	39
4.7 ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA; Error! Marcador no definido.	
4.7.1 Red Modular de Servicios	41
4.7.2 Unidades de Estancia Prolongada A y B.....	41
4.8 Árbol de problemas	45
CAPITULO V	48
Propuesta	48
5.1 PRIMER ETAPA	49
5.2 SEGUNDA ETAPA	50
5.3 TERCERA ETAPA	52
5.4 CUARTA ETAPA.....	55
5.5 Cronograma para la implementación de la Propuesta	58

CAPITULO VI	61
Conclusiones y Recomendaciones	61
6.1 Conclusiones.....	62
6.2 Recomendaciones	63
BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de la teoría y la práctica podemos afirmar que las condiciones ambientales y el entorno, están vinculados con el estado de salud del individuo, ya que de una u otra manera, asociados a otros factores, intervienen en el desarrollo de casi todas las enfermedades.

La OMS recuerda que los avances en neurociencia y las ciencias de la conducta han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. "Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo"¹.

Por otra parte, ya desde el año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó establecido que el hospital, como recurso necesario para la atención, es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar; siendo además un centro de formación de personal sanitario y de investigación ².

La evolución de la psiquiatría en este siglo ha transformado una *asistencia psiquiátrica asilar*, centrada en el internamiento y en el manicomio, en otra *centrada en la comunidad*. En la psiquiatría comunitaria se pretende que la hospitalización sólo sea necesaria por periodos de duración limitada, en circunstancias concretas, y siempre encuadrada en un abordaje terapéutico y un programa asistencial amplio que trate de evitar la institucionalización de los pacientes psiquiátricos crónicos y graves ¹.

Teniendo como base el concepto de lo que debe ser el Hospital, se tiene como propósito encaminar los esfuerzos y aprovechar los recursos asignados para lograr el objetivo primordial del Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut, el cual es, ofrecer a los enfermos mentales una atención de calidad durante su hospitalización, a través de una intervención terapéutica integral, coordinando los recursos médicos, psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente.

"Del mismo modo que no es apropiado curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco es apropiado curar el cuerpo sin el alma."

Sócrates.

CAPITULO I
Marco Contextual

CAPITULO I

1.1 Generalidades del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut

El Hospital Dr. Roberto Chacón Paut es un Hospital Nacional Especializado en Psiquiatría cuya dependencia es la Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Central Sur de la CCSS, asignándosele dentro de los programas de la Institución la Unidad Programática 2305.

Se encuentra ubicado en Dulce Nombre, La Unión de Tres Ríos, Provincia de Cartago. Cuenta con un área total de 14 hectáreas y nueve aproximadamente de construcción. Tiene una capacidad de 196 camas, actualmente atiende 165 pacientes en las Unidades de Estancia Prolongada y laboran en él alrededor de 225 funcionarios.

La Visión del Hospital es “ofrecer al usuario con discapacidad mental una atención integral en psiquiatría y rehabilitación psicosocial, mediante la planificación de programas dirigidos a fortalecer la red modular de atención existente, con el objetivo que nos permita desarrollar a nivel nacional, un centro modelo de rehabilitación psicosocial, en el cual prevalezca el mejoramiento de la calidad de vida y el respeto a los derechos humanos de estas personas”.

Su Misión es “brindar atención especializada en psiquiatría y rehabilitación psicosocial a personas con discapacidad mental de todo el país y ofrecerle otras alternativas de tratamiento a nivel comunitario que respondan a sus necesidades”.

1.2 Antecedentes históricos

El Hospital Dr. Roberto Chacón Paut se fundó en 1949, cuando la Junta de Protección Social compró una finca y sus edificaciones ubicadas en Dulce Nombre de Tres Ríos para solventar la excesiva acumulación de pacientes en el Asilo Chapuí. Desde sus inicios se visualizaba como un centro agrícola de rehabilitación, donde a raíz de la gran extensión de la finca era posible atender a muchos pacientes. Se pensó en albergar 200 pacientes.

Sin embargo, en 1972, a pesar de que se mantenía vigente la idea de que fuera tipo granja, se trasladaron pacientes muy "deteriorados" y se procedió a atenderlos de una manera asistencial, brindando los cuidados básicos: baño, alimentación, vestuario, etc. Esto creó un perfil diferente de atención, caracterizado por una nueva forma de segregación y exclusión de aquellos con mayor discapacidad.

En 1977 el Hospital pasa a formar parte de la C.C.S.S. y posteriormente adquiere la categoría de Hospital Nacional Especializado Clase "C".

A partir de su traspaso a la C.C.S.S en 1977, fue concebido como un lugar para el tratamiento de pacientes con patologías psiquiátricas crónicas y su labor sería únicamente el cuidado paliativo.

Esto generó un gran deterioro físico, mental y social de las personas allí internadas. Sin embargo, se promulga el 17 de febrero de 1995, el decreto del Poder Ejecutivo No.23984-S, donde, entre otros aspectos, indica que se debe formular y ejecutar un plan de mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de los pacientes internados en el Hospital, mientras se define y ejecuta un proyecto de reestructuración psiquiátrica y además establece desarrollar y actualizar las normas técnicas de la atención.

El decreto promovió dentro del Hospital una nueva dinámica, se adaptaron a las nuevas políticas algunos de los proyectos que se venían trabajando, y con la colaboración e integración de muchos trabajadores se presentó a la Gerencia Médica de la C.C.S.S., en julio de 1997, una Propuesta de Cambio Organizacional para el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut,.

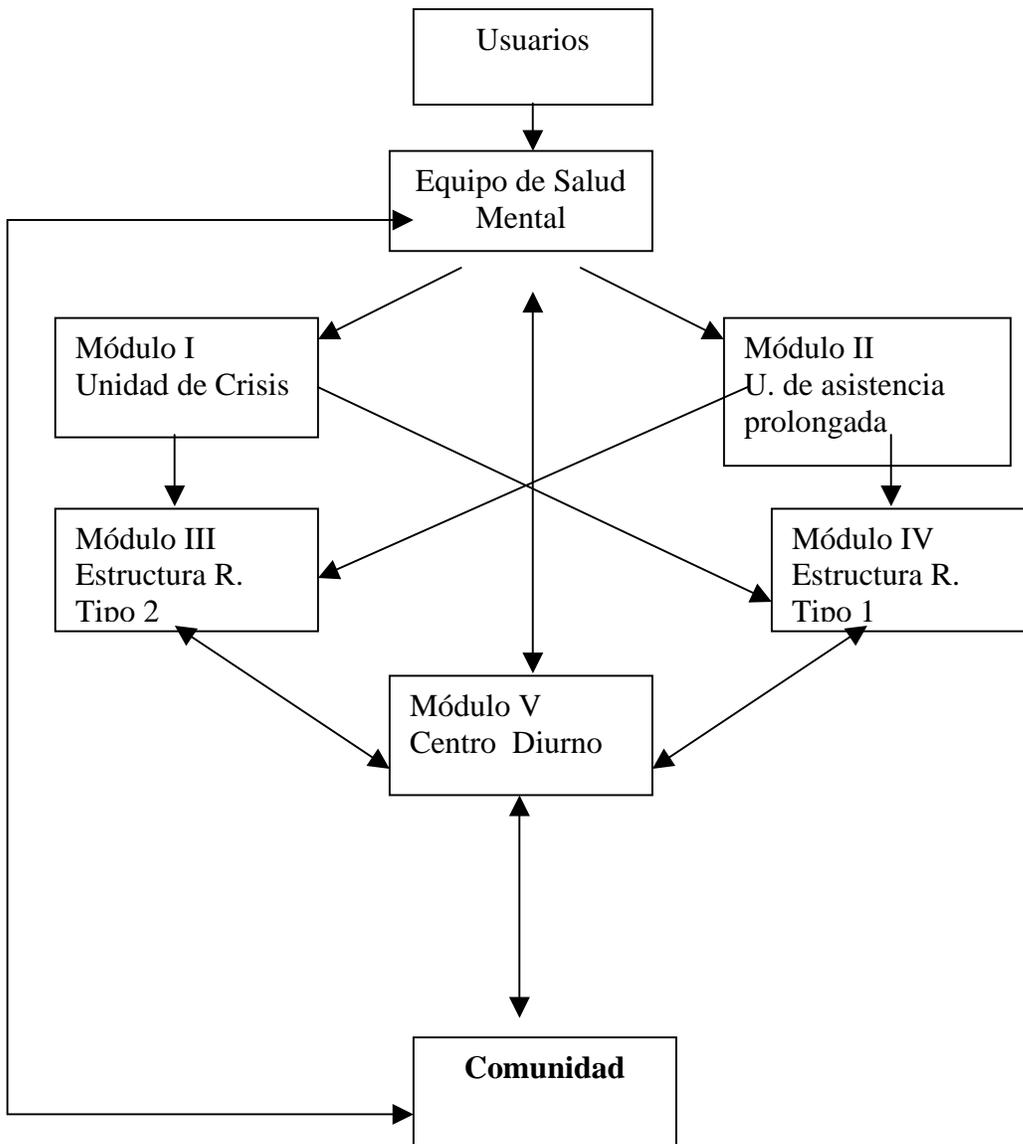
Esta propuesta fue aprobada por la Gerencia Médica en Febrero de 1998. La misma planteaba la transformación de los servicios en Psiquiatría que ofrecía el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, es decir el sistema asilar, a través de la creación y la puesta en marcha de una Red Modular de Servicios, sistema actual en que se brinda atención psiquiátrica (Diagrama 1):

1.3 Red Modular de atención en Psiquiatría

1. **Estructuras Residenciales Tipo 1 y 2**, cinco estructuras que albergan alrededor de 56 pacientes. Ubicadas alrededor del edificio principal.
2. **Unidad de larga estancia A**, unidad psicogeriatrica mixta, alberga aproximadamente 57 pacientes.
3. **Unidad de larga estancia B**, de varones, alberga aproximadamente 41 pacientes
4. **Centro Diurno**, ubicado en la comunidad de Tres Ríos, ofrece capacidad para 40 personas en programas de rehabilitación Psicosocial.
5. **Unidad de Intervención en Crisis** con capacidad para 16 camas.

Diagrama 1

Red Modular de Servicios del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut



1.4 Justificación de la propuesta

La Red Modular de Servicios en Psiquiatría del Hospital, establecida desde 1997 con el fin de ofrecer alternativas de atención a personas institucionalizadas portadoras de trastornos psiquiátricos, cumple uno de los objetivos de la reestructuración, el cual es mejorar las condiciones de vida y promover la incorporación de los usuarios en programas de rehabilitación psicosocial.

Estos programas tienen como objetivo la “rotación”, de manera escalonada, de los usuarios de Pabellones a Estructuras Residenciales, de Estructuras Residenciales a Centro Diurno y de ser posible, de Centro Diurno a sus hogares, a través de actividades de reeducación en aspectos de la vida diaria.

Es tarea del Hospital que durante el ingreso los pacientes tengan condiciones adecuadas, reciban una atención médica y de psiquiatría oportuna, incorporando al equipo interdisciplinario a su tratamiento, con el fin de no omitir factores importantes a la hora de diagnosticar y de establecer el plan de tratamiento individualizado.

Actualmente en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, la atención de Medicina y Medicina Interna para los pacientes institucionalizados, por razones de infraestructura, se ha organizado de forma tal que resulta poco funcional, produciendo inconvenientes a los pacientes y dificultades para que los funcionarios puedan brindar la atención requerida.

En cada una de las dos Unidades de Estancia Prolongada se cuenta con una sala de cuidados especiales. Estas salas tienen como objetivo atender a los pacientes que presentan algún tipo de patología física y que por lo delicado de su

condición requieren observación continua, cumplimiento estricto de los tratamientos médicos, atención nutricional especial, entre otros. No tienen las características de unidades de cuidados intensivos, ya que los casos graves o en estado crítico se refieren al Hospital Dr. Max Peralta o Dr. Rafael A. Calderón Guardia.

Lo anterior implica que el personal de atención directa (enfermería), además de la atención a los pacientes crónicos en sus cuidados de Psiquiatría en las Unidades de estancia prolongada, debe brindar atención a los pacientes considerados de cuidados especiales, representando esta situación un recargo a sus funciones, y, lo más preocupante, que no sea posible ofrecer a estas personas un lugar con las condiciones necesarias para los cuidados requeridos, libres de ruidos, malos olores, entrada y tránsito constante de otros usuarios y de otro personal.

La creación de una Unidad Médica tiene como objetivo centralizar todos los recursos, tanto humanos como de materiales y equipos, que se utilizan actualmente en los dos pabellones, de tal manera que los cuidados médicos y de enfermería se brinden en un lugar que reúna todas las condiciones para ello, evitándose además, un posible contagio de otros usuarios si se tratara de infecciones transmisibles. Esto haría posible, por otra parte, evitar la duplicidad de acciones que deben efectuarse teniendo cada Unidad una sala de cuidados especiales.

Finalmente, con la creación de la Unidad Médica se podría realizar, con el escaso presupuesto asignado, una mejor programación para adquirir de equipo médico básico y redistribuir adecuadamente al personal.

1.5. Definición del Problema

¿Cómo implementar una Unidad Médica, que brinde de forma oportuna atención integral en salud (atención de los trastornos médicos no psiquiátricos y neurológicos) a las personas con discapacidad mental institucionalizadas en el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut?

1.6. Problemas específicos

¿Cuáles son las dificultades operativas que deben ser considerados para esta propuesta?

¿Qué aspectos deben tenerse en cuenta en el área administrativa, financiera y de recursos humanos?

¿Qué aspectos de clima organizacional deben modificarse para cumplir este objetivo?

1.7 Objetivo General

Proponer la creación de una Unidad Médica con la finalidad de brindar una atención integral, en condiciones hospitalarias adecuadas, basada en el abordaje oportuno de los trastornos médicos no psiquiátricos y neurológicos de los usuarios de las Unidades de Estancia Prolongada del Hospital.

1.8 Objetivos específicos:

1. Diagnosticar la situación actual respecto a los servicios de atención en medicina que brinda el Hospital

2. Proponer la reorganización de los servicios de atención en medicina que brinda el Hospital, unificando los esfuerzos en una sola unidad médica con la capacidad suficiente para los usuarios de estancia prolongada que requieran ser atendidos en ella.
3. Dar a conocer a los trabajadores en general sobre los alcances de la propuesta y motivarlos a la participación.
4. Plantear el diseño funcional de la Unidad Médica y los requerimientos en cuanto a recurso humano y equipamiento.
5. Proponer la redistribución del recurso humano del hospital para adaptarlo a las necesidades de la unidad descrita.
6. Realizar una propuesta de reacomodo de los usuarios en las diferentes Unidades de estancia Prolongada (Pabellones y estructuras residenciales).
7. Determinar los elementos costo - beneficio necesarios para que la propuesta sirva como base para la implementación de un modelo de atención integral que busca la eficiencia en la prestación de los servicios hospitalarios.

CAPITULO II
Marco Teórico

CAPITULO II

El marco teórico pretender ofrecer una visión general acerca de la psiquiatría como especialidad médica, tratando de hacer énfasis en el proceso de evolución que ha tenido el manicomio, asilo u hospital psiquiátrico, como institución encargada de ofrecer atención especializada a los enfermos mentales.

En épocas modernas no resulta fácil hablar de la Psiquiatría como especialidad médica, sin tener que remontarse a sus antecedentes. A pesar de tener el rango de quinta especialidad médica después de la Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía, este rango no le ha sumado importancia y valoración por parte de los representantes de las Instituciones Públicas de Salud en América Latina.

Al realizar un breve recorrido por la historia y la situación actual de la Psiquiatría, se pretende ahondar en la evolución del concepto de esta especialidad y, a la vez, recopilar información específica sobre las “instituciones” que asumieron la tarea de atender a las personas con trastornos mentales, es decir, conocer la evolución del Hospital Psiquiátrico a través de los años.

La Psiquiatría (del griego psiqué, alma, e iatréia, curación) es la rama de la Medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Su objetivo es el alivio del sufrimiento mental asociado a los trastornos de la salud mental. Según diferentes modelos, su acción puede desarrollarse en un hospital (Psiquiatría hospitalaria), en la atención primaria (Psiquiatría ambulatoria) o en la comunidad (Psiquiatría comunitaria).

Partiendo de esta definición y del conocimiento de las principales enfermedades psiquiátricas descritas a la fecha, se pensaría que por el fuerte impacto que produce la enfermedad mental en la persona, en la familia y en la sociedad, los

gobiernos y las instituciones públicas centran sus programas en la prevención, tratamiento y fortalecimiento de la salud mental de la población en general.

Desafortunadamente, la realidad es otra, lo cual no es nuevo en este ámbito de la Medicina: desde la Antigüedad y hasta la época actual, la enfermedad mental tiene una imagen negativa, lo que se refleja en expresiones tales como "loquero". La Psiquiatría asusta, amenaza a quien recurre a ésta; el queda fuera de la sociedad, es un paria, depósito, abandono de personas, para locos, algo feo, encierro, no salís más- para problemas crónicos, lugar extraño y misterioso, -despierta miedo- -lo imposible de solucionar- trataba mal a los pacientes- descuido- deterioro- uno tocó fondo si va ahí- peor que ir a la cárcel, tétrico, la tele lo muestra como terrible, peor que otros hospitales, te vuelven loco, estigma, triste, experimentan con personas, no se sale más, es para pacientes graves que no se van de alta, no se recuperan (Fudín, Mónica).

Si se recorren las páginas de la Historia, se confirma que la exclusión siempre fue la respuesta social más contundente con respecto a la locura.

En épocas remotas se creía que la locura era un hecho sobrenatural que se producía por un castigo de los dioses a un transgresor de las leyes divinas o que se debía a que un espíritu invadía el cuerpo de un individuo. Por esa razón, el tratamiento consistía en ritos, ceremonias religiosas, exorcismos, sacrificios. Es decir, lo mágico se trataba con lo mágico.

Por primera vez fueron los griegos quienes distinguieron el carácter humano de la locura. Describieron cómo la locura desvirtuaba la conducta natural del individuo y alteraba sus capacidades y habilidades naturales. Hipócrates, padre de la Medicina, sostenía que la locura era producto del desequilibrio de los humores, en especial de la bilis negra (melania chole, de ahí melancolía). De aquí se derivaba

el concepto de que el tratamiento debía consistir en restablecer el equilibrio humoral, dando también importancia a la liberación del exceso emocional, la catarsis, por medio del teatro y las fiestas grupales en honor a Dionisios. Se creía, además, que la actividad onírica era reparadora.

Hipócrates dijo: “Los hombres deberían saber que sólo del cerebro provienen las alegrías, los gozos, la risa y los juegos; y las penas, los dolores, el desaliento y las lamentaciones... Con el mismo órgano nos volvemos locos y deliramos, y nos asaltan temores y terrores, algunos de día, otros de noche..., todas estas cosas sufrimos por causa del cerebro cuando no está sano.” (Marietán, Hugo R).

Por otra parte, los romanos, siguiendo los conceptos griegos sobre la locura y su tratamiento, realizaron un primer aporte fundamental a la legislación sobre los enfermos mentales; en su “Código Civil” establecen sus derechos (aspecto que se retoma sólo hasta el siglo XIX), legislan sobre su capacidad para contraer matrimonio o disponer de sus bienes y consideran la locura como un eximente para determinados delitos. El romano Celsio veía en las pasiones o emociones el factor causal de la enfermedad mental y el elemento esencial del tratamiento: utilizaba en éste la sorpresa, el miedo y los sustos.

A inicios del siglo II d.C., Sorano insistió en un trato mucho más humanitario en las internaciones. Dijo: “la habitación debe estar en silencio absoluto, no debe estar adornada con pinturas ni iluminada con ventanas bajas; debe hallarse en planta baja antes que en pisos superiores, porque las víctimas de manía con frecuencia saltan por las ventanas.” (Marietán, Hugo R.).

Durante la Edad Media, los árabes creían que el loco era un protegido de Alá cuya misión en este mundo era decir la verdad, teniendo en consecuencia una actitud de protección hacia él.

En esa misma época se desarrolló en Alejandría la Medicina con gran eficacia y se atendieron con especial dedicación los problemas psiquiátricos. A los enfermos mentales se les cuidaba en sanatorios en los cuales el ejercicio, las fiestas, la relajación, la hidroterapia, los paseos y la música formaban parte fundamental del tratamiento. Fue en Bagdad donde se construyó en el año 792 el primer hospital psiquiátrico de la historia.

Como puede concluirse hasta el momento, eran, pues, relativamente afortunados los que caían enfermos fuera de Europa, ya que en el Viejo Continente los afectados de trastornos psíquicos corrieron una difícil suerte: el tratamiento de los enfermos lo realizaban principalmente los clérigos en los monasterios, costumbre que se mantuvo hasta mediados del siglo XVII. Era a los sacerdotes o los abogados a quienes les incumbía evaluar a los alienados y determinar la responsabilidad que les correspondía por su comportamiento. Fue el médico P. Zacchia quien aconsejó que fuese tarea del médico realizar la evaluación.

Bajo el cuidado de los religiosos y abogados, en un primer periodo, el cuidado fue humanitario y respetuoso, pero el estudio de las causas del mal, es decir, de la enfermedad, quedó en manos de la superstición y las creencias en la posesión demoniaca. Irremediablemente, con el transcurso del tiempo, la visión caritativa del tratamiento mental se fue endureciendo, hasta convertirse en los habituales exorcismos, torturas y encierros en calabozos.

En 1484, el Papa Inocencio VIII ordena perseguir y castigar la brujería, con lo cual comenzó el extenso período de la Inquisición, donde los brujos eran torturados y muertos en la hoguera. Por ese entonces persistía la vieja creencia de que los astros influían sobre los trastornos mentales, idea de la cual se deriva el término “lunático”.

La situación de los internamientos no era diferente: en sus orígenes, el hospital psiquiátrico no era más que un lugar de retiro para enfermos indigentes. Existe una ley natural, espontánea, social que margina al distinto, al débil, despertando el rechazo de los hombres a través de los tiempos y las culturas. El exilio, el confinamiento en leprosarios, barcos a la deriva, asilos, era el destino final de quien por uno u otro motivo no había podido ser aceptado e incorporado por la sociedad. Locos, marginales y delincuentes eran encerrados indiscriminadamente. La locura se torna sinónimo de castigo, de condena.

Esta situación, relacionada con la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento y las condiciones de los asilos, se mantuvo a través de muchos años. Es hacia fines de 1700 que la Psiquiatría va afianzándose como una nueva disciplina dentro de la Medicina. Comienzan a aparecer los primeros tratados sobre las enfermedades mentales y se va abriendo paso una concepción de tratamiento más humanitaria, desde el inglés Batlle en 1751, hasta Philippe Pinel (1745-1826) en Francia en 1793. Es precisamente con este médico que se inicia una nueva etapa en la historia de la Psiquiatría.

Durante la Revolución Francesa, este insigne médico, Philippe Pinel, fue nombrado por la Comuna como director del Hospital de La Bicêtre y luego del Hospital de La Salpêtrière. Realizó el gesto simbólico de liberar a todos los enfermos mentales de ambas instituciones, quienes se encontraban encadenados indefinidamente y en condiciones infrahumanas y, además, sustituyó el término "loco" por el término "alienado". Pero su mayor aporte fue conferir rango científico al tratamiento de la psique enferma.

A Pinel se debe la elaboración de una completa clasificación de los trastornos mentales, con las categorías de melancolía, manía, demencia o idiocia. Él sentó

las bases de un tratamiento moral de la mente que debía seguir los mismos protocolos que los tratamientos físicos para el cuerpo. Además, sugirió la creación de cuerpos médicos especializados e instituciones exclusivas para el cuidado y curación de los enfermos psíquicos, que son el precedente de los hospitales psiquiátricos de hoy. Por todo ello, a Pinel se le considera uno de los padres de la Psiquiatría moderna.

La labor de Pinel sirvió de base para los estudiosos de la época. Durante el siglo XIX los psiquiatras se dedicaron a pulir la identificación y clasificación de las enfermedades mentales y en la Psiquiatría surgieron grandes científicos, cuyo aporte al desarrollo de la especialidad ha sido invaluable, entre ellos Griesinger, Kahlbaum, Kraepelin (creó una nueva clasificación de las enfermedades mentales que publicó en 1883 (un volumen de 350 páginas) y siguió perfeccionando hasta su muerte), Bleuler (escribe en 1911 una monografía sobre demencia precoz, a la que sugiere llamar “esquizofrenia”), Wernicke y muchos otros.

A pesar de todo lo que se ha mencionado hasta el momento, existe poca información en la literatura que describa la vida en instituciones dedicadas a atender a los enfermos mentales en estas épocas de la historia. En los escritos del controversial Alphonse de Sade, conocido como Marqués de Sade, encontramos la siguiente frase, refiriéndose al manicomio de Charenton, lugar donde fue encerrado en dos ocasiones y donde falleció: “Más allá de las gruesas paredes de piedra la lluvia caía libre desde el cielo. En los corredores anidaba el frío y las corrientes de aire. En los sótanos y celdas las alimañas vivían ajenas al ajetreo de sirvientes, enfermos y cuidadores del siniestro edificio” (www.bibliotecadecartago.com).

Es posible imaginar el panorama imperante en esos lugares, donde reinaba el caos y no se contaba con tratamientos efectivos para los enfermos.

Los siguientes años fueron mucho más generosos para la Psiquiatría y consecuentemente para la atención de los enfermos mentales. A finales del siglo XIX, las medidas terapéuticas para los alienados se limitaban al uso de la contención física y el aislamiento, la hipnosis, los baños con diferencias térmicas y algunos aparatos como la silla giratoria de Darwin, en casos de crisis de excitación. Las sustancias químicas se limitaban a algunos hipnóticos, paraldehído, hidrato de cloral; como antipsicótico se aplicaba el bromuro de hioscina; en las crisis maníacas se aplicaba morfina y picrotoxina como antidepresivo.

A principios del siglo XX, en 1933, Sakel introdujo el coma insulínico y en 1935 Von Meduna aplica el shock cardiazólico para el tratamiento de la esquizofrenia. En 1938 Cerletti y Bini descubren los efectos del electrochoque y en 1936 Egas Moniz introduce la psicocirugía, igualmente para el tratamiento de casos graves.

Las fenotiazinas fueron descubiertas en 1883, pero fueron utilizadas como psicofármacos hasta en 1949 por el cirujano francés Henry Laborit, que intentaba disminuir la ansiedad del preoperatorio. Había comenzado la revolución psicofarmacológica y con ello la transformación de la atención y las expectativas de mejorar la evolución de las enfermedades mentales.

En estos mismos años, mientras se seguían consolidando y extendiendo los hospitales psiquiátricos, empezaron a surgir diferentes críticas tanto por su situación y condiciones como por su poca efectividad. Sin embargo, fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando se formó un movimiento más

sólido para transformar la atención psiquiátrica y hubo un intento de reconvertir e incluso suprimir el hospital psiquiátrico y definir un nuevo contexto en donde situar a las personas con enfermedad mental y atender sus problemas: la comunidad.

Existían entonces, tanto movimientos censuradores como defensores del internamiento en los hospitales psiquiátricos como alternativa de atención. Uno de ellos, un movimiento heterodoxo dentro de las diferentes corrientes médicas, es el denominado Antipsiquiatría, (término usado por vez primera por el psiquiatra sudafricano David Cooper en 1967). Esta corriente, opuesta al modelo impositivo de la Psiquiatría, surge a mediados del siglo XX como respuesta al proceso de exclusión social sufrido por los enfermos mentales y al uso controvertido (aunque en ocasiones eficaz) de nuevos métodos terapéuticos como los ya mencionados: terapia electroconvulsiva (electroshock), los comas insulínicos, las termoterapias de choque, la implementación de la técnica quirúrgica de la lobotomía, etc.

Esta tendencia tuvo una gran influencia en Italia, país en el que se decretó en 1978 el cierre de todas las clínicas psiquiátricas, aunque todavía hoy sigan funcionando algunas. Según el modelo italiano, los enfermos deben ser cuidados por sus familias o tratados en hospitales generales. Pero, según la mayoría de los médicos y psiquiatras implicados, en la práctica esto origina un empeoramiento de su situación. Aunque la Antipsiquiatría ha servido en muchos casos de motor eficaz para la psicopatología, su fracaso es generalmente aceptado. No sólo las familias, sino también el personal de los hospitales generales se ven totalmente desbordados por el esfuerzo que esta actividad supone, ya que debe crearse toda una infraestructura sanitaria, familiar y comunitaria que le ofrezca la contención adecuada al enfermo mental. A pesar de ello, actualmente en Italia se sigue forzando el cierre de las últimas clínicas psiquiátricas existentes.

Tanto en Italia, como en muchos países occidentales, este fenómeno, conocido como "desinstitucionalización" ha llevado al cierre masivo de los antiguos

manicomios desde la década de los setenta hasta la actualidad, abogándose actualmente por Unidades Hospitalarias de Procesos Agudos y reservando las estancias en Unidades de Crónicos (o larga estancia) sólo para aquellos casos de muy difícil integración o sin un soporte social adecuado.

Es importante aclarar que la desinstitucionalización no significa realizar movimientos, como los que se realizaron al cerrar los hospitales para reducir por una parte el gasto público. El cierre crea una falsa imagen de que se han eliminado instituciones de control social en nombre de los derechos civiles de los pacientes, dejando a éstos totalmente desprotegidos por condiciones que posteriormente nadie va a garantizar. No significa tampoco trasladar a los enfermos a otros centros similares con nombres diferentes (lo que se conoce como transinstitucionalizar).

La desinstitucionalización es, en sí, un proceso complejo, responsable, organizado, que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias. Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos (www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_es.pdf).

La experiencia ha demostrado que la desinstitucionalización no siempre ha sido un éxito, y la atención comunitaria aún tiene que resolver algunos problemas operativos. La falta de mejores resultados se ha debido, entre otras razones, a que los gobiernos no han asignado a la atención comunitaria los recursos que se ahorraban al cerrar los hospitales; no se ha preparado adecuadamente a los profesionales para asumir sus nuevos cometidos y, además, a que el estigma ligado a los trastornos mentales sigue siendo fuerte y se traduce en actitudes públicas negativas hacia estos pacientes. En algunos países son muchos los enfermos mentales graves que acaban en prisión, sin hogar o agredidos por

delincuentes, como sucedió en los Estados Unidos durante la presidencia de Reagan.

Tras este panorama se considera que, a pesar de arrastrar una historia con fases de oscuridad y una que otra de claridad, el hospital psiquiátrico es un recurso genuino que la comunidad posee en materia de salud mental en un

momento en que todo aparece sin solución, perdido. La institución ofrece a sus pacientes los lugares necesarios para desplegar lo dramático de su existencia, encontrando en ese contexto a los profesionales dispuestos a acompañarlos y ayudarlos, en el lugar donde conviven con sus pesadillas, sus vacíos y sus horrores.

Por otra parte, un internamiento de por vida reclama una ética y requiere de un estudio a conciencia de la patología del individuo y del medio que le rodea. No se contribuye, además, a mejorar la calidad de vida de quien lo necesita, sosteniendo estigma y discriminación, humillación para los que padecen la cronicidad y encuentran en el hospital el único lugar donde mitigar sus padecimientos. Si bien las variables económicas, los medios de comunicación, las fuerzas socioculturales (mitos y leyendas sobre su historia y orígenes) le han sido adversas, el hospital psiquiátrico continúa manteniendo un prestigio que se ve reflejado cuando se debe recurrir a él por otras instituciones que refieren personas con trastornos mentales, ya que es aquí y sólo aquí donde se entiende, analiza, trata y da contención a la enfermedad mental.

Esta situación plantea un gran reto para los hospitales psiquiátricos en la actualidad. No se trata de sobrevivir o de mantener una vigencia por costumbre o por política, se trata de cambiar, de actualizar e incorporar las nuevas técnicas que se aplican con base en conocimientos científicos y que ofrecen realmente la atención apropiada dentro de los hospitales. Deben ser incorporadas nuevas

alternativas de atención que garanticen los derechos del enfermo mental y ofrezcan a la vez un trato digno.

Entre estas alternativas se debe mencionar la Rehabilitación Psicosocial, cuyos programas aparecen bien entrados los años setenta, trasladando su estrategia de

la curación al cuidado, a la psicoeducación y el entrenamiento, a la puesta en funcionamiento de técnicas específicas para aumentar las capacidades y habilidades, la autonomía y la calidad de vida de los pacientes, al tiempo que se actúa sobre la familia y el entorno.

Es importante mencionar en este contexto a dos autores clásicos, W.A. Anthony y R.P. Liberman, quienes definen la rehabilitación psiquiátrica como la recuperación del funcionamiento de roles sociales e instrumentales lo más completamente posible, a través de procedimientos de aprendizaje y soportes ambientales. Tres son los elementos que caracterizan un programa de rehabilitación según Rebolledo y Pastor: el entrenamiento de habilidades para afrontar situaciones de vida y para el desempeño de roles sociales valiosos (como el trabajo o las relaciones afectivas), el apoyo socioafectivo a usuarios y familiares, que permita mantener los logros alcanzados y el mayor grado de autonomía posible, y la utilización extensiva de los recursos de inserción y participación social normales de la comunidad antes de llegar al uso de recursos específicos.

Si bien el tratamiento ideal de la enfermedad mental procuraría no llegar al internamiento del enfermo y agotar los recursos familiares y comunitarios, si el internamiento resulta ineludible, deben garantizarse y utilizarse los recursos y técnicas idóneos que permitan un abordaje integral de la problemática, permitiendo incorporar a la atención médica y psiquiátrica la participación plena del equipo interdisciplinario de apoyo.

El fantasma del cierre de las instituciones psiquiátricas deambula constantemente en torno a sus edificaciones, pero la incertidumbre ante el efecto social, el temor a no poder enfrentar las consecuencias de esta decisión, ha sido uno de los impedimentos para llevarlo a cabo.

CAPITULO III
Marco Metodológico

CAPITULO III

En el marco metodológico se describe el tipo de estudio, la argumentación de las principales decisiones metodológicas adoptadas para realizar y fundamentar la propuesta planteada. Además, se detallan las posibilidades con que se cuenta para realizar el trabajo de investigación, con el objetivo de enmarcarla dentro de lo que la literatura indica al respecto: “La claridad en el enfoque y estructura metodológica es condición obligada para asegurar la validez de la investigación” (Saravia G. Marcelo, 2006).

3.1 Periodo de realización del estudio

Este trabajo se elabora durante el primer semestre del año 2008 en el marco del Curso de Gerencia Moderna y Gestión para el Cambio auspiciado por la Caja Costarricense de Seguro Social, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) y realizado por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).

3.2 Tipo de estudio

De acuerdo al criterio utilizado para su determinación, se describe a continuación el tipo de estudio en que se enmarca la Propuesta de implementación de una Unidad Médica para la atención de usuarios de Estancia Prolongada del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, de la siguiente manera:

- a) Por la naturaleza de los datos:** es una metodología cualitativa, se basa en el análisis subjetivo e individual, esto la hace una investigación interpretativa, referida a lo particular. Tiene como objetivo un caso específico y busca el estudio a fondo de los fenómenos que se presentan

así como comprender la organización a profundidad. Se centra en descubrir el sentido y el significado de las acciones sociales (Tapia B, María, 2000).

- b) Por la naturaleza de los objetivos:** es un estudio exploratorio pues este es considerado como el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes. También se emplean para identificar una problemática, para describir en todos sus componentes principales, una realidad.

- c) Por el grado de abstracción:** se considera es un estudio aplicado ya que su principal objetivo se basa en resolver problemas prácticos, con un margen de generalización limitado. De este modo genera pocos aportes al conocimiento científico desde un punto de vista teórico.

- d) Por el grado de generalización:** Se enmarca como un estudio de acción pues se centra en generar cambios en una realidad estudiada y no coloca énfasis en lo teórico. Trata de unir la investigación con la práctica a través de la aplicación, y se orienta en la toma de decisiones y es de carácter ideográfico.

- e) Por la orientación:** Es un estudio orientado a decisiones. No se centra en hacer aportes teóricos, mas bien su objetivo es buscar soluciones a los problemas.

- f) Por la naturaleza de la información:** se cataloga aquí como un estudio participativo ya que es un análisis que surge a partir de un problema que se origina en la Organización, con el objeto de que en la búsqueda de la solución se mejore el nivel de vida de las personas involucradas⁹.

3.3 Fuentes

3.3.1 Fuentes primarias

Una fuente primaria es aquella que provee un testimonio o evidencia directa sobre el tema de investigación. Las fuentes primarias son escritas durante el tiempo que se está estudiando o por la persona directamente envuelta en el evento. La naturaleza y valor de la fuente no puede ser determinado sin referencia al tema o pregunta que se está tratando de contestar¹³. Las fuentes primarias ofrecen un punto de vista desde adentro del evento en particular o periodo de tiempo que se está estudiando. Algunos tipos de fuentes primarias son: documentos originales, trabajos creativos, artefactos, diarios, novelas, prendas, instrumentos musicales, minutas, artes visual, entrevistas, apuntes de investigación, noticias, fotografías, libros, leyes, entre otros.

3.3.2 Fuentes secundarias

Una fuente secundaria interpreta y analiza fuentes primarias. Las fuentes secundarias están a un paso distanciadas de las fuentes primarias. Algunos tipos de fuentes secundarias son: libros de texto, artículos de revistas, crítica literaria y comentarios, enciclopedias, biografías¹².

A continuación se brindan ejemplos de las fuentes primarias y secundarias utilizadas en esta propuesta (Cuadro 1):

Cuadro 1: Ejemplos de fuentes primarias y fuentes secundarias

Fuentes primarias	Fuentes secundarias
Manual de Psiquiatría	Artículo: Semiología psiquiátrica y Psicopatía, Historia de la psiquiatría/ Hugo R. Marietán
Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	APUNTES "Metodología de la Investigación" / Ma. A. Tapia B-

Cuadro 1: Ejemplos de fuentes primarias y fuentes secundarias

Fuentes primarias	Fuentes secundarias
Leyes relacionadas con el marco legal de la atención de pacientes psiquiátricos	Sistema Integral de salud / Dr. O. Cutié
Proyecto Reestructuración de la Atención Psiquiátrica	Wikipedia, enciclopedia libre
Historia y Perspectivas Hospital Dr. Roberto Chacón Paut	Artículo: Mitos y Realidades del Hospital Psiquiátrico hoy / Mónica Fudín,
Diccionario Enciclopédico ilustrado/Océano Uno	Publicaciones: RENA – cuarta etapa – Metodología. Tipos de investigación

3.4 Variables

A partir de los problemas específicos propuestos para esta investigación, a saber, factores administrativos y recurso humano, surgen las siguientes variables:

Variables administrativas: toman en cuenta la gestión presupuestaria, la infraestructura del Hospital, la organización de los servicios (cuadro 2).

Variables del recurso humano: toman en cuenta la sensibilización y capacitación del personal, la información y comunicación a los trabajadores y su motivación (Cuadro 2).

Cuadro 2: Variables administrativas y del recurso humano

Variables Administrativas	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
1. Situación actual	Conjunto de variables internas y externas que afectan el funcionamiento de una organización	Conjunto de variables que definen la forma en que funciona y se organiza la prestación de servicios del Hospital Chacón Paut	Modelo de atención Estructura Organizacional Clima organizacional Recursos financieros Recursos materiales Recursos humanos Políticas y Normas Institucionales Marco legal

Cuadro 2: Variables administrativas y del recurso humano

Variables Administrativas	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
2. Propuesta	Proposición o idea que se plantea y ofrece a alguien para un fin. Acto o el resultado de proponer algo a alguien, normalmente en orden a hacer algo o tomar algún acuerdo con un objetivo determinado	Planteamiento que tiene como fin la creación de una Unidad médica para brindar cuidados especiales a usuarios de estancia prolongada con enfermedades físicas.	Infraestructura para la UM Equipamiento Recurso Humano Procedimientos médicos en la UM Procedimientos de Enfermería en la UM Procedimientos de Terapia física en la UM Traslados de usuarios a otros Centros de Salud
3. Diseño funcional	Diseño que describe qué hace cada persona, grupo ocupacional y/o servicio dentro de una organización.	Conjunto de actividades desde los servicios de atención directa y de apoyo, que se interrelacionan con el fin de brindar una atención integral en salud a los usuarios de EP.	Servicio de Nutrición Servicio de Enfermería Servicio Aseo y Vigilancia Servicio Mantenimiento Servicio Transportes Laboratorio Clínico Farmacia Médicos Generales Médicos Psiquiatras
4. Reorganización	Organizar los servicios de manera distinta y de forma que resulte más eficaz. Modificación de lo ya establecido, arreglar, innovar los servicios	Actividades a lo interno de la organización que se realizan para modificar la estructura funcional actual de los servicios, con el fin de implementar una Unidad Médica	Infraestructura Recurso Humano Población de usuarios de EP Recursos Materiales
5. Reacomodo de usuarios	Nueva disposición u ordenamiento a lo interno de una organización,	Proceso de acondicionar, de acuerdo a nuevas alternativas, los servicios y ambiente intrahospitalario con el fin de optimizar los recursos y brindar una atención de calidad en la UM	Infraestructura Recurso Humano Población de usuarios de EP Recursos Materiales

Cuadro 2: Variables administrativas y del recurso humano

Variables Administrativas	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
6. Elementos costo - beneficio	Principio de obtener los mayores y mejores resultados al menor esfuerzo invertido, tanto por eficiencia técnica como por motivación humana.	Factores a tomar en cuenta con el fin de determinar los beneficios que conlleva la implementación de una UM y el reacomodo de los usuarios en los diferentes servicios y el costo que esto podría representar para la organización	Satisfacción del usuarios interno y externo Factor económico (aumento o disminución de costos)
7. Recurso humano	Conjunto de los empleados o colaboradores de una organización y el trabajo que este aporta a la misma	Disponibilidad de Grupos ocupacionales competentes en los servicios del Hospital con el objetivo de brindar una atención de calidad a los usuarios de EP	Dotación adecuada de Recurso Humano Personal capacitado Recursos financieros

3.5 Alcances y limitaciones de la propuesta

3.5.1 Alcances

- La presente propuesta constituye el fundamento que favorezca al cumplimiento de su objetivo: la creación de una Unidad Médica, que aporte beneficios operativos y administrativos a la de prestación de los servicios de atención integral en Psiquiatría y Medicina del Hospital.
- Con su implementación se busca ofrecer a los usuarios una mejor calidad de vida durante su internamiento en el Hospital.
- Este cambio en la organización de los servicios del Hospital sirve de incentivo o motivación al personal de atención directa a través del

desarrollo de programas de capacitación en el manejo de pacientes de cuidados médicos especiales.

- Esta propuesta se realiza desde un análisis y visión particular, como una contribución que busca mejorar la prestación de los servicios del Hospital.

3.5.2 Limitaciones

- Limitaciones de infraestructura, que requieren una reorganización de todos los servicios, de tal forma, que este cambio no afecte negativamente la dinámica interna de los mismos.
- Resistencia al cambio por parte del personal, especialmente el de atención directa, ya que la reorganización de los servicios requiere del involucramiento de todo el factor operativo.
- La información no se trasmite adecuadamente por los canales formales. Debe realizarse un trabajo intenso de información y sensibilización a todo el recurso humano.
- Presupuesto insuficiente para los cambios básicos de infraestructura que las áreas requieren en la reorganización de los servicios.
- Periodo de tiempo limitado para realizar el estudio y la propuesta (de enero a junio 2008).
- Por no contar con servicios de apoyo necesarios (Radiología, Farmacia, Laboratorio, etc.) ni la intervención oportuna de especialistas (neurólogos, neurocirujanos, cardiólogos, etc.) la UM propuesta procura ofrecer los cuidados médicos básicos a pacientes en condición delicada, no así a aquellos en estado crítico y no está propuesta bajo el concepto de una Unidad de Cuidados Intensivos.

CAPITULO IV
Diagnóstico de la situación actual

CAPITULO IV

Se describe a continuación la organización general y de los servicios del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, con el propósito de ofrecer una imagen clara de la dinámica interna que se establece entre los diferentes servicios y que tiene el objetivo de ofrecer atención integral, específicamente, de los usuarios de Estancia Prolongada. A través de este proceso de diagnóstico, se busca delimitar el problema específico de la atención a pacientes con cuidados médicos especiales y transformarlo con acciones de participación e intervención por parte de la administración general.

4.1 Generalidades

El Hospital Dr. Roberto Chacón Paut es un Hospital Nacional Especializado en Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se encuentra ubicado en el Cantón de Dulce Nombre de Tres Ríos, Provincia de Cartago. Tiene un área total de 14.000 mts² y 9.000 mts² de edificación.

Tiene una capacidad instalada de 180 camas para hospitalización en Estancia Prolongada, 16 camas para hospitalización breve (UIC) y capacidad para 40 usuarios en el Centro Diurno.

4.2 Infraestructura

La edificación del Hospital fue construida en 1929 y su propósito inicial fue albergar estudiantes de la Universidad Adventista Centroamericana.

En ese entonces se construyeron tres edificaciones principales, sólidas, provistas de múltiples escalinatas y rampas debido a lo quebrado del terreno. Años después, hacia 1973, al pasar estos terrenos y edificaciones a la CCSS, se realizaron varias construcciones adicionales, con el fin de ampliar el área habitacional de los usuarios y las oficinas de los servicios administrativos y de apoyo. Así, secundariamente se construyó la edificación que es sede de otra

unidad de estancia prolongada (ahora Unidad A), del Laboratorio Clínico, del Servicio de Mantenimiento y de Nutrición.

Resumiendo, en la actualidad el Hospital consta de tres edificios centrales (edificación original) que son sede de la Unidad de Estancia Prolongada B, la Unidad de Intervención en Crisis, el Área Administrativa y varios servicios de apoyo. El edificio construido posteriormente donde se ubican la Unidad de Estancia Prolongada A, el Laboratorio Clínico, el Servicio de Mantenimiento y de Nutrición.

Ubicadas alrededor de la edificación principal se hallan cuatro casas o residencias que han sido destinadas para el programa de Estructuras Residenciales y actualmente se encuentran en proceso de construcción tres casas más, gracias a un Proyecto de la Asociación Pro Hospital con la Junta de Protección Social de San José. Estas nuevas residencias albergarán a otros usuarios que, de acuerdo a su evaluación funcional puedan trasladarse de las Unidades de Estancia Prolongada e incorporarse a este programa.

Es importante aclarar, en este sentido, que la proyección del modelo de atención a futuro se consolida sobre el Programa de Estructuras Residenciales y éste a la vez sobre programas de rehabilitación psicosocial, en donde la participación de profesionales en Terapia Ocupacional, Terapia Física, Trabajo Social y Asistentes de pacientes, sustituyen la atención custodial, que ha existido hasta ahora, de los profesionales de Enfermería, auxiliares de Enfermería y asistentes de pacientes. Para el logro de este objetivo se requiere, finalmente, eliminar los “pabellones” – vestigio del manicomio y construir un total de 15 estructuras residenciales, que se financiarían a través de proyectos especiales de la CCSS y mediante el apoyo de la Asociación Pro Hospital, ya que con recursos propios este objetivo no es realizable.

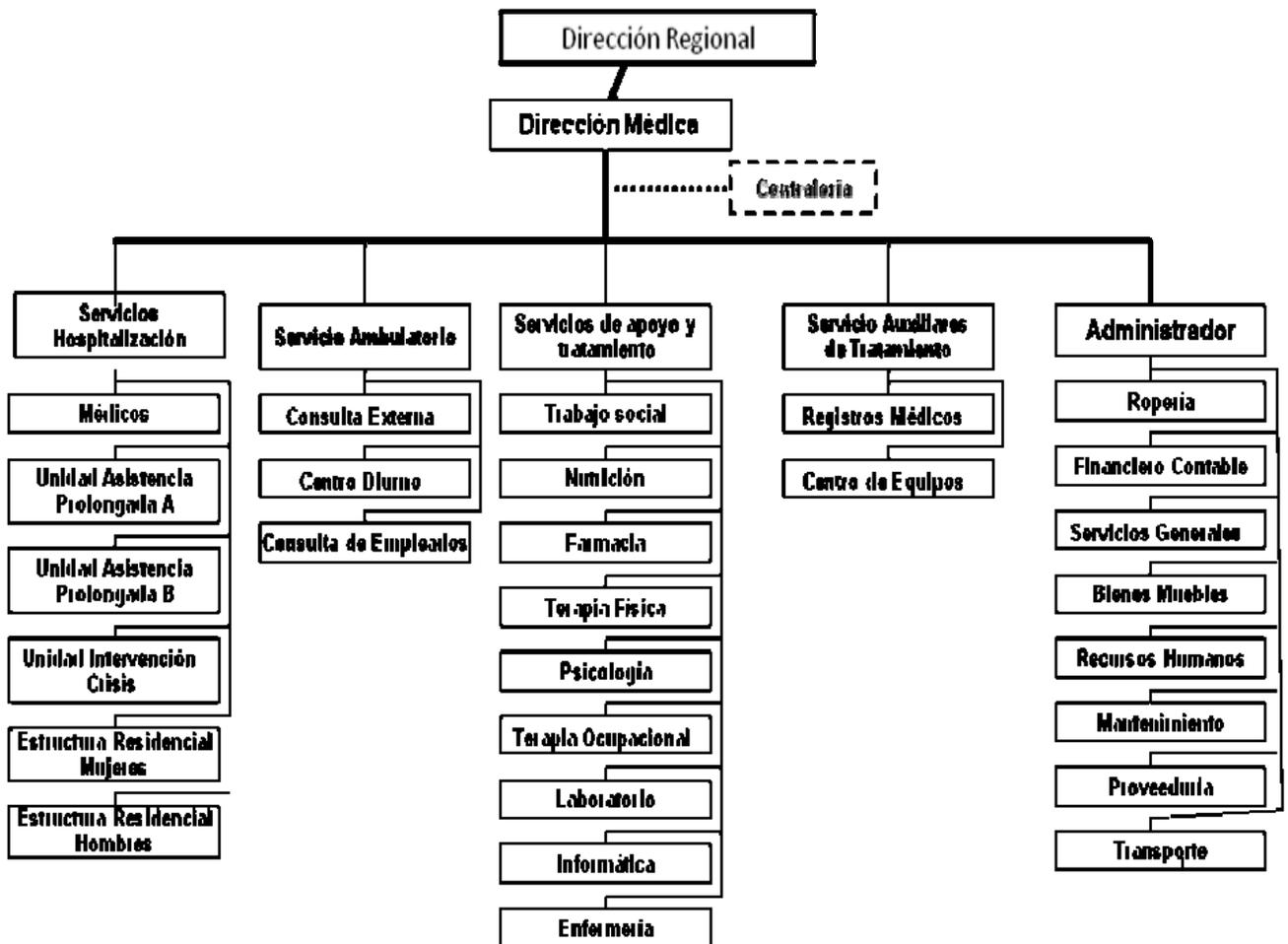
4.3 Estructura Organizacional

Este Centro de Salud depende jerárquicamente de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

A lo interno la máxima autoridad está representada por la Dirección General, de quien dependen la Administración y los servicios adscritos a ésta, el cuerpo médico y los servicios técnicos de apoyo (Diagrama 2).

Diagrama 2

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



Tanto los servicios de apoyo y tratamiento como los servicios de apoyo administrativos son esenciales para la prestación de los servicios, ellos se

complementan entre sí para el cumplimiento de los objetivos del Centro de Salud. En los últimos 10 años se han creado los servicios de Trabajo Social, Psicología, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Farmacia, entre otros

4.4 Recursos financieros

La asignación presupuestaria se realiza de acuerdo a los lineamientos de las políticas presupuestarias de la CCSS y de acuerdo a la planificación de corto plazo, es decir, al Plan Anual Operativo del Hospital. El crecimiento anual del presupuesto asignado es de un 12.5% sobre el presupuesto anterior.

A su vez, este presupuesto se asigna de acuerdo a actividades programáticas que realiza el Hospital y que están incluidas en la Estructura Programática de la CCSS, a decir (Cuadro 3):

Actividad 21: Hospitalización tercer nivel

Actividad 22: Servicios ambulatorios (Consulta Externa, Centro Diurno) tercer nivel

Actividad 23: Servicios de Apoyo

Actividad 31: Prestaciones económicas

Actividad 42: Equipamiento

Cuadro 3
ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS 2008
(Cifras en colones)

Unidad Ejecutora 2305	
Nombre: Hospital Doctor Roberto Chacón Paut	
ASIGNACIÓN TOTAL	¢2.236.879.236.28
1. ASIGNACIÓN EN EFECTIVO	¢2.130.252.000.00
SERVICIOS PERSONALES	¢1.703.000.000.00
Fijos	¢1.150.000.000.00
Variables	¢ 223.000.000.00
Cargas Sociales	

Cuadro 3
ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS 2008
(Cifras en colones)

OTRAS PARTIDAS	¢427.252.000.00
No personales y suministros	¢384.887.000.00
Inversiones ¢ 330.000.000.00	¢ 20.100.000.00
Subsidios	¢ 22.265.000.00
2. ASIGNACIÓN DE NO EFECTIVO	¢106.627.236.28

La experiencia en la ejecución presupuestaria año con año ha demostrado que el presupuesto asignado no se ajusta a las necesidades reales del Hospital para la prestación de los servicios, específicamente en los rubros de servicios personales (pago de planilla -cargos fijos) e inversiones (equipamiento). Así en el transcurso del periodo anual es necesario realizar modificaciones presupuestarias tratando de aprovechar los recursos y finalmente se hace imprescindible demostrar este existe un déficit presupuestario (especialmente en los rubros mencionados) y justificarlo, para que, desde el Nivel Central, se autorice la asignación financiera respectiva con el fin de concluir el año satisfactoriamente.

4.5 Recurso humano

El Hospital cuenta actualmente con un aproximado de 215 empleados, distribuidos en los diferentes servicios de acuerdo a la siguiente relación:

Dirección General y Administración: 18 funcionarios

Profesionales Médicos: 8 funcionarios

Servicio Enfermería: 1 Director de Enfermería

8 Enfermeros Profesionales, dos secretarios

24 auxiliares de Enfermería

39 asistentes de pacientes

Servicio de Laborterapia: 5 funcionarios

Servicio de Nutrición: 39 funcionarios
Servicio de Aseo y Vigilancia: 44 funcionarios
Servicio Laboratorio Clínico: 4 funcionarios
Servicio Farmacia: 4 funcionarios
Servicio de Transportes: 6 funcionarios
Proveeduría: 6 funcionarios
Mantenimiento: 9 funcionarios

La carencia de recurso humano, acorde a la proyección en la prestación de los servicios del Hospital, va dirigida sobre todo a profesionales en Terapia Ocupacional, Terapia Física, Odontología, Trabajo Social, Técnicos de Laborterapia, Personal de Aseo y Vigilancia, personal para Farmacia, Laboratorio, Técnicos en Nutrición.

4.6 Equipamiento

En este aspecto la situación general del Hospital es bastante precaria. Como ya se indicó la asignación anual de recursos financieros para la adquisición del equipamiento, indispensable en la prestación de los servicios, no cubre las necesidades reales del Hospital.

Actualmente no se cuenta con los equipos suficientes en servicios de atención directa como Nutrición, Enfermería, Terapia Física, Terapia Ocupacional, se carece de los equipos para el servicio de Aseo y Vigilancia, Transportes, por mencionar algunos.

Desde el punto de vista de tecnología de cómputo se cuenta con aproximadamente 60 equipos, algunos en mal estado, otros obsoletos, y se realizan grandes esfuerzos por modernizar los sistemas de información

tecnológica, lo cual, en momentos actuales, es un requerimiento básico para agilizar el flujo de datos e información general y específica que se debe procesar.

De acuerdo al inventario general del Hospital al 2007 se contaba con un total de 2459 activos. Como ejemplo se describen algunos de ellos, la cantidad y su condición actual (Cuadro 4):

Cuadro 4: Ejemplo de equipo disponible y su condición actual

Descripción	Cantidad	Condición
Analizador de saturación de oxígeno	4	Buena
Aspirador general	6	Regular
Camillas transporte de pacientes	9	Regular
Desfibrilador	1	en reparación
Electrocardiógrafo	1	Buena
Carros transporte alimentos	9	Regular
Esfigmomanómetros de pared	8	Regular
Sillas de rueda	45	Regular-mal
Extintidotes	63	Regular
Autoclaves	8	Regular-buena
Microcomputador	60	Regular-buena
Sillas para todo uso	390	Regular
Cepillo eléctrico	9	Regular
Sartén volcable	1	regular

4.7 ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA

4.7.1 Red Modular de Servicios

Posteriormente a la aprobación de la Propuesta para Reestructuración de los Servicios del Hospital, se implementó, como ya se ha mencionado, la Red Modular de Servicios, que define el modelo y las alternativas de atención especializada en Psiquiatría:

Esta Red consta de los siguientes servicios:

- Unidades de Estancia Prolongada A y B (antiguamente nominadas pabellones)
- Unidad de Intervención en Crisis
- Estructuras Residenciales (Cinco)
- Centro Diurno para atención a la Discapacidad Mental, ubicado en la Comunidad de Tres Ríos
- Consulta externa de Psiquiatría

4.7.2 Unidades de Estancia Prolongada A y B

Hace aproximadamente 10 años existían tres Unidades de Estancia Prolongada. Con la Reestructuración de los Servicios en Psiquiatría, se hizo posible la reubicación intrahospitalaria de usuarios de pabellones al Programa de Estructuras Residenciales. Mediante este proceso de reacomodo de los usuarios institucionalizados, se definieron como servicios de hospitalización las Unidades A y B y se creó la Unidad de Intervención en Crisis, para atender trastornos psiquiátricos agudos y subagudos.

Unidad de estancia prolongada A (Unidad psicogeríatrica mixta)

Alberga 35 mujeres y 25 hombres, los cuales además de su discapacidad mental presentan grados importantes de discapacidad física y/o sensorial. Aproximadamente un 32% de estas personas no deambulan y deben movilizarse en sillas de ruedas. Atiende además, 16 usuarias del Programa de Estructuras Residenciales. La población de esta Unidad se encuentra en edades entre los 24 y los 92 años.

Para la atención médica de estos pacientes o para cuidados médicos especiales, se ha destinado dentro de la Unidad un área específica con 7 camas (llamada UCE, unidad de cuidados especiales), cuyo objetivo, por otra parte, es el de aislarlos del resto de usuarios en busca de un ambiente más tranquilo, higiénico y apropiado para la realización de procedimientos médicos, de enfermería, de laboratorio, Terapia Física, entre otros.

A pesar de las diferentes remodelaciones propuestas y realizadas para adecuar esta área, el hecho de estar dentro del mismo recinto con el resto de usuarios, impide acondicionarla, sin comprometer la iluminación, ventilación y accesibilidad a salidas de emergencia.

Con los pocos recursos económicos con que se cuenta, se ha suministrado modestamente a estos servicios de equipos de monitoreo de signos vitales, nebulizadores, aspiradores, carro de paro, desfibrilador (sólo se cuenta con uno), camillas, sillas de ruedas, entre otros.

A esta Unidad se asigna el siguiente personal de atención directa, además de los profesionales médicos, quienes en el segundo y tercer turno atienden a toda la población de hospitalización (un psiquiatra y un médico general en el segundo turno y un psiquiatra en el tercer turno) (Cuadro 5):

Cuadro 5: Dotación de recurso humano por turnos Unidad A

1er. Turno (6 am a 2 pm)	2do. Turno (2 pm a 10 pm)	3er. Turno (10 pm a 6 am)
1 enfermero profesional		
2 auxiliares de enfermería	2 auxiliares de enfermería	1 auxiliar de enfermería
6-8 asistentes de pacientes	3-4 asistentes de pacientes	1 asistente de pacientes
2 auxiliares de aseo	1 auxiliar de aseo	1 auxiliar de aseo

Unidad de Estancia Prolongada B

Alberga 45 varones y atiende otros 40 que residen en las casitas, en edades comprendidas desde los 27 hasta los 82 años y con mejor condición física.

La infraestructura es incómoda para el traslado de los usuarios. Existen, como ya se mencionó, pasillos estrechos, escalinatas y rampas que propician caídas frecuentes. Es un área de cubículos o aposentos con un patio interno y otro en la parte trasera.

Al igual que en la Unidad A se ha acondicionado un espacio que funciona como UCE con cuatro camas, la cual, en este caso, sí se encuentra separada del resto de aposentos del edificio.

Esta UCE cuenta con el mínimo de equipamiento, siendo necesario en ocasiones trasladar desde la Unidad A, con carácter de urgencia, algún equipo para la atención de los usuarios e inclusive desde el Centro de equipos, situado al otro extremo del edificio. Esto último ya que el espacio total con que se cuenta (en ambas UCEs) no es suficiente para colocar estos artículos.

A este servicio se asigna el siguiente personal de atención directa (Cuadro 6):

Cuadro 6: Dotación de recurso humano por turnos Unidad B

1er. Turno (6 am a 2 pm)	2do. Turno (2 pm a 10 pm)	3er. Turno (10 pm a 6 am)
1 enfermero profesional		
2 auxiliares de enfermería	1 auxiliares de enfermería	1 auxiliar de enfermería
4-5 asistentes de pacientes	3 asistentes de pacientes	1 asistente de pacientes
1 auxiliares de aseo	1 auxiliar de aseo	1 auxiliar de aseo

Por otra parte, existen serias dificultades a la hora de atender emergencias médicas, pues al existir dos UCEs, automáticamente los pacientes se trasladan a la Unidad A o B, según sea el caso, resultando esto en pérdidas de tiempo innecesarias, sin tener en cuenta, además, el traslado de equipos de un servicio a otro de acuerdo a las necesidades del momento.

Del estudio y el análisis de las condiciones anteriormente detalladas, se puede resumir los siguientes aspectos:

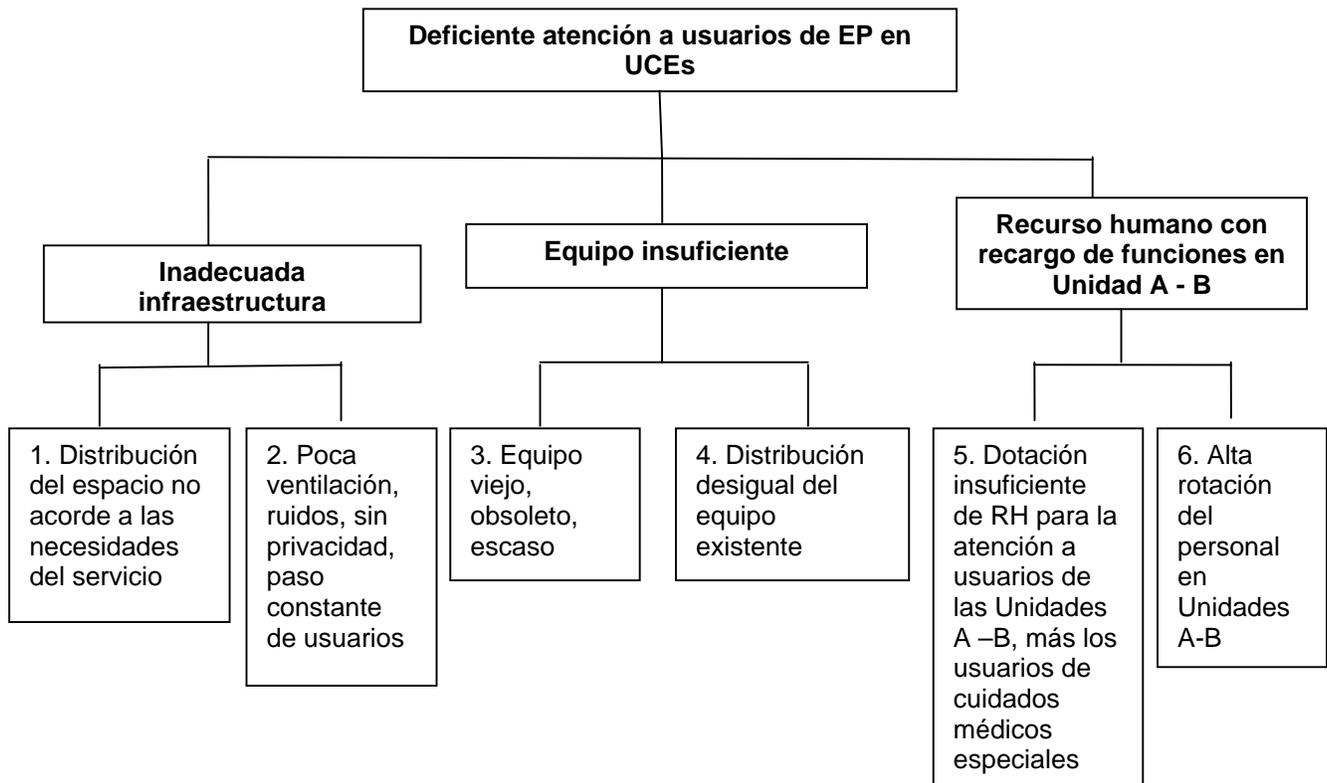
1. El espacio físico y el acondicionamiento de las actuales UCEs no se adecua a las necesidades que requiere un servicio de estas características (ruido excesivo, ventilación insuficiente, paso o entrada constante de otros usuarios, malos olores, mala accesibilidad).
2. El escaso recurso financiero asignado, impide que el personal médico y de enfermería cuente con el equipo necesario para ofrecer los servicios en estas unidades.
3. Los recursos materiales y el equipo con que se cuenta debe distribuirse entre las dos Unidades separadas, dificultándose la utilización oportuna de éstos.

4. Existen condiciones inadecuadas para realizar procedimientos médicos, de enfermería, laboratorio, terapia física.
5. Existe recargo de funciones para el personal asignado en las Unidades A y B, afectándose la atención de pacientes en condiciones médicas especiales.

El árbol de problemas resume y muestra de forma gráfica y resumida la situación descrita anteriormente (Diagrama 3)

Diagrama 3

4.8 Árbol de problemas de las unidades de cuidados especiales



1. Distribución del espacio no acorde a las necesidades del servicio: ha sido necesario realizar múltiples remodelaciones a la infraestructura original con el fin de adecuar la planta física a la atención de personas con discapacidad mental, entendiéndose que en este Hospital no es posible desarrollar la misma dinámica que en un hospital general por el tipo de usuario que, requiere la atención a sus necesidades más básicas. Las Unidades de Cuidados Especiales de estos servicios se encuentran, pues, inmersas en la dinámica del “Pabellón” por razones inexplicables, incluso, en esta área, se almacenan ocasionalmente colchones, ropa limpia u otros implementos por falta de espacio.

2. Por su ubicación en la misma planta física que alberga a toda la población de usuarios, es frecuente escuchar gritos, que haya peleas entre usuarios, que los mismo circulen por la Unidad donde se encuentran pacientes en estado delicado. Para evitar esta situación se ha intentado remodelar cerrando el área, lo cual agrava la situación desde el punto de vista de la ventilación y la accesibilidad a salidas de emergencia.

3. El equipamiento con recursos básicos de estas unidades ha sido un reto considerando el escaso presupuesto asignado para ello y el precio en el mercado, por ejemplo, de electrocardiógrafos, desfibriladores, bombas de infusión, equipos de monitoreo, entre otros. Por las mismas razones la sustitución de equipos anticuados y hasta obsoletos no es posible. Es por esto, que el objetivo de contar con una Unidad Médica va orientado al máximo aprovechamiento de los recursos materiales con que se cuenta en la actualidad y a la planificación de la compra de equipo basada en la economía existente.

4. Anteriormente se mencionó que el recurso material y equipo se encuentra distribuido en dos servicios, no lográndose, por esta razón, contar en cada uno de ellos con el mismo nivel resolutivo, siendo además bastante engorroso el traslado de equipo o de usuario de una unidad a otra en caso de emergencias o en caso de

una atención médica específica (monitoreo, desfibrilación por paro cardiaco, uso de aspiradores, entre otros). La centralización de estos recursos y la definición de un área específica para este tipo de cuidados, pretender mejorar un problema detectado en la prestación de los servicios a lo interno del Centro.

5 y 6. Considerando cada Unidad (A o B) como un todo en su dinámica interna, la asignación del recurso humano, en especial de Enfermeros profesionales y Auxiliares de Enfermería es escasa para atender a todos los usuarios en sus requerimientos habituales y adicionalmente a los usuarios de cuidados especiales. Esta situación ejerce gran estrés sobre el personal afectando la calidad del servicio ofrecido. Por otra parte, el personal rota frecuentemente por razones organizativas del servicio de Enfermería, lo que igualmente va en detrimento del servicio ofrecido a los usuarios en general, pues requiere de tiempo por parte del personal que rota para conocer la situación del momento de cada usuario. Para la Unidad Médica se asignaría el personal de Enfermería, idealmente, con carácter fijo con el propósito de que conjuntamente con los profesionales médicos, de Terapia Ocupacional, Terapia Física, Laboratorio, Farmacia, entre otros, se planifiquen y coordinen todas las actividades necesarias para la atención. Además, con personal fijo se asegura el control de que los equipos reciban un mantenimiento preventivo periódico y sean reparados oportunamente.

CAPITULO V
Propuesta

CAPITULO V

Como capítulo siguiente al proceso de cambio que ha llevado a cabo el Hospital desde hace casi una década, en diciembre del 2005 se concluyó un nuevo documento titulado: Reestructuración del Hospital Roberto Chacón Paut, elaborado por un equipo interdisciplinario del Centro. En uno de sus párrafos, se plantea la necesidad de contar con una Unidad Médica: “Como parte de esta propuesta se debe implementar una unidad médica para la atención de los trastornos médicos no psiquiátricos y neurológicos de los usuarios. Esta Unidad debe equiparse con los recursos tecnológicos, equipo médico de avanzada y ser atendida por un equipo técnico-profesional entre los cuales debe incluirse médico internista, geriatra, neurólogo y profesionales de enfermería con formación en cuidados intermedios.” 9

En este apartado se presenta una propuesta para la creación de la Unidad Médica en el Hospital, ha realizar por etapas, cuyo objetivo primordial es ofrecer un servicio orientado a la atención integral y de calidad para los usuarios de Estancia Prolongada que requieran cuidados médicos especiales.

5.1 PRIMER ETAPA

Aspectos administrativos:

Conformar una comisión interdisciplinaria que sea el ente conductor de la presente propuesta, que esté integrada por jefaturas de servicios directamente involucradas y que sean participantes estratégicos en el logro de esta tarea, ejemplo: Enfermería, Laboratorio, Nutrición, Aseo y Vigilancia, Psiquiatra del Servicio de Estancia Prolongada, Farmacia y Mantenimiento y otros a considerar.

Tareas de la Comisión:

Conformar subcomisiones por áreas de atención: profesionales de Medicina Interna, Supervisores de Aseo, personal de Laboratorio, Técnicos de nutrición, con el fin participar a otros funcionarios y escuchar opiniones, recomendaciones o propuestas relacionadas con el asunto.

Informar, sensibilizar a los funcionarios del Hospital sobre el cambio y coordinar capacitaciones para personal de atención directa.

Mantener comunicación periódica con autoridades del Centro de manera abierta a fin de establecer objetivos claros, concretos y factibles.

Establecer metas por equipo o subcomisiones con tiempos límites, con el fin de medir los avances propuestos para el periodo indicado.

Realizar reuniones periódicas con el fin de evaluar avances o detectar problemas en el proceso.

5.2 SEGUNDA ETAPA

Definición de Recursos

Infraestructura

Al concluirse la construcción de tres estructuras residenciales se posibilita el traslado de aproximadamente 21 usuarios de los pabellones a éstas. Para ello se debe efectuar una evaluación funcional por parte del Servicio de Terapia Ocupacional, con el propósito es determinar la capacidad funcional individual de los usuarios y con base en esto proponer su incorporación al Programa de Estructuras Residenciales.

Este traslado de usuarios a Estructuras Residenciales tiene como consecuencia un reacomodo general del grupo de usuarios en las otras áreas de hospitalización. Este proceso de reacomodo, ha realizarse de forma paulatina y planificada, permite definir, específicamente, en la Unidad B, un área para la creación de la UM.

Las razones para considerar este espacio el adecuado se basa en que la infraestructura de la Unidad B, a pesar de ser un edificio antiguo y con barreras físicas, ofrece más posibilidades de acondicionamiento (construcción de rampas, accesibilidad a salidas de emergencia, cubículos para procedimientos especiales, privacidad) que la Unidad A, en donde la planta física de un solo nivel, es la que se tiene normada para establecimientos de salud que atienden usuarios con trastornos mentales. Además, la experiencia ha demostrado que remodelar la Unidad A, por su arquitectura tan particular, propicia la creación de “encierros” dentro de un local espacioso, sin que se resuelvan los problemas ya mencionados de ruido constante y paso de usuarios. Por otra parte y muy convenientemente, el área y las camas de la Unidad A destinadas actualmente para la UCE, podrían reservarse para usuarios adultos mayores de la Unidad B, para quienes es ya un riesgo vivir en esa área.

Independientemente de cómo se programe realizar el reacomodo de usuarios en los servicios de estancia prolongada, su resultado posibilita contar con el espacio adecuado para crear la UM en el área de la Unidad B, ya que, si se decide en ese espacio remodelar y acondicionar un salón amplio, esto es factible. Lo mismo sucedería si se decide crear la UM acondicionándola con una estancia de Enfermería y 6 u 8 cubículos, cada uno para dos usuarios y suministrarle el equipamiento correspondiente.

Es importante aclarar que esta Unidad no requiere la implementación de un comedor adicional, pues al tratarse de pacientes en estado delicado, la atención

en este particular sería supervisada por el personal de atención directa, para aquellos usuarios que puedan valerse por sí mismo o en caso de aquellos que requieran alimentación por mano ajena.

El acondicionamiento del área para la UM sería posible realizarlo con recursos propios, contando con el recurso presupuestario asignado al servicio de Mantenimiento para la compra de materiales de construcción.

Responsables: Administración, Servicio de Enfermería, Profesionales Médicos, Servicio de Mantenimiento.

5.3 TERCERA ETAPA

Materiales y equipo:

Es conveniente contar para la UM con el siguiente equipo básico que permita a los funcionarios responsables del Servicio brindar la atención requerida por los usuarios y cumplir adecuadamente las indicaciones realizadas por los profesionales médicos:

8 a 10 camas de posición,

2 aspiradores,

1 carro de paro y su equipamiento respectivo,

1 electrocardiógrafo,

1 desfibrilador,

4 nebulizadores,

4 pulsioxímetros,

2 equipos para entubar

2 bombas de infusión,
3 monitores de signos vitales fijos,
3 equipos de exploración,
2 equipos manuales y 2 digitales para medir signos vitales,
4 equipos para oxigenoterapia,
4 mesas de mayo,
6 gigantes para sueros,
2 lámparas de cuello de ganso,
4 sillas de ruedas,
2 camillas de ruedas y una de andar,
4 biombos,
4 canastas para ropa sucia,
2 escritorios,
6 sillas
1 estante para papelería,
2 teléfonos ubicados en lugares estratégicos,
2 archivos,
Papelería.
Instalaciones eléctricas apropiadas.

Actualmente se cuenta con casi todo el equipo mencionado, pero el mismo requiere ser revisado y recibir el mantenimiento correspondiente para un buen funcionamiento.

Responsables: Dirección General, Administración, Servicio de Enfermería, Profesionales Médicos, Mantenimiento.

a) Recurso Humano

La distribución del recurso humano actual, específicamente de Enfermería, puede reorganizarse de tal manera que en los roles de trabajo mensual se designe el personal necesario, fijo para la UM, mínimo durante seis meses. A este personal no se le recargará con tareas adicionales más de las que demanden los usuarios en la UM. El personal médico tampoco realizará tareas adicionales, su rutina de trabajo será realizada de forma habitual, sólo que en un local debidamente acondicionado. El siguiente es el recurso humano que se requiere para la UM y con el cual se cuenta actualmente, sin olvidar que está programado el personal médico para la atención durante las 24 horas:

1 Médico Internista (4 horas y disponible para la UM, realiza interconsultas y vela por el buen desempeño de la Unidad),

1 Médico Psiquiatra (Interconsultas y atención a usuarios referidos del servicio que tiene a su cargo, disponible para valoraciones o emergencias),

1 Médico General (refiere y atiende a los usuarios referidos, solicita interconsulta con Internista, disponible en su turno para otras necesidades de la Unidad),

1 Enfermero profesional por turno,

1 Auxiliar de Enfermería por turno,

2 asistentes de pacientes por turno, (1 para citas en otros Centros de Salud, 1 para atención en la UM),

1 auxiliar de aseo por turno.

Se cuenta con atención médica las 24 horas del día.

Responsables: Dirección General, Personal Médico, Servicio de Enfermería, Servicio de Aseo y Vigilancia.

b) Servicios de apoyo

Laboratorio Clínico: inicialmente se contará con este servicio sólo en el primer turno de lunes a viernes ya que por razones presupuestarias, no es posible ampliar la jornada a un segundo turno y los fines de semana. Se mantendrá el horario actual, apoyándose la UM, para casos urgentes en el Laboratorio de Emergencias del Hospital Max Peralta.

Farmacia: presenta características similares al servicio de Laboratorio Clínico con la salvedad de que puede asignarse un Stock de medicamentos específicos para la UM, lo que facilita la dispensación de medicamentos.

Nutrición: para la UM no requeriría especificaciones adicionales a las que realiza actualmente.

Servicio de Transportes: Se cuenta con este servicio las 24 horas.

Terapia Física, Terapia Ocupacional: intervendrán según indicación médica.

Responsables: Dirección General, Administración, Servicio de Enfermería, Profesionales Médicos, Jefaturas de Servicio.

5.4 CUARTA ETAPA

Financiamiento:

Se propone la creación de la UM utilizando los recursos propios del Hospital y que se planifican para la atención a usuarios de estancia prolongada.

No quiere esto decir que no se requiera financiamiento. En el corto y mediano plazo es indispensable gestionar recursos financieros adicionales con el fin de cubrir las necesidades que no sea posible resolver con los recursos propios (planta física y equipo), así como para la ampliación de horarios de servicios de apoyo indispensables como el Laboratorio Clínico y Farmacia (Cuadro 7).

Cuadro 7: Necesidad de recurso humano en los servicios de apoyo

Servicio	Recurso Humano	Salario base*
Laboratorio clínico Jornada 2 p.m. a 10 p.m. de lunes a viernes, sábados, domingos y días feriados de 6 a.m. a 2 p.m.	1 Microbiólogo Clínico 1 1 Técnico laboratorio 1 auxiliar	ø401.482 ø239.650 ø226.650
Farmacia Jornada de 2 p.m. a 10 p.m. de lunes a viernes, sábados, domingos y días feriados de 6 a.m. a 2 p.m.	1 Farmacéutico 1 1 Técnico Farmacia	ø401.482 ø226.650
Total	4 funcionarios	ø1.495.914

*No se incluyen incentivos, ni cargas sociales / salario 28 días.

La compra y reposición de equipo requiere el siguiente recurso financiero (Cuadro 8):

Cuadro 8: Equipo necesario para la Unidad Médica

Equipo	Estado actual	Precio aprox.
1 Desfibrilador	en reparación	\$ 9.000
1 Electrocardiógrafo	bueno	\$ 6.000
6 Aspiradores	regular	\$ 500 c/u
2 Bombas de Infusión	No hay	\$ 900 c/u
10 Camas de posición	regular	\$ 5.000
Total		\$ 23.300

Responsables: Dirección General, Administración.

5.5 Cronograma para la implementación de la Propuesta

Se elabora un cronograma de actividades con el propósito de facilitar el seguimiento a las tareas programadas en este proceso (Cuadro 9):

Cuadro 9: Cronograma para la Implementación de la Unidad Médica

Tareas	Periodo (meses)								Responsables
	Jul.	Ag.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene. 2009	Feb	
I. Etapa									
a) Conformar Comisión interdisc.									Dirección General
a-1) Conformar subcomisiones									Comisión interdisc.
a-2) Capacitación y sensibilización al personal									Comisión interdisc. y subcomisiones
a-3) Reuniones periódicas Comisiones									Comisión interdisc. Y subcomisiones- Direc. Gen.
II. y III. Etapa									
a) Infraestructura, Equipo, Recurso Humano									
a-1) Evaluación funcional de usuarios									Terapia Ocupacional, T. Social, Enfermería
a-2) Traslado de usuarios a ER									Comisión Interdisc. y subcomisiones

Tareas	Periodo (meses)								Responsables
a-3) Reacomodo general de usuarios									Comisión Interdisc. y subcomisiones
a-4) Remodelación y equipamiento del área UM									Administración y Direc. General.
a-5) Planificación y asignación del recurso humano e inauguración de la UM									Comisión interdisc., Dirección General, Administración
IV. Etapa									
a) Financiamiento									
a-1) Recurso Humano y Equipamiento (PAO- Presupuesto / modificaciones presupuestarias)									Dirección General y Administración

Se debe indicar finalmente, que los usuarios de la Unidad Médica serán aquellos usuarios de Estancia Prolongada, que por indicación médica requieran de cuidados especiales por presentar alguna patología física importante, por ejemplo, Pneumonias, Diabetes Mellitus con descompensación, Crisis hipertensivas moderadas, pacientes encamados por fractura de cadera, casos terminales, entre otros. Los casos considerados críticos, como un infarto al miocardio, un accidente vascular encefálico, una trombosis, etc. deberán ser trasladados a otros Centro donde se cuente con los especialistas y el equipo adecuado para la atención.

Como observación adicional es importante tener en cuenta que todo cambio produce incertidumbre y resistencia en algunos grupos ocupacionales si no se comunica el objetivo del mismo. La propuesta de realizar este proceso por etapas tiene como fin fomentar un buen nivel de información para los servicios de

apoyo y la parte operativa de los servicios del Hospital. Por otra parte, el reacomodo de los usuarios de estancia prolongada es un proceso que debe hacerse coordinadamente entre servicios como Enfermería, Nutrición, Servicios generales, Personal Médico, Terapia Ocupacional y puede estar sujeto a correcciones o modificaciones de acuerdo a conductas propiamente dicha de los usuarios.

CAPITULO VI
Conclusiones y Recomendaciones

CAPITULO VI

En este último capítulo se hace referencia a las conclusiones que se obtienen del estudio realizado sobre la prestación de servicios de hospitalización en las Unidades de Estancia Prolongada, específicamente la atención de patologías médicas no psiquiátricas y neurológicas, y se plantean recomendaciones ajustadas a la realidad de este Centro de Salud, con el propósito de que la implementación de la Unidad Médica represente una mejora en la calidad de vida de los usuarios institucionalizados.

6.1 Conclusiones

1. Las condiciones actuales en que se brinda atención médica a usuarios de estancia prolongada con problemas físicos, no cumplen las condiciones necesarias para una atención de calidad.
2. Se hace necesario implementar medidas a corto plazo que resuelvan la problemática de la atención médica a usuarios institucionalizados con enfermedades físicas.
3. Se debe llevar a cabo un proceso de capacitación y sensibilización a todo el personal del centro con el fin de facilitar el proceso de reacomodo de usuarios de estancia prolongada y en esta coyuntura crear la Unidad Médica.
4. El proceso de reacomodo de usuarios y creación de la UM se realizará inicialmente con los recursos propios del Hospital, cubriéndose de esta manera las necesidades inmediatas del servicio.
5. Será indispensable que las Autoridades del Centro gestionen, en el corto y mediano plazo, el recurso humano y financiero necesario para cubrir las necesidades restantes.
6. La creación de la UM con recursos propios requiere llevar a cabo una mejor planificación y aprovechamiento del escaso recurso asignado. Sin

embargo, este esfuerzo responde a un ciclo de mejora o a un diseño de calidad cuyo beneficio es el de ofrecer una mejor atención a los usuarios de estancia prolongada y mejores condiciones laborales para los funcionarios, en especial los de atención directa.

6.2 Recomendaciones

1. Las Autoridades del Hospital deben estar convencidas e identificadas con la Propuesta, seleccionando funcionarios de confianza, responsables para conformar un equipo interdisciplinario que guíe su implementación. A la vez, deben recibir información periódica sobre las acciones que se lleven a cabo y las necesidades, con el fin de apoyar el trabajo de la Comisión interdisciplinaria y las Subcomisiones.
2. Se debe realizar un trabajo planificado y de ser posible permanente de capacitación y sensibilización al personal en general, por grupo ocupacional, aprovechando el recurso profesional del Hospital por competencia (Psiquiatras, Médicos Generales, Internista, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Enfermería, Nutrición, Farmacia, Laboratorio Clínico, Trabajo Social, Psicología, entre otros), con ello el proceso de cambio será facilitado, mejorando por otra parte, el nivel de conocimiento de los funcionarios sobre la especialidad y la misión y visión del Centro.
3. Es importante que las Autoridades del Hospital den a conocer al nivel jerárquico de la Institución, los esfuerzos que se realizan a lo interno por mejorar las condiciones de vida de los usuarios de estancia prolongada y ofrecerles una atención integral y de calidad. Esto también con el propósito de que se apoyen iniciativas como ésta, que a lo interno de la Organización se identifican como ciclos de mejora y diseño de la calidad y sean éste y otros esfuerzos, los que lleguen a posicionar el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, internamente en la CCSS y a nivel nacional,

como un Centro especializado en Psiquiatría orientado a la Rehabilitación Psicosocial.

4. A través de propuestas similares dar continuidad al proceso de cambio en la prestación de los servicios del Hospital, misión que se ha plasmado en los diferentes documentos elaborados internamente y que visualizan un estilo de atención especializada único a nivel nacional, que sigue los lineamientos propuestos por la Reforma en Psiquiatría y que tiene como una de sus principales tareas mantener la integración del individuo con problemas mentales en la sociedad.

A pesar de las dificultades que el día a día presenta a todos los funcionarios del Hospital en la prestación de los servicios, existe la motivación general de transformar el “manicomio” en servicios que sean más humanizados, en donde se respeten los derechos de las personas con discapacidad mental, históricamente segregadas por la sociedad y que requieren que “alguien” les atienda en sus necesidades. Bajo estas circunstancias, es necesario dar cumplimiento al objetivo señalado: ofrecer una atención integral de calidad a las personas portadoras de trastornos mentales en la Unidad Médica. Por otra parte, se estará cumpliendo también con uno de los muchos objetivos propuestos en los programas de la rehabilitación psicosocial.

BIBLIOGRAFIA

1. Discapnet, El portal de la discapacidad Fundación ONCE - Fondo Europeo de Desarrollo Regional
Desarrollado por Technosite -2006 – www.discapnet.es. Consultado el 07-04-08
- Dr. Oscar Cutié Bressler, Sistema Integral de salud, www.monografias.com/trabajos14/sistsalud/sistsalud.shtml - 47k -. Consultado el 07-04-08
2. Hugo R. Marietán, *Semiología psiquiátrica y Psicopatía*, Historia de la psiquiatría, www.marietan.com/articulo39.htm. Consultado 07-04-08
3. Mónica Fudín, *Mitos y Realidades del Hospital Psiquiátrico hoy: Su incidencia en las intervenciones clínicas en la psicosis (El Hospital Como Lugar de Asilo- Locura y Marginalidad)*, www.efba.org/efbaonline/fudin-06.htm. Consultado 07-04-08
4. Manicomio de Charenton, una tarde cualquiera de 1811, www.bibliotecadecartago.com. Consultado 10-04-08
5. Metodología de la Investigación, marzo-julio 2005. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pág. 7-8
6. Propuesta de Reestructuración, Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, 1997
7. Propuesta: Reestructuración del Hospital Roberto Chacón Paut, diciembre 2005, pág. 15
8. RENA – cuarta etapa –Metodología. Tipos de investigación www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/metodologia/Tema4.html - 47k (consultado 18-04-08)
9. Resolver los problemas de la salud mental, cambio de paradigma www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_es.pdf. Consultado 07-04-08
10. Saravia Gallardo Marcelo Andrés, Ph. D., Metodología de Investigación. 2006

11. Seleccionando fuentes primarias y secundarias, bibliotecavirtualut.suagm.edu/Instruccion/fuentes.htm - 14k. Consultado 18-04-08
12. Tapia B, María Antonieta. APUNTES “Metodología de la Investigación” , Santiago 2000
13. Wikipedia enciclopedia libre – consultado 07-04-08

ANEXOS

Anexo N° 1

Glosario

1. **Alienados:** producir enajenación. Locura.
2. **Antipsicótico:** es un medicamento que actúa en el cerebro y que puede servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones. Así, el comportamiento del enfermo puede ser "normalizado".
3. **Asilar:** relativo al asilo. Dar albergue en un asilo.
4. **Atención asistencial:** engloba a todas las áreas del hospital que tienen una función asistencial, es decir atención directa del paciente por parte de profesionales del equipo de salud
5. **Catarsis:** eliminación de recuerdos que perturban la conciencia o el equilibrio nervioso
6. **Fenotiazinas:** medicamento que actúa sobre la función del cerebro. Sedante, antipsicótico
7. **Idiocia:** es una enfermedad mental caracterizada por una deficiencia casi total de facultades psíquicas de las personas, cuya detección es muy temprana, los individuos poseen una edad mental inferior a los tres años y su cociente intelectual no supera el 25.
8. **Institucionalización:** hacer que algo adquiera carácter de institución. Internamiento indefinido o de por vida.
9. **Manía:** La manía es un trastorno mental consistente en una elevación anómala del estado anímico, y forma parte de un trastorno más amplio llamado trastorno bipolar, tal como se acepta llamar desde finales del siglo veinte.
10. **Melancolía:** término con el que se designaba la depresión inicialmente.
11. **Neurociencia:** estudia la estructura y la función química, farmacología, y patología del sistema nervioso y de cómo los

diferentes elementos del sistema nervioso interactúan y dan origen a la conducta.

12. **Onírica:** relativo a los sueños
13. **Psicofarmacológico:** rama de la farmacología relacionada con los psicofármacos.
14. **Psicopatología:** estudio de los trastornos psíquicos
15. **Psicoterapéutico:** tratamiento de las enfermedades mentales
16. **Rehabilitación Psicosocial:** devolver a un enfermo mental la capacidad de valerse por sí mismo a través de técnicas específicas.
17. **Comunidad asistida:** en este caso, definida como la comunidad de usuarios con enfermedad mental a quienes se brinda atención y asistencia en programas especiales, ya que por su afectación grave exigen tratamientos especializados y una rehabilitación para evitar hasta donde sea posible su deterioro.