

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
Vicerrectoría Académica
Escuela de Ciencias Exactas y Naturales
Sistemas de Estudio de Postgrado
Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles**

» **Influencia de la supervisión de enfermería en la visita domiciliar de los
Asistentes Técnicos de Atención Primaria en el Área de Salud Cañas,
año 2005**

Tutora: Msc. Noemí Noguera

Asesora: Msc: Iris Obando

Realizado por:

Lic. Ana Lissette Mora Gómez

Lic. Clara Isabel Arias Arrieta

2006

Dedicatoria

*A nuestras familias y seres amados por su
paciencia y comprensión*

Agradecimientos

Mcs. Iris Obando por invaluable asesoría

Mcs Noemí Noguera magnífica tutoría

A nuestros sectores:

*Mcs. Felicitas Barquero y Mcs. Manuel Acevedo
por su valiosa ayuda.*

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
RESUMEN EJECUTIVO	6
INTRODUCCIÓN	8
1.CAPITULO I : MARCO CONTEXTUAL	10
1.1.ANTECEDENTES	11
1-1-1 Contexto Internacional	11
1-1-2 Contexto Nacional.....	14
1-1-3 Contexto Local	21
1.2.JUSTIFICACIÓN.....	29
1.3.DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	31
1-3-1 PROBLEMA.....	31
1.4.OBJETIVOS.....	32
1-4-1 Objetivo General.....	32
1-4-2 Objetivos Específicos.....	32
2.CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	33
2.1.Composición institucional del sector salud en Costa Rica.....	34
2-1-2 Niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social	34
2.2.La atención primaria en salud.....	35
2-2-1 Objetivos de programa de atención primaria:	37
2.3.Asistente técnico de atención primaria:	37
2.4.Visita domiciliar:.....	39
2-4-1 Normas del ATAP en la visita domiciliar:	41
2-4-2 Clasificación de familias:.....	42
2.5.Proceso administrativo en enfermería	42
2-5-1 Control	43
2-5-2 El Supervisor:.....	45
2-5-3 La supervisión.....	45
2-5-4 Objetivos de la supervisión	46
2-5-5 Principios de la supervisión.....	46
2-5-6 Requisitos de planes de supervisión.....	46
2-5-7 Supervisión externa	47
2-5-8 Supervisión interna	47
2-5-8-1 Supervisión directa:	48
2-5-8-2 Supervisión indirecta:	48
2-5-8-3 Supervisión capacitante.....	48
2-5-8-4 Monitoreo y apoyo logístico	49
3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	50
3.1.Tipo de estudio	51
3.2.Área de estudio.....	51
3.3.Unidades de análisis.....	51
3.4.Fuentes de información primaria y secundaria	52
3.5.Identificación, descripción y relación de las variables de análisis.....	53
3.6.Operacionalización de variables	54
3.7.Selección de Instrumentos y técnicas.....	58
3.8.Procedimientos para el análisis de la información.....	58

3.9.Resultados esperados y limitaciones.....	59
4.CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	60
4.1.Proceso de supervisión.....	61
4.2.Desempeño (rendimiento y cumplimiento) de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar según cuestionario y ficha familiar.....	65
5.CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
5.1.Conclusiones	73
5-1-1 Conclusiones generales.....	73
5-1-2 Conclusiones específicas	73
5.2.Recomendaciones	76
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	84
Hoja de Cotejo	86
Cuestionario: Actividades administrativas relacionadas con el desempeño del ATAP en la visita domiciliar	87
Cuestionario: Funciones y actividades que realiza el asistente técnico de atención primaria durante la visita domiciliar	90
Ficha familiar	

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo es una investigación que posee un enfoque cuantitativo descriptivo en la cual se da a conocer las actividades que ejecuta la jefatura de enfermería en el proceso de supervisión a los asistentes técnicos de atención primaria; y es explicativa ya que identifica áreas críticas del mismo evidenciando su efecto en el cumplimiento y rendimiento de la visita domiciliar que efectúa el asistente técnico de atención primaria en el Área de salud de Cañas durante el año 2005.

Mediante una entrevista que se le realiza a la jefatura de enfermería, y un cuestionario auto administrado a los asistentes técnicos de atención primaria se logra describir y analizar como se desarrollan las actividades que comprenden el proceso de supervisión.

Para valorar el desempeño de los asistentes técnicos de atención primaria se toma como fuente primaria las fichas familiares de las visitas domiciliarias efectivas realizadas durante el año 2005 las cuales fueron un total 1256, de estas se toma una muestra probabilística estratificada en donde al menos una ficha familiar por asistente técnico de atención primaria sea estudiada, con error estándar de .015 y un nivel de confianza de 90%. Además se aplica un cuestionario auto administrado a los asistentes técnicos de atención primaria para valorar la importancia y la frecuencia con que desempeñan las actividades y funciones propias de la visita domiciliar.

Se evidencia deficiencias en el proceso de supervisión de enfermería, entre estas se pueden mencionar: debilidades en la planificación, programación, ejecución de las supervisiones directas e indirectas y en algunos casos la no aplicación o el no seguimiento de las mismas cuando éstas así lo requieren.

Se logra identificar que el proceso de supervisión de enfermería que se realiza en los asistentes técnicos de atención primaria del Área de Salud de Cañas posee

una influencia directa en el bajo rendimiento y cumplimiento de la visita domiciliar, y en menor intensidad en el desempeño de la misma.

Se comprueba que existe un bajo rendimiento y cumplimiento por parte de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar, puesto que de las 4500 visitas domiciliarias programadas solo se logran ejecutar 1256 visitas domiciliarias efectivas, lo que significa un 28% de producción, reflejo de un proceso de supervisión débil y discontinuo, con el agravante que gran parte del tiempo dispuesto para visitas domiciliarias es utilizado en otras actividades de la estrategia de atención primaria, tales como barridos y bloqueos, trabajo escolar, jornadas de vacunación, etc.

Se determina que el desempeño de los asistentes técnicos de atención primaria en las cinco dimensiones sustanciales de su quehacer en la visita domiciliar un promedio del 87% de los técnicos de atención primaria revelan que es muy importante realizar las actividades y funciones de visita domiciliar, y en materia de frecuencia en que se realizan estas actividades es valorado como regular (68%), lo que indica que a pesar de que cuentan con una deficiente supervisión de parte de la jefatura de enfermería se mantiene un moderado compromiso de los asistentes técnicos de atención primaria en realizar las funciones y anotar los datos en las fichas familiares.

Se recomienda la necesidad de una supervisión constante, continua y oportuna de acuerdo a las “Normas de la Visita Domiciliar”, que permita identificar justo a tiempo las debilidades encontradas en la visita domiciliar del técnico de atención primaria, ya que con la implementación de programas de acuerdo al compromiso de gestión se adicionan mayores actividades que deben cumplir la jefatura de enfermería (supervisora) y el ATAP en su quehacer diario, dándose una respuesta orientada a la responsabilidad y rendición de cuentas; y como consecuencia: optimizar la estrategia de los asistentes técnicos de atención primaria; así la comunidad gozaría de unos servicios accesibles, de bajo costo y de calidad.

INTRODUCCIÓN

El estado de Costa Rica suministra a toda la población servicios de salud integrales, para prevenir la morbilidad, reducir la mortalidad y disminuir las incapacidades, de modo que se satisfagan las aspiraciones de la comunidad, en el marco de la eficacia y eficiencia de la economía nacional.

“La política de la salud se orientan al propósito general de prolongar la vida, y contribuir a alcanzar el pleno desarrollo individual y colectivo del hombre, así como el mejoramiento de su calidad de vida.”

En el desarrollo de esta política, el Ministerio de Salud elabora e implementa el Plan Nacional de Salud, cuyo objetivo esencial consiste en la extensión de la cobertura de salud, mediante el cual pretenden hacer llegar a toda la población servicios que satisfagan sus necesidades básicas, individuales y colectivas en forma integral y efectiva.

Para alcanzar este objetivo se han recurrido a nuevas estrategias como el desarrollo de la Atención Primaria en Salud con la participación popular, la coordinación intersectorial y el desarrollo de las tecnologías apropiadas.

La extensión de la cobertura de servicios de salud es un proceso impulsado por una firme decisión política que se encuentra en una etapa avanzada de desarrollo; no obstante la preocupación actual es asegurar el cumplimiento de los criterios de accesibilidad, efectividad, integrabilidad y continuidad de la atención en áreas rurales y urbanas.

Los funcionarios del primer nivel de atención, específicamente los Asistentes Técnicos de Atención Primaria, son un recurso básico que apoya el buen cumplimiento de los objetivos del Área de Salud en Cañas. Por otro lado son la base fundamental para la promoción de la salud, captación oportuna de enfermedades prevenibles por vacunación y las enfermedades crónicas, así como

también la disminución de la morbi-mortalidad infantil y materna.

Estos funcionarios tienen un perfil ocupacional establecido y laboran con un programa de trabajo anual que planean a inicios del año en base a balances realizados el año anterior.

La visita domiciliar integral es la esencia de su perfil laboral; se les asigna un número casas de acuerdo a normas para visitar, lo que les permite desarrollar en forma ordenada su trabajo, midiéndolo trimestralmente. No obstante, en la mayoría de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria se observa un bajo rendimiento de su producción en lo que respecta a la visita domiciliar.

De lo anterior, surge la interrogante del porque pese a que estos funcionarios realizan una programación con lineamientos establecidos de acuerdo a normas, no están dando el rendimiento y cumplimiento de la visita domiciliar programada anualmente.

Dada la relevancia social de que estas actividades se desarrollen durante el año, se hace necesario revisar aspectos relacionados con el trabajo, recopilación de datos estadísticos de producción y la supervisión que se realiza en el cumplimiento y rendimiento en la visita domiciliar de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria del Área de Salud de Cañas, durante el año 2005.

1.CAPITULO I: MARCO CONTEXTUAL

1.1. ANTECEDENTES

1-1-1 Contexto Internacional

La estrategia de atención primaria en salud es un concepto revolucionario del siglo veinte que se está desarrollando en los prestatarios de los servicios de salud a nivel mundial. Ha sido aceptado universalmente, pero su implementación ha sido mínima; la determinación de prioridades difiere de lugar en lugar y depende de los recursos económicos disponibles para el mejor aprovechamiento del personal de salud, con miras a una integración de la medicina preventiva y curativa a la comunidad y la proyección de los servicios hospitalarios a la comunidad.

Estos servicios deben responder a las necesidades de la población de acuerdo a sus características específicas, sean zonas rurales o urbanas; factores demográficos, culturales, ocupacionales y su distribución por edades determinarán la forma de estructuración de los servicios. (*Szpirman, 1994*)

1-1-1-1 Israel

El concepto de atención primaria de salud en el sistema de seguro de salud de Israel comprende todas las fases de la salud: promoción de la salud, atención preventiva, atención curativa y rehabilitación en la comunidad. En esta forma la atención primaria constituye el fundamento del seguro de salud integral y del sistema de suministro de atención médica en todo el país. (*Szpirman, 1994*)

En 1993 en este país los servicios de atención primaria llegaron al 100% de la población.

La promoción y prevención no substituyen la atención en salud. El paso de proyectos pilotos a programas nacionales depende de decisiones políticas y la productividad de los servicios en salud. (*Szpirman, 1994*)

En Israel la atención primaria en salud se basa en tres factores:

- A. Participación comunitaria
- B. Coordinación intersectorial
- C-Tecnología apropiada.

El equipo de atención primaria en salud, en áreas rurales y urbanas, funciona en forma de módulos de medicina familiar que permite la interacción efectiva de los miembros del equipo de salud con el paciente y la comunidad.

El equipo está formado básicamente por el médico y la enfermera registrada o auxiliar, y de acuerdo al nivel de atención se incorporan la recepcionista, la trabajadora social, el educador para la salud y otros profesionales, de acuerdo al programa a realizar.

Dentro de las actividades se destaca el registro de información médica eficiente, con una ficha familiar orientada a solucionar problemas del paciente, reuniones del equipo de salud y las visitas domiciliarias a iniciativa del equipo de salud.

1-1-1-2 En Latinoamérica.

En la segunda mitad de los años sesenta y el inicio de los setenta, varios países latinoamericanos discutieron maneras para extender sus servicios de salud a las poblaciones rurales dispersas, en particular las comunidades con menos de 500 habitantes, así como a las familias que habitan en las riberas de los ríos y a lo largo de los caminos.

El concepto de “medicina simplificada” surgió de estas deliberaciones. Este concepto es implementado por el personal auxiliar, quienes, después de un curso de capacitación de dos meses, son capaces de atender y resolver la mayoría de los problemas comunes de salud de la población.

En Cimaltango, Guatemala, el Dr. Carroll Berhorst capacitó a los líderes indígenas para que participaran como “asistentes de salud” en sus comunidades.

Durante el mismo lapso, eruditos latinoamericanos estudiaron y diseminaron información sobre los modelos de atención primaria de salud utilizados en otras partes del mundo. *(Muñoz, 1996)*.

Para entonces Venezuela había establecido un “programa simplificado de medicina” dirigido, a las poblaciones rurales.

1-1-1-3. República de México

En México, para atender las necesidades de una población urbano-marginal cercana a la ciudad de México, la secretaría de salud instrumentó un modelo de atención primaria en el que se incluyeron técnicos en atención primaria (TAPS) y médicos generales.

Los TAPS desempeñan actividades comunitarias y asistenciales; las primeras incluyen educación para la salud, visita de control a pacientes atendidos en la unidad, detección, referencia y control de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas, participación en campañas de vacunación y acciones de regulación sanitaria y asistencia social. (www.insp.mx/salud/36/365-9s.hrm.x vol.36. N°5, 2005)

Los TAPS otorgan consulta sobre dos padecimientos y tres programas prioritarios: infecciones respiratorias agudas superiores, diarrea aguda no complicada, control prenatal, control del niño sano y planificación familiar. Están capacitados para prescribir analgésicos, sales de hidratación oral, productos hormonales utilizadas en planificación familiar y antibióticos para el manejo de infecciones respiratorias agudas y diarrea aguda, cuando esta lo amerita.

1-1-1-3-1 El modelo operativo de servicios de salud en México.

Este modelo se puso en marcha en los centros de salud urbanos Herreros y Plateros del municipio de Chimalhuacan, Estado de México. Cada centro cuenta con un director médico, un médico asistente de la dirección, tres médicos generales y quince técnicos de atención primaria, también dispone de un odontólogo y de personal administrativo.

El modelo de atención está organizado mediante equipos de salud denominados módulos básicos de atención primaria; cada uno tiene un médico general, cinco TAPS y existen tres módulos en cada centro de salud.

Los médicos encargados de los módulos otorgan consulta, coordinan y supervisan el trabajo de los TAPS y participan en las actividades de capacitación continua.

(www.insp.mx/salud/36/365-9s.hrm.x vol.36. N°5, 2005)

Cabe destacar que la consulta esta organizada de tal forma que el médico responsable del módulo supervisa el tratamiento de todos los pacientes atendidos por el personal técnico. Sus actividades están organizadas de forma rotatoria un día a la semana otorga consulta, otro día funge como asistente de consultorio y los tres días restantes realiza actividades comunitarias (www.insp.mx/salud/36/365-9s.hrm.x Vol.36. N°5, 2005)

1-1-2 Contexto Nacional

1-1-2-1 Nacimiento de los técnicos de atención primaria en salud en los Programas rurales y urbanos en Costa Rica.

A principios de los años setenta, el programa de salud para comunidades rurales dispersas se concibió y estructuró por el Ministerio de Salud dentro del marco de los programas de Malaria, a raíz de lo cual se capacitó a este personal para que ejecutara otras actividades de salud, mediante cursos para formar Asistentes Rurales en Salud que se conocen hoy como Técnicos de Atención Primaria. Dicha

decisión se basó en que el Programa de Malaria había sido exitoso por su excelente organización y su excelente personal disciplinado en todos los niveles. *(Muñoz, 1996).*

Los objetivos del Programa Rural de Salud fueron y permanecen orientados principalmente a incrementar la cobertura de salud y las condiciones de salud (morbilidad, mortalidad), en particular de la madres y los niños; se establecieron metas referentes al desarrollo de la infraestructura física y gestión del programa mismo, todo esto con el objeto de brindar soluciones integradas a los problemas de comunidades alejadas o rurales. *(Ministerio de Salud, 1973).*

El Ministerio notó que a la par del reciente proceso de urbanización costarricense habían surgido grandes áreas menos privilegiadas. Además, el Ministerio reconoció que en las áreas desprotegidas, la mayoría de las familias eran muy pobres, vivían en viviendas improvisadas, tenían altas tasas de desempleo y mostraban una marcada patología social.

En muchas familias faltaba el padre y las madres eran las responsables de criar a su numerosa prole. Su nivel educativo adulto estaba por debajo del promedio nacional. Como resultado de la pobreza, hacinamiento, y condiciones sanitarias indeseables, la población, principalmente los niños, tuvo una alta prevalencia de infecciones y malnutrición. No solo la ciudad capital, San José, sino también otros centros urbanos, en particular los puertos de Limón y Puntarenas, tuvieron problemas similares. *(Muñoz, 1996).*

Esta dramática situación en San José y otros centros urbanos, y recordando la experiencia positiva con los puestos rurales de salud, en contraposición con la función estática de los centros de salud el Ministerio de Salud, decidió a fines de 1974, buscar una estrategia de nueva atención de salud para las comunidades urbanas desprotegidas.

El Programa Comunitario de Salud para Áreas Urbanas comenzó en 1976; pero

fue durante 1975 que el Ministerio de Salud elaboró el Programa (Ministerio de Salud, 1975), basado en el análisis situacional del área metropolitana de San José y el sistema de atención médica del país en ese momento.

Durante el primer año, dicho programa tuvo como personal básico auxiliares de enfermería, los cuales organizaban Comités de Vecinos para conseguir la participación de otros organismos del gobierno que también trabajaban con grupos desprotegidos de la población, de esta forma identificaron trabajadores voluntarios, llamados líderes en bloque.

En 1977 estas personas recibieron capacitación por tres meses, convirtiéndose por tanto en asistentes comunitarios de salud, adquiriendo categoría de personal institucional auxiliar del Ministerio de Salud. Desde entonces se ha convertido en el personal básico de asistente comunitario en Salud Urbana.

A los asistentes de salud rural y urbana se les conoce hoy con el nombre Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP), nombre que fue acuñado por la OMS en 1978, en el “Proyecto de Salud para todos en el año 2000” (*Miranda, 2003*).

En los años ochentas, con el Proceso de Reforma del Sector Salud en Costa Rica, los ATAP dejaron de ser funcionarios directos del Ministerio de Salud, pues pasaron a ser parte del Sistema de Atención Integral en Salud, específicamente en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

1-1-2-2 Formación de los técnicos de atención primaria en salud en programas rurales y urbanos en Costa Rica

La formación de los asistentes para el programa de Salud Rural, se inició en el mes de marzo de 1971 con un grupo de 11 personas, cuyas edades oscilaban entre los 15 y los 45 años y su escolaridad de VI° de primaria a V año de

secundaria. En su mayoría eran líderes de las zonas donde se proponía iniciar el proyecto (Programa de Salud Rural). No existían requisitos de ingreso ni pruebas de selección y la heterogeneidad del grupo dificultaba la enseñanza, acreditándose con la ausencia de campos de práctica específicos para este fin y la inexperiencia existente en ese momento.

La duración de ese curso fue de 3 meses; los contenidos fueron seleccionados enfocando principalmente aquellos que dieran los conocimientos necesarios para trabajar con la problemática de salud de esa época, como eran las infecciones, la mal nutrición y la contaminación ambiental. Se elaboro el “primer manual” que consistía en un manual de bolsillo que resumía todas las actividades. *(Muñoz, 1996)*

En 1973 se seleccionaron 21 áreas para iniciar las actividades; cada área estuvo a cargo de dos funcionarios, una Auxiliar de enfermería y un asistente de salud rural.

Con base a evaluaciones hechas y ampliaciones de las actividades a realizar, a partir de 1974 el curso para asistentes de salud de rural fue aumentado a 4 meses. En ese mismo año se establecen diferentes criterios de selección.

Año con año se introdujeron cambios en los contenidos, los requisitos de admisión fueron más estrictos, se elevo la escolaridad primero a tercer año y luego a quinto año de secundaria y se limitó la edad entre los 18 y los 35 años.

En 1977 se introduce entre las pruebas de selección la valoración de personalidad. En ese mismo año se inicia en forma paralela la capacitación de asistentes de salud comunitaria o área urbana pero con diferente personal instructor. Ambos cursos tenía una duración de cuatro meses.

La formación de los asistentes para salud rural y para salud comunitaria continuó de forma paralela, independiente y sin coordinación; no fue sino hasta 7 años

después de haberse iniciado la capacitación en salud comunitaria (1984) que se integran y se imparte el primer curso de preparación de Asistentes para ambos programas, lo que resultó más práctico, económico y mejora la relación entre funcionarios de “programas gemelos” cuya única diferencia ha sido el área de operación. *(Muñoz, 1996)*

El curso tuvo un periodo de duración de 5 meses. En esos mismos años, se realizan gestiones de parte de la Universidad de Costa Rica a fin de obtener el aval para este tipo de cursos.

La respuesta positiva no tardó en llegar; el aval solicitado fue afirmativo y de la acreditación se obtuvo programas de Extensión Docente de la Escuela de Enfermería y la Vicerrectora de Acción Social.

En todo el proceso y desde 1982 los niveles local y regional son los responsables del reclutamiento, preselección y supervisión de la práctica de los estudiantes.

Desde que se inició la preparación de asistentes en 1971 a la fecha 1991, se han impartido 30 cursos (con un promedio de 30 estudiantes por curso) y se han egresado 915 asistentes *(Muñoz, 1996)* de los cuales un alto porcentaje aún sigue laborando.

Todavía para el año 1996 los ATAP, bajo la coordinación de la Región de Salud, recibían cursos de perfeccionamiento y hacían reuniones para propósitos de aprendizaje; los cuales actualmente no se realizan. Las reuniones que se ejecutan son de información de actividades mensuales, cumplimiento de metas, actualización en procesos y procedimientos cotidianos como repaso de conocimientos.

1-1-2-3 Supervisión Técnicos de Atención Primaria en Salud en Programas Rurales y Urbanos en Costa Rica

El Programa Rural de Salud en sus inicios en 1977 tenía como elemento

importante la supervisión de todas las actividades emprendidas por el personal de salud.

Se establecieron dos modalidades de supervisión: la operativa de gestión y la técnica. Un supervisor de campo atiende la gestión operativa, mientras que las enfermeras graduadas o los médicos atienden a las técnicas. *(Muñoz 1996)*.

Este mismo autor y una persona entrevistada *(Solórzano 2005)* refiere que el supervisor de campo salía con la enfermera graduada y el médico encargado de las consultas medicas exclusivas a los centros rurales; por otro lado el supervisor de campo coordinaba acciones de salud con otras instituciones que funcionaban en el área geográfica.

En cuanto a la supervisión de la Estrategia Urbana de Salud, estaba a cargo de una enfermera graduada, la cual ejercía supervisión técnica y administrativa. Así mismo era responsable de la capacitación del personal en servicio. Tenía a cargo entre cuatro a seis asistentes comunitarios que eran distribuidos en la población.

Todavía en el año 2005 la supervisión tanto técnica como operacional de ambos programas queda a cargo únicamente de una enfermera profesional, en lo que se refiere a Áreas de Salud.

1-1-2-4 Actividades de los técnicos de atención primaria en salud en programas rurales y urbanos en Costa Rica

Para 1973 el Ministerio de Salud implementó las actividades que les correspondía a los asistentes rurales, que años más tarde se aplicarían también en el programa comunitario; estas actividades se definen a continuación:

- 1 Prevención y control de enfermedades trasmisibles: malaria, parásitos intestinales, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, tétanos, tos ferina, difteria, tuberculosis y poliomielitis)

- 2 Actividades de salud materno-infantil: recalcar la detección temprana de mujeres embarazadas, promoción de partos institucionales, planificación familiar, vigilancia periódica de niños menores de 6 años de edad.
- 3 Tratamientos de enfermedades comunes: diarrea, infecciones respiratorias, infecciones de la piel y primeros auxilios por accidentes.
- 4 Saneamiento ambiental: uso de letrinas, desecho higiénico de basura, saneamiento de viviendas y sus alrededores y diseminación de la información del uso correcto del agua.
- 5 Educación sanitaria y promoción de organización comunitaria, con el objetivo de establecer comités de salud, o asociaciones para el desarrollo comunitario.

Todas las actividades mencionadas anteriormente se realizan todavía durante la visita domiciliar; en ese entonces el número de casas asignadas se definía por área de salud rural (lo que hoy conocemos como sector), que abarcaba de 600 a 650 casas, mientras que en la zona urbana era de 750 a 800 casas, con un rendimiento diario por funcionario de 8 a 12 visitas diarias.

En 1977 el número de hogares por área de salud tuvo que reducirse de 450 a 500 para dar al personal básico tiempo adicional para efectuar actividades con escuelas y grupos organizados.

El perfil ocupacional de los ATAP tuvo pequeñas variantes; en 1999 se introdujo la captación de pacientes con enfermedades crónicas diagnosticadas (hipertensión, diabetes, fiebre reumática.)

Para el 2003 a solicitud de la Gerencia Medica de la CCSS se realizan modificaciones al perfil ocupacional en donde ciertas actividades quedan abiertas, lo que permite asignarles algunas actividades que no están expresamente en su perfil pero que están relacionadas; ejemplo: *Detectar, referir y proporcionar atención directa a diversos grupos de personas, de acuerdo con las necesidades y*

normas establecidas. (Ver anexos)

Según la tarea anterior dentro de esta actividad debe tomarse en cuenta las nuevas políticas que existen en el compromiso de gestión para la atención a los adultos mayores y adolescentes como aplicación del tamizaje en cualquier escenario de atención.

Otro ejemplo es: *“Participar en la vigilancia epidemiológica por medio de la atención directa, prevención, promoción, detección oportuna, referencia y seguimiento de caso”*. En este caso se anexan las actividades de bloqueos por enfermedades emergentes y aquellas de declaración obligatoria así como pérdidas de citas médicas en sectores y búsqueda para cita especialista.

1-1-3 Contexto Local

El cantón de Cañas, ubicado en la provincia de Guanacaste, cuenta con una población de 27152 habitantes; limita al Noroeste: con Upala y Bagaces; al Este con Tilarán y Guatuso; al Sur con Abangares y Río Tempisque y al Suroeste con Bagaces.

En 1974 Cañas contaba con un Centro de Salud que llevaba con como nombre Monseñor Luis Leipold, cuyo personal era pagado por el consejo técnico y la Junta de Protección Social, enfocado principalmente hacia la morbilidad. El personal estaba compuesto por un médico, 4 auxiliares de enfermería y una enfermera profesional; para este entonces no existían los ATAP, por tanto no existía la visita domiciliar.

El Centro de Salud tenía un horario de atención de 7 a.m. a 4 p.m., el servicio de urgencias se daba las 24 horas, el cual después de las 4 p.m. estaba a cargo de un auxiliar de enfermería y un médico ad honorem. No se realizaba medicina preventiva.

Además muy cerca de ese centro, existía una unidad sanitaria que pertenecía al

Ministerio de Salud que contaba con 3 auxiliares, una enfermera de cuerpo de Paz y un médico, dirigidos a la atención preventiva.

En 1976 el médico del Centro de Salud Dr. Helmuth Schlager decidió censar una parte de las comunidades urbanas de Cañas (San Martín y Barrio Unión) y propuso a la enfermera que le facilitara a dos auxiliares de enfermería para que realizaran una encuesta casa por casa en dos comunidades del área de atracción; aceptando la propuesta la enfermera profesional en aquel momento Lic. Leila Solórzano, confeccionó los instrumentos desconociendo por completo la existencia de los cimientos de los programas de salud rural y urbana a nivel nacional. Los resultados de esa encuesta fueron novedosos ya que se logra detectar niños desnutridos a los cuales se les consigue leche a través del Ministerio de Salud (Unidad Sanitaria), detectar mujeres embarazadas, coordinar actividades de saneamiento básico, organizar a la comunidad y promover educación de los actores sociales identificados. *(Solórzano, 2005)*.

Años después el Ministerio de Salud integraría el Centro de Salud Monseñor Luis Leipold, permitiendo entonces que se trabajara en forma conjunta la parte preventiva y curativa, a este conjunto se le denomina Unidad Sanitaria.

Fue en el año 1978 cuando la Unidad Sanitaria de Cañas, bajo la tutela del Ministerio de Salud, pudo contar con 4 asistentes rurales y 4 auxiliares de enfermería para zona urbana. Estos eran manejados y supervisados según Solórzano, por un supervisor de campo y una enfermera profesional.

Se debe destacar que para ese entonces se contaba con dos enfermeras profesionales supervisando una a los asistentes de salud rural y otra a los asistentes de salud urbana; esta última también tenía a su cargo a las auxiliares de enfermería de la Unidad Sanitaria y además existía una supervisión a nivel nacional que hacía al programa rígido y eficaz.

El número de visitas que realizaban ambos grupos era de 300 a 500 casas por año con un promedio de 12 casas diarias y 8 cuando se realizaba algún tipo de encuesta. (Solórzano, 2005)

Al inicio de los años ochenta ambos programas pasan a ser parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, debido a la readecuación del modelo de atención, quedando a cargo de una sola enfermera profesional; se debe destacar que las auxiliares de enfermería del Programa Urbano se establecieron en los EBAIS de la sede, mientras que los rurales permanecieron en su programa, renovándose entonces el personal del Programa de Salud Urbana con un total de 5 ATAP; para el año 1993 esta cantidad se ajusta a nueve.

Desde entonces el Área de Salud de Cañas oferta servicios básicos en sus respectivos sectores, 3 en la sede destacados como urbanos y 4 a nivel rural; también se cuenta con servicio de urgencias las 24 horas.

Los ATAP debían de cubrir, en el año 2000, 6202 domicilios, cifra que aumentó a 7030 casas habitadas repartidas entre los 9 técnicos de atención primaria según EBAIS en el año 2005. (Archivo de balances Área de Salud de Cañas, 2000-2004).

Cuadro 1
Número de casas asignadas por Sector y ATAP
Área Salud Cañas, 2005

EBAIS	Viviendas Asignadas	Numero de ATAP
San Miguel	900	1
Bebedero	720	1
Río Naranjo	818	1
Barrio Unión	659	1
San Cristóbal	603	1
San Pedro	1533	2
Chorotega	1797	2
Total	7030	9

Fuente: Balances 2004 Técnicos de Atención Primaria. Área Salud de Cañas

Del cuadro anterior se debe resaltar que a tres técnicos de atención primaria que cuentan con menos casas en relación con los técnicos de otros sectores del Área de Salud se les incrementan el número de casas como apoyo a sus compañeros: San Miguel cuenta con 638 casas y se le suman 262 casas del sector San Cristóbal, para un total de 900 casas; a Bebedero con 605 casas, se le suman 115 casas también del sector San Cristóbal para un total de 720 casas; a Río Naranjo, con 616 casas, se le suman 202 casas del sector Barrio Unión para un total de 818 casas.

Tomando en cuenta el número de casas dentro del área de atracción de Cañas, se redistribuyen en el año 2003 las casas según el Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria, Primer Nivel de Atención. Se asigna para cada técnico de atención primaria 500 casas anuales, sean de área rural o urbana (*Conejo y otros 2003*).

1-1-3-1 Supervisión en los ATAP del Área de Salud de Cañas

A partir de los años ochenta con el traspaso de algunos programas preventivos del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social, la supervisión operativa y técnica así como la formación continua de los ATAP, pasa a ser responsabilidad de la enfermera profesional del área de salud, que además tiene a su cargo las mismas funciones con los auxiliares de enfermería en los sectores

Por tanto, más allá de ejecutar una supervisión per sé, la enfermera a cargo de los ATAP debe también: planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar, la prestación de la atención de enfermería.

Por otro lado esta funcionaria debe atender las tareas administrativas del departamento, que abarcan el 70% de su tiempo de contratación.

Según el Manual Normativo de Visita Domiciliar del Primer Nivel de Atención, del

año 2003, la supervisión debe ser constante y permanente para velar por el buen funcionamiento de la estrategia. A continuación se presenta un resumen de las supervisiones realizadas en los últimos cinco años:

Cuadro 2

Supervisiones realizadas por la jefatura de enfermería a los ATAP en la visita domiciliar Área de Salud de Cañas, 2000 - 2005

Tipo de supervisión	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Directa	9	NR	6	5	1	NR
Indirecta	4	NR	12	7	4	3
Cruzada*	3	NR	7	2	1	NR
Totales	16	NR	25	14	6	3

*: Directa e Indirecta

NR: No se realizó

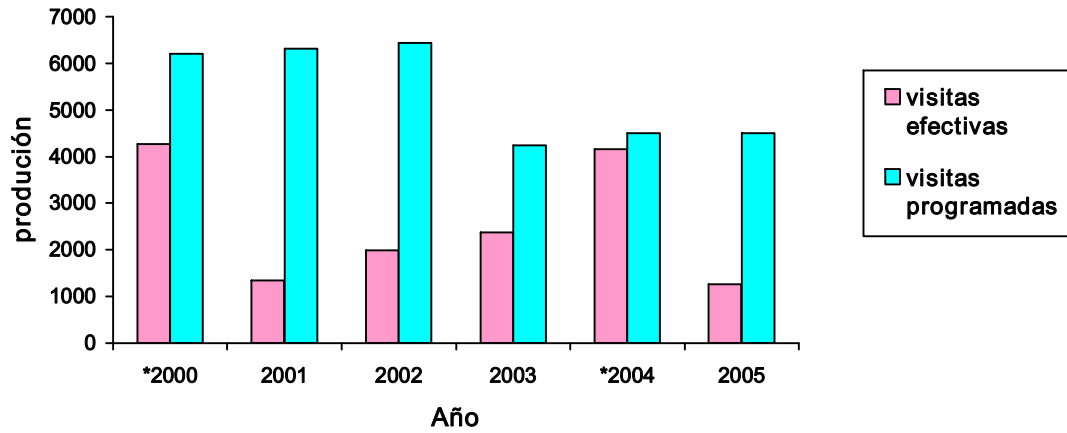
Fuente: Jefatura de Enfermería, Área de Salud de Cañas, 2005

La supervisión en el Área de Salud de Cañas implica la ejecución de actividades específicas entre las que se destacan controlar y evaluar el trabajo de los Técnicos de atención primaria, de manera que se puedan atender las debilidades y fortalezas de cada funcionario de la estrategia sin embargo, se puede observar la supervisión de este tipo se realiza en ocasiones muy esporádicas durante el año.

Lo anterior nos lleva a reflexionar si las supervisiones tanto en número como en calidad no fueron efectivas y los resultados son insuficientes, pues se puede notar que durante el año 2001 no se realizó ninguna y para el I semestre del 2005 solamente 3 supervisiones se ejecutaron.

A continuación, se presenta una recapitulación de la producción de las ATAP en cuanto cumplimiento de la visita domiciliar durante el año 2000 hasta el 2005 (Ver grafico 1,2).

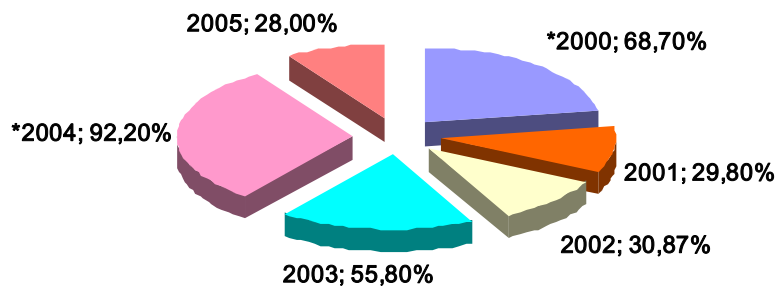
Grafico 1
Visitas domiciliarias programadas vrs visitas domiciliarias efectivas, Area Salud Cañas, 2000-2005



Fuente: Jefatura de Enfermería, Área de Salud de Cañas, 2005

* Cumplimiento por sistemas de barridos

Grafico 2
Distribución de las visitas domiciliarias efectivas realizadas por los ATAP, Area Salud Cañas, 2000-2005



Fuente: Jefatura de Enfermería, Área de Salud de Cañas, 2005

*Cumplimiento por sistemas de barridos

El análisis de los datos demuestra que la producción fue satisfactoria durante el año 2000 y de forma similar en el 2004, a pesar de que solo se realizaron 6 supervisiones; se debe aclarar que la producción en el 2004 y el 2000 se logra mediante la implementación de la estrategia de barridos; la misma consiste en que de tres a cuatro funcionarios se agrupan y realicen la visita domiciliar en sus determinados sectores, de forma tal que puedan cubrir más casas en menos tiempo.

La estrategia de barrido es una táctica de emergencia, pero no es la forma idónea de desarrollar la estrategia de visita domiciliar, pues una de las finalidades de la misma es que el ATAP conozca su población y viceversa, además que la planificación exige que cada ATAP cumpla con la visita domiciliar programada para el sector que le corresponde. *(Conejo y otros 2003)*

En los años 2001, 2002 y 2005 no sobrepasa ni el 50% por ciento de lo programado, y en el 2003 apenas se llega al 55.80%

Uno de los datos más relevantes es que en el año 2002 se realizaron 25 supervisiones, lo cual no es proporcional con la producción para ese mismo año ya que solo se visitó el 30.87% de las casas programadas.

Por otro lado se debe recordar que para el año 2003 se reestructura la asignación de casas por ATAP quedando en 500 casas por funcionario, generando una programación de 4500 visitas domiciliarias al año. *(Conejo y otros 2003)*; sin embargo el cumplimiento de lo programado en cuanto a visitas domiciliarias no es satisfactorio.

Para el primer semestre 2005 se obtuvo un 28.00% de las visitas domiciliarias, que vislumbra una vez más el incumplimiento al final de este año acompañado de supervisiones escasas.

Antes del 2003 un indicador de cumplimiento para los ATAP establece un 95% de visitas; recordemos que hasta ese entonces cada ATAP poseía bajo su responsabilidad la cobertura de visita domiciliar por sector en un promedio de 781 a 800 casas.

En un análisis a nivel central sobre la visita domiciliar del ATAP se logra implementar un “Manual Normativo de Visita Domiciliar de Atención Primaria - Primer Nivel de Atención” documento que justifica y regula la visita domiciliar, quedando sin efecto la determinación de los compromisos de gestión y jefaturas responsables de obligar a un Técnico de Atención Primaria a cumplir con el total anual de 781 casas (promedio original que correspondía a cada ATAP).

Al ajustar la visita domiciliar de acuerdo al Manual Normativo a 500 casas por ATAP, además de darle la vuelta a las casas de riesgo uno tres veces al año y riesgo 2 visitar 2 veces al año, el indicador de eficacia debe ser 100%. (*Jefatura de Enfermería, Área Salud de Cañas 2005*).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las políticas de salud de nuestro país han implementado estrategias de salud rural y urbana cuyo principal objetivo es el conocimiento de los comportamientos sociales, psicológicos, situaciones económicas y sanitarias en las comunidades.

Las visitas domiciliarias son claves para crear ambientes domiciliarios saludables y desarrollar la prevención de enfermedades, promover actividades de salud entre las poblaciones rurales dispersas y las urbanas.

La información obtenida por asistentes técnicos de atención primaria es indispensable para realizar el Análisis Situacional de Área así como el Plan Estratégico local, y por consiguiente dirigir las acciones a solventar necesidades, fortalecer condiciones culturales, educativas y emprender acciones sanitarias en los hogares y en la comunidad.

Dado que en gran parte de la población todavía permanece el pensamiento biologista asistencial del binomio salud-enfermedad, la funcionalidad correcta de los ATAP es fundamental para los programas de promoción y prevención de la salud en el primer nivel de atención: vacunación, detección de enfermedades infectocontagiosas, embarazos no controlados, agresión familiar, desnutrición (principalmente en niños y niñas), drogadicción y todos aquellos eventos sociales dentro del hogar y la comunidad que requieran seguimiento y supervisión de las entidades estatales y no estatales, en busca del bienestar de la población.

Sin embargo, para abordar cualquiera de los aspectos anteriores, se hace necesario obtener información suficiente y veraz de toda la comunidad, sustentado en una excelente cobertura de la población mediante la visita domiciliar.

En el cumplimiento de la programación por parte de los ATAP se requiere entre

otros aspectos una supervisión constante y controlada, ya que la misma asegura efectividad del trabajo, continuidad de las acciones y la necesidad de introducir cualquier ajuste necesario.

El primer nivel de atención necesita supervisión permanente para velar por el cumplimiento de las normas establecidas, el logro de sus objetivos y metas iniciales de todo el equipo de salud.

Dado lo anterior la presente investigación busca evidenciar la necesidad de una supervisión constante y oportuna de los ATAP del Área de Salud Cañas, en miras a una eficiente calidad de trabajo forjando un futuro con trascendencias sociales positivas, en donde se refleje la mejora en la promoción de la salud para cambiar los estilos de vida, y prevención de la enfermedad logrando familias y comunidades participativas responsables de buscar la salud y el auto cuidado.

Es un proyecto viable ya que dicha investigación se realiza dentro del ámbito laboral del Área de Salud Cañas, se cuenta con el apoyo tanto de los ATAP como de la jefatura de enfermería y de la misma forma con las autoridades locales del Área de Salud. Su factibilidad radica también en que se tiene acceso a todos los sistemas de información a nivel local.

Se dispone de los recursos humanos y financieros ya que son parte de la misma institución.

Tal investigación es considerada de interés institucional a nivel local, porque con sus resultados se obtendrán grandes aportes para el mejoramiento en planificación del primer nivel de atención en cuanto a supervisión y rendimiento en el cumplimiento de las visitas domiciliarias en el Área de Salud de Cañas, sin olvidar que la misma será un aporte para futuras investigaciones en el mismo campo.

La investigación también posee un valioso aporte gerencial administrativo ya que se trabaja con recursos presupuestarios públicos de los cuales se debe hacer rendición de cuentas, además de contar con una investigación comprobada científicamente permite medir la eficiencia, efectividad y eficacia del desempeño de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud, considerando redireccionar los esfuerzos a las debilidades encontradas (escasez equipos, recurso humano etc.) y reforzar las fortalezas que se puedan encontrar, dirigiendo acciones para sacar el máximo posible de los escasos recursos con los que se cuenta.

1.3. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

La disminución en la producción y rendimiento por parte de los ATAP, en cuanto a visita domiciliar, puede ser reflejo de una supervisión inadecuada, por lo cual se considera necesario determinar como influye la supervisión de enfermería en los ATAP en el rendimiento y cumplimiento de las visitas domiciliarias programadas en determinado período.

Para efectos de esta investigación se estudiara la supervisión interna (directa, indirecta y cruzada), el apoyo logístico, la supervisión capacitante y el monitoreo del proceso de supervisión y el desempeño de los ATAP en la visita domiciliar.

A pesar de todas las estrategias implementadas, no se ha logrado impactar de forma favorable el desempeño de los ATAP en cuanto a visita domiciliar en el Área de Salud de Cañas, corriendo el riesgo de obviar problemas sociales y de salud pública, por el constante incumplimiento de las mismas.

1-3-1 PROBLEMA

¿Cómo influye el proceso de supervisión de enfermería en el cumplimiento y rendimiento de las visitas domiciliarias programadas que realizan los Asistentes

1.4. OBJETIVOS

1-4-1 Objetivo General

Analizar la influencia del proceso de supervisión de enfermería en el cumplimiento y rendimiento de las visitas domiciliarias programadas que realizan los Asistentes Técnicos de Atención Primaria para el Área de Salud Cañas en el año 2005, para proponer recomendaciones que mejoren la estrategia de los ATAP.

1-4-2 Objetivos Específicos

1. Describir como se realiza el proceso de supervisión en los Asistentes Técnicos de Atención Primaria del Área de Salud de Cañas.
2. Describir el desempeño de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en las visitas domiciliarias programadas en el Área de Salud de Cañas.
3. Proponer recomendaciones que mejoren la estrategia de los asistentes técnicos de atención primaria.

2.CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1. Composición institucional del sector salud en Costa Rica

En 1983, mediante el Decreto Ejecutivo n° 14313, firmado por el entonces presidente de la república Luis Alberto Monge y el ministro de salud Juan Jaramillo, el sector salud quedó integrado por:

- 1 El Ministerio de Salud
- 2 El Ministerio de Planificación y Política Económica
- 3 El Ministerio de la Presidencia
- 4 La Caja Costarricense de Seguro Social, (CCSS), con su Régimen de Enfermedad y Maternidad
- 5 El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
- 6 El Instituto Nacional de Seguros, con el área de riegos profesionales
- 7 La Universidad de Costa Rica, con el Instituto en Investigación en Salud y el área de Ciencias Médicas. (*Miranda, 2003*)

Durante esta misma época se asigna a la CCSS, la conducción única de los servicios de atención a las personas, para consolidar los programas de atención integral, promover, prevenir, reparar y rehabilitar, lo cual implica el traslado de los servicios correspondientes del Ministerio de Salud a la CCSS y del Seguro de Riegos del Trabajo al Instituto Nacional de Seguros.

2-1-2 Niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social

El concepto de niveles de atención comprende dos componentes claramente definidos: 1) las necesidades de atención y 2) la capacidad del sistema de servicios para satisfacerlas. (*Garro y otros, 1989*).

Tomando en cuenta que las necesidades más frecuentes generalmente requieren una combinación de recursos y tecnologías más simples y que las menos frecuentes por su complejidad requieren recursos y tecnologías más

especializadas, se ha estructurado un sistema piramidal de niveles de atención, cuya base comprende las acciones más simples del sistema y constituye el punto de contacto con la comunidad y la vía de acceso al sistema institucional.

Primer nivel o de la comunidad: las acciones de este nivel están encaminadas principalmente a la promoción y fomento de la salud, detección y referencia de problemas. Este corresponde al actual nivel de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en donde se desarrolla la estrategia de Atención Primaria.

Los funcionarios del sistema institucional, tales como auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria, técnicos de nutrición, odontología, saneamiento, y otros actúan en este nivel en el hogar, puestos de salud, escuelas, a través de acciones de baja complejidad.

Segundo nivel o unidades intermedias: constituidos por muchas de las clínicas actuales de la CCSS, que se transforman en centros de referencia de los EBAIS.

Tercer nivel o de hospital de apoyo: consta de cuatro especialidades básicas. Sus servicios están integrados a la comunidad y son responsables de la atención ambulatoria y de hospitalización.

Cuarto nivel de atención o de hospital de apoyo: El reglamento de hospitales aprobado en 1971, previó, al menos 16 diferentes disciplinas clínicas.

Quinto nivel de atención o de hospitales nacionales y especializados: representa los centros de mayor complejidad y desempeña roles de asistencia, docencia e investigación.

2.2. La atención primaria en salud.

En la conferencia Internacional de ALMA ATA; en 1978, se definió Atención Primaria de Salud; de la siguiente manera “La Atención Primaria de Salud “es la

asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias 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 auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integral 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 entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (*Jiménez y Brenes 1998*)

El movimiento de la atención primaria nace en los años setentas, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, y cuyos participantes le acuñaron el ya famoso tema “Salud para todos en el año 2000”.

La estrategia de atención primaria se basa en el reconocimiento de que los problemas de salud que cobran más vidas en el Tercer Mundo se podían aliviar con medidas sanitarias y de salud relativamente simple, si a la población rural dispersa se le daba acceso a esos servicios. (*Morgan, 1997*).

La atención primaria es la base de la meta “Salud para todos en el año 2000”, es una estrategia para lograr la extensión de cobertura de servicios de salud. (*Garro, 1989*)

Comprenden un conjunto de acciones por medio de métodos y tecnología prácticas, de bajo costo económico, destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de los individuos, mediante la participación activa de éstos.

La estrategia de atención primaria es desarrollada en los sectores por los ATAP con acciones conjuntas a unidades médicas, odontológicas, microbiológicas, saneamiento ambiental, participación comunitaria, y educación para la salud. *(Garro, 1989).*

2-2-1 Objetivos de la estrategia de atención primaria:

1. Proporcionar servicios básicos de salud a las poblaciones rurales, peri-urbanas y urbanas-marginales, para mejorar sus condiciones sanitarias y contribuir al desarrollo integral de dichas poblaciones.
 2. Desarrollar mecanismos que hagan viable la participación de la comunidad en las acciones de salud.
 3. Apoyar las actividades que realicen instituciones inter y extra sectoriales en beneficio de las comunidades cubiertas por el programa
 4. Desarrollar mecanismos de coordinación con otros niveles de atención de mayor complejidad dentro del sistema nacional de salud, para atender con mayor eficacia y eficiencia las necesidades prioritarias de todos los habitantes, utilizando adecuadamente los recursos disponibles.
- Desarrollar actividades de perfeccionamiento en los procesos de diagnóstico, programación, control y evaluación, que asegure un buen sistema de información. *(Garro, 1989)*

2.3. Asistente técnico de atención primaria:

La estrategia de atención primaria es ejecutada en primera instancia por el medico, un auxiliar de enfermería y el asistente técnico de atención primaria,

este ultimo encargado de promover y mantener acciones de baja complejidad en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que benefician al usuario familia y comunidad que están bajo su responsabilidad en coordinación con el o la profesional en enfermería. *(Conejo y otros, 2003)*.

Aunque la literatura no lo expone literalmente se considera enmarcar su labor en tres áreas:

A. Trabajo escolar: según la resolución 041-2003 y la solicitud de Gerencia de División Médica N° 33335 del 30/09/2003, se definen las tareas del ATAP, dentro de las cuales se expresa:

- 1 El ATAP debe “Realizar actividades programadas por el profesional en Enfermería en el escenario escolar según las normas de atención escolar “

En teoría la atención integral de los niños en el escenario escolar deben ejecutarla conjuntamente la escuela y el EBAIS (médico general, odontología, laboratorio, auxiliar de enfermería y el ATAP. *(Arjona y otros 2004)*.

Específicamente para el área de salud de Cañas este trabajo implica un tiempo promedio de 2 meses para el ATAP en donde solo se incluye la ejecución de la labor y no la elaboración de informes y el registro de los mismos, la cual requiere dos semanas mas *(Registro estadístico de enfermería Área de Salud Cañas, 2005)*

B. Bloqueos por enfermedades emergentes y reemergentes: se refiere específicamente al dengue por ser Cañas una zona endémica. Según registros estadísticos de enfermería del Área de Salud de Cañas en el año 2005 se invierte un promedio de 60 días en bloqueos por cada ATAP.

Los bloqueos consisten en hacer un recorrido de un radio de 500 metros alrededor de la casa donde vive el paciente al que se le diagnosticó sospechoso por dengue, con el fin de localizar criaderos del mosquito trasmisor y otros casos. *(Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2003)*.

Además los ATAP deben detectar, notificar, referir y dar seguimiento mediante visita domiciliar a los casos de notificación obligatoria. según protocolos de vigilancia epidemiológica que no acudan a los servicios. *(Ministerio de Salud, 2000)*.

Los ATAP en coordinación con la enfermera deben realizar vigilancia de febriles y notificar casos sospechosos, así como también realizar la investigación de campo oportuna de estos casos de acuerdo al protocolo de atención. *(Ministerio de Salud, 2000)*.

C. La visita domiciliar como unidad de producción.

2.4. Visita domiciliar:

Visita que realiza el ATAP para ofrecer servicios básicos de salud a los miembros de la familia. *(Conejo y otros, 2003)*

La visita domiciliar es la actividad básica del programa de atención primaria, por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el asistente técnico de atención primaria *(Conejo y otros, 2003)*

Las visitas sistemáticas y planificadas a domicilio parecen ser la única alternativa para crear ambientes domiciliarios sanitarios y desarrollar la prevención de enfermedades, y promoción de actividades de salud entre las poblaciones rurales dispersas y grupos urbanos menos privilegiados *(Muñoz, 1996)*

En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente, físico y sus recursos. Para tal efecto utiliza la ficha familiar, la cual el Asistente Técnico de Atención Primaria debe portar como instrumento, conjuntamente con otros y llenarlo conforme a la información obtenida de la familia.

Las principales actividades prioritarias que se toman en cuenta para programar la visita son:

Atención y seguimiento a:

3. Grupo materno infantil: detección de embarazadas, post partum, parteras empíricas no adiestradas y seguimientos a parteras empíricas adiestradas.

Recién nacidos, crecimiento y desarrollo. Medidas antropométricas peso y talla a todo niño de 0 a 6 años y la circunferencia craneana hasta los tres años de edad. Seguimiento a niños desnutridos de acuerdo a normas.

2. Adulto mayor: aplicación del "Tamizaje de Adulto Mayor" el cual consiste en un análisis social, psicológico, biológico.

3. Condición de salud, se refiere a la detección y referencia de enfermedades crónicas: hipertensos, diabéticos, cáncer, asmáticos, fiebre reumática, cardiopatías, insuficiencia renal crónica, etc. Promover la toma de citología vaginal. Planificación familiar.

4. Vigilancia epidemiológica: prevención y control de enfermedades transmisibles: malaria, parasitosis intestinales, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles (sarampión, tosferina, tétanos, difteria, tuberculosis, poliomielitis y otros).

Detección y referencia de casos sospechosos de enfermedades de transmisión sexual.

Reporte y referencia de diarreas, prevención de la deshidratación verificando la utilización y conservación del suero oral.

5. Saneamiento ambiental: principalmente orientado hacia la promoción y uso de letrinas, desecho higiénico de basura, saneamiento de las viviendas y sus

alrededores y diseminación de información sobre el uso correcto de agua disponible.

- 6 Desarrollo comunal: promover la formación de comités de salud y detectar líderes comunales.
- 7 Promover la participación comunitaria integral, aplicando la participación social en conjunto con el Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS). Mantener actualizado el registro de actores sociales de la comunidad.

Promoción de la educación continua y educación para la salud: asistir, orientar y participar en actividades de promoción y prevención en salud en coordinación con los comités de salud.

Asistir y participar en actividades de educación permanente programadas.

Además de estas actividades deben elaborar anualmente el documento donde se registran datos básicos para el diagnóstico y programación de las visitas; realizan la programación anual de sus actividades con asesoría del profesional de enfermería y participar periódicamente en el control y evaluación de las actividades realizadas.

2-4-1 Normas del ATAP en la visita domiciliar:

1. Salir al campo a las 7:30 a.m., previo llenado de hoja de desplazamiento.
2. Llevar la programación de visitas y fichas familiares extras.
3. Salir diariamente con maletín equipado y termo con vacunas.
4. Estancia en el campo no menor de 5 horas.
5. El rendimiento promedio de visita será de 30 a 40 minutos.
6. El mínimo de visitas será de 8 a 10 visitas diarias.
7. Mantener el croquis de su sector actualizado y accesible.

2-4-2 Clasificación de familias:

La ejecución de la visita domiciliar se basa en un enfoque de riesgo por prioridad. Cada familia se clasifica de acuerdo con el riesgo, en prioridad uno, dos y tres. *(Conejo y otros, 2003)*

1. Familias en prioridad uno: Es aquella clasificada como riesgo I se debe realizar una cobertura de un 100% de acuerdo con la población blanco con una concentración de 3 visitas anuales.
2. Familias en prioridad dos: Es aquella clasificada como riesgo II, se debe visitar el 100% de las familias clasificadas como prioridad II del área programática con una concentración de 2 visitas anuales.
3. Familia en prioridad tres: Es aquella clasificada como en menor riesgo con una concentración de una visita anual.

La ronda debe hacerse completa. De cada sector visitar el 100% asignado de acuerdo a normas de visita domiciliar.

El perfil actual del ATAP deja un portillo abierto para que a estos funcionarios se le adjudiquen actividades que están relacionadas con la visita tales como: recuperación de pérdida de citas médicas, citas enviadas de hospital, referencia médica, tratamiento antituberculoso estrictamente supervisado, y otro. *(Muñoz, 1996)*

2.5 Proceso administrativo en enfermería

La administración se aplica por medio del proceso administrativo que nos permita obtener las metas previamente trazadas; las funciones administrativas aceptadas por los diversos autores a lo largo del desarrollo de la teoría general de la administración son:

1. Planeación: la cual es vital en las organizaciones; constituye una etapa inicial y es inherente a todas las actividades,
2. Organización: define la distribución de funciones y actividades inherentes al plan como etapa del proceso administrativo y es consecuente con la planeación.
3. Integración: es la que pone énfasis en la administración de recursos humanos, materiales y suministros.
4. Dirección: dirige, orienta y conduce a llevar a cabo el logro de los objetivos en el que implica tomar decisiones, mando y liderazgo.
5. Control: la apreciación del resultado en cuanto al logro de objetivos organizacionales. (*Balderas 1995*)

Cada una de las funciones administrativas requiere una serie de acciones en su aplicación. El administrador debe manejar minuciosamente las funciones administrativas, de tal modo que la conjunción de ellas generen un funcionamiento armónico y estable hacia el logro de los objetivos.

2-5-1 Control

Es el medio por el cual una organización intenta asegurar que su operación se lleva a cabo de acuerdo con los planes elaborados para alcanzar los objetivos”.
(*Cordera, 1983*)

Fonseca y otros(2005) conceptualizan el control como un componente de la teoría y la actividad gerencial que se ocupa de obtener información útil para determinar las cualidades de la gestión y productos en relación con estándares o modelos preelaborados, para explicar los fenómenos que se observan y para diseñar medidas correctivas que permitan un diseño, operación y resultados eficaces, eficientes y efectivos.

El principal propósito del control es producir información que sea relevante para

los interesados en que se realice, y que se le permita tomar decisiones sobre bases científicas (*Fonseca y otros, 2005*).

Sin embargo existen propósitos implícitos y explícitos del control. Los propósitos explícitos se refieren a objetivos conocidos, cuya intencionalidad gravita alrededor de identificar los errores y aciertos para corregir los primeros y potenciar los segundos, con el fin de lograr el mejor desempeño del programa o del proyecto.

Los propósitos implícitos son aquellos que no poseen evidencia y buscan apoyo informativo para desacreditar o valorizar a los impulsores y ejecutantes de la intervención.

En lo que respecta a objetos de control, se establecen tipos de control como:

- 1 Control de la eficiencia: consiste en el análisis de la capacidad del objeto de evaluación para alcanzar los objetivos deseados en el tiempo provisto.
- 2 Control de la eficacia: se refiere a la relación entre insumos y productos, de manera que valora el logro de los objetivos en relación con la calidad de los recursos.
- 3 Control de la efectividad: permite establecer el impacto del programa o proyecto en la modificación de los indicadores que se proponía cambiar.
- 4 Control de calidad: determina el nivel de satisfacción de los clientes internos y externos con los productos generados por la intervención, así como el grado de adecuación de ese producto respecto a su patrón considerado como “ ideal” (patrón de referencia).
- 5 Control financiero: se refiere al análisis de los flujos de caja de un programa o proyecto a través del tiempo.

- 6 Control de impacto económico: denota el estudio del efecto del programa o proyecto en la economía global, mediante la indagación de los precios sombra, los flujos financieros en la sociedad, los costos sociales, efectos externos, impuestos y subsidios.
- 7 Control de gestión: analiza el desempeño gerencial de los diferentes estamentos de la institución (planificación, recurso humano, dirección, auditoría, la alta gerencia, departamentos operativos, etc.); incluso la misma función de control puede y debe ser controlada.

Como sistemas de control se consideran la supervisión y la evaluación *(Balderas, 1995)*

2-5-2 El Supervisor:

Supervisores: grupo de individuos que son responsables en una zona, fábrica o industria de dar directrices a uno o más individuos que ejecutan trabajos asignados, se le conoce como supervisores. *(Cordera, 1983)*

El supervisor es un guía, un educador que corrige operaciones técnicas; por lo tanto, tiene que ser un experto en el tema; la supervisión es parte del proceso directivo y se lleva a cabo con la frecuencia necesaria. *(Cordera 1983).*

2-5-3 La supervisión

La supervisión ha sido definida como el conjunto de directrices y orientaciones dadas a uno o más individuos que ejecutan trabajos y operaciones asignadas. *(Cordera, 1983).*

La supervisión es también una técnica de evaluación que se aplica a personas o actividades que ellas ejecutan.

Etimológicamente significa visión desde arriba, por lo que con frecuencia denota

inspección que realiza el superior jerárquico o una autoridad técnica al trabajo que ejecutan sus subalternos de línea con el propósito de evitar y corregir oportunamente las desviaciones *(Fonseca y otros, 2005.)*

Aún cuando la supervisión se considera más bien como parte de la dirección, es un sistema importante de control en las organizaciones.

La supervisión se concibe en concordancia con la teoría de las relaciones humanas o del comportamiento, ya que la teoría clásica de la administración ubica a la supervisión como forma de control por excelencia. *(Balderas, 1995)*

La supervisión es una dirección democrática, cuyo principal interés es el hombre y su realización va en consonancia con los objetivos organizacionales.

2-5-4 Objetivos de la supervisión, *(Balderas, 1995)*

- 1 Desarrollo del personal subordinado, hacia el logro de la eficiencia.
- 2 Promover la calidad del servicio para los usuarios.
- 3 Proteger y apoyar el logro de los objetivos organizados.

2-5-5 Principios de la supervisión, *(Balderas, 1995)*

- 1 De planeación. La supervisión planeada logra sus objetivos.
- 2 De liderazgo. El conocimiento de las motivaciones conductuales facilita la supervisión.
- 3 Didáctico. Supervisar requiere conocimiento del proceso enseñanza-aprendizaje ya que esta es función central del supervisor.
- 4 De comunicación. La comunicación adecuada simplifica la supervisión.

2-5-6 Requisitos de planes de supervisión, *(Balderas, 1995):*

- 1 El plan de supervisión exige ser global.
- 2 Amplia difusión, para asegurar la participación del supervisado.
- 3 No rebasar los seis meses planeados, puesto que, por fundamentarse en

- diagnósticos situacionales, después de ese tiempo resultarían inoperantes.
- 4 Fundamentarse en documentos normativos, para aspectos disciplinarios.
 - 5 Establecer medidas disciplinarias y acciones correctivas de tipo constructivo.
 - 6 Determinar acciones de reforzamiento de conductas deseables, conforme a las teorías motivacionales.

De acuerdo al Proceso de Desarrollo Directivo, módulo cuatro de la CCSS, la supervisión puede ser externa o interna.

2-5-7 Supervisión externa

En la supervisión externa, una persona o un grupo formado por expertos en varias disciplinas, analiza los resultados y el proceso llevado a cabo para obtenerlos, con el propósito de repetir aspectos positivos e identificar las causas por la que no se obtuvieron los mejores resultados.

Para ejecución de este tipo de supervisión, se hace necesario un diagnóstico situacional y su consecuencia lógica: una definición de problemas de salud y programas para satisfacerlos o neutralizarlos.

2-5-8 Supervisión interna

La supervisión interna es indispensable para lograr estándares de alta calidad y el responsable de aplicarla es el jefe de un servicio. Aplicado específicamente a aspectos del trabajo diario que tienen un nivel de detalle que exige la atención permanente.

La supervisión interna de los ATAP según el manual normativo de visita domiciliar de atención primaria establece dos tipos de supervisión que la enfermera supervisora debe realizar para el control y monitoreo del cumplimiento de la visita domiciliar.

2-5-8-1 Supervisión directa:

Permite guiar, orientar y conducir al ATAP, para realizar una visita domiciliaria de calidad, detectar debilidades en capacitación y realizar ajustes necesarios.

Este tipo de supervisión permite evaluar el planeamiento de la visita, la ejecución y el reporte de la misma. Por otro lado evalúa el mantenimiento del equipo post-visita, da oportunidad a sugerencias y recomendaciones

2-5-8-2 Supervisión indirecta:

Es la supervisión que se efectúa por medio de la revisión de todos los documentos utilizados por el ATAP. El objetivo principal es detectar las necesidades de capacitación técnica y valorar la calidad y el llenado de la ficha familiar.

Los instrumentos usuales son: ficha familiar, tarjeteros de vacunas, instrumentos técnicos administrativos, informes y planes de visita.

Ambas supervisiones traen consigo tres acciones más al proceso de supervisión realizado por la enfermera, que al parecer son productos finales de las dos actividades anteriores y no paralelas; por tanto para esta investigación se considera la supervisión capacitante, el monitoreo y el apoyo logístico parte del proceso de supervisión.

2-5-8-3 Supervisión capacitante.

El concepto de supervisión capacitante es una idea integradora de los dos elementos principales que influyen en la calidad del servicio que se presta. La capacitación y la supervisión no deben ser vistas únicamente con un método útil para obtener información sobre los problemas que ocurren en el desarrollo de un programa y sobre la contribución que en dicho desarrollo ofrecen diferentes individuos y grupos. La supervisión debe también ser vista como una herramienta de planificación y control para lograr un mejoramiento continuo.

Las acciones de la supervisión capacitante deben centrarse en aquellas áreas en las cuales se han identificado deficiencias que surgen como producto de una falta de conocimiento de dominio, de destrezas específicas necesarias para el alto desempeño del equipo y los individuos. La educación continua se ve justificada por una continua búsqueda de la excelencia en el servicio por la necesidad de contar con servicios de calidad. *(Referencias. Intervenciones: Supervisión y Capacitación)*

Un supervisor no solo prepara y da instrucciones a su equipo sino que también lo anima, lo que infunde fuerza y confianza para terminar con éxito la tarea encomendada. El supervisor capacitante comprende a su equipo de trabajo y le ayuda a enfrentar sus tareas con la seguridad del triunfo. *(Referencias. Intervenciones: Supervisión y Capacitación).*

2-5-8-4 Monitoreo y apoyo logístico

En la actualidad se sugiere que una forma de determinar si las prácticas en los lugares de trabajo se conforman a ciertos estándares laborales es a través de un sistema de monitoreo y verificación. El mantener un control estricto de la implementación y cumplimiento de dichos estándares se conoce como monitoreo.

El monitoreo debe servir para mejorar las condiciones de trabajo y facilitar el empoderamiento de los trabajadores.

El apoyo logístico es una forma de asignar un programa y valorar si la provisión de equipos, materiales y suministros es apropiada en cantidad y calidad para las acciones que realiza y la frecuencia de entrega de los suministros. *(Caja Costarricense Seguro Social, 1999)*

3.CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Según el problema y los objetivos, esta investigación posee un enfoque cuantitativo descriptivo porque pretende conocer las actividades que realiza la enfermera en el proceso de supervisión a los Asistentes Técnico de Atención Primaria, y es explicativa porque se requiere identificar áreas críticas del mismo y evidenciar su efecto en el desempeño de la visita domiciliar que realiza el ATAP.

3.2. Área de estudio

El estudio se realiza en el departamento de enfermería del Área de Salud de Cañas de la Caja Costarricense del Seguro Social.

3.3. Unidades de análisis

El objeto de estudio en esta investigación es el proceso de supervisión ejecutado por la enfermera supervisora en los nueve Asistentes Técnicos de Atención Primaria en el cumplimiento y rendimiento de la visita domiciliar del Área de Salud de Cañas.

Metodología para la selección de la muestra probabilística estratificada.

Total de visitas efectuadas = 1256

Se desea que al menos 1 ficha por ATAP sea estudiada

Error estándar = .015

Un nivel de confianza: 90%

V^2 = Varianza de la población, error estándar al cuadrado

s^2 = Varianza de la muestra expresada como probabilidad de ocurrencia = tamaño de la muestra sin ajustar.

n = tamaño de la muestra.

$n' = s^2 / V^2$

$$s^2 = p (1 - p) = .9 (1 -.9) = 0.09$$

$$V^2 = .000225$$

$$n' = .09 / .000225 = 400$$

$$n = n' / 1 + n' / N = 400 / 1 + 400 / 1256 = 303$$

Entonces la muestra de fichas familiares a estudiar es de 303, luego debe estratificarse la muestra por sectores de la siguiente manera:

Se obtiene la fracción constante, dividiendo la muestra entre el total de visitas realizadas en el año.

$$\text{Constante: } 303 / 1256 = 0.241242$$

Para obtener las submuestras estratificadas se multiplica la constante por el total de visitas que se realizaron en cada sector:

Sector	Visitas realizadas durante el año 2005	Muestra estratificada por sector
Bebedero	400	97
San Miguel	340	82
Río Naranjo	146	35
Chorotega	34	8
San Pedro	62	15
Barrio Unión	274	66
San Cristóbal	0	0
	Total N = 1256	Total n = 303

3.4. Fuentes de información primaria y secundaria

La fuente de información primaria se obtiene de los registros de las supervisiones de la jefatura de enfermería, registros estadísticos semanales, mensuales, trimestrales y anuales de los ATAP; el Manual de Normas de Visita Domiciliar de Atención Primaria para el primer nivel de atención.

La fuente de información secundaria, se obtiene de libros, tesis, documentos revisados en Internet, folletos, revistas, antologías, sobre el problema en estudio.

3.5. Identificación, descripción y relación de las variables de análisis

Las variables a estudiar en esta investigación de acuerdo al problema y objetivos planteados son: el proceso de supervisión que ejecuta la enfermera a los ATAP y el desempeño de los ATAP en la visita domiciliar.

Mediante esta investigación se desea conocer el efecto que tiene el proceso de supervisión en el desempeño, cumplimiento y rendimiento de los ATAP en cuanto a las visitas domiciliarias programadas en el año 2005.

3.6. Operacionalización de variables

Problema de estudio: ¿Cómo influye el proceso de supervisión de enfermería en el cumplimiento y rendimiento de las visitas domiciliarias programadas que realizan los Asistentes Técnicos de Atención Primaria para el Área de Salud Cañas en el año 2005?

Objetivo general: Analizar la influencia del proceso supervisión de enfermería en el cumplimiento y rendimiento de las visitas domiciliarias que realizan los Asistentes Técnicos de Atención Primaria programadas para el Área de Salud Cañas en el año 2005, para proponer recomendaciones que mejoren la estrategia de los ATAP.

Objetivo específico # 1	Variable / categoría de análisis	Definición conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Fuente de información
Describir como se realiza el proceso de supervisión en los Asistentes Técnicos de Atención Primaria del Área de Salud de Cañas.	Proceso de supervisión	Conjunto de directrices y orientaciones dadas por un jefe jerárquico a uno o más individuos que ejecutan trabajos y operaciones asignadas.	Supervisión interna	Acción que realiza un jefe de servicio a sus colaboradores por medio de la observación y aplicación instrumentos que permiten la orientación específica de sus tareas.	Número de supervisiones directas programadas para la visita domiciliar en el año 2005	Observación	Registro de programación de supervisiones anuales
					Número de supervisiones directas ejecutadas a la visita domiciliar en el año 2005	Observación	Enfermera supervisora
					Número de supervisiones indirectas programadas para la visita domiciliar en el año 2005	Observación	Registros de informes de la supervisora
					Número de supervisiones indirectas ejecutadas en la visita domiciliar en el año 2005	Observación	

			Apoyo logístico	Es una forma de asignar un a un programa y valorar si la provisión de equipos, materiales y suministros es apropiada en cantidad y calidad para las acciones que realiza y la frecuencia de entrega de los suministros	Número de ATAP que cuentan con el equipo completo de trabajo. Número de ATAP con registros automatizados Número de ATAP que posee manual de normas y procedimientos	Observación Observación Observación	Registro de programación de supervisiones anuales Enfermera supervisora
			Supervisión capacitante	El concepto de supervisión capacitante es una idea integradora de los dos elementos principales que influyen en la calidad del servicio que se presta	Número de funcionarios que recibieron capacitación justo a tiempo por problemas encontrados en la supervisión. Porcentaje de ATAP que han recibido educación continua	Observación Observación	Registros de informes de la supervisora
			Monitoreo	Es el medio por el cual una organización intenta asegurar que su operación se lleva a cabo de acuerdo con los planes elaborados para alcanzar los objetivos.	Número de monitoreos a la programación de la vista domiciliar Número de recomendaciones realizadas a los ATAP	Observación Observación	

Objetivo específico # 2	Variable / categoría de análisis	Definición conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Fuente de información
Describir el desempeño de los ATAP en las visitas domiciliarias programadas en el Área de Salud de Cañas	Visita domiciliar	Acción de baja complejidad en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en coordinación con la enfermera supervisora, en base a normas establecidas por la estrategia de Atención Primaria.	Grupo materno infantil	La mujer embarazada, la madre y el recién nacido, niños de 0 a 6 años.	<p>Cantidad de fichas que detecta a la embarazada en la visita domiciliar.</p> <p>Cantidad de fichas con niños en control y desarrollo detectados.</p> <p>Cantidad de fichas con niños que registran medidas antropométricas</p> <p>Cantidad fichas con niños menores de 6 años que registran hechos vitales</p>	<p>Observación Encuesta</p> <p>Observación Encuesta</p> <p>Observación Encuesta</p> <p>Observación Encuesta</p>	Ficha familiar y los ATAP
			Adulto mayor	Persona mayor de los 65 años.	Cantidad de fichas que registra adultos mayores	Observación Encuesta	
			Condición de salud	Se refiere a la detección y referencia de enfermedades crónicas, planificación familiar, citología.	<p>Cantidad de fichas en que aplica la detección en enfermedades crónicas.</p> <p>Cantidad de fichas que no registran método de planificación familiar</p>	<p>Observación Encuesta</p> <p>Observación Encuesta</p>	

			Vigilancia epidemiológica	Notificación, investigación, seguimiento de enfermedades de declaración obligatoria, vacunas y violencia intrafamiliar	Cantidad de fichas con mujeres que no registran citología. Numero de fichas que registran esquema completo de vacunas	Observación Encuesta Observación Encuesta	
			Saneamiento ambiental	Orientación en el mejoramiento del ambiente externo e interno a la vivienda	Numero de fichas familiares en que se registra la promoción del saneamiento ambiental.	Observación Encuesta	

3.7 Selección de Instrumentos y técnicas

Dada la información que se desea obtener se utilizó una hoja de cotejo para estudiar el proceso de supervisión efectuado, contrastado con lo programado; también se aplicó a los ATAP un cuestionario autoadministrado con interrogantes sobre la ejecución del proceso de supervisión enfocando características generales, educacionales, y administrativas.

Para el estudio del desempeño de los ATAP se tomó una muestra estratificada por sector, del total de visitas realizadas en el año 2005 en el Área de Salud, la muestra se analizó mediante una lista de cotejo estructurada con las funciones y actividades del ATAP en la visita domiciliar contrastado con la ficha familiar.

Se aplicó también un cuestionario autoadministrado a los ATAP, estructurado según las funciones y actividades primordiales que realiza durante la visita domiciliar.

3.8. Procedimientos para el análisis de la información.

El análisis de la información se realizó manualmente por los investigadores, siguiendo el orden lógico de las variables planteadas e identificadas en el problema.

Se aplicaron dos cuestionarios (ver punto anterior) a los ATAP y una lista de cotejo específicas para cada variable; la información obtenida fue codificada, presentada narrativamente en cuadros y gráficos según el área de análisis.

El desempeño de los ATAP se calificó en base a los resultados obtenidos en el análisis e interpretación de datos, de acuerdo a los siguientes rangos:

Regular 60 % a 79%

Bueno de 80 % a 89%

Muy bueno de 90% a 100%

3.9 Resultados esperados y limitaciones

Con esta investigación se espera obtener información que permita demostrar si el proceso de supervisión que se ejecuta a los ATAP del Área de Salud de Cañas es un factor que afecta el rendimiento y cumplimiento de la visita domiciliar programada en el año 2005 en este centro de salud.

Se espera obtener información que sustente la necesidad de realizar cambios en la supervisión del personal asistente técnico de atención primaria que optimicen el cumplimiento de la visita domiciliar a nivel nacional, además que demuestre a las autoridades en salud de la Caja Costarricense de Seguro Social la necesidad de dotar a las áreas de salud, en especial a la de Cañas, de mas plazas de profesionales en enfermería para que puedan realizar esta función tan importante como lo es la supervisión del primer nivel de atención.

Las limitaciones para esta investigación podrían ser la información sesgada por parte de los ATAP y de la enfermera supervisora; además se debe resaltar que el proceso de supervisión en estudio es ejecutado por una de las investigadoras, lo que implica una limitante para la objetividad del trabajo.

4.CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación tiene como objetivos describir como se realiza el proceso de supervisión de enfermería en los Asistentes Técnicos de Atención Primaria y detallar el cumplimiento y rendimiento de los mismos en la visita domiciliarias programadas para el año 2005.

4.1. Proceso de supervisión

A continuación se presenta el cuadro 1, donde se expone la distribución de horas laborales programadas y horas utilizadas de la jefatura de enfermería en el Área de Salud Cañas.

Cuadro N° 1

Programación versus utilización de horas laborales según actividades administrativas de la jefatura de enfermería, Área Salud Cañas, 2005.

Actividades	Programación		Utilización	
	horas laborales	%	de horas Laborales	%
Planificación	264	13	670	33
Organización	326	16	515	25
Integración	290	14	544	27
Dirección	420	21	254	12
Control	732	36	49	3
Total de horas	2032	100	2032	100

Fuente: Jefatura de Enfermería, Área de Salud de Cañas, 2005

En este cuadro se contempla que en la etapa de control el porcentaje de horas utilizadas reales es muy bajo en relación a lo programado, lo que indica una debilidad sustancial del proceso de la supervisión de la enfermera, pues consagra solo un 3% de sus horas laborales en esta etapa administrativa, lo que evidencia un incumplimiento de objetivos planteados, ya que Corderas, 1998 señala que “la supervisión es el medio en el cual una organización intenta asegurar que su

operación se lleva a cabo de acuerdo a los planes elaborados para alcanzar los objetivos”.

En cuanto a supervisión interna 5 técnicos de atención primaria manifiestan haber sido supervisados de forma directa al menos una vez en el año 2005; sólo uno dice que 2 veces en el año; los 3 restantes respondieron que no se les realizó este tipo de supervisión durante este periodo. Según las normas de visita domiciliar también debe efectuarse supervisión indirecta, al respecto 3 de los técnicos respondieron que una vez en el año se les efectuó dicha supervisión; los otros 6 aseguran que no fueron supervisados indirectamente.

Con respecto a lo anterior se encontró que la jefatura de enfermería no tiene programadas supervisiones directas ni indirectas de acuerdo a lo que establece el Manual Normativo de Visita Domiciliar; ella registra la programación de 19 supervisiones generales; (cadena de frío, barridos por dengue, revisión de fichas familiares, monitoreos de vacunación y otros).

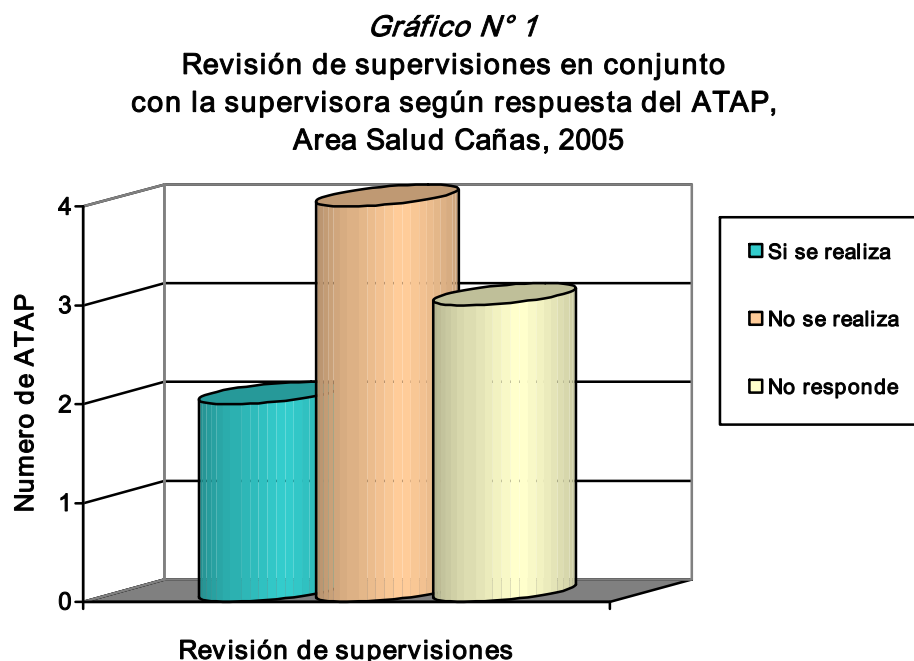
En relación a la ejecución de las mismas por parte de la jefatura de enfermería, solo verifica haber practicado 3 supervisiones indirectas en el año utilizando instrumentos no contemplados en el Manual Normas de la Visita Domiciliar, pero refiere evaluar informes mensuales de la producción de los asistentes técnicos de atención primaria, lo cual es una forma indirecta de supervisarlos, ya que ellos registran no solo la visita domiciliar sino otros ítems de la programación anual (trabajo escolar, vacunación, visitas domiciliarias de riesgo, captación de la embarazada, niños, adultos, adolescente, y otras actividades eventuales).

En lo que apoyo logístico se refiere la disponibilidad de material y equipo de trabajo los Técnicos de atención primaria en su totalidad exteriorizan que la calidad de equipo es buena pero que es insuficiente, ya que en 4 se incluye el equipo completo y 5 de ellos carecen de alguna parte de su equipo de trabajo.

En cuanto al suministro de material, papelería y demás, 6 ATAP contestaron que

se les proporciona cada mes; 2 no respondieron y 1 afirma no saber; lo que llama la atención ya que de acuerdo a informes de la jefatura de enfermería, a estos funcionarios se les entrega el material a utilizar en cada mes de forma estrictamente personal.

A juicio de que 7 de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria del Área de Salud de Cañas realizaron sus estudios hace más de 5 años y con más de 10 años de laborar, la supervisión capacitante como parte significativa del proceso supervisión, según (Referencias , intervenciones: supervisión y capacitación) deber ser vista como una herramienta de control para lograr un mejoramiento continuo, en busca de la excelencia en la calidad de los servicios; en este aspecto todos los asistentes técnicos de atención primaria (ATAP) han recibido cursos de orientación o adiestramiento en algunas de sus funciones básicas de visita domiciliar durante el año anterior; de su parte la supervisora deja ver que el 90% de los ATAP fueron capacitados en algún aspecto técnico y administrativo durante el año 2005.



Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006

En el gráfico N° 1 se visualiza que solo 2 asistente técnico de atención primaria

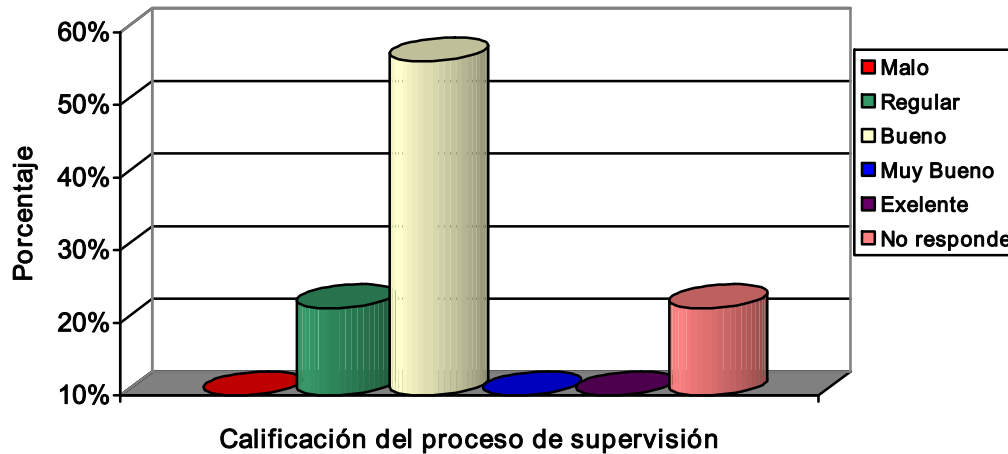
(ATAP) respondieron que la jefatura de enfermería si realiza con ellos la revisión de los resultados de una supervisión, mientras que 4 de ellos argumentan que no se efectúa dicho análisis y 3 no respondieron. Ante la pregunta, la enfermera refiere ejecutar 14 reuniones con los ATAP durante el año 2005 en donde se abarcaron temas generales, y que las recomendaciones técnicas y administrativas se realizan verbalmente, y no por escrito, reflejando deficiencias en el monitoreo y seguimiento de las recomendaciones dadas en dicha reuniones.

Es importante destacar que de los 9 ATAP 3 de ellos manifestaron que no se califica su desempeño; no obstante 5 dijeron que sí se les califica y uno no respondió.

La jefatura de enfermería es consciente de que no ha realizado monitoreos a la programación de las visitas domiciliarias que realizan los ATAP, pero sí realiza la revisión estadística trimestral de visitas domiciliarias ejecutadas en relación a las visitas domiciliarias programadas y se le da a conocer a los ATAP su producción en reuniones mensuales para sensibilizarlos a aumentar su producción.

En el siguiente gráfico se muestra como calificaron los ATAP el proceso de supervisión ejecutado por la enfermera supervisora.

Gráfico N° 2
Calificación al proceso de supervisión ejecutado
por la supervisora según ATAP,
Área Salud Cañas, 2005



Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006.

Para el 55% de ellos este proceso es considerado como bueno, para un 22% como regular y otro 22% no responde a este interrogante.

4.2. Desempeño (rendimiento y cumplimiento) de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar según cuestionario y ficha familiar.

La visita domiciliar como unidad de producción sustancial de los asistentes técnicos de atención primaria comprende 5 grandes dimensiones, grupo materno infantil, adulto mayor, condiciones de salud, vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental que lleva implícito promoción de la salud y desarrollo comunal.

Cuadro N° 2

Frecuencia e importancia a las actividades y funciones materno infantiles según ATAP, Área Salud Cañas, 2005

Frecuencia	%ATAP	Importancia	%ATAP
Siempre	53	Muy importante	89
Frecuentemente	47	Importante	11
Ocasionalmente	0	De poca importancia	0
Nunca	0	Sin importancia	0
Total	100%		100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006

En el cuadro anterior se nota claramente que la frecuencia con que los asistentes de atención primaria (ATAP) ejecutan estas actividades y funciones maternas infantiles son siempre (53%) o frecuentemente (47%) con poco margen de diferencia entre ambos calificativos; por otro lado el 89% de los ATAP considera muy importante estas actividades y funciones.

Cuadro N° 3

Realización de actividades y funciones maternas infantiles según ficha familiar, Área de Salud Cañas, 2005

Actividades Materno Infantiles	Fichas Familiares			
	SI	NO	NA	Total
Detecta embarazada en la visita domiciliar	235	10	58	303
Valora que el niño esté en control de crecimiento en su sector	266	34	3	303
Valora hechos vitales en niños menores de seis años				
Lugar de nacimiento	170	41	92	303
Edad	170	41	92	303
Peso al nacer	170	41	92	303
Valora las medidas antropométricas de los niños menores de 6 años.	171	40	92	303

Fuente: Fichas familiares 2005.

Según los datos obtenidos de las fichas familiares expuestos en el cuadro 3 se denota que en la mayoría de los casos (235 fichas) los ATAP sí detectan embarazadas durante la vista domiciliar y son muy pocos los casos en que no realizaron esta actividad; sin embargo en 34 fichas no se valora el control de crecimiento en niños menores de seis años; de igual forma en 41 fichas a este mismo grupo de niños no se le anotaron sus hechos vitales y en 40 las medidas antropométricas no estaban consignadas en la ficha.

Cuadro N° 4

Frecuencia e importancia a las actividades y funciones correspondientes al adulto mayor según ATAP, Área Salud Cañas, 2005

Frecuencia	% ATAP	Importancia	%ATAP
Siempre	89	Muy importante	100
Frecuentemente	11	Importante	0
Ocasionalmente	0	De poca importancia	0
Nunca	0	Sin importancia	0
Total	100		100

Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006

En cuanto a las actividades y funciones correspondientes al adulto mayor en el cuadro 4, un 89% de los ATAP consideran que dichas labores se realizan siempre, mientras que el 11% restante revela que lo hace frecuentemente, resalta además que en su totalidad los técnicos de atención primaria toman con mucha importancia estas tareas.

Si bien es cierto el asistente técnico de atención primaria (ATAP) tiene dentro su perfil realizar tamizaje al adulto mayor y valorar posibles enfermedades crónicas, en la ficha familiar no se observa un apartado que corresponda a este grupo etáreo, sino que debe agregar formularios e instrumentos de valoración adicionales.

Otras de las actividades que se estudian son aquellas denominadas condiciones de salud, en el cuadro siguiente se expone la opinión que tienen los ATAP sobre su desempeño en cuanto a frecuencia e importancia en dichas funciones.

Cuadro N° 5

Frecuencia e importancia a las actividades y funciones de condición de salud según ATAP, Área Salud Cañas, 2005

Frecuencia	% ATAP	Importancia	% ATAP
Siempre	74	Muy importante	91
Frecuentemente	26	Importante	9
Ocasionalmente	0	De poca importancia	0
Nunca	0	Sin importancia	0
Total	100		100

Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006

Como se puede notar para un porcentaje alto de asistentes técnicos de atención primaria (91%) estas tareas son muy importantes, sin embargo solo un 74 % siempre las realiza, y un 26% lo lleva a cabo frecuentemente. Al analizar el siguiente cuadro se refleja que estas actividades no se cumplieron en algunas fichas.

Cuadro N° 6

Realización de actividades y funciones de condición de salud según ficha familiar, Área Salud Cañas, 2005

Condición de Salud	Ficha Familiares			
	SI	NO	NA	Total
Enfermedades crónicas diagnosticadas	282	21	0	303
Citología vaginal	268	25	10	303
Promoción de la planificación familiar	245	32	36	303

Fuente: Fichas familiares, 2005

En el cuadro 6 se destaca que en más de 20 fichas familiares no se anota la realización de estas actividades, lo que lleva a suponer que no se realizaron durante la visita domiciliar y por ende evidencia debilidades en el desempeño de los asistentes técnicos de atención primaria.

Cuadro N° 7

Frecuencia e importancia a las actividades y funciones de vigilancia epidemiológica según ATAP, Área Salud Cañas, 2005

Frecuencia	% ATAP	% Importancia	% ATAP
Siempre	67	Muy importante	78
Frecuentemente	29	Importante	22
Ocasionalmente	4	De poca importancia	0
Nunca	0	Sin importancia	0
Total	100		100

Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006

Un elemento importante dentro las funciones del asistente técnico de atención primaria es la vigilancia epidemiológica, ya que Cañas al ser una zona endémica de enfermedades emergentes (dengue) y prevalente de otras re-emergentes (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, etc.) debe mantener una vigilancia constante; el cuadro 7 deja ver que solamente un 67 % de los ATAP realiza esta vigilancia siempre y un 4 % de ellos realizan estas tareas ocasionalmente; para el 78% de los ATAP dichas funciones son consideradas como muy importantes.

La investigación y análisis de datos deja notar que en 36 fichas que representa el 11% del total (303) el esquema de vacunación no está anotado, que es la única actividad evidente en la ficha familiar, pues las otras actividades y funciones pertenecientes a vigilancia epidemiológica no están implícitas en la ficha familiar, sino en instrumentos anexos a la misma que los ATAP deben aplicar en casos sospechosos y dar seguimiento, sobre todo en casos de dengue. Esto obliga a suspender la visita domiciliar programada ya que los ATAP deben realizar los

bloqueos de acuerdo a las normas de vigilancia epidemiológica según el caso.

Cuadro N° 8

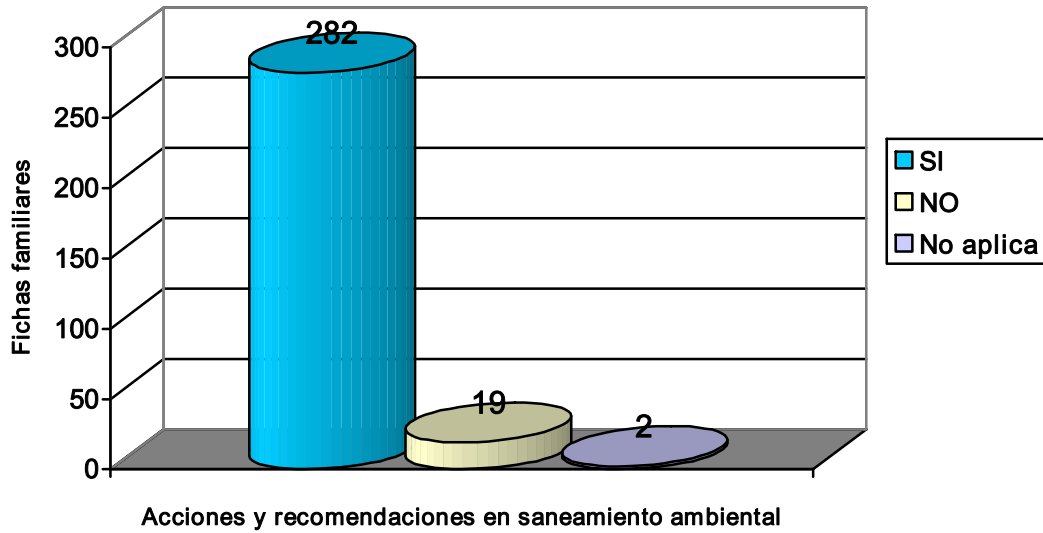
Frecuencia e importancia a las actividades y funciones de saneamiento ambiental según ATAP, Área Salud Cañas, 2005

Frecuencia	%ATAP	Importancia	% ATAP
Siempre	61	Muy importante	83
Frecuentemente	39	Importante	17
Ocasionalmente	0	De poca importancia	0
Nunca	0	Sin importancia	0
Total	100		100

Fuente: Cuestionario aplicado a los ATAP, Arias y Mora, 2006

El saneamiento ambiental es una actividad paralela a la vigilancia epidemiológica; en el cuadro 8 se demuestra que el 61% de los técnicos impulsa el saneamiento ambiental, promueve la salud y potencia el desarrollo comunal siempre; el restante 39% lo hace frecuentemente; un 81% dice que son funciones muy importantes: la promoción y uso adecuado de letrinas, saneamiento de viviendas, alrededores y el desecho higiénico de la basura, entre otras actividades del saneamiento ambiental.

Gráfico 3
Distribución de fichas según ejecución de actividades de saneamiento ambiental, Area Salud Cañas, 2005



Fuente: Fichas familiares, 2005

En el gráfico anterior su labor en la ficha familiar se refleja de forma satisfactoria al observar que de las 303 fichas un total de 282 el ATAP si promovió el saneamiento ambiental y solo en 19 fichas no se evidencia dichas actividades.

5.CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5-1-1 Conclusiones generales

- ◆ Se evidencia deficiencias en el proceso de supervisión de enfermería, entre estas se pueden mencionar: debilidades en la planificación, programación, ejecución de las supervisiones directas e indirectas y en algunos casos la no aplicación o el no seguimiento de las mismas cuando éstas así lo requieren.
- ◆ Se logra identificar que el proceso de supervisión de enfermería que se realiza en los asistentes técnicos de atención primaria del Área de Salud de Cañas posee una influencia directa en el bajo rendimiento y cumplimiento de la visita domiciliar, y en menor intensidad en el desempeño de la misma; se demuestra la necesidad de una supervisión constante, continua y oportuna que permita identificar justo a tiempo las debilidades encontradas en la visita domiciliar del técnico de atención primaria, ya que con la implementación de programas de acuerdo al compromiso de gestión se adicionan mayores actividades que deben cumplir la enfermera y el ATAP en su quehacer diario.

5-1-2 Conclusiones específicas

Proceso de supervisión

- ◆ Incumplimiento de las horas programadas para realizar la supervisión del primer nivel de atención
- ◆ Se realiza programación de supervisiones de forma general y no de acuerdo a normas.
- ◆ Incumplimiento de supervisiones directas a los ATAP de acuerdo a normas del manual de visita domiciliar.

- ◆ Cumplimiento parcial de las supervisiones indirectas al ATAP, pues no se realiza según normas. (ficha familiar / desplazamiento; números de fichas familiares / desplazamiento/ jefe de familia).
- ◆ La no utilización de los instrumentos de supervisión oficializados por el Manual Normativo de Visita Domiciliaria.
- ◆ La calidad de equipo es buena pero insuficiente ya que 5 ATAP trabajan con equipo incompleto.
- ◆ Los ATAP disponen de material y papelería necesaria para realizar sus funciones en la visita domiciliar, pues se entrega cada mes.
- ◆ Todos los ATAP fueron capacitados en algún aspecto técnico o administrativo en el año 2005.
- ◆ La jefatura de enfermería no realiza de forma escrita recomendaciones técnicas o administrativas, al realizar la supervisión para ejecutar seguimiento posterior.
- ◆ La evaluación del desempeño no se realiza de acuerdo a políticas y normas de recursos humanos.
- ◆ La enfermera no registra monitoreos de la programación de las visitas domiciliarias mensual, trimestral o anual que deben realizar los ATAP.
- ◆ El 100% de los ATAP posee el Manual de Normas y procedimientos de la visita domiciliar.

Desempeño de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar.

- ◆ Se comprueba que existe un bajo rendimiento y cumplimiento por parte de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar, puesto que de las 4500 visitas domiciliarias programadas solo se logran ejecutar 1256 visitas domiciliarias, lo que significa un 28% de producción, reflejo de un proceso de supervisión débil y discontinuo, con el agravante que gran parte del tiempo dispuesto para visitas domiciliarias es utilizado en otras actividades de la estrategia de atención primaria, tales como barridos y bloqueos, trabajo escolar, jornadas de vacunación, búsqueda de pacientes por pérdida de citas y serologías pendientes.
- ◆ Se determina que el desempeño de los asistentes técnicos de atención primaria en las cinco dimensiones sustanciales de su quehacer en la visita domiciliar un promedio del 87% de estos revelan que es muy importante realizar las actividades y funciones de visita domiciliar, lo que lo califica como bueno; y en materia de frecuencia en que se realizan estas actividades es valorado como regular (68%), lo que indica que a pesar de que cuentan con una deficiente supervisión de parte de la jefatura de enfermería se mantiene un moderado compromiso de los asistentes técnicos de atención primaria en realizar las funciones y anotar los datos en las fichas familiares. Sin embargo, este compromiso debe vincularse con una supervisión continua y sostenida de acuerdo a las “Normas de la Visita Domiciliar” para dar respuesta orientada a la responsabilidad y rendición de cuentas y como consecuencia optimizar el desempeño de los técnicos de atención primaria; así la comunidad gozaría de unos servicios accesibles, de bajo costo y de calidad.

5.2. Recomendaciones

Proceso de Supervisión

- ◆ Incluir en el programa anual operativo del departamento de enfermería la necesidad de contar un una enfermera profesional para que se dedique exclusivamente a la supervisión del primer nivel de atención, muy en especial a los asistentes técnicos de atención primaria.
- ◆ Que se cumpla la normativa de una enfermera profesional por cada tres sectores.
- ◆ Que la enfermera responsable del primer nivel de atención planifique y cumpla estrictamente con el programa de supervisión anual a los técnicos de atención primaria.
- ◆ Que el programa anual de supervisión diseñado por la supervisora contemple supervisión directa, indirecta y cruzada y que estas sean revisadas con los funcionarios involucrados.
- ◆ El plan anual de supervisión de la visita domiciliar debe ser vigilado periódicamente, revisado y modificado por la enfermera supervisora cada seis meses de acuerdo con los resultados internos, y eventos encontrados durante la supervisión.
- ◆ Que la enfermera supervisora elabore una matriz de cuadro de mando integral, a la vista de los interesados, que le permita ir midiendo los indicadores de calidad propuestos a inicio del año.
- ◆ Que la enfermera supervisora realice cada tres meses inventarios de equipos y materiales básicos con que laboran los ATAP a fin de brindar

servicios eficientes y de calidad a los usuarios.

- ◆ Que el Área de Salud proporcione a los ATAP el equipo completo a utilizar tanto en la visita domiciliar como la oficina de trabajo.
- ◆ Que el departamento de enfermería implemente un programa de educación continua anual, que abarque aspectos teóricos prácticos de la estrategia de atención primaria en el primer nivel de atención.
- ◆ Que la enfermera revise y registre por escrito las recomendaciones técnicas y administrativas que encuentre en un funcionario cuando lo supervisa.
- ◆ Que cada ATAP lleve un ampo donde se archiven los reportes y se realicen seguimientos.
- ◆ Que la enfermera supervisora realice reuniones con el funcionario evaluado y comunicar verbalmente y por escrito la situación encontrada durante la supervisión.
- ◆ Que la enfermera supervisora realice un cronograma de evaluaciones del desempeño a la vista de los funcionarios involucrados estableciendo un compromiso ineludible a ejecutar.
- ◆ Que la enfermera supervisora registre y ejecute el monitoreo de la programación de la visita domiciliar.

Desempeño de los asistentes técnicos de atención primaria en la visita domiciliar

- ◆ Que el 100 % de los ATAP realicen y registren siempre en la ficha familiar la detección de embarazada en la visitas domiciliarias.
- ◆ Que el 100% de los ATAP realicen y registren siempre en la ficha familiar el control y crecimiento de los niños y niñas.
- ◆ Que el 100% de los ATAP realicen y registren siempre en la ficha familiar los hechos vitales en niños y niñas menores de seis años.
- ◆ Que el 100% de los ATAP realicen y registren siempre en la ficha familiar la valoración de las medidas antropométricas.
- ◆ Que las autoridades correspondientes de enfermería a nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social valoren incluir un espacio en la ficha familiar exclusivo para el adulto mayor.
- ◆ Que el 100% de los ATAP aplique y registre siempre en la ficha familiar la detección de enfermedades crónicas.
- ◆ Que el 100% de los ATAP registre y refiera siempre en la ficha familiar a las mujeres sin citología vaginal.
- ◆ Que el 100% de los ATAP registre siempre en la ficha familiar la utilización o no de un método de planificación familiar.
- ◆ Que el 100% de los ATAP mantenga siempre el esquema de vacunas actualizado en la ficha familiar.
- ◆ Que el 100% de los ATAP realice y registre la promoción y seguimiento de saneamiento ambiental.

- ◆ Que la enfermera supervisora realice al menos 3 supervisiones directas en el año a cada técnico de atención primaria para la certificación de la calidad del llenado de ficha familiar.

- ◆ Que la Caja Costarricense de Seguro Social realice una evaluación del primer nivel de atención en aspectos de estructura, procesos y resultados, y de acuerdo a necesidades se dote de recurso humano, financiero y material al área de salud.

- ◆ Se recomienda efectuar una investigación que mida la efectividad de los resultados concretos de la visita domiciliar que realizan los asistentes técnicos de atención primaria

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

Arjona Ortegón, Nereida; Conejo Jara, Ángela; Montoya Saborio, Maria de los Ángeles. **“Manual de atención integral en salud de los (as) niños (as) en el escenario escolar: Componentes de Servicios”**. Segunda edición, San José, Costa Rica.

Balderas Pedrero Maria de la Luz **Administración de los servicios de enfermería** Tercera edición. México 1995.

Barrantes Echeverria, Rodrigo. **“Investigación un camino al conocimiento: un enfoque cuantitativo y cualitativo”**. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. **“Proceso de Desarrollo Directivo”** Modulo cuatro. CENDEISS San José, Costa Rica.1999

Conejo Jara, Ángela; Méndez Gonzáles, Haydee; Morice Chavarria, Irma. **“Manual Normativo de Visita Domiciliaria de Atención Primaria Primer Nivel de Atención”** Caja Costarricense de Seguro Social. Febrero 2003.

Cordera, A., Bobenrieth, Manuel. **“Administración de Sistemas de Salud”**. Tomo I y II. Editado por A. cordera y M. Bobenrieth. México, 1983

Garro Valverde, Leyla y otros. **“Técnica Básicas para Atención Domiciliar”** Ministerio de Salud UNICEF. Primera edición. San José Costa Rica, Junio 1989.

Fonseca Renauld, Jorge; Gutiérrez, Maria de los Ángeles; Henderson García; Allan, comp. **“Control de Gestión.”** Antología. Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 2005.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar. **“Metodología de la Investigación”**, Capítulo 8. Tercera edición. Editorial Mc Gram Hill.

Ministerio de Salud. **“Normas técnicas para el control del dengue y dengue hemorrágico.”** Costa Rica, 2000.

Ministerio de Salud. **“Programa de salud en comunidades del área rural de Costa Rica”**. San José, Costa Rica. Mayo 1973.

Ministerio de Salud. **“Proyecto de salud comunitaria para el área urbana”**. Costa Rica 1975.

Miranda Gutiérrez, Guido. **“La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica”**. Tercera edición. Editorial UNED. San José, Costa Rica, 2003

Morgan, Lynn M. **“Participación comunitaria en salud: La política de atención primaria en Costa Rica”** Primera edición Ednasss-CCSS, San José, Costa Rica, 1997.

Muñoz Nevin, Carlos. “Transición de la nutrición y la salud de Costa Rica democrática” **“Desarrollo y características de los servicios de salud y nutrición para las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica”**, Capítulo 3, Guatemala: editorial INCAP, DCE/019. 1996.

Moya Meoño, Ligia Maria. **“Introducción a la estadística de la salud”**, Primera edición. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1986

Szpirman, Leonardo **“Atención primaria de salud y medicina comunitaria”**. Primera edición. Israel, 1994.

“Manual Operativo Jornada Nacional de vacunación contra la Polio y el Sarampión en menores de 5 años de edad”. Caja Costarricense del Seguro Social y Ministerio de Salud, Costa Rica, marzo 2002.

Revistas:

Esquivel, Neylsi, Guzman Julia, y otros **“Taller sobre la contribución de la auxiliar de enfermería sobre el logro de las metas de salud para todos en el año 2000”** Revista Numero 15 La enfermería en Costa Rica marzo del 1988.

Compilado: Jiménez Aragón, Enrique; Brenes Rojas, Víctor comp. **La atención primaria en Costa Rica** Ministerio de salud, San José Costa Rica.

Compilado: Referencias Intervenciones: Supervisión y Capacitación **Curso: Supervisión capacitante**. Impartido por la Lic Johaniy Romero, Septiembre 1993.

Entrevistas

Solórzano Solórzano, Leyla. **“Entrevista con Leyla Solórzano Solórzano”**, Enfermera Rectora del Ministerio de Salud. Entrevistado por Clara Arias Arrieta, Cañas, Guanacaste, Costa Rica, 13 de junio, 2005.

Tesis

Mesen Sancho, Marita; Monge Hernández, Mayela. **“Factores Administrativos que Inciden en la Cobertura de la Visita Domiciliar del Técnico de Atención Primaria Área de Salud de Ciudad Quesada”**. Tesis de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible, Sistemas de Estudios de Posgrado, Universidad Estatal a Distancia, 2001

Bibliografía electrónica

www.insp.mx/salud/36/365-9s.hrm.x, Mayo 2005.

<http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=viewarticle&artid=212&page=1> **(Modelo de participación de**

enfermería en promoción de la salud y prevención de la enfermedad).

ANEXOS

Cuadro 1. Fichas familiares por sector según realización de actividades materno infantil, Área Salud de Cañas, 2005

Actividades Materno Infantiles	Sectores																							
	Barrio Unión				San Miguel				Bebedero				Chorotega				Río Naranjo				San Pedro			
	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	NA	Total
Detecta embarazada en la visita domiciliar	26	3	37	66	78	2	3	83	77	1	18	96	8	0	0	8	31	4	0	35	15	0	0	15
Valora que el niño este en control de crecimiento en su sector.	60	5	1	66	82	0	1	83	95	0	1	96	8	0	0	8	6	29	0	35	15	0	0	15
Valora hechos vitales en niños menores de seis años																								
Lugar de nacimiento	32	6	28	66	41	2	40	83	69	5	22	93	8	0	0	8	4	28	3	35	15	0	0	15
51 Edad	34	4	28	66	38	5	40	83	70	4	22	96	8	0	0	8	4	28	3	35	15	0	0	15
Peso al nacer	28	10	28	66	41	2	40	83	73	1	22	96	8	0	0	8	4	28	3	35	15	0	0	15
Valora las medidas antropométricas de los niños menores de 6 años.	33	8	28	68	41	2	40	83	71	2	23	96	8	0	0	8	6	28	2	35	15	0	0	15

Cuadro 2. Fichas familiares por sector según realización de actividades de condición de salud, Área salud de Cañas, 2005

Actividades Condición de Salud	Sectores																							
	Barrio Unión				San Miguel				Bebedero				Chorotega				Río Naranjo				San Pedro			
	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	NA	Total
Enfermedades crónicas diagnosticas	66	0	0	66	82	1	0	83	94	2	0	96	8	0	0	8	17	18	0	35	15	0	0	15
Fecha de la última citología	58	6	2	66	79	2	2	83	91	0	5	96	8	0	0	8	17	17	1	35	15	0	0	15
Promoción de la planificación familiar	53	7	6	66	79	2	2	83	78	1	17	96	8	0	0	8	12	22	1	35	15	0	0	15

8

Cuadro 3. Fichas familiares por sector según anotación de actividades de vigilancia epidemiológica, Área Salud de Cañas, 2005

Actividades de Vigilancia Epidemiológica	Sectores																							
	Barrio Unión				San Miguel				Bebedero				Chorotega				Río Naranjo				San Pedro			
	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	N.A	Total	SI	NO	NA	Total
Esquema de vacunas actualizadas	58	8	0	66	78	5	0	83	94	2	0	96	8	0	0	8	14	21	0	35	15	0	0	15

Hoja de Cotejo

Las siguientes preguntas están dirigidas a la enfermera supervisora con el fin de conocer como se realiza el proceso de supervisión en los Asistentes Técnicos de Atención Primaria, en el Área de Salud de Cañas, durante el año 2005.

Aspectos Observados

1-Realiza programación de tiempo de trabajo anual, trimestral, mensual, según quehaceres administrativos _____

2-Numero de supervisiones directas programadas para la visita domiciliar en el año 2005. _____

3-Numero de supervisiones directas ejecutadas a la visita domiciliar en el año 2005.

4-Numero de supervisiones indirectas programadas para la visita domiciliar en el año 2005. _____

5-Numero de supervisiones indirectas ejecutadas a la visita domiciliar en el año 2005. _____

Apoyo logístico:

1-Numero de ATAP que trabajan con el equipo completo. _____

2- Frecuencia con los ATAP reciben suministros. _____

3-Supervisión capacitante:

1-Numero de funcionarios que recibieron capacitación técnica y administrativa.

2- Porcentaje de funcionarios que han recibido educación continúa. _____

4-Control

1-Numero de monitoreos realizados a la programación de la visita domiciliar _____

2-Anota recomendaciones técnicas y administrativas a los ATAP. _____

3-Numero de ATAP que posee manual de normas y procedimientos. _____

Cuestionario: Actividades administrativas relacionadas con el desempeño del ATAP en la visita domiciliar

El presente instrumento es para obtener información básica que permita visualizar la relación existente entre distribución del material, proceso de supervisión de la enfermera que puede afectar el rendimiento y cumplimiento de su quehacer en la visita domiciliar. Las preguntas están elaboradas de manera que usted puede chequear y revelar información de forma breve y concisa, además se le comunica que esta información es confidencial y solo para fines de estudio universitario.

Nombre _____ SECTOR _____

I 1° .Datos Generales:

1. Años cumplidos _____

2. Sexo _____

3. Estado Civil

Unión libre Soltero Casado

Viudo Libre Divorciado

4. Ultimo Año de estudio que completo

Escuela Secundaria Universitaria

II Dimensiones:

1- Supervisión interna

Frecuencia con que se recibe la supervisión

1-1- directa:

	1 vez/Sem	1vez/mes	1vez/3 meses	1vez/ 6 meses	1vez/ año	Nunca
Enfermera del Área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermera Regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico del Sector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frecuencia con que se recibe la supervisión

1-2- indirecta:

	1 vez/Sem	1vez/mes	1vez/3 meses	1vez/ 6 meses	1vez/ año	Nunca
Enfermera del Área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermera Regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico del Sector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Apoyo Logístico

2-1- Disponibilidad actual de material y equipo para realizar su trabajo.

	Calidad		Cantidad		
	Bueno	Malo	Suficiente	Poco	Insuficiente
Balanza calzón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maletín de visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfigmomanómetro aneroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estetoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Termo para vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tallímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinta métrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros especifique	<hr/>				

2-2- Frecuencia con que llegan los suministros.

	Cada/ mes		Cada/ 3meses		Cada 6/ meses		Anual
Papelería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material descartable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- Supervisión capacitante

3-1- Periodo en que realizo los estudios de Asistente Técnico de Atención Primaria.

De _____ hasta _____

3-2- Lugar donde realizo sus estudios de Asistente Técnico de Atención Primaria.

- Ministerio de Salud
- Caja Costarricense del Seguro Social (CENDEISS)

3-3- Años de trabajar como Asistente Técnico de Atención Primaria

3-4- Aspectos sobre los curso que han recibido orientación o cursos posterior al adiestramiento básico en los últimos 3 años

- Hidratación oral
- Programa de tuberculosis
- Saneamiento básico
- Programa específicos de informática
- Enfermedades inmuno prevenibles
- Transmisión Sexual
- Capacitaciones autodidácticas
- Otros especifique _____

4- Control

4-1- La enfermera supervisora analiza el informe de la supervisión realizada de manera conjunta.

- Si
- No

4-2- Se califica su desempeño como Asistente Técnico de Atención Primaria

- Si
- No

4-3- Considera usted el proceso de supervisión ejecutado por la enfermera supervisora como:

- Malo
- Regular
- Bueno

Muy Bueno
Excelente
Porque _____

Muchas Gracias.

Cuestionario: Funciones y actividades que realiza el asistente técnico de atención primaria durante la visita domiciliar

INSTRUCCIONES

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de funciones y actividades que se realizan durante la visita domiciliar; al lado ellas debe marcar la frecuencia y la importancia con que las realiza.

Respecto a la frecuencia, debe encerrar en un círculo uno de los números del 1 al 4 de acuerdo los siguiente criterios

1. Nunca o excepcionalmente = cuando nunca realiza esa actividad o si la hace en raras ocasiones.
2. Ocasionalmente = cuando realiza esa actividad de vez en cuando.
3. Frecuentemente = cuando esa actividad la realiza la mayoría de la veces.
4. Siempre = cuando esa actividad la ejecuta según las normas

Sobre la importancia que tiene realizar esa actividad para su trabajo y para la salud de la comunidad donde trabaja , también debe encerrar en un círculo uno de los números del 1 al 4 de la manera siguiente:

1. Sin importancia = cuando no es relevante realizar esa actividad para su trabajo o para la comunidad
2. De poca importancia = cuando tiene poca relevancia o casi no afecta su trabajo y la salud de la comunidad.
3. Importante = cuando considere que esa actividad debe ser realizada la mayoría de las veces, ya que de no hacerlo afecta su trabajo y la salud de las comunidades.
4. Muy importante = cuando considera que esa actividad siempre debe ejecutarse según las normas, ya que es muy relevante para su trabajo y para la salud comunidad.

Funciones y actividades	Respuesta a la pregunta frecuencia	Respuesta a la pregunta importancia
1. Grupo Materno Infantil		
a. Detecta embarazada en la visita domiciliar	1 2 3 4	1 2 3 4
b. Valora que el niño este en control crecimiento y desarrollo en su sector.	1 2 3 4	1 2 3 4
c. Valora hechos vitales del recién nacido.	1 2 3 4	1 2 3 4
d. Valora las medidas antropométricas de los niños menores de 6 años.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Adulto Mayor		
a. Realiza aplicación tamizaje adulto mayor	1 2 3 4	1 2 3 4
b-Detecta y refiere adulto mayor de riesgo	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Condición de salud		
Enfermedades crónicas		
a. Valora a personas con enfermedades crónicas	1 2 3 4	1 2 3 4
b. Refiere a las personas con enfermedades crónicas	1 2 3 4	1 2 3 4
Planificación Familiar y citología vaginal		
a Hace control de la planificación familiar	1 2 3 4	1 2 3 4
b. Promueve a la planificación familiar	1 2 3 4	1 2 3 4
c. Valora la citología vaginal	1 2 3 4	1 2 3 4

d. Refiere a la toma de citología vaginal	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Vigilancia epidemiológica		
a. Registra esquema de vacunas	1 2 3 4	1 2 3 4
b. Mantiene actualizado el esquema de vacunas en la ficha familiar	1 2 3 4	1 2 3 4
c. Refiere enfermedades de declaración obligatoria y violencia familiar	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Saneamiento ambiental		
a. Detecta casas con problemas de saneamiento ambiental	1 2 3 4	1 2 3 4
b. Realiza campaña de prevención y promoción de la salud	1 2 3 4	1 2 3 4