

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

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

Análisis del tiempo y recursos requeridos por el Área de Salud de Cariari en función del cumplimiento de las coberturas pactadas en los indicadores del Compromiso de Gestión para el año 2008, y su relación con el cumplimiento de las demás las actividades concebidas para un primer nivel de atención.

María José Morales Calderón

**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.

Presidente del tribunal

Marianella Granados Saavedra
Director de Tesina

Álvaro Durán Quirós
Examinador designado

María José Morales Calderón
Sustentante

Agradecimientos

**Al Dr. Álvaro Duran Quirós, por todos sus consejos y oportunidades
brindadas.**

**A Marianella Granados Saavedra por su paciencia y dedicación y por hacer
de todo el grupo de Gerencia mejores profesionales.**

Dedicatoria

**A nuestra hija que esta pronta su llegada y que ha acrecentado la dicha en
nuestras vidas.**

**A mi esposo que es mi mejor amigo y mi más duro crítico por la oportunidad
de compartir mi vida a su lado, aprender juntos a crecer, a crear, compartir y
tantas veces a ceder.**

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo nace con la intención de identificar un problema en la Área de Salud Cariari y la posibilidad de proponer una solución a dicho problema. Actualmente está en boga la discrepancia de criterios planteado con la implementación de los Compromisos de Gestión y su evaluación.

En el Área de Salud Cariari y en otras Áreas de Salud del país existe la percepción un tanto satanizada de los Compromisos de Gestión y el excesivo llenado de documentación durante la consulta y el poco tiempo y recursos que esto permite para dedicarse a otras necesidades del paciente durante la consulta u otras necesidades de la población que no son atendidas por la falta de tiempo en la Gestión individual de cada uno de los EBAIS.

El objetivo general del estudio es analizar el tiempo y recursos requeridos por el Área de Salud de Cariari en función del cumplimiento de las coberturas pactadas en los indicadores del Compromiso de Gestión para el año 2008, y su relación con el cumplimiento de las demás actividades concebidas para un primer nivel de atención.

Fue interesante encontrar que el Área de Salud Cariari cuenta con coberturas pactadas en los compromisos de gestión muy altas como las que conciernen a diabetes mellitus, hipertensión arterial, o adultos mayores entre otras, ya que cada una de ellas está por arriba del 60% de la población y pertenecen en su mayoría a grupos de personas que se convierten en policonsultantes y que por la ley 7600 también gozan de ciertos privilegios en el sistema que les permiten consultar en múltiples ocasiones, sin necesidad de hacer fila para una cita, ya que a los adultos mayores en el Área de Salud Cariari se les atiende solo con el hecho de manifestar su deseo de ser valorado.

No obstante en promedio el Área de Salud invierte el 40% del tiempo de los EBAIS en los Compromisos de Gestión, un 15 % en traslados a reuniones, reuniones de Área, reuniones internas en la organización del EBAIS y con los comités de Salud, otro 15%, aproximadamente, en visita domiciliar y visitas a escuelas. En total suman un 70% del tiempo total y queda aproximadamente 30% para valorar al resto de la población que exige consulta y para realizar otras labores concebidas para el primer nivel.

Dentro de la planificación de los EBAIS y la distribución de sus actividades solo existe espacio para la consulta y labores relacionadas con la atención directa a los pacientes, o visitas a escuelas que es parte del Compromiso de Gestión. Es muy poca y en ocasiones nula las actividades en los EBAIS de Promoción y prevención de la Salud.

Lo anterior demuestra que los objetivos para los que se concibieron los EBAIS no se están cumpliendo, pero que la demanda de consulta es muy alta, uno de los posibles justificantes de esta alta demanda es la necesidad de educar a la población en salud y la responsabilidad del autocuidado.

Es posible que el nuevo modelo necesite una reforma y redefina sus objetivos, está cumpliendo un muy importante papel en prevención secundaria de las complicaciones de la enfermedad, pero muy poco en promoción y prevención y mientras esto continúe de esta forma el sistema seguirá saturado. Pero ciertamente no hay tiempo ni recursos para cumplir con estas necesidades.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	9
Marco contextual	9
Aspectos generales de Área de Salud Cariari	10
Localidades sedes de EB AIS según localización	10
Territorio y población.	10
Historia del Área de Salud Cariari:.....	12
Lugar de visita periódica.....	14
Marco General del Area de Salud Cariari.....	15
Justificación del estudio.....	15
Objetivos.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	17
CAPITULO II	22
Marco Teórico.....	22
Bases del Sistema de Salud Costarricense.....	23
Reforma del Sistema Nacional de Salud.....	26
Modelo de atención Integral en salud.....	27
Objetivos de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social	31
CAPITULO III.....	35
Marco Metodológico.....	35
Metodología	36
Población y muestra.....	43
Alcances y limitaciones del estudio.....	44
CAPITULO IV	45
Diagnóstico de la situación actual	45
CAPITULO V	58
Propuesta de solución	58
CAPITULO VI	61
Propuesta Plan de Implementación.....	61
CAPITULO VII	64
Conclusiones y recomendaciones	64
Conclusiones.....	65
Recomendaciones	67
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	70
ANEXO I.....	103
ANEXO II.....	104
ANEXO III	105
ANEXO IV	106
ANEXO V.....	107

INTRODUCCIÓN

La medicina ha evolucionado a través del tiempo y el conocimiento de la enfermedad con ella. Hoy día se sabe que la enfermedad no coexiste sola, ésta es dada por un conjunto de factores que se confabulan para dar como resultado una patología. Existe un grupo de condiciones sociales, ambientales y hábitos personales e incluso culturales, que influyen en el proceso salud-enfermedad, la humanidad se ha dado cuenta que no basta con curar la enfermedad, sino que hay que prevenirla y que las acciones de prevención deben ir acompañadas de promoción de la salud; estas acciones suelen implicar menores gastos económicos, pero deben ser sostenidas en el tiempo para lograr obtener un impacto en la salud de la sociedad.

El modelo de salud en Costa Rica sufrió una transformación basada en nuevas propuestas o tendencias mundiales para alcanzar la Salud para Todos y a la posible quiebra anunciada del antiguo modelo, el cual iba alcanzar el punto de equilibrio para el año 2010.

A raíz de esta transformación nacen los diferentes niveles de atención y los Compromisos de Gestión, los cuales se originaron como una herramienta para estructurar los servicios brindados, pero con el tiempo han logrado apoderarse de toda la estructura organizativa y colocarse en la razón de ser de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este estudio pretende dilucidar la inversión de tiempo y recursos del Área de Salud de Cariari en temas de Compromisos de Gestión y tratar de demostrarle a la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, la necesidad de modificar los indicadores de evaluación, e incluso, readecuar cada uno de ellos hacia las necesidades de las unidades, así como modificar los porcentajes pactados de acuerdo a la realidad de las unidades en cuanto a su capacidad instalada y a los recursos de que dispone.

CAPITULO I

Marco contextual

CAPITULO I

Aspectos generales de Área de Salud Cariari

Organización Político Social

Provincia: Número 7 (Limón)

Cantón: Número 702 (Pococí)

Distrito: Número 5 (Cariari), además de parte de La Rita, Barra del Colorado y Roxana.

El Área de Salud Cariari cuenta con 14 sectores de salud y 16 EBAIS en el cuadro N 1, se detalla.

Cuadro N 1

Localidades sedes de EBAIS según localización Territorio y población.

Localidad	Territorio Km2	Población
Cariari 1	3	5.132
Cariari 2	16	5.414
Astúa Pirie	6	5.701
Campo Cinco	17	5.478
Caribe	17	5.761
Nájera – Santa Rosa	42	5.038
Ticabán 1 y 2	74	5.937
El Porvenir	211	1.701
El Jardín	56	4.881
Los Ángeles	20	2.419
Palmitas	236	2.498
La Esperanza	177	5.526
Llano Bonito	76	3.972
Barra del Colorado	490	1.606
Totales	1.438	64.064

Fuente: Análisis de Situación de Salud Área de Salud Cariari (1).

Ubicación geográfica:

El Área de Salud de Cariari se encuentra localizada 57° latitud Sur, 25° latitud Norte y meridiano 50° Oeste y 91° Este.

- Limita al Oeste con la provincia de Heredia.
- Al Este con el Mar Caribe y parte del territorio del cantón de Guácimo.
- Al Norte con Nicaragua a través del Río San Juan.
- Al Sur limita con los distritos de La Rita y Roxana.

Características climatológicas:

Clima: Tropical Húmedo.

Topografía: Plano en su gran mayoría, con formaciones montañosas bajas cerca de la costa

Altitud 50 metros sobre el nivel del mar.

Temperatura: Promedio 29°C
Mínima 20°C
Máxima 34°C

Tipo de suelo: Arenoso, lo que evita el riesgo de inundaciones.

En general, por el clima vigente, prevalecen las enfermedades transmitidas por mosquitos, tales como Leishmaniasis, Dengue y otras enfermedades tropicales como las Enfermedades Estreptocóccicas y las Dermatomicosis.

Los tipos de agua utilizados por la población (pozos domiciliarios) favorecen las parasitosis intestinales y las diarreas.

Se considera que en el Área, los riesgos de desastres naturales son bajos, pues históricamente nunca hemos tenido áreas inundadas ni incendios forestales y el terremoto de la Región Huetar Atlántica causó pocos daños locales.

Se desconoce la existencia de fallas locales. Sí existe el riesgo latente de toda la región de sufrir un huracán.

Historia del Área de Salud Cariari:

El Área de Salud de Cariari fue inaugurada como Área el día 18 de Abril de 1998 y cubre a una población de 61.064 habitantes, incluyendo a los territorios y población de las antiguas clínicas de Ticabán y Cariari.

La Clínica de Ticabán abrió sus puertas en Febrero de 1971 y la Clínica de Cariari, lo hizo en Agosto de 1979.

Al final de los años 80, el territorio sufrió un acelerado crecimiento demográfico, como consecuencia de una rápida expansión bananera, que prácticamente duplicó sus sembradíos de banano en un período de ocho años, lo que llevó casi a una triplicación de la población, en ese período tan corto, y esto originó que la capacidad instalada de la Caja Costarricense de Seguro Social en el territorio, se volviera absolutamente insuficiente para resolver las necesidades de salud de la población. Como consecuencia de esta situación, el volumen de pacientes rechazados por falta de cupo superó los 1.000 pacientes por mes en los últimos años, con lo que saturaron los servicios de urgencias.

Tanto en las clínicas del Área, como en el Hospital de Guápiles, la insatisfacción del usuario era común, a pesar de los esfuerzos del escaso personal por multiplicar el trabajo.

A finales de 1997, época en la que empiezan a llegar las plazas nuevas requeridas por el nuevo modelo de atención, se inicia una transformación completa en el parecer del usuario con respecto a la prontitud y calidad de sus servicios que lograron franca mejoría, como se demostró en encuestas realizadas al inicio del año 1999, y en los años 2000, 2001 y 2002.

Actualmente el Área de Salud de Cariari está compuesta por catorce sectores de salud, cada uno de ellos con la cantidad de plazas mínimas necesarias para realizar una buena labor. Se cuenta también con un EBAIS Móvil, que se utiliza para reforzar a los EBAIS de población dispersa y de difícil acceso a los servicios. El sector de Ticaban cuenta con 2 equipos de atención. En total son 16 EBAIS para 14 sectores.

De los catorce sectores, uno funciona dentro de la Clínica de Cariari (Cariari 1) y dos en la Clínica de Ticabán (EBAIS de Ticabán), aunque se hacen esfuerzos en las comunidades para que cada uno de ellos tenga su propio local en la respectiva comunidad sede de EBAIS (estos son los EBAIS de Cariari 1, Cariari 2 y Nájera). Los restantes EBAIS del Área que sí cuentan con local dentro de la comunidad respectiva, son los de Caribe, Astúa Pirie, Campo Cinco, Jardín, Los Ángeles, Palmitas, La Esperanza, Llano Bonito, El Porvenir y Barra del Colorado.

Del total de EBAIS, tres están en mal estado, éstos son Jardín, Llano Bonito y Barra del Colorado. En la actualidad se alquila local para que funcionen los EBAIS de Cariari 2 y Nájera. Pronto el EBAIS de Nájera ocupará su propio local de sede de EBAIS. Se cuenta con locales para visita comunal periódica según el siguiente cuadro N° 2:

Cuadro Nº 2
PUESTOS DE VISITA PERIODICA POR EBAIS

E.B.A.I.S.	Lugar de visita periódica
Ticabán 1	Patio de San Cristóbal
El Porvenir	<ul style="list-style-type: none"> Caño Seco Fortuna Cerro Negro El Sota San Juan
Jardín	<ul style="list-style-type: none"> Primavera Turnón Cocotales
Nájera	Santa Rosa
Palmitas	<ul style="list-style-type: none"> Linda Vista Cocori Cedral
Llano Bonito	<ul style="list-style-type: none"> El Millón Maravilla
La Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> Ceibo Palacios Campo Dos.
Barra del Colorado	<ul style="list-style-type: none"> Colorado Sur. Delta Jobo Puerto Lindo

Fuente: Plan Anual Operativo Area de Salud Cariari 2008.

Marco General del Area de Salud Cariari

Misión

Contribuir permanentemente en el mejoramiento de la salud mediante la provisión de Servicios de Salud preventivos y asistenciales para la población adscrita al Área de Salud de Cariari, bajo los principios filosóficos institucionales de Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad y Equidad y los principios de Calidad, Competitividad y Oportunidad

Visión

El Área de Salud de Cariari participará en el mejoramiento continuo de la Salud de la población adscrita, brindando atención integral en salud a su población, la que se manifestará satisfecha con el servicio que se le brinda y participará activamente en el proceso de salud. Se manejarán altos índices de coberturas y bajas tasas de morbi-mortalidad. Contará con un equipo humano interdisciplinario capacitado, motivado y con excelentes condiciones de infraestructura y equipamiento, así como con buen clima organizacional.

Justificación del estudio

Los Compromisos de Gestión han calado profundo en el Primer Nivel de Atención, han perdido su función de herramienta para la gestión y se han transformado en un fin, en la razón de ser de la Institución.

En el Área de Salud Cariari se tienen pactadas coberturas muy altas, lo que implica un desgaste muy alto para la organización, la que debe volcar la mayor parte de sus recursos a cumplir con los objetivos. Estos objetivos muchas

veces son estándares para todo el país, lo cual inhibe al gerente del Área para organizar los recursos y brindar soluciones a sus propias necesidades.

Por otra parte se pretende demostrar que el cumplimiento de los Compromisos de Gestión (CG), inhabilita al Área y a cada uno de sus EBAIS, para trabajar en sus propios problemas de salud pública e impide dedicarse a otras funciones básicas de la Atención Primaria de la Salud, entre las que destacan la Promoción y Prevención de la Salud.

Por otra parte, la formación del médico es un factor fundamental y los Compromisos de Gestión no disponen de ningún indicador que obligue a la formación de profesionales en problemas de salud, lo que implica que la formación del médico posiblemente no sea la más adecuada para el manejo de los problemas de salud del individuo, la familia y la sociedad, por lo que posiblemente sea necesario, además de las labores del gerente del área, un profesional que realice la función de coordinación y que sea capaz de reforzar el conocimiento de los médicos en cuanto a la atención médica propiamente y a la atención comunitaria como tal, labor que debería ser desempeñada por un especialista en Medicina Comunitaria.

Objetivos

Objetivo general

Analizar el tiempo y recursos requeridos por el Área de Salud de Cariari en función del cumplimiento de las coberturas pactadas en los indicadores del Compromiso de Gestión para el año 2008, y su relación con el cumplimiento de las demás las actividades concebidas para un primer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Establecer cuáles son las actividades esperadas dentro de un primer nivel de atención en salud.
- Identificar cuáles son las coberturas pactadas por el Área de Salud de Cariari en cada uno de los indicadores del Compromiso de Gestión.
- Definir cuánto es el tiempo que dedica el Área de Salud de Cariari al cumplimiento de los Compromisos de Gestión.
- Definir cuánto es el tiempo que el Área de Salud de Cariari dedica a funciones específicas del primer nivel de atención, aparte de los Compromisos de Gestión.
- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los médicos del Área de Salud de Cariari sobre los Compromisos de Gestión, en comparación con los conocimientos sobre las demás actividades que deben desarrollarse en el primer nivel de atención.

Variables:

En el cuadro N° 3 se define las variables del estudio sus definiciones y dimensiones.

Cuadro N° 3.
Variables del estudio

Variable	Definición teórica	Definición Operativa	Dimensiones
1. Actividades del primer nivel de atención	Son las actividades que según la literatura deben realizarse en atención primaria. Son: promoción, prevención, curación y rehabilitación	Dentro del Área de Salud de Cariari, las actividades más importantes son: cumplimiento de Compromisos de Gestión, promoción, prevención y curación de la enfermedad.	Actividades realizadas en las siguientes áreas *Promoción la salud. *Prevención de la enfermedad. *Curación. *Rehabilitación de menor complejidad. *Reinserción Social.

Continuación cuadro No. 3

Variable	Definición teórica	Definición Operativa	Dimensiones
2.Coberturas pactadas	Es el porcentaje de pacientes que el Área de Salud se compromete a atender con criterios de calidad ante la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, estipulados para cada uno de los indicadores de atención a las personas		<ul style="list-style-type: none"> *Niños menores de 1 año. *Niños de 1 a menos de 5 años. *Atención a Escolares de primero, tercero y sexto año. *Cobertura de terceras dosis de DPT, en menores de 1 año. *Cobertura de SRP en menores de 2 años. *Atención a adolescentes. *Atención en adolescentes en modalidad grupal. *Atención prenatal *Atención al adulto mayor. *Detección y abordaje de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar. *Atención post-parto . *Identificación del riesgo cardiovascular. *Promoción de estilos de vida saludables *Tamizaje de Hipertensión arterial. *Detección de personas con dislipidemia. *Atención a personas con Hipertensión arterial. *Atención a personas con Diabetes Mellitus. *Detección de cáncer de cérvix. Abordaje en red del cáncer de cérvix. *Cumplimiento de vigilancia epidemiológica.

Continuación cuadro No. 3

Variable	Definición teórica	Definición Operativa	Dimensiones
3. Tiempo que dedica el Área de Salud al cumplimiento de los Compromisos de Gestión	Según los porcentajes de las coberturas pactadas, qué cantidad de tiempo debe invertir cada uno de los EBAIS y el Área de Salud en General, para cumplir con lo pactado en los (el) Compromisos de Gestión.	Según los porcentajes de las coberturas pactadas, que cantidad de tiempo debe invertir cada uno de los EBAIS y el Área en General para cumplir con el compromiso de Gestión pactado	Tiempo
4. Funciones del primer nivel de atención	Son las funciones que debe realizar un EBAIS del Primer Nivel de Atención según la literatura universal y de acuerdo al Nuevo Modelo de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. (ver dimensiones)	Según la literatura universal y el nuevo modelo de atención de la caja costarricense del seguro social, cuales son las funciones del primer nivel	Actividades realizadas en las siguientes áreas *Vigilancia epidemiológica. *Promoción y prevención de la salud. * Participación Social. *Curación de enfermedades. *Rehabilitación. *Planificación estratégica. *Gestión Administrativa

Continuación cuadro No. 3

Variable	Definición teórica	Definición Operativa	Dimensiones
5.Grado de conocimiento del personal de salud del Área de Salud de Cariari sobre las funciones del Primer Nivel de Atención y de los Compromisos de Gestión	Es el nivel de información que los funcionarios de los EB AIS manejan sobre sus deberes y obligaciones sobre los Compromisos de Gestión y la atención a los usuarios en un Primer Nivel.		*Conocimiento sobre el nuevo modelo de atención Participación social, actividades de promoción, prevención, gestión, vigilancia epidemiológica. *Capacitación para realizar las actividades que exige el nuevo modelo.

CAPITULO II

Marco Teórico

CAPITULO II

En este capítulo se recopila la información de la literatura nacional y mundial sobre las bases de la atención primaria y la reforma del sector salud en Costa Rica

Bases del Sistema de Salud Costarricense

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) durante el año 1923, propuso a los países miembros de la Oficina Panamericana de la Salud instaurar los seguros sociales, dado el éxito que estaban teniendo en los países europeos. El primer país en América en instaurar la Ley para un seguro obrero obligatorio en los tres regímenes, fue Chile (2).

En Costa Rica la ley de creación de la Caja Costarricense del Seguro Social se dio el 01 de noviembre de 1941. En 1942 se nombró la primera Junta Directiva, siendo uno de sus primeros acuerdos la creación del Régimen de Enfermedad y Maternidad para los trabajadores en el Área Metropolitana y las cabeceras de provincia. En 1956 se crea el Seguro Familiar, al modificarse el seguro de Enfermedad y Maternidad, para introducir el seguro familiar; además de los hijos menores de 12 años, la esposa o compañera (, los hijos menores de 12 año) y los padres, si fueran dependientes del asegurado directo (3).

En la década de los años 70's y durante la administración del presidente José Figueres Ferrer, el Ministerio de Salubridad se transforma en el Ministerio de Salud, se realiza además el rompimiento de los topes de cotización y una reestructuración de la dirección superior de la Caja, con la creación de las subgerencias, la primera de ellas la Médica. Paralelamente se produce el traspaso de todos los hospitales de la Dirección de Asistencia Médica a la Caja Costarricense de Seguro Social. En esta misma década se crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que permite financiar las acciones preventivas del Ministerio de Salud. Estos fondos posibilitan también la

construcción de acueductos rurales y el fortalecimiento de los programas de nutrición para escolares. Nació y se impulsó la política de atención primaria a cargo de los centros de salud comunitaria, política que definió los grandes cambios en el país y que contribuyó a la disminución de la fecundidad, al mejoramiento socioeconómico y a la disminución de la mortalidad infantil, que pasa de 80.0 a 67.0 fallecimientos por mil niños nacidos vivos en el período comprendido entre 1960 y 1970 (4).

Creación del Sistema Nacional de Salud.

Desde finales de los años setenta, se reestructura la política de salud y ya para finales de 1983, se establece el Sistema Nacional de Salud, mediante el decreto ejecutivo N° 14313. En el artículo 2 se establecen las instituciones que integran el sistema:

- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Planificación y Política Económica.
- Ministerio de la Presidencia.
- Caja Costarricense de Seguro Social.

Para otros asuntos específicos incluye:

- Instituto Nacional de Seguros.
 - Universidad de Costa Rica.
 - Cualquier otra Institución que asigne el Presidente de la República
- (2)

En 1989 se establece el decreto N° 19276-S que define al Ministerio de Salud como el ente encargado de la coordinación y control técnico de servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población. Se incluye los servicios médicos privados que se brindan en clínicas y consultorios, cooperativas y empresas de autogestión, al igual que las municipalidades como gobiernos

locales, encargados de velar por las acciones de salud de su área y de la comunidad (3).

La atención primaria de la salud

Esta fue la estrategia proclamada en 1978 en la Declaración de Alma-Ata como vía primordial para llegar a la meta de salud para todos en el año 2000. La Declaración contiene la siguiente definición:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta estrategia trascendental surgió originalmente del análisis de lo que estaba sucediendo en el mundo en el sector de la salud en los años setenta y ha sido el móvil de múltiples cambios. Las iniciativas de atención primaria nos han convertido ideológicamente de la atención de salud centrada en la curación a la atención preventiva; de la atención hospitalaria a la atención comunitaria; de la atención urbana a la rural; de los factores determinantes dentro del sector de la salud a los factores determinantes fuera del sector; de la responsabilidad única del gobierno por la salud de la población a la responsabilidad de las personas por su propia salud; de los servicios centralizados de salud a los descentralizados, y del poder político centralizado al poder descentralizado. Los resultados de la estrategia han variado de un lugar a otro. Su éxito depende de los principios de

accesibilidad, regionalización y jerarquización en cuanto al cuidado de la salud y de la formación de agentes sanitarios para vincular el sistema de atención oficial de la salud con el de la comunidad (5).

Reforma del Sistema Nacional de Salud

A principios de los años noventa, se propone y aprueba la reforma del Estado en la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público N° 6955, en la que plantea la reestructuración de las instituciones públicas. Esto con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) contenido en la ley N° 7374, la que fortalece la competencia del Ministerio de Salud como ente rector y se le da a la Caja Costarricense de Seguro Social la función ejecutora de las actividades de atención integral en salud (2).

En 1993 funcionarios de la Caja y el Ministerio de Salud se dedican a hacer un diagnóstico sobre sus funciones y a proponer cambios más acordes con su realidad. Una vez evaluadas, conforman el proyecto de reforma del sector salud, el que fue aprobado por la Asamblea Legislativa en diciembre de 1993, mediante la ley N° 7441, que se implementa con el nombre de Modernización del Sector Salud.

En este nuevo modelo se integran cambios estructurales y se replantean los modelos de administración y prestación de servicios para hacerlo:

- Eficaz.
- Eficiente.
- Efectivo.
- Equitativo.

Estos cambios involucran la Rectoría en Salud que es el ejercicio político, técnico, administrativo y legal, del Ministerio de Salud para dirigir,

conducir, regular y controlar los diferentes procesos relacionados con la producción social de la salud (2).

Modelo de atención Integral en salud

A principios de la década de los años noventa, ante el agotamiento del modelo tradicional de la prestación de servicios de salud, puesto en evidencia por el estancamiento de las condiciones de salud de la población y la capacidad de producción institucional, el creciente descontento de la población por la calidad y oportunidad de los servicios y el incremento progresivo de los costos de operación y como parte del Programa de Reforma del Estado, se propone un proceso de transformación institucional que se materializa en tres componentes: a) Readequación del modelo de atención, b) Un nuevo modelo de asignación de recursos financieros y c) Fortalecimiento institucional.

Inicia con el modelo de atención integral en 1995 y se concreta con la Reforma del Sector Salud en 1996. Este nuevo modelo es de una mayor amplitud, principalmente, si se quiere considerar la concepción del proceso salud-enfermedad; además de la integralidad de la atención, una jerarquización de los servicios y una articulación intersectorial en la configuración de políticas de salud y se basa en los siguientes principios:

- Equidad: distribución justa de los recursos, igualdad de oportunidades al acceso a los servicios de salud.
- Universalidad: Cobertura de los servicios a toda la población residente en el territorio costarricense.
- Solidaridad: distribución de la carga financiera de forma justa entre todos los miembros de la sociedad.
- Enfoque integral: este modelo se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y

orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en las estrategias de atención primaria.

Los elementos de la integralidad:

- Integralidad: se explica por la multicausalidad de la enfermedad y la oferta del nuevo modelo es la respuesta holística a las necesidades y problemas de salud, lo cual incluye acciones de promoción, prevención de riesgos, daños y enfermedades, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación y reinserción social, vigilancia epidemiológica, recuperación y mejoramiento del ambiente humano, planificación estratégica local y gestión administrativa. Además los sujetos de la atención no serán tratados en forma fragmentada ni de forma aislada, sino como parte de un todo.
- El sujeto de atención: no será solo el individuo, involucra a la familia y la sociedad.
- Continuidad: el cuidado de la salud será continuo en el tiempo.
- Interdisciplinaridad y multidisciplinaridad : es un abordaje entre los diferentes profesionales del sistema, para evitar la medicalización del problema.
- Características del modelo:
 - Amplia participación social, la eficiencia, la calidad y los elementos organizativos.

En el marco de acción de este nuevo modelo, la acción de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social adquiere un papel protagónico en la compra y venta de servicios como se detallará a continuación (6).

La función de la Dirección de Compra de Servicios

La separación de funciones constituye un modelo organizacional acorde con los principios administrativos comúnmente aceptados y constituye un paso importante en el desarrollo de una estructura por productos y procesos, la cual resulta enteramente deseable cuando se pretenden desarrollar modelos de petición y rendición de cuentas. Sin embargo, esta separación de funciones requirió el desarrollo de nuevas competencias técnicas y de gestión en los proveedores y los compradores de servicios.

Es así como la función de compra, que se detalla adelante, tiene como principal objetivo conseguir la máxima cantidad y calidad de servicios para la población mediante actividades e intervenciones que contemplen como una característica importante su costo-efectividad. En el marco de esta función se realizan las acciones de planeación, diseño, negociación y evaluación, a la vez que se promueven modelos de gestión local eficientes.

La Dirección de Compra de Servicios de Salud operativiza la función de compra mediante un compromiso entre Proveedor y Comprador que se establece por medio de un instrumento denominado “Compromisos de Gestión”. Este compromiso permite definir, a partir de los problemas y necesidades de salud de la población, la cantidad, calidad y oportunidad de los productos requeridos, los cuales deben estar relacionados con los recursos disponibles para la compra, así como con la capacidad instalada de los establecimientos proveedores. La evaluación de todo este proceso, además de verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas, contribuye a forjar la cultura de rendición de cuentas.

De esta manera, el compromiso de gestión se incorpora como una herramienta gerencial que va más allá de relacionar la asignación de recursos con la producción en salud, integrando la política institucional en sus diferentes ámbitos técnicos, económicos, legales y administrativos hacia el logro de los

objetivos institucionales. Así, los Compromisos de Gestión se posicionan como un elemento clave, integrador del quehacer institucional (6).

Marco legal

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en el artículo 12 de la sesión N° 7028, del 21 de mayo de 1996, acordó la aprobación del marco conceptual del proceso de modernización para la asignación de recursos, que incluye la separación de funciones para el financiamiento y provisión de servicios de salud, desarrollo de la capacidad gerencial y la transformación del modelo de presupuestación (6).

En el artículo 4 de la sesión N° 7133 del 10 de junio de 1997, delega a la Gerencia de División Administrativa la función de compra y se aprueba el establecimiento de una relación directa entre el Plan de financiamiento/compra y la provisión de servicios basada en el cumplimiento de los Compromisos de Gestión.

De acuerdo con lo anterior, la Junta Directiva de la Institución, en el artículo 18 de la sesión 7219 de 28 de abril de 1998, aprobó la propuesta técnica: "Fase IV fortalecimiento Institucional. Estructura Organizativa de la Función de Planificación y Compra", la cual conforma una unidad ejecutora según oficio N° GDA 14744 de 8 de octubre de 1998, denominada Dirección de Compra de Servicios de Salud, adscrita a la Gerencia de División Administrativa, y que desarrolla la función técnica de Contratación de los Servicios de Salud a proveedores internos y externos para la Caja (2).

Estructura organizacional

La estructura organizativa de la Dirección de Compra de Servicios de Salud fue aprobada por Junta Directiva, artículo 18 de la sesión N° 7219 del 28 de abril de 1998, habiéndose concebido como una estructura matricial, encabezada por la Dirección. Para efectos de su funcionamiento, la Dirección de Compra de

Servicios se organiza en siete áreas de trabajo, conducidas cada una de ellas por un coordinador. En el seno de cada una de estas áreas se desarrollan los insumos para los subprocesos requeridos para la implementación de los Compromisos de Gestión (diseño, negociación y evaluación, Figura N° 2). Estos equipos son: el Equipo Técnico de Áreas de Salud, Equipo Técnico de Hospitales, Equipo Técnico de Estadística e Informática, Equipo Técnico Económico Financiero, Equipo Técnico Legal y Equipo Técnico de Investigación y el Equipo de Apoyo Administrativo.

Objetivos de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo Estratégico

Conducir e integrar la función de compra mediante el establecimiento de alianzas estratégicas, para asegurarle a la población servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, con una asignación equitativa de recursos financieros.

Específicos

a. Diseñar y ejecutar la función institucional de compra de servicios de salud, mediante:

1. El desarrollo de procesos de investigación que apoyen y fortalezcan la función de compra de servicios de salud.
2. El análisis crítico de la actuación de la Dirección en cada ciclo de compra.
3. El diseño, la negociación y evaluación periódicos del compromiso de gestión.
4. El establecimiento de sistemas de información para apoyar las diferentes fases del ciclo de compra.

b. Coordinar las actividades relacionadas con la compra de servicios de salud, mediante:

1. La integración de los diferentes procesos institucionales de la función de compra.
2. La coordinación de las actividades relacionadas con la compra de servicios de salud con los actores involucrados.
3. El desarrollo de alianzas estratégicas con los diversos actores que participan en la función de compra.
4. El desarrollo de procesos de trabajo efectivos que involucren a los actores institucionales, a partir del establecimiento de objetivos comunes.

c. Estimular progresivamente el mejoramiento de la calidad de los servicios institucionales mediante:

1. La traducción de las necesidades de salud de la población en una compra de servicios de calidad, entregados con oportunidad y equidad.
2. El desarrollo y la operacionalización de metodologías y medios que permitan definir y verificar la calidad y el volumen de los servicios que brinda el Seguro de Salud.
3. El desarrollo del recurso humano, impulsando su profesionalismo en el marco de una adecuada cultura organizacional, que permita su plena realización y aprovechamiento.

d. Diseñar y poner en operación metodologías e instrumentos que permitan distribuir con equidad los recursos institucionales, mediante:

1. La identificación de los recursos asignables a los establecimientos de salud para su operación e inversión.

2.El diseño y la operacionalización de estrategias de asignación de recursos financieros que promuevan la equidad y que permitan enfrentar las necesidades de salud de la población.

e. Desarrollar una cultura de petición y rendición de cuentas en la Institución, a partir de:

1.La fijación de estándares de calidad y productividad para los diversos procesos, productos y servicios institucionales, en conjunto con otras instancias institucionales.

2.El desarrollo de modelos y sistemas de evaluación concurrentes y expos, que sean conocidos y aceptados por los diferentes actores que participan en el proceso de compra de servicios de salud.

La evaluación de los procesos, los productos, los resultados y el impacto de la prestación de servicios de salud.

Política financiera

Se promoverá la eficiencia y el uso racional de los recursos presupuestarios y financieros de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, mediante la adecuada utilización de los insumos y la determinación de costos, para establecer una administración efectiva y eficiente (6).

Compromisos de Gestión

Los Compromisos de Gestión son un instrumento legal que establece un convenio entre comprador y proveedor, en el cual se definen los objetivos y metas de salud a lograr, con los criterios de calidad y oportunidad respectivos.

En los Compromisos de Gestión se definen con claridad los productos y servicios en salud que se compran al proveedor para beneficio de una población

específica, así como los parámetros cualitativos y cuantitativos para su valoración y las pautas de evaluación y monitoreo para los diferentes productos y servicios comprados. Además, se concretan en éste las reglas del financiamiento de los servicios mediante una asignación basada en la producción.

El principal propósito de los Compromisos de Gestión es la adecuada asignación de recursos para atender con calidad y oportunidad, las necesidades de salud de la población en el nivel local y para que éstos gestionen con mayor grado y autonomía y responsabilidad los recursos de salud. Se caracteriza por la rendición de cuentas y por la producción de servicios de calidad.

Las áreas de salud definen la proporción de personas protegidas con programas específicos por sub-programas. La cobertura mínima se define según su capacidad instalada (2,6).

CAPITULO III

Marco Metodológico

CAPITULO III

En este capítulo se describe la metodología general y específica para el desarrollo del proyecto, en base a un procedimiento secuencial que indique como se diagnóstica la situación actual del estudio y la forma en que se desarrolla y plantea la soluciones del mismo.

Metodología

Este estudio se realizó con la colaboración del jerarca del Área de Salud Cariari y los funcionarios que laboran en cada uno de los EBAS. Primero se buscó información sobre el significado y funciones de lo relativo a la Atención Primaria en Salud, posteriormente se analizó la Reforma del Sector Salud y la finalidad del primer nivel de atención dentro de este engranaje.

Los datos se recolectaron en función de los objetivos, para lo cual se analizaron los Compromisos de Gestión pactados por el Área de Salud Cariari, en especial los porcentajes para cada sub-programa de atención a las personas, se contabilizó la cantidad de pacientes correspondientes de la pirámide poblacional según cada cobertura pactada y se calculó el tiempo que la atención de ellos consume. El cuadro N° 4 ayudó a la recolección de los datos para calcular el tiempo utilizado en la atención de los Compromisos de Gestión.

Cuadro Nº 4

**Plantilla de recolección de datos de volúmenes de consultas pactadas en
Compromisos de Gestión, año 2008.
Área de Salud de Cariari**

Código	Indicador	Población total	% Pactado	Nº de pacientes	otros
1-1-01-1	< 1 año				
1-1-02-1	>1 a <5 a				
1-1-03-1	Escolares				
1-1-04-1	Vacunación				
1-3-01-1	Prenatal				
1-3-03-1	Post natal				
1-5-01-1	* Violencia intrafamiliar				
1-5-02-1	Atención odontológica				
	Promoción estilos de vida saludable >20				
2-1-02-1	Obesidad				
2-1-03-1	Tamizaje HTA >20 a en visita domiciliar				
2-1-04-1	Tamizaje de dislipidemia				
2-1-05-1	**Hipertensos				
2-1-06-1	*** Diabetes				
	Papanicolaou				
1-4-01-1	Adultos Mayores				
2-2-02-123	Red CA de cerviz				
3-1-05-1	Vigilancia epidemiológica				
Total					

Posteriormente se analizó la agenda diaria con la ayuda del personal de Redes de cada uno de los EBAIS del Área de Salud de Cariari. Se recolectó la información que se indica en el cuadro N° 5. Con esta información se buscó evidenciar el tiempo que cada uno de los equipos de EBAIS del Área de Salud de Cariari invierte en sus actividades en el tiempo ordinario de trabajo y definir cuáles son las actividades que se desarrollan en cada uno de los EBAIS. En este instrumento en el lugar indicado para EBAIS se indicó el nombre del EBAIS y en la casilla de actividad, todas las actividades programadas según el planificador que es custodiado por el personal de REDES de los EBAIS. Esta planilla se pasó un por mes de forma tal que al final se contabilizaron 12 planillas de los 12 meses del año y una planilla resumen para cada una de las 12 planillas.

Con respecto a la necesidad que existe en el Área de Salud de la existencia, además del gerente de un coordinador para los objetivos, funciones y tareas de los EBAIS se pasó la siguiente entrevista para valorar el conocimiento de los médicos. Esta entrevista se pasó a cuantos médicos se pudiera y que laboraran en EBAIS, se excluyo a los que trabajan en emergencias ya que su visión y función es diferente. En total llenaron la entrevista 13 médicos, el único requisito fue laborar en EBAIS.

Entrevista a funcionarios de EBAIS del Área de Salud de Cariari

MAYO 2008.

Estimado (a) funcionario (a) de EBAIS del Área De Salud de Cariari:

Esta encuesta se está aplicando a funcionarios (as) del Área de Salud de Cariari, realizando como parte de un proyecto que pretende justificar la intervención de un médico de familia como apoyo a la labor que realizan los médicos de los EBAIS en el Área de Salud Cariari, así mismo comprobar el tiempo que el Área de Salud de Cariari gasta en el cumplimiento de los *Compromisos* de Gestión:

Se le agradece su participación en el llenado del cuestionario. FAVOR CONTESTE SINCERAMENTE.

Marque con una X

1. Indique el puesto que desempeña (sustenta) usted en el EBAIS.

Médico

2. Actividades en el escenario escolar que realiza su EBAIS

Agudeza visual

Agudeza Auditiva

Estado Nutricional

Hemograma

Desparasitación

Educación sexual

Educación prevención de enfermedades

Educación en prevención de Accidentes de Tránsito

Educación en prevención de Dengue

Educación en prevención de Tuberculosis

3. Conoce los principales problemas de salud identificados del Análisis de la Situación Integral de Salud del Área: Si No

Si su respuesta fue afirmativa, (si) ¿cuáles son? (Por favor enumérelos)

* _____
* _____
* _____

4. Conoce los principales problemas de salud de su EBAIS: Si No
- Si su respuesta fue afirmativa, ¿cuáles son? (Por favor enumérelos)

* _____
* _____
* _____

5. ¿En su EBAIS evalúan los servicios brindados por parte del Área de Salud? Si No (marque con X)

6. ¿Qué porcentaje de su tiempo gasta usted en cada una de estas actividades?: Indique el porcentaje aproximado en cada actividad.

- a. Consulta o pre consulta _____%
- b. Aplicar medicamentos (para enfermeras) _____%
- c. Charlas educativas a la población general: _____% (Promoción)
- d. Charlas educativas sobre prevención de riesgos a grupos de personas enfermas: _____% (prevención)
- e. Vigilancia epidemiológica: _____%
- f. Reuniones con líderes comunales y empresas para definir políticas o acciones: _____%
- g. Visitas a escuelas y otros lugares comunitarios con el objetivo de brindar educación: _____%
- h. Escenario escolar: _____%

- i. Educación en salud:____%
- j. Visita domiciliar____%

Marque con una X

7. ¿Se conocen en su EBAIS las necesidades en salud que tiene la población de su sector?

Sí No

8. De ser afirmativa su respuesta, se planifican en su EBAIS las acciones necesarias para su (y) atención S No

¿Cuáles son las necesidades que la población tienen en salud y su planificación cual es):

Necesidades:

Planificación:

9. Según su conocimiento, y funciones, el **objetivo fundamental** de los EBAIS es:

- a. Cumplir con los (el) Compromisos de Gestión
- b. Dar consulta médica
- c. Promoción y Prevención de la Salud
- d. Atender a los pacientes crónicos
- e. Visitar las escuelas
- f. Vacunar
- g. Entregar medicamentos
- h. Brindar atención integral en salud

10. ¿Cuáles de las siguientes actividades considera como actividades sin impacto o poco útiles en el

EBAIS? Puede marcar más de una.

- a. Consulta de Crónicos
- b. Morbilidad o medicina general
- c. Reuniones con la Comunidad
- d. Charlas educativas
- e. Escenario escolar

11. Enumere las funciones más importantes en los EBAIS según su criterio:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

Marque con una X

12. Conoce usted qué es el nuevo modelo de atención en salud: Si
No

Población y muestra

Para el análisis de los indicadores y las coberturas pactadas se utilizó el Compromiso de Gestión para los años 2008/2009. Los indicadores son estándares para todas las Áreas de Salud del País, excepto La Sub-area de Talamanca que este año logró negociar indicadores diferentes. Lo que cambia son los porcentajes pactados para cada indicador en las diferentes Area de Salud del país.

La plantilla de recolección de datos que concierne a la distribución del tiempo y actividad contemplo la población total de EBAIS del Área de Salud de Cariari que son 16.

En el punto en que se utilizó la entrevista se trató de contar con la ayuda del mayor número de médicos pero por lo apresurado del estudio y lo ocupados que estaban los médicos la mayor parte del tiempo fue difícil pasarla a todos, no obstante de los 16 EBAIS se logro obtener información de 13 profesionales lo cual corresponde a un 81% de la población, lo cual es significativo y representativo.

Alcances y limitaciones del estudio

El presente estudio busca realizar un análisis respecto a las actividades que se desarrollan en el Primer Nivel de Atención en función del cumplimiento de los Compromisos de Gestión, contrastándolas con las que efectivamente deberían ser desarrolladas para cumplir con lo que la Ley y el actual Modelo de Atención a las Personas establece para un Primer Nivel de Atención. Se busca determinar la cantidad de tiempo y recursos que se dedican a esta actividad, en detrimento de la ejecución de las actividades que realmente debería de ejecutar.

Limitación: El estudio se realizo en el Área de Salud de Cariari durante el año 2008.

CAPITULO IV

Diagnóstico de la situación actual

CAPITULO IV

El país actualmente ha adoptado un nuevo modelo de atención en Salud, fundamentado en la reforma del sector salud, este nuevo modelo adopta como parte de su estrategia la atención primaria en salud que es desarrollada en gran parte por los primeros niveles de atención en salud y que se define como a continuación:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: *la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;*
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (8).

Por su parte la Caja Costarricense del Seguro Social define claramente las funciones de los EBAIS y cabe mencionar que elaboró un curso para instruir al personal profesional y técnico. Este curso tiene como nombre *Curso de Gestión Local* (2) y en su modulo número uno define las funciones de los EBAIS de la siguiente manera:

1. Elaborar, con participación de la comunidad el análisis de la situación actual de salud (ASIS), del sector geográfico bajo su responsabilidad, y participar en el ASIS del Área de salud.
2. Concertar con la comunidad y con otras entidades públicas un plan de salud Familiar y Ambiental, con base en el ASIS.
3. Promover y facilitar la participación comunitaria, en las actividades de planificación, ejecución y evaluación del plan local de trabajo y fomentar el autocuidado individual y colectivo.

4. Brindar Atención Integral a las familias y personas que residen en hogares colectivos de su comunidad, con énfasis en acciones de promoción, prevención y mejoramiento del ambiente.
5. Realizar la vigilancia epidemiológica local, de acuerdo a normas nacionales.
6. Participar en las actividades de evaluación y garantía de la calidad de los servicios, que tenga asignadas.
7. Recoger, registrar y analizar los datos que requiera el sistema nacional de salud, para el proceso de planificación ejecución y evaluación de los planes y programas de salud.
8. Participar activamente en las actividades de capacitación y educación continua, que se programen para el EBAIS.
9. Velar por el adecuado uso y mantenimiento de los recursos humanos, instalaciones y bienes bajo su responsabilidad.

Todas las funciones anteriormente citadas establecidas deben ser parte de la labor diaria de cada uno de los 16 EBAIS del Área de Salud Cariari que en total asumen una población de 64.335 habitantes y se distribuyen como bien lo muestra el cuadro 6.

Tiene la peculiaridad de ser dividida según sectores y no necesariamente por número de pobladores, por lo que salta a la vista las diferencias dadas en cuanto al número de habitantes que cada uno de los EBAIS tiene a su cargo.

Cuadro N° 6.

Distribución de la población del Área de Salud Cariari por EBAIS para el año 2008

EBAIS	Población.
Cariari 1	5917
Cariari 2	5273
Campo 5	5566
La Esperanza	5500
Los Ángeles	2348
Palmitas	3108
Llano Bonito	4342
Astua Pirie	5320
Nájera	7639
Jardín	4371
Ticaban 1	2934
Ticaban 2	3046
Porvenir	2395
Barra del Colorado	1165
*Móvil	0
Caribe	5411
Total	64335

Fuente: Compromiso de Gestión 2008 Área de Salud Cariari

*El EBAIS Móvil funge como equipo de apoyo para los EBAIS que deben realizar giras medicas como: Ticaban, La Esperanza, Jardín.

Según su población y los porcentajes pactados en los compromisos de gestión (9, anexo 1), el Área de Salud Necesita **13.940,5** horas para cumplir con los compromisos de gestión en los indicadores que involucran directamente a los EBAIS. Esto se muestra en el cuadro N° 7 en el que se especifica el código de cada uno de los indicadores del compromiso de gestión, el nombre del indicador, el porcentaje de población que el Área de Salud se comprometió ante la Dirección de compras de cumplir para el 2008, la cantidad de pacientes que esto implica **atender con criterios de calidad** en el Área de Salud con las horas totales para valorar estos pacientes.

Existe un importante número de indicadores que se cumplen por parte de la organización del Área, llámese esta: Equipo de apoyo y o Dirección médica. Entre estos están: Violencia intrafamiliar (VIF), Atención Odontológica, Vigilancia epidemiológica y Abordaje en red de las alteraciones cérvico uterinas entre otras.

Cuadro N° 7.

Volúmenes de consultas pactadas en Compromisos de Gestión, año 2008 y Horas utilizadas para realizar la actividad. Área de Salud de Cariari

Código	Indicador	Población total	% Pactado	N de pacientes	Multiplicado por número de consultas según norma al año	N de consultas	4 pacientes por hora (Total de horas)
1-1-01-1	< 1 año	1080	80	864	5 (promedio 3)	2592	
1-1-02-1	>1 a <5 a	7919	80	2376	2 (por la revisión de laboratorio del hemograma)	4752	
1-2-01-1	Adolescentes	13961	30	4179	1	4179	
1-1-03-1	Escolares		80	0		0	
1-1-04-1	Vacunación		95	0	Lo hace el enfermero o ATAP no necesita cita	0	
1-3-01-1	Prenatal	927	80	741	5 (una consulta por mes, promedio 5)	3705	
1-3-03-1	Post natal	927	35	324	2 consultas	648	
1-5-01-1	Violencia intrafamiliar		45	0	Solo listado en EBAIS es abordado por Trabajo Social	0	
1-5-02-1	Atención odontológica		25	0	Esta a cargo de odontología quienes solo dan consulta y muy pocas veces educación	0	
	Promoción estilos de vida saludable >20		si	0	Charlas en EBAIS, 2 al año, no hay parámetro	0	
2-1-02-1	Obesidad		10	0	(Solo listado)	0	
2-1-03-1	Tamizaje HTA >20 a en visita domiciliar		5	0	Se hace por ATAP	0	
2-1-04-1	Tamizaje de dislipidemia	16617	60	9970	9970	19940	
2-1-05-1	*Hipertensos	3697	75	2773	cada 6 m (51%) 1414. Cada 3 meses (49%): 1359	8248	
2-1-06-1	** Diabetes	1848	75	1201	1201	4804	
	Papanicolaou	17226	***45	3932	3932	3932	
1-4-01-1	Adultos Mayores	2468	60	1481	1481	2962	
2-2-02-123	Red ca cerviz		si	0	Es valorado en interniveles	0	
3-1-05-1	Vigilancia epidemiológica		si	0	La hace el Equipo de apoyo y CILOVIS	0	
Total				27.841		55,762	13.940,5

* Según la clasificación de HTA así se valorara cada 3 meses y cada 6 meses.

** Según la norma se valora cada 3 meses ósea 4 veces al año por paciente. El ASC pacto 35% Hb glicosilada < 7

*** mujeres < 35 años 20%, Mujeres >35 a 25%
Adolescente Grupal esta a cargo del EBAIS Movil 30%

Fuente: Ficha técnica del Compromiso de Gestión del Área de Salud Cariari, análisis de población del Equipo de Apoyo del Área de Salud Cariari 2008. Anexo 2.

Las actividades que se realizan en los EBAIS del Área de Salud de Cariari las cuales fueron recolectadas mediante la entrevista y verificación en las agendas diarias de cada uno de los EBAIS se muestran en el siguiente cuadro y se desglosan en las plantillas de recolección de los anexos 3.

Cuadro N° 8.

Distribución del tiempo por actividades en los EBAIS del Área de Salud Cariari 2008.

Total de horas al año	Menos: Alimentación, reunión de equipo y comité, capacitación, traslado, reuniones de jefatura, consejos ampliados, evaluaciones, cubriendo emergencias.	Horas en Escenario escolar	Horas en Visita domiciliar	Horas de Cirugia menor	Horas para consulta
35.504	5.642,3	517	4.594	307	24.443,8

Fuente: plantilla de recolección anexo 3

Para relacionar este tiempo con el que cuenta realmente los EBAIS fue necesario establecer los días hábiles de 8 y 9 horas a si como feriados o parcialmente libre. Esta distribución se observa en el siguiente cuadro

Cuadro N° 9.

Número de horas en el Área de Salud Cariari para atención en los EBAIS año 2008

Mes	Total de días	Días de 9 horas	Días de 8 horas	Días de 5 horas
Enero	22	18	4	0
Febrero	21	16	5	0
Marzo	19	16	3	0
Abril	21	17	4	0
Mayo	21	16	5	0
Junio	21	17	4	0
Julio	22	18	4	0
Agosto	21	17	5	0
Setiembre	20	16	4	0
Octubre	23	18	5	0
Noviembre	21	17	4	0
Diciembre	21	15	4	2
Total:	253	201	51	2
Total de horas en el Área de salud Cariari 2219 (anual) x 16 (EBAIS) =				35.504

Según los 2 últimos cuadros (8 y 9) el Área de Salud de Cariari distribuye el tiempo en sus EBAIS de la forma en que se observa en el cuadro 10.

Cuadro N° 10.

Distribución del tiempo por porcentaje y actividades en los EBAIS del Área de Salud Cariari, durante el año 2008.

	Total de horas	
Actividades	35504	Porcentaje
Alimentación, reunión de equipo y comité, capacitación, traslado, reunión jefatura, consejos, evaluaciones, cubriendo emergencias.	5.642,3	15%
Horas en Escenario escolar	517	1,4%
Horas en Visita domiciliar	4.594	12,9%
Horas de Cirugía menor	307	0,86%
Horas para Compromiso de gestión	13.940,5	40%

Fuente: plantillas de recolección anexo3

No obstante se puede concluir que el 40 % del tiempo de los EBAIS está dirigido a cumplir con los Compromisos de Gestión, otras actividades varias en las que destacan las reuniones y traslados, consumen el 15% del tiempo.

El escenario escolar también de compromiso de gestión y la visita domiciliar suman un 15%, queda para consulta un 30% (10.503 horas) del tiempo total. Este tiempo es para atender al resto de la población que no se incluye en los programas del compromiso de gestión, esta población es de alrededor de: 36.494 cifra que sustenta el 57% de la población total. (Población total: 64.335 menos 27.841 de pacientes de programas y CG según cuadro N° 7.)

A pesar de que el nuevo modelo de atención es respaldado por una ley y todo el sistema ha sufrido una importante reestructuración en los últimos 10 a

12 años, no existe una inducción formal que le transmita a los nuevos y antiguos funcionarios las bases del sistema o los fundamentos del mismo, la cantidad de demanda en cuanto a consulta sobrepasa la oferta y se evidencio en esta investigación que la mayor parte del tiempo, los EBAIS están orientados a la consulta médica y no existe espacio en las agendas diarias para otras actividades que involucren verdaderas actividades relacionadas con las funciones de los EBAIS o con actividades de promoción y prevención de la salud como bien lo indica la literatura y la misma reforma del sector salud. Últimas que expresan claramente que el objetivo fundamental del primer nivel de atención es la Promoción y Prevención de la salud.

Por su parte los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) están desalineados sobre la percepción del nuevo modelo, lo cual se nota al entrevistarlos al respecto y usando el instrumento llamado entrevista a Médicos de EBAIS del Área de Salud Cariari. Se observa que el Medico conoce plenamente sus funciones respecto a lo que debe hacer para cumplir el compromiso de Gestión, prueba de ello es que durante los últimos años el Área de Salud ha logrado obtener una nota mayor al 90 (anexo 4) en las evaluaciones anuales del Compromiso de Gestión.

Es destacable además que no existe evidencia alguna de otras evaluaciones orientadas a la organización de los recursos en cada uno de los EBAIS, o a otras evaluaciones tanto internas como externas sobre el seguimiento y desarrollo de los niveles de atención.

Es rescatable el hecho de pensar que la ley es clara pero dentro de la idiosincrasia de las instituciones públicas en Costa Rica hay algo que pesa más y esto es la cultura organizacional, motivo por el cual a pesar de no tener que rendir cuentas a la Contraloría General de la República sobre los CG y si sobre el Plan Anual Operativo, nuestra cultura nos indica que es más importante cumplir con dichos CG aunque se descuiden otras funciones.

Para demostrar lo confusos que está el personal médico del Área de salud sobre las funciones de los primeros niveles, se revisaron las entrevistas, las cuales destacan que al preguntar ¿Conoce usted los principales problemas de Salud mencionados en el ASIS del Área de Salud? La mayoría anotó que sí (12 entrevistados) pero al pedirle que anotara cuáles eran, ninguno acertó en sus respuestas, (Anexo 3, entrevista tabulada.) por orden de prioridad, la mayoría anotaron problemas que no están en la lista del Análisis del Área de Salud.

Muchos de los entrevistados no saben con exactitud cuál es el objetivo fundamental del primer nivel de atención: 4 señalaron que los CG, otros 4 que la promoción y prevención de la Salud y unos pocos otras actividades como: atención de crónicos, Atención Integral en Salud y visitas a las escuelas.

Las actividades y la percepción de ellas para cada uno de los médicos están ligadas a la consulta diaria, prueba de ello es que en las agendas no hay espacios claros para otras actividades más que las indicadas en el cuadro 10 las cuales evidencian un modelo mayormente biológico.

Es claro que los EBAIS invierten sus recursos y tiempo en dar consulta, dentro de esta se aprovecha para dar ciertas recomendaciones y educar a la población sobre el autocuidado y otros temas de interés relacionados con la promoción y prevención de la salud. En algún momento y de forma poco planeada surge alguna charla para enfrentar o ayudar a la resolución de algún problema de salud, estas charlas generalmente se hacen en algún momento de la consulta en que algún miembro del EBAIS pueda darla, pero no existen lineamientos claros, grupos a los cuales estén dirigidos específicamente o alguna planificación que trate de generar impacto en la población.

En este estudio se observó que hay EBAIS muy saturados con muy pocos cupos para consulta o medicina general, estos son los que tienen mayor

población, (cuadro 6), existen otros con poca población y tienen mayor cantidad de horas para dedicarlas a actividades fuera de las que amerita los CG, este tiempo sin embargo se consume en consulta de medicina general y se siguen dejando de lado las actividades que se orienten hacia la educación de la población, que es tan necesaria para alcanzar el mejor estado de salud y incluso para disminuir las policonsultas.

No obstante los médicos se han formado en un modelo meramente biológico preparados en su mayoría para laborar en un ambiente hospitalario, pero el trabajo en un EBAIS se aleja de forma importante del paradigma biologista y unicausal de la enfermedad. Los profesionales de los primeros niveles de atención tienen en sus manos la Salud Pública del país, son los que están cerca de la población conoce sus problemas y la manifestación de la enfermedad en ellos, es posible que estos Equipos estén a la par del usuario durante toda su vida de la cuna a la tumba. Pero la falta de formación y información hacen que la mayor parte de los profesionales se desperdicien en consumirse dando solo consulta sin tener tiempo para algo más y que podría cambiar enormemente el perfil epidemiológico del país. No basta con formar e invertir en la formación de los profesionales y técnicos de salud de los primeros niveles de atención, se hace necesario empoderarlos de su rol en la cultura de salud de un país.

Para todo lo anterior es importante que además del gerente de salud del Área de Salud Cariari, se le dé personal de apoyo que le ayude a tomar decisiones y formular políticas internas de atención. Estos profesionales podrían ser: Un médico de familia, psicólogo, epidemiólogo y salubrista público.

Sin embargo no hay que dejar de lado que las altas exigencias de los compromisos de gestión inhiben al gerente ante la toma de muchas decisiones y mientras las expectativas de estos CG sean tan altas junto con las coberturas que la dirección de compras obliga a pactar, es difícil que los ya saturados servicios de salud en el primer nivel, rindan para algo más. Por su parte para los

EBAIS es frustrante ya que lo único tomado en cuenta para evaluar su desempeño son: el número de consultas al mes y el cumplimiento de los Compromiso de Gestión.

CAPITULO V

Propuesta de solución

CAPITULO V

Propuesta de Solución.

Los primeros niveles de atención se concibieron para disminuir los gastos en salud del país, ya que es más barato prevenir que curar, el actual modelo ha mejorado la salud de la población en general, pero las funciones que realmente debe desempeñar están siendo olvidadas y consumidas por actividades orientadas hacia la producción de consultas en los EBAIS, a fin de mejorar la situación actual, se plantea la siguiente propuesta, basada en 5 pilares básicos:

- ✓ **Fortalecimiento en actividades de promoción y prevención**
- ✓ **Redefinición roles de trabajo entre el ministerio de salud y la Caja del Seguro Social**
- ✓ **Formación**
- ✓ **Elaboración de protocolos**
- ✓ **Motivación del personal**

Fortalecimiento del Modelo de atención Integral

1. **Fortalecimiento en actividades de promoción y prevención:** en las agendas diarias de los EBAIS deben existir espacios para estas actividades. Actividades que no necesariamente tienen que ser con la participación de todo el EBAIS, las podría dirigir el ATAP.
2. **Redefinir roles de trabajo entre el ministerio de salud y la Caja del Seguro Social.** La imagen del promotor de salud ha desaparecido es preciso que surja este nuevo protagonista en el sistema, con una capacitación técnica y dirigida a estrategia de salud pública. Este rol lo podría asumir el ministerio de Salud.

3. **Formación:** los EBAIS deben de conocer la importancia de su función en el ámbito social y en la línea del perfil epidemiológico del país. Se debe de reforzar la nueva imagen de los EBAIS no solo como centros de consulta, más bien como centros de atención integral en salud. Para lo anterior se debe de invertir en formación. Dicha formación se podría generar por parte de nuevos profesionales que apoyen la gerencia de los EBAIS como lo son: Epidemiólogo, Salubrista Publico y Medico de medicina general. Otra opción la podría generar el agregar mas participantes al curso de gestión local.

4. **Elaboración de protocolos:** Existen actividades como la visita domiciliar que consumen muchos recursos y tiempo. Se deben de hacer protocolos para incluir un paciente en visita domiciliar y un plan para revalorar los pacientes después de un tiempo, tiempo en el cual el paciente pudo recuperase y se debe sacar de la visita. Otra propuesta de protocolo es dar la consulta de planificación en un esquema grupal y cada 3 meses.

5. **Motivación del personal:** el personal de la Caja del Seguro Social esta altamente desmotivado, y esto se da no necesariamente por falta de incentivos, si no al contrario los incentivos han pasado a ser dadas normales y han perdido el objetivo fundamental, incentivar. La caja debe de invertir en motivación y en promocionar los incentivos que existen. A sí como empoderar al personal de la importancia que tiene su trabajo en la salud publica del país.

Todo cambio merece una motivación, es importante que documentos como estos no queden archivados y realmente generen o propongan una solución a un problema en la institución.

CAPITULO VI

Propuesta Plan de Implementación

CAPITULO VI

Propuesta plan de implementación

Esta propuesta debe ser desarrollada a través del tiempo ya que existen muchas variables y la carga burocrática que tienen las instituciones del Estado es mucha, por lo que los cambios son a largo plazo. No obstante hay cambios para los que se necesitan recursos externos y estos se catalogan a largo plazo, existen otros que se pueden hacer a corto plazo (1 año) y con recursos internos.

Corto Plazo

- ❖ Elaborar protocolos para la visita domiciliar y tratamiento o atención de algunos programas de forma grupal como el de planificación, con el fin de aumentar la cantidad de personas atendidas por horas y mejorar y dotar de tiempo para otras actividades de promoción y prevención. Responsables: equipo de Apoyo del Área de Salud.
- ❖ Hacer actividades que promuevan la promoción y prevención de la salud en el personal, para luego implementarlas a la comunidad. Responsable: Equipo de apoyo del Área de Salud.
- ❖ Hacer un programa de capacitación a los EBAIS parecido a la educación continua, sobre las características del Nuevo Modelo, esto se puede hacer durante los consejos de Área o los viernes. Se puede pedir ayuda a la dirección Regional para que nos apoye con personal con experiencia (epidemiólogo o médico de medicina general)
- ❖ Elaborar actividades para mejorar la satisfacción del usuario interno del personal del Área de Salud de Cariari y usara a si como promocionar los incentivos no económicos. Responsables: Equipo Gerencia.

Largo Plazo:

- ❖ Solicitar disminuir el porcentaje de cobertura en programas en los Compromisos de Gestión, usando la evidencia de este trabajo, ante la Dirección de Compras de Servicio.
- ❖ Solicitar a la Dirección de Compras de Servicio definir nuestros propios ítems a evaluar en cada uno de los programas o indicadores.
- ❖ Solicitar a la Gerencia médica, plazas de Medico de Familia, epidemiólogo y salubrista Publico. Con el fin de mejorar la atención integral y elaborar estrategias de trabajo en conjunto con los EBAIS.
- ❖ Solicitar a la Dirección de Compras de Servicio incluir indicadores dirigidos al cumplimiento de actividades de promoción y prevención.

Costa Rica se ha avanzado de muy buena manera a través del tiempo y el desarrollo de los sistemas de salud, sin embargo no todo lo planeado en este nuevo sistema a dado resultado, lo bueno es saber que existe la posibilidad de hacer mas eficaz al sistema y este trabajo demuestra una parte de lo que se podría hacer solo con la voluntad de mejorar, incluso sin necesidad de invertir grandes cantidades de tiempo y dinero.

CAPITULO VII

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. Las funciones esperadas dentro de un primer nivel de atención son ambiguas ya que existen dos grandes grupos, aquellas planteadas por la literatura y las cuales reafirma la Caja Costarricense del Seguro Social en los documentos en que se formalizó la reforma del sector salud y lo que realmente se hace en los EBAIS y en las Áreas de Salud. Las Áreas de Salud tratan de desarrollar las funciones generales para un primer nivel de atención, pero de forma global dentro del Área de Salud. Mientras que los EBAIS perciben como suya solo la función de dar consulta médica y unas pocas actividades como el escenario escolar. No existe la percepción en los médicos de los EBAIS del área de Salud su función, aunque a baja escala, de gerente de salud, de ente transformador de cambio. Los EBAIS están muy ocupados dando consulta e inmersos en su círculo vicioso como para dedicarse a hacer acciones que promuevan la participación social y responsable, la educación en promoción y prevención y a educar a la población de la cual es responsable sobre el rol que ellos mismos cumplen en el proceso salud enfermedad. Sin embargo es difícil para el personal del EBAIS orientar hacia otras funciones, aunque exista la iniciativa, por que las políticas van orientadas hacia la producción de consultas y no a otras acciones.
2. Las coberturas pactadas por el Área de Salud Cariari son altas y esto permite evaluar a un gran número de la población principalmente hacia los extremos de la pirámide poblacional, puesto que son las vacunas, el programa de diabetes, hipertensos y adultos mayores los mayores rangos. Y aunque el porcentaje pactado solo son los pacientes de primera vez al año esto obliga a valorarlos con calidad, lo cual aumenta en número de consultas. El pactar porcentajes tan altos tiene pros y contras. Lo primero es que se disminuyen complicaciones secundarias de la enfermedad en la población ya enferma y lo segundo es que esto disminuye la posibilidad de

prevenir que la enfermedad se dé en la población aun sana. Esto porque queda poco tiempo para distribuirlo en aquella población que no entra en ningún programa, por lo general población sana, joven y activa económicamente.

3. El tiempo que los EBAIS dedican al compromiso de gestión es un 40% de su tiempo, otro 30% lo dedican a visita domiciliar, escenario escolar, tiempo de transporte para reuniones o giras y reuniones del área como con la población. Quedando un 30% para dar consulta médica al resto de la población que no ingresa en los indicadores del CG que es de más o menos 57% y a realizar otras actividades propias del EBAIS.
4. La mayoría de los médicos están estructurados bajo un modelo biológico y las universidades enseñan poco sobre otros pilares de salud pública. Existe en el primer nivel un curso de Gestión Local de Salud al cual tienen acceso muy pocos, la educación en cuanto a la formación técnica y profesional de los profesionales que laborar en el primer nivel se queda corta para satisfacer las necesidades que solicita el nuevo modelo. La Caja del Seguro invierte poco en este tema o campo.
5. Según las notas obtenidas en las ultimas evaluaciones del Compromiso de Gestión todo el personal del Área tiene claro las funciones y deberes respecto a Compromiso de Gestión ya que las notas son muy buenas y todos saben lo que deben hacer, no obstante existe discrepancia en cuanto a las funciones del primer nivel, buena parte de los médicos piensa en que la función principal es cumplir con el compromiso de gestión y saben poco del nuevo modelo de atención.
6. Existe la percepción errónea sobre los Compromisos de Gestión y el excesivo consumo de recursos y tiempo, sin embargo este estudio evidenció que se utiliza solo un 40% en esta actividad. Por su parte existen otras funciones que también consumen tiempo como son las reuniones, tiempo de traslado, visita domiciliar y escenario escolar. En las cuales podrían optimizarse las actividades que se realizan y darles un sentido propiamente dicho. Analizar cuáles son los pacientes que realmente

ameritan visita domiciliar para no desperdiciar recursos, así como optimizar la visita domiciliar y delegar entre los diferentes funcionarios del EBAIS aquellas actividades que podrían hacerse con personal técnico y dejar al profesional para funciones más finas.

Recomendaciones

1. **Para la Dirección Médica de la Caja y Ministerio de Salud:** El modelo actual que tiene el sistema nacional de Salud es muy bueno, pero hay ambigüedad de criterios y objetivos. Esto puede darse por que la caja **no** ha delimitado claramente sus funciones y con el pasar del tiempo asume y asume más y diferentes responsabilidades en el sector salud, hay ausencia de delegación de actividades y por mas buenas intenciones que existan se necesita contar con los recursos necesarios para cumplir con las expectativas del nuevo modelo, por tal motivo sería bueno reestructurar los roles y funciones de los diferentes integrantes del sector salud. No se puede seguir pensando en un modelo y hacer otro, El primer nivel necesita que se le ayude por parte del ministerio de Salud ha hacer promoción y prevención de salud, a involucrar a la comunidad en el proceso salud enfermedad. Ya que el primer nivel está saturado con funciones biologists y muchas de estas funciones las debe hacer por que la población no está educada y lo que es peor no tiene tiempo ni recursos para educarla.
2. **Para el Área de Salud y la Dirección Medica:** El Área de Salud y la Caja deben invertir en formación para el personal de salud y la orientación que desee darle al nuevo modelo, una opción es aumentar el número de participantes en el curso de gestión Local, otra opción es dotar al Área de Salud de profesionales en epidemiología, Salud Pública y Subdirector para ayudar al gerente en la organización del Área de Salud.

3. **Para el Equipo de Apoyo y la Dirección Médica del Área de Salud Cariari:**

- a. Se debe hacer un protocolo para la visita domiciliar ya que esta consume muchos recursos, deberían usarse un esquema sobre que pacientes y las características que debe tener para hacer la visita domiciliar, las distancias y el número de pacientes según la distancia.
- b. Motivar al personal de los EBAIS sobre la importancia de la función que desempeñan en el sistema nacional de Salud. Darles herramientas académicas para desarrollarse en su campo.
- c. Elaborar estrategias y Gestión Local en cada uno de los EBAIS sobre la población que tiene a su cargo

Las anteriores consideraciones buscan mejorar el modelo de gestión del Área de Salud de Cariari, a fin de mejorar el servicio que ésta brinda a sus usuarios.

BIBLIOGRAFIA

1. Análisis de Situación de Salud Área de Salud Cariari.
2. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
3. Fichas técnicas de Compromiso de Gestión 2008/2009 del Área de Salud Cariari.
4. Gómez, o. Salud Publica y Política Nacional de Salud en Costa Rica, EUNED, Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica. 2003.
5. Jaramillo, J. Salud y seguridad Social. Editorial de la Universidad de Costa Rica, San Jose, Costa Rica 1993.
6. Jaramillo, J. Historia y Evolución del Seguro Social de Costa Rica . Editorial EDNASSS, San José, Costa Rica 2004.
7. Ministerio de salud de Costa Rica. Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, Reglamento de Organización y Funcionamiento. Decreto N 30945-S. La Gaceta N 18, lunes 27 de enero del 2003.
8. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria ambiental. Washington, DC: OPS; 1997.
9. Salas Ch. y otros. Modulo de sistema Nacional de Salud. Curso de Gestión Local de Salud. CENDEISSS, CCSS. Escuela de Salud Pública, UCR, 2006.

¹⁰http://www.ccss.sa.cr/html/organizacion/gestion/gerencias/administrativa/dcsc/01_dcsc.html (18-04-08)

10. Plan Anual Operativo Area de Salud Cariari 2008.

ANEXOS

ANEXO I

(Compromisos de Gestión del Área de Salud Cariari)

ANEXO II

(Distribución de la población según indicadores de los Compromisos
de Gestión)

ANEXO III

(Plantilla de recolección de funciones y tiempos gastados por cada uno
de los EBAS del Área de Salud Cariari y
Entrevista a Médicos tabulada)

ANEXO IV

(Evaluaciones de la Dirección de Compra de Servicios al Área de
Salud Cariari)

ANEXO V

(Glosario)

GLOSARIO.

Interniveles: es una comisión que se hace entre representantes del segundo y primer nivel para coordinar algunas acciones y su correcta resolución, como por ejemplo analizar las referencias y contrareferencias realizadas a pacientes con displasia cervical o diabetes con el fin de captar la mayor cantidad de pacientes y darles seguimiento a los pacientes en el sistema y detectar los que han salido del sistema y que podrían estar en evidente riesgo.

Promoción de la Salud: son actividades orientadas a la educación, para influir sobre conductas individuales tratando de lograr cambios conductuales, adopción de estilos de vida saludables. Tienen que ver con los procesos para que las personas y la comunidad puedan ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud y, por tanto, logren mejorar su estado de salud.

Prevención de la salud: Son acciones protectoras de riesgos específicos, su objetivo fundamental es lograr reducir los factores de riesgo y la enfermedad. Se dirigen a personas y grupos susceptibles a enfermar, a enfermos que aun no tienen manifestaciones de la enfermedad y a enfermos a quienes se les quiere prevenir complicaciones.

Vigilancia epidemiológica: La observación activa y permanente de la distribución y tendencia de la incidencia de la enfermedad mediante la recolección sistémica, consolidación y evaluación de informes de morbilidad y mortalidad, así como de otros datos relevantes. Conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades muertes o síndromes sujetos a vigilancia y a la notificación obligatoria, que generan información sobre los comportamientos y tendencia de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos.

