

*Universidad Latinoamericana
de Ciencia y Tecnología*

*Prueba escrita para optar por
licenciatura en odontología .*

*Tema : Venta de servicios odontológicos a la Caja
Costarricense de Seguro Social .*

Estudiante : Viviane Whitter Chambers

Tutor : Pedro López Vides

Diciembre 2001

AGRADECIMIENTO

En primer lugar , a Dios , quien me dio la fortaleza , desde el inicio de mis estudios hasta la

culminación de ellos con esta tesis. A mi familia , quienes siempre me apoyaron .

A todos los que de una u otra forma me ayudaron a cumplir mi meta.

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico a mi madre , Denise ; a mi hermano , Alexander , y a mi tía , Elena.

¡ Gracias por su apoyo y que Dios los bendiga siempre!

Declaración jurada.

San José , Costa Rica 17 de diciembre de 2001

Bajo la fe de juramento declaro que este trabajo es de mi propia autoría y que en el no he reproducido como si fueran míos , total o parcialmente lo expresado por otras personas en libros o documentos impresos o no ; sino que he , destacado entre comillas los textos transcritos y he consignado los datos del autor y su obra.

ÍNDICE

<i>Agradecimiento</i>	<i>i</i>
<i>Dedicatoria</i>	<i>ii</i>
<i>Declaración jurada</i>	<i>iii</i>
<i>Índice</i>	<i>iv</i>
<i>Índice de cuadros</i>	<i>vii</i>
<i>Índice de gráficos</i>	<i>xii</i>
<i>Lista de abreviaturas</i>	<i>xv</i>
<i>Capítulo I : Planteamiento del problema</i>	
<i>1.1 Introducción</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Conceptualización del objeto de estudio</i>	<i>3</i>
<i>1.3 Justificación</i>	<i>5</i>
<i>1.4 Definición del problema</i>	<i>6</i>
<i>1.5 Objetivos</i>	
<i>1.5.1 Objetivo general</i>	<i>7</i>
<i>1.5.2 Objetivo específico</i>	<i>8</i>
<i>1.6 Matriz de relación entre interrogantes</i>	<i>9</i>

Capítulo II : Marco conceptual

2.1 Programa de Reforma del Estado	12
2.2 Programa Reforma del Sector Salud	20
2.3 Componente Readecuación del modelo de atención	31
2.4 Características generales del Modelo de atención propuesto	35
2.5 Componente Modelo General de Asignación de Recursos y compra de servicios de salud y evaluación de alternativas de gestión y atención a la salud .	51

Capítulo III : Marco metodológico

3.1 Tipo de estudio	60
3.2 Población	60
3.3 Proceso metodológico	60
3.3.1 Diseño de la investigación	61
3.3.2 Recolección de información	61
3.3.3 Analisis y sistematización de la información	62

Capítulo IV : Resultados y análisis

4.1 Diagnóstico situacional	64
4.1.1 Aspectos Generales del Servicio de Odontología	64
4.1.2 Situación actual del Servicio de Odontología	70
4.2 Percepción de los Clientes del Servicio de odontología	74
4.2.1 Características de la población entrevistada	74

<i>4.3 Viabilidad para la compra de Servicios Odontológicos</i>	<i>94</i>
<i>en los servicios de Odontología de la Caja Costarricense</i>	
<i>de Seguro Social</i>	
<i>4.4 Factibilidad para la contratación de servicios</i>	<i>103</i>
<i>odontológicos en el Área de salud de Alajuelita</i>	
<i>Conclusiones</i>	<i>111</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>114</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>117</i>
<i>Anexos</i>	<i>120</i>
<i>Cronograma</i>	<i>121</i>
<i>Encuesta de satisfacción al cliente externo</i>	<i>122</i>

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 4 : 71	<i>Resumen de las fortalezas ,oportunidades amenazas y debilidades del servicio de odontología</i>
Cuadro No. 5: 75	<i>Población encuestada por sexo . Servicio de odontología</i>
Cuadro No. 6 : 76	<i>Población encuestada , según grupo de edad .</i>
Cuadro No. 7 : 77	<i>Población encuestada , según nacionalidad.</i>
Cuadro No 8 : 78	<i>Población encuestada , según tipo de seguro.</i>
Cuadro No. 9 : 80	<i>Población encuestada , según nivel de escolaridad.</i>
Cuadro No. 10 : 81	<i>Población encuestada, segun ocupación</i>
Cuadro No. 11 : 83	<i>Regularidad con que los clientes asisten a recibir a tención en el servicio de odontología del área.</i>
Cuadro No. 12 :	<i>Motivos por los cuales no asisten a</i>

*a recibir atención en el servicio
de odontología.*

Cuadro No. 13 : *Trato recibido por el personal del servicio*
85

de odontología.

Cuadro No. 14 : *Nota otorgada por los encuestados a la*
86

a la atención recibida.

Cuadro No. 15 : *Recomendación del servicio de Odontología*
87

a familiares y amigos .

Cuadro No. 16: *Condición bucodental de los encuestados*
88

*según , su percepción con los servicios
odontológicos .*

Cuadro No. 17 : *Hora de llegada de los encuestados a la sede*
89

para sacar cita en odontología .

Cuadro No. 18 : *Satisfacción por el servicio odontológico*
90

recibido , según cualidad.

Cuadro No. 19 : *Insatisfacción por los servicios odontológicos*
91

brindados , según características.

Cuadro No. 21: *Recomendaciones dadas por los encuestados*
93

para mejorar el servicio de odontología .

Cuadro No. 24 : Consultas por hora según tiempo disponible
95

por año.

Cuadro No. 25 : Consultas atendidas y clientes rechazados por mes .
95

Cuadro No. 26 : Horas utilizadas en otras actividades según , tipo .
97

Cuadro No. 27: Días de incapacidad del personal por año .
100

Cuadro No. 28 : Costo de la consulta del servicio de odontología ,
103

según meses.

Cuadro No.29 : Costo de consultas odontológicas , según lugar
104

en que se ofrecen.

Cuadro No. 30 : Programación par la compra de servicios
107

según actividades y subprogramas de atención.

Cuadro No. 31 : Número de consultas por año , según
108

subprograma de atención .

Cuadro No. 32 : Resumen de la opción recomendada
116

para la contratación de servicios

odontológicos en el área de salud de Alajuelita.

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico No.6:	<i>Población encuestada por sexo .</i>	75
Gráfico No. 7 :	<i>Población encuestada por grupo de edad</i>	76
Gráfico No. 8 :	<i>Población encuestada , según nacionalidad</i>	77
Gráfico No. 9 :	<i>Población encuestada , según tipo de seguro</i>	79
Gráfico No. 10 :	<i>Población encuestada , según nivel de escolaridad</i>	80
Gráfico No.11 :	<i>Población encuestada según ocupación</i>	82
Gráfico No. 12 :	<i>Regularidad con que los clientes asisten a recibir atención en el servicio de odontología</i>	83
Gráfico No. 13 :	<i>Motivos por los cuales los clientes no asisten a recibir atención odontológica .</i>	84
Gráfico No. 14 :	<i>Trato recibido por el personal</i>	85

del servicio de odontología según calificación

Gráfico No. 15 : *Recomendación del servicio de odontología*
87

a familiares y amigos .

Gráfico No. 16 : *Condición bucodental de los encuestados*
88

Gráfico No 17 : *Hora de llegada de los encuestados a la sede*
89

Gráfico No. 18 : *Satisfacción por el servicio odontológico recibido*
91

Gráfico No. 19 : *Insatisfacción por los servicios brindados*
92

Gráfico No. 20 : *Recomendaciones dadas por los encuestados*
93

para mejorar el servicio de odontología

LISTA DE ABREVIATURAS

C.C.S.S. : Caja Costarricense de Seguro Social.

EBAIS : Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

FODA : Fortalezas , Oportunidades , Debilidades y Amenazas.

***PLANTEAMIE
NTO
DEL
PROBLEMA***

INTRODUCCIÓN

Una de las justificantes de mayor peso para la privatización de los servicios de Odontología, es, sin duda, el crecimiento económico, sin la creación de más empleos. Ahunado a esto se encuentran la incidencia de los cargos sociales y beneficios laborales, el crecimiento de los salarios por encima de la productividad y la misma apertura comercial que Costa Rica tiene a raíz de los tratados de Libre Comercio. Para países como el nuestro, esta apertura y el incremento de la productividad, permiten mantener una política más prudente en materia de salarios.

Como futuros graduandos, tenemos que entender el actual proceso de transformación social y las nuevas tendencias de cambio, con el fin de aprovecharlas para insertarnos en el mercado laboral, con mentalidad de empresarios; esto nos obliga a un replanteamiento del papel de sujetos sociales pasivos a la nueva sociedad contemporánea. Todos los procesos nos afectan a nos ofrecen oportunidades. No debemos de aislarnos, al contrario, tendríamos que aprovechar la capacitación técnico-científica aprendida a lo largo del proceso de enseñanza y aprendizaje en la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología de Costa Rica, en el mercado competitivo, tomando la ventaja en el amplio marco conceptual de la prestación de los Servicios Médico-Odontológicos, a través de distintas formas de contratación, como serían la compra de servicios odontológicos por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El replanteamiento de las ideas tradicionales en el contexto de la contratación de los servicios odontológicos y la generación de nuevas y crecientes expectativas, obligan a un nuevo papel de los diferentes actores y del estado en la sociedad costarricense, con respecto a un cambio en el modelo de atención odontológica.

ANTECEDENTES

El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica -según Decreto Ejecutivo No. 19276-5 del 9 de noviembre de 1989- se encuentra integrado por:

- *Ministerio de Salud*
- *Caja Costarricense de Seguro Social*
- *Instituto Nacional de Seguros*
- *Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados*
- *Universidades*
- *Servicios Médicos Privados, Cooperativas y Empresas de Autogestión*
- *Municipalidades*
- *Comunidades*

DESARROLLO HISTÓRICO

El Reglamento del Seguro de Salud establece la prestación que deben recibir los usuarios de estos servicios, de conformidad con algunas pautas de atención estipuladas en las Normas de Atención Integral, elaboradas con la readecuación del Modelo de Atención.

En estudio retrospectivo, a partir de 1989 la Caja Costarricense de Seguro Social contaba con un promedio de 184 plazas hasta 1992, creciendo apenas un 2.2%; lo que significa cuatro plazas más; en 1993 se da un nuevo incremento de un 3.7%, equivalente a 7 plazas, y en 1994 se aumentan en un 2.1%, equivalente a 4 plazas.

En el período citado, el índice de rotación de profesionales en Odontología (excluyendo los de Servicio Social) fue en promedio de un 3.5%, o sea, que por cada 100 odontólogos, en promedio anual 3.5 se retiran de la C.C.S.S., por diferentes motivos. Si relacionamos la cantidad de odontólogos que ingresaron con los que se marcharon de la institución, se obtiene un indicador de un 0.56%, lo que indica que ingresan menos profesionales de los que egresan.

Para 1999, la cantidad de odontólogos aumentó considerablemente, por que los funcionarios del Ministerio de Salud fueron trasladados; en promedio, 180; la población actual de Costa Rica, incluyendo a los extranjeros, se estima en 4.000.000 de habitantes.

Debemos de fundamentar otras razones de peso para la privatización de los Servicios Odontológicos, entre ellas podemos citar que las privatizaciones:

- 1. Pueden tener un efecto positivo sobre el bienestar de la sociedad.*

2. *Aumentan la eficiencia en el trabajo y la economía.*
3. *Resuelven los inconvenientes que provoca la presencia de los monopolios.*
4. *Facilitan el desarrollo del mercado laboral.*
5. *Tienen un impacto en la distribución de la riqueza.*
6. *Estimulan una mejor gestión en el gasto público.*

JUSTIFICACIÓN

En la Reforma del Estado Costarricense y, particularmente, en su capítulo sobre la reforma del sector salud, se considera una reforma política, un proceso de desregularización y privatización, según el cual se redefine el papel del Estado, que además de ejecutar y regular debe de ser abierto, con el fin de descentralizar los servicios, para poder mejorar en la atención de la comunidad.

Con el creciente aumento de la población odontológica se pueden crear mayores posibilidades de empleo, con sana competencia, y que, además, con ello la población se beneficie al tener un acceso directo, rápido y oportuno a la solución de sus necesidades bucodentales.

Con la descentralización de los servicios de salud del país, se logran mejoras en la atención, y con ello, se debe valorar la conveniencia de privatizar una actividad pública, como lo es el caso de la odontología.

PROBLEMA

*La pregunta directriz que guiará la investigación se plantea de la siguiente manera:
Por la poca oferta institucional y su escasa capacidad resolutiva en los niveles operativos,
¿cuál sería el mecanismo más adecuado para resolver la alta demanda de servicios
odontológicos en el sector público?*

OBJETIVOS GENERALES

- 1. Caracterizar las limitaciones en la demanda del Servicio de Odontología del Área de Salud de Alajuelita.*
- 2. Diseñar un modelo alternativo de Venta de Servicios Odontológicos Privados para las instituciones de salud costarricense.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Identificar las funciones básicas de los Servicios de Odontología del Área de Salud de Alajuelita.*
- 2. Conocer la satisfacción del usuario, pues brindar un servicio al paciente es la principal razón del Servicio de Odontología, así como del resto de servicios de salud; es importante contar con el criterio del paciente sobre la calidad del servicio que se recibe.*
- 3. Elaborar una propuesta de implementación del modelo de venta de servicios odontológicos privados, para las instituciones de salud.*
- 4. Divulgar la estrategia de venta de servicios odontológicos, con el fin de fortalecer el nuevo sistema.*
- 5. Determinar la factibilidad para la contratación de servicios odontológicos en el Área de Salud.*

MATRIZ DE RELACIONES ENTRE INTERROGANTES

Una forma eficiente de hacer algo, es, comparativamente, dedicándole menos recursos, para obtener un mismo resultado; con esto queremos afirmar que la privatización trae asociado un aumento de la productividad.

Las empresas públicas muestran tendencia a ser menos eficientes, pues suele utilizar más capital y menos mano de obra que una empresa privada, como medio para evitar quejas de los clientes; así como soslayar tensiones laborales. Afirmamos que las empresas públicas tenderán a maximizar su interés propio y no necesariamente el público o la voluntad de las mayorías; en la empresa privada existe un objetivo que es maximizar sus ganancias, a diferencia de la pública, que implica la posibilidad de que se presenten objetivos incompatibles.

Otra de las justificaciones importantes de la privatización es la ruptura de monopolios, característica de la empresa estatal; lo que en esencia hace un monopolio es restringir la cantidad de producción de un bien o un servicio, en comparación con la que existiría bajo libre competencia.

En conclusión, el usuario pierde porque hay menos bienes que los que desea, por lo cual se le cobra más por ellos, con el consiguiente descenso en su bienestar.

Es claro que las privatizaciones pueden facilitar el desarrollo del mercado profesional.

En ciertos casos se debe hacer un esfuerzo específico para redistribuir la riqueza, como resultado de los procesos de privatización.

MARCO
CONCEPTUAL

PROGRAMA DE REFORMA DEL ESTADO

En 1992 se inició el Programa de Reforma del Estado, que incluyó la Reforma del Sector Salud. Al Ministerio de Salud se le asignó la dirección, conducción, regulación y vigilancia de la salud, la investigación y desarrollo tecnológico. Además, brindar servicios de promoción de la salud, alimentación y nutrición, protección y mejoramiento del medio ambiente humano.

En 1995, se implementó el Modelo Readecuado de Atención Integral de Servicios de Salud. El país se dividió en siete regiones de salud; a su vez, estas se separaron en áreas de salud, que en su mayoría corresponden a un cantón. Las áreas de salud tienen entre 15,000 y 40,000 habitantes en zonas rurales; en zonas urbanas, cubren de 30,000 a 60,000 habitantes. "Están a cargo de un director de área, apoyado por un equipo técnico y administrativo; estas áreas se dividen a su vez en sectores de salud, que tienen entre 4,000 y 4,500 habitantes, son atendidos por un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS). La oferta básica se estableció en los siguientes programas: atención integral al niño, adolescente, mujer, adulto y adulto mayor".` (PROYECTO REFORMA DEL SECTOR SALUD, 1994).

Los principios del nuevo modelo de atención integral de salud son:

- *SOLIDARIDAD: cada individuo cotiza de acuerdo con sus posibilidades para un fondo común.*
- *UNIVERSALIZACIÓN: todos los individuos están cubiertos por los servicios de salud y*

se toman en cuenta las condiciones del medio ambiente.

- *EQUIDAD: toda la población tiene acceso a los servicios de salud, sin obstáculos sociales, económicos, políticos y geográficos.*

La atención integral incluye aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, curación y rehabilitación en los niveles individual, familiar, comunal y del ambiente.

La atención integral requiere que participen los diferentes sectores de la sociedad en forma coordinada, de manera que se satisfagan las necesidades básicas, tanto de los individuos como de los grupos. Involucra también a los grupos organizados, instituciones públicas, privadas y mixtas, y organizaciones no gubernamentales (O.N.G.). " Se debe enfocar en la identificación de los problemas prioritarios de salud, sus determinantes y la planificación y evaluación de programas".(REFORMA, Et al.94).

ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

1. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

a) Historia

Se creó por la Ley No. 17, el 01 de noviembre de 1941.

La misión de la Caja es "Brindar atención integral de la salud y promover su

conservación en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, así como garantizar la protección económica a los diferentes grupos de la población del país”. (PLAN ESTRATÉGICO C.C.S.S., 1994 - 1998 : 10).

Internamente se divide en el Área Asistencial, en siete Direcciones Regionales de Servicios Médicos; que están conformadas por 27 hospitales, 190 Áreas de Salud y 800 Equipos Básicos de Atención Integral.

El Seguro Social surge como una necesidad de controlar la enfermedad de un modo más barato para las personas de escasos recursos económicos, al permitir financiar la atención médica de ellos mismos, por medio del ahorro de una porción de su salario.

En 1926, en nuestro país, se tiene referencia a la aprobación de la Ley 13, que clasificó el ofismo (las picaduras de las serpientes venenosas) como enfermedad profesional de los trabajadores del campo.

En 1935 se establecieron dos decretos sobre la salud de los trabajadores de las zonas bananeras: la ley sobre hospitalización de trabajadores de las empresas bananeras; y la retención del 1% de la venta del banano de exportación, para ser utilizado en acciones médico - asistenciales, en promoción de la salud y en prevención de las enfermedades.

En 1941 se promulgó la Ley de Creación de Seguros Obligatorios, que estableció cobertura masiva y universal en seguros sociales.

Anteriormente solo existían mecanismos limitados y privilegiados para trabajadores con puestos en el gobierno. La protección era accesible en dos campos generales:

a. Accidentes de trabajo.

b. Pensiones de invalidez y vejez.

"Los pobres, de predominio mayoritario y rural en Costa Rica, no tenían ningún beneficio, por lo que dependían de la buena voluntad del médico local o de la caridad de la Iglesia o del único hospital público". (LAS LUCHAS POR EL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA, MARCK ROSEMBERG, 1974)

En 1943 entró en vigencia la Ley 24, que incorporaba una reforma al artículo 134 de la constitución Política, el título III, sección III, sobre Garantías Sociales; establece que "la administración y el gobierno de los seguros estarían a cargo de la una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social". (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, 1949).

El 22 de octubre de 1943 se estableció la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que incluye la administración y gobierno de los seguros sociales obligatorios. Se favorece a los trabajadores asalariados con ingresos mayores de tres mil seiscientos colones mensuales.

El sistema es tripartito: financiado mediante cuotas que la Caja establecía a los trabajadores, patrones y Estado. Además, era solidario: " los dineros recibidos se dividían para cubrir las necesidades de dos fondos: uno de reparto (para enfermedad y maternidad);

el otro, de capitalización colectiva (cubría los beneficios y gastos del régimen de invalidez, vejez y muerte).` (OP. CIT)

En 1961 se aprobó la Ley de Universalización de los Seguros Sociales obligatorios que le exigía a la Caja universalizar los seguros en un plazo no mayor de 10 años, para que toda la población tuviera servicios de salud, en forma oportuna, integral y con equidad.

En 1971 se aprobó la Ley de Ruptura de Topes, el seguro y el ingreso del sistema fueron obligatorios para todos los asalariados, y las cuotas se calcularon sobre los sueldos de cada individuo.

En 1973 se aprobó la Ley de Traspaso de Hospitales. El objetivo era universalizar el seguro de enfermedad y maternidad y aumentar la eficiencia en beneficio de la calidad de los servicios de salud. Dispone, además, que el gobierno central aporte los recursos necesarios para cubrir a la población no asegurada, carente de dinero, con el fin de pagar los gastos que demandan esos servicios(“asegurados por el Estado”).

La Caja, en respuesta a la política de Reforma del Sector Salud, también sufre el proceso de modernización, fortalecimiento y readecuación del modelo de servicios de salud y de asignación de recursos para la gestión local.

2. COMUNIDADES

a) Objetivos

- *Participar, en forma individual o en grupos organizados, en la detección de necesidades y la fijación de prioridades de salud.*
- *Elaborar y ejecutar planes de acción que contribuyan a mantener y mejorar las condiciones de salud.*
- *Controlar y evaluar los planes y programas de salud.*

b) Organización interna

Cada costarricense puede ejercer presión para que se cumplan las funciones que atañen al establecimiento, disfrutar de los beneficios que le corresponden, denunciar cualquier anomalía y aportar ideas para mejorar los servicios de salud.

c) Principales programas

- *Participar, en forma permanente, en los procesos de gestión de salud, de manera compartida con las instituciones.*
- *Identificar los problemas y necesidades de salud en la comunidad.*

3. SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS, COOPERATIVAS Y EMPRESAS DE

AUTOGESTIÓN

a) Historia

Son servicios de salud que se ofrecen en hospitales, clínicas y consultorios médicos-privados, y en las cooperativas de salud. Existen diferentes modalidades:

- *Sistema Mixto de Atención en Salud*
- *Sistema de Atención de Salud del Sector Privado*
- *Medicina familiar o comunitaria*
- *Las cooperativas, sean de autogestión o cogestión*

b) Objetivos

- *Reducir la consulta externa de clínicas y hospitales.*
- *Establecer una relación más estrecha entre médico y paciente.*
- *Reducir la pérdida de la empresa por el tiempo que utilizan los empleados al visitar la consulta de la CCSS.*
- *Fomentar, promocionar, recuperar y rehabilitar la salud.*

c) Organización interna

Se pretende que los servicios sean integrales, y cumplan con los propósitos, objetivos y lineamientos planteados en el Sistema Nacional de Salud.

d) **Principales programas**

Sistema mixto:

"El médico brinda servicios en su propia oficina; extiende recetas, exámenes de laboratorio y radiológicos; remite a la persona a clínicas y hospitales, especializados de la CCSS. El paciente paga al médico y no es reembolsado por la Caja". (SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN MÉDICA, C.C.S.S., 1985).

Sistema de Atención Privada:

Los Servicios de Salud se dan en instalaciones privadas, e incluyen exámenes y otros, sin costo alguno para la Caja.

Cooperativas de Salud:

Se iniciaron en 1988 en Pavas y en 1990 en Tibás; son dirigidas por sus propios miembros. Ofrecen servicios de medicina general y especialidades, farmacia, laboratorio y otros.

Capacitación:

En 1987 se inició en Barba de Heredia, luego se extendió a dos comunidades más. "El médico tiene una cantidad de personas registradas (2500 como máximo) y la CCSS le paga con base en ese número y no por las consultas realizadas. La persona puede escoger el médico y éste puede rehusar atender a una persona". (PROYECTO DE CAPACITACIÓN,

C.C.S.S., 1986).

PROGRAMA REFORMA DEL SECTOR SALUD

1. Justificación

El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (1990-1994), estableció la realización del Programa de Reforma del Estado Costarricense, para lograr modernizarse y hacer más eficientes las instituciones en la administración pública.

2. La rectoría y el fortalecimiento del Ministerio de Salud

3. El fortalecimiento institucional de la CCSS.

4. La readecuación del modelo de atención en salud.

"Uno de sus objetivos generales es modernizar y desarrollar el sector y sus instituciones, bajo el concepto de sistemas, principios de integración, descentralización, desconcentración, sectorización, regionalización y democratización, para que asuman su función con eficacia, eficiencia, equidad y sin duplicaciones".(Ministerio de Salud, 1994, p.399).

"Entre los proyectos de este plan destacan:

- *La rectoría y el fortalecimiento del Ministerio de Salud.*
- *La readecuación del modelo de atención en salud.*
- *El fortalecimiento institucional de la CCSS.*
- *El fortalecimiento institucional de INCIENSA``. (PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COSTA RICA, 1993).*

- **La rectoría y el fortalecimiento del Ministerio de Salud:**

La reforma tiene como fin principal fortalecer la función rectora que le compete ejecutar al Ministerio de Salud, además, contribuir a garantizar los principios de universalidad, solidaridad, integridad y equidad de los servicios de salud.

"La función rectora del Ministerio de Salud opera con cuatro funciones estratégicas:

- *La dirección y la conducción política.*
- *La vigilancia de la salud.*
- *La regulación del desarrollo de la salud.*
- *La investigación y desarrollo tecnológico.`` (OP. CIT., 1993).*

- **El fortalecimiento institucional de la CCSS:**

Se pretende el desarrollo institucional de la CCSS, por medio de las siguientes reformas, cuya meta es aumentar y llevar los servicios de salud a toda la población:

- *Adecuaciones en la organización y estructura de los niveles central, regional y local.*
- *Descentralización administrativa y financiera.*
- *Incorporación de la función gerencial en los distintos niveles de la organización, para que posean la independencia necesaria en la toma de decisiones y en la administración de recursos.*
- *Formación y capacitación de recursos humanos en las áreas operativa y gerencial.*
- *Introducción de incentivos económicos y otros, que premien el esfuerzo y la productividad.*
- *Flexibilización de los procedimientos administrativos, para acelerar la toma de decisiones en los lugares donde se brinda la atención.*
- **La readecuación del modelo de atención en salud:**

Es la respuesta a una serie de deficiencias y problemas detectados en los servicios de salud:

- *La centralización y la deficiente administración de los recursos, las brechas de cobertura entre los sectores urbano y rural.*
- *Los problemas de financiamiento, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud.*
- *Los plazos prolongados en los que se programan las citas con especialistas.*
- *El elevado número de pacientes que se debe atender diariamente en el servicio de consulta externa.*
- *El plazo prolongado para que los pacientes reciban los medicamentos.*
- *Problemas en la relación médico- paciente.*

El modelo integral de atención se fundamenta en los principios de:

Cobertura universal: *en los servicios de salud de las personas y el ambiente.*

Solidaridad en el financiamiento: *cada individuo cotiza, según sus posibilidades, para un fondo común.*

Equidad en la accesibilidad: *de toda la población a los servicios de salud.*

El modelo comprende el establecimiento, en el ámbito nacional, de 90 áreas de salud (equivalente a un cantón en área geográfica). Las áreas se dividen en sectores, que son atendidos por EBAIS, con una meta por alcanzar de 800 equipos distribuidos en todo el país.

"La entrega de servicios se hace utilizando los establecimientos públicos y privados de salud, el personal profesional y técnico y la tecnología disponible, con el fin de eliminar la tradicional separación entre servicios preventivos y asistenciales". (OP. CIT.).

La CCSS definió una Oferta Básica de Servicios de Salud, para toda la población en forma integral, sin importar condición ni área geográfica.

Se definió el grupo poblacional así:

- *Atención integral del niño (de 0 a 9 años).*
- *Atención integral del adolescente (de 10 a 19 años).*
- *Atención integral de la mujer.*
- *Atención integral del adulto (de 20 a 59 años).*
- *Atención integral del adulto mayor.*

- *Actividades generales para todos los grupos.*

En las últimas décadas, Costa Rica ha experimentado un importante avance en su nivel de desarrollo social, con resultados sobresalientes en materia de salud, producto en buena parte de la inversión en el sector y su proporción en cuanto al ingreso per capita nacional.

Las políticas seguidas a partir de los 70, según las cuales los esfuerzos se concentraron en la provisión de servicios preventivos, por parte del Ministerio de Salud, y curativos por parte de la CCSS, tuvieron como impacto un descenso en las tasas de mortalidad infantil y un aumento en la esperanza de vida al nacer, con cifras comparables con las de países desarrollados con niveles de ingreso per capita mucho más elevados.

No obstante, como producto de lo anterior y en conjunto con el proceso de transición demográfica, se está generando un nuevo perfil epidemiológico para la población, caracterizado ahora por la coexistencia de enfermedades que aumentaron su prevalencia, de padecimientos agudos y de una serie de nuevas patologías sociales, lo cual repercute en la estructura de la demanda de servicios de salud.

Paralelamente, en los últimos años el país ha sufrido un proceso de deterioro económico importante, acompañado de signos cada vez más evidentes de ineficiencia y crecimiento burocrático del aparato estatal, haciéndose manifiesto mediante una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del Sector Salud, con importantes implicaciones en la eficiencia de las instituciones que lo componen, produciendo que el ritmo del progreso en el nivel de desarrollo social se redujera, algunos indicadores disminuyeran su tasa de

crecimiento y otros, incluso, empeoraran.

Este deterioro ha llevado "al Estado a impulsar un proceso de modernización y una revisión de las políticas de financiamiento del Sector Público con el fin de aumentar la eficiencia en la administración de recursos". (LAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD, LA REFORMA DEL SECTOR Y LA NUEVA GERENCIA, C.C.S.S., 1997).

En lo que concierne al Sector Salud, se plantean una serie de desafíos, para lo cual se requiere de la definición política necesaria, con el fin de superar tales limitaciones.

En este sentido, y de conformidad con las políticas gubernamentales de reforma del estado costarricense, se ha propuesto, para el Sector Salud, un salto cualitativo en su organización y funcionamiento, constituyéndose en la base para la constitución del Plan Nacional de Reforma del Sector Salud," cuyos componentes traducidos en proyectos específicos, han sido, presentados para su apoyo y financiamiento, a organismos de cooperación técnica y financiera y gobiernos amigos, para que en conjunto con los esfuerzos y recursos nacionales, se garantice la real aplicación de las medidas de reforma sectorial". (OP. CIT., 1993).

De conformidad con lo anterior, las autoridades del Sector Salud han convenido en formular el Proyecto de Reforma del Sector Salud, "mediante la constitución de la Unidad Preparatoria de Proyectos, encargada de coordinar el trabajo de diferentes grupos multidisciplinarios creados con el fin de formular las propuestas correspondientes a cada uno de los componentes del proyecto". (OP. CIT., 1993).

COMPONENTE READECUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Introducción y justificación

Costa Rica ha sido de los pocos países latinoamericanos que ha tenido éxito en el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, con niveles aceptables de universalidad, solidaridad y equidad, en la prestación de servicios; así como en cuanto al impacto obtenido en el mejoramiento del índice de salud de la población.

Todo esto, logrado especialmente con las reformas y la estrategia de atención primaria adoptada en la década de los años 70 y parte de los 80, cuando "se desarrolló una modalidad de atención basada en la prevención de la enfermedad, atacando los factores de riesgo y desarrollo una movilización y organización de los recursos, para extender la cobertura de servicios a las áreas rurales y marginales urbanas". (REFORMA, Et. al., 1994).

En la consolidación de este sistema el país ha invertido muchos recursos, que empezaron a sufrir recortes significativos al agudizarse la crisis económica que enfrentó el país en la década de los 80.

Tanto la Caja Costarricense de Seguro Social como el Ministerio de Salud, se ven obligados a "reducir sus gastos, aumentar la eficiencia y eficacia de sus programas, así como replantearse los modelos de Administración y prestación de los servicios". (REFORMA, Et. al., 1994).

Los cambios en el contexto internacional y nacional tanto en el nivel socioeconómico, como en la situación de salud, exigen que los servicios se adecuen al nuevo orden, fundamentado en tres hechos importantes, estos son:

- a. La decisión política de impulsar una reforma del Estado y dentro de ella, la del Sector Salud;*
- b. Los cambios cuantitativos en el nivel de la demanda, que han rebasado la capacidad de repuesta del Sistema de Salud;*
- c. Los cambios cualitativos en la demanda, caracterizados fundamentalmente por un nuevo perfil de morbimortalidad.*

Dentro de esa reforma, ocupa un lugar primordial y aglutinador el desarrollo de un Modelo de Atención Integral, que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, "hacer frente a las exigencias y nuevas necesidades de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener, con un nuevo enfoque y fortaleciendo los principios que sustentan la Seguridad Social". (REFORMA, Et. al., 1994).

Esta propuesta de Readecuación del Modelo de Atención, debe ser vista, analizada y entendida, dentro del marco general y de los cambios específicos, que plantean los demás componentes del Proyecto de Reforma del Sector Salud, especialmente el de "Rectoría y

Fortalecimiento del Ministerio de Salud`, el de Fortalecimiento Institucional de la C.C.S.S., el de Financiamiento del Sistema Nacional de Salud, y el de Modelo General de Asignación de Recursos y Compra de Servicios de Salud y Evaluación de Alternativas de Gestión y Atención a la Salud.

Todos ellos, particularmente el que redefinirá el papel del Ministerio de Salud como ente rector, amplían, complementan y condicionan lo planteado en este documento. Por lo tanto, "sólo cuando se integren todos los componentes en una sola propuesta, será posible eliminar pequeñas duplicidades, diferencias o contradicciones, que puedan existir actualmente`. (REFORMA, Et. al., 1994).

READECUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

"La propuesta de un modelo de atención integral se enmarca en un proceso de cambio y fortalecimiento del sistema de Salud Costarricense; por lo que para su comprensión global, se deberán tener presentes los planteamientos y propuestas que contienen los demás componentes del Proyecto de Reforma del Sector Salud, especialmente todo lo relacionado con el nuevo rol del Ministerio de Salud, como ente rector, y con los cambios en la organización y funcionamiento del Sector, que supondrá dicho papel`. (OP. CIT., 1994).

Durante la década de los ochenta se evidenció una crisis en relación con la respuesta

del actual modelo de servicio, a las demandas presentes y futuras de la población, de acuerdo con la compleja problemática que relaciona la coexistencia de diversos patrones de morbilidad o a un nuevo concepto de salud, que evolucionó hasta incluir el desarrollo social y psicológico de las personas y las comunidades.

El modelo planteado tiene como eje la atención integral, y pretende garantizar a todos los costarricenses, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica, con el fin de protegerlo del riesgo de enfermar, así como para facilitarle las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.

Existen aspectos que deben fortalecerse, como son la equidad y la eficiencia. Hay necesidad de incursionar en nuevos temas, como la asignación de responsabilidad programática, administrativa y financiera en el nivel local; así como "concientizar al individuo, la familia y la comunidad, sobre sus cuotas de responsabilidades en relación a su salud, manteniendo el Estado el compromiso de canalizar los recursos necesarios". (OP. CIT., 1994).

PRINCIPIOS DEL NUEVO MODELO

El modelo de atención propuesto pretende mantener y fortalecer los principios que han privado en la prestación de servicios de salud, como reconocimiento a su logro social, incorporado como un derecho en todos y cada uno de los costarricenses.

UNIVERSALIDAD:

El S.N.S. deberá cubrir o proteger a todos los ciudadanos, con sus servicios de atención a las personas y al ambiente, de manera integral, incorporándolos al Sistema con plenos derechos y deberes, y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o culturales.

Dicha protección tendrá que comprender, como mínimo, los servicios de promoción y prevención que actualmente presta el Ministerio de Salud, los beneficios del Régimen de Enfermedad y maternidad y del Régimen de Riesgos de Trabajo.

Para hacer efectivo este principio, se deberán mejorar la accesibilidad, cobertura, oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios que reciben los ciudadanos, en cualquier rincón del país.

SOLIDARIDAD:

El modelo readecuado será altamente solidario. Para ello, se deberá decretar la obligatoriedad de los seguros sociales (Regímenes de Enfermedad y Maternidad y Riesgos del Trabajo), para toda la población nacional.

Por otra parte, también será necesario implementar sistemas eficientes, para el control de la evasión y subcotización; logrando que los costarricenses construyan de acuerdo con su nivel de ingreso real.

Dichos sistemas, las medidas complementarias y las estrategias para su desarrollo, son descritas ampliamente en el componente denominado Financiamiento del Sistema Nacional de Salud, del Proyecto Reforma del Sector Salud.

EQUIDAD:

Constituirá un elemento esencial del Modelo readecuado de Atención y estará íntimamente relacionado con el cumplimiento cabal de los principios de Universalidad y Solidaridad.

Desde el ángulo moral y ético que plantea este principio, el S.N.S. pondrá énfasis en alcanzar dos metas importantes:

- a. Reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional, que puedan ser evitadas o minimizadas con la intervención del Sistema.*
- b. Asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios.*

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE
ATENCIÓN PROPUESTO**

INTEGRALIDAD, CONTINUIDAD Y SUJETO DE LA ATENCIÓN:

El modelo se caracteriza por un enfoque biopsicosocial del proceso salud - enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de atención primaria.

El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla a la familia, a la comunidad y el ambiente.

"Esta integridad se concreta en el primer nivel de atención, por medio de una oferta de servicios básicos integrales, los que se brindarán por medio del Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y del Equipo de Apoyo`. (REFORMA, Et. al., 1993).

POSIBILIDAD DE ELECCIÓN DEL USUARIO

Como se ha mencionado, en el sistema actual la posibilidad del usuario de elegir el personal de salud y lugar de la atención, es prácticamente nula.

El modelo de atención debe tener, como uno de sus objetivos fundamentales, garantizar una mayor libertad del usuario para decir quién y dónde es atendido.

Si bien es cierto, no se considera posible que en corto y mediano plazos, el Sistema ofrezca una libertad plena en este campo, sí es factible ampliar esa posibilidad, por medio de

una modificación de las normas administrativas actuales, del sistema de afiliación, del sistema de contratación de los profesionales y técnicos, y, especialmente, del desarrollo de nuevas modalidades de atención o prestación de los servicios ambulatorios y hospitalarios.

Dentro de las disposiciones y alternativas por implementar, se encuentran:

a. En una primera etapa:

Elección del médico general o de cabecera.

b. En una segunda etapa:

Elección del médico especialista y de los servicios de apoyo.

PARTICIPACIÓN SOCIAL:

El modelo readecuado de atención propiciará un cambio de actitud de la sociedad, con respecto a la salud, en donde esta deje de ser un problema eminentemente individual, para convertirse en una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos mantenerla, preservarla y mejorarla.

En este contexto, la participación social será ampliamente promovida, para construir juntos algo que atañe a todos.

Se visualizan tres áreas importantes, en donde se puede materializar esta participación, a saber: en el autocuidado de la salud, en la ejecución de actividades y en la gestión de los servicios.

La responsabilidad de promover e impulsar la participación social será competencia de la Dirección y Equipo de Salud del Área , quienes tendrán amplia libertad de incorporar e incentivar a las asociaciones de desarrollo u otras organizaciones que consideren convenientes, a que participen activamente junto a los funcionarios de salud, al menos en las tres áreas indicadas con anterioridad, como también a definir los mecanismos más adecuados que garanticen la continuidad de esta participación.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Como requisito para asegurar el desarrollo exitoso del nuevo modelo, se requerirá contar con un Sistema Nacional de Información en Salud, unificado, sectorial, normativamente desconcentrado, que brinde información oportuna y confiable.

El desarrollo de este sistema es materia de uno de los componentes del Proyecto de Reforma del Sector Salud.

SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

El concepto de garantía de calidad significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud, son las propicias para lograr que el usuario de los servicios reciba el máximo beneficio, al menor riesgo y costo. Dicho de otra manera, que reciba una atención de calidad.

Es indudable que el reto fundamental de los servicios de salud en Costa Rica, no es el de aumentar la cobertura, sino garantizar la calidad de la atención que presten.

Se considera que la mayoría de los cambios que introduce el modelo readecuado, están orientados a mejorar la calidad de los servicios, sin embargo, debe diseñar e implantar un sistema que permita garantizarla, sobre la base de criterios predeterminados, de racionalidad lógicocientífica, oportunidad, suficiencia, integralidad, continuidad y atención personalizada.

FINANCIAMIENTO DEL MODELO:

Aunque este es un aspecto que corresponde desarrollar en otro componente del proyecto; se considera necesario aportar, a modo de sugerencias, algunos elementos con respecto al origen y destino del financiamiento, que le puedan brindar mayor viabilidad a la operación del modelo. Dentro de ellas, una de las más importantes es la propuesta de que, en el nivel local, la unidad administrativa correspondiente, Dirección Local, sea la encargada de gestionar los recursos, con la responsabilidad de administrar el otorgamiento de los servicios incluidos en la oferta de servicios básicos integrales. Las funciones de presupuestación, ejecución y evaluación corresponderán al nivel local regional y central, según lo que se ha descrito en los apartados de descentralización administrativa y regionalización.

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

La planificación deberá transformarse en un proceso integral y participativo, que involucre a todos los actores sociales y los niveles administrativos; cada uno de ellos con ámbitos de responsabilidad bien definidos. Deberá poseer, además, un enfoque estratégico tal, que permita identificar prioridades, actuar sobre ellas y evaluar los resultados específicos; además, que subordine los objetivos inmediatos a los de mediano y largo plazos.

Es importante que la planificación sea flexible y adaptable a cada realidad local, que se desarrollen los instrumentos y tecnologías necesarios, para que pueda ser asumida por los niveles regional y local, en sus respectivas áreas de competencia; transformándose en la base de la formulación presupuestaria.

La forma en que se planifique el modelo de la atención propuesto debe incluir al menos los componentes de diagnóstico, priorización de problemas, identificación de sus factores condicionantes, diseño y costo de alternativas de solución, presupuesto, análisis de menor costo y de costo-efectividad. También, es preciso incluir en ese proceso "la monitoría, control y evaluación de la gestión que involucren aspectos como la producción, el rendimiento, la satisfacción, la calidad y el impacto de los programas". (OP. CIT., 1994).

DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Como requisito para el desarrollo del modelo de atención propuesto, es necesario impulsar un agresivo proceso de descentralización administrativa; variable indispensable para lograr un fortalecimiento del aparato de gestión y, por lo tanto, una mejor administración de los servicios de salud en el nivel sectorial.

NIVELES DE ATENCIÓN:

Primer nivel de atención:

Deberá ofrecer los servicios básicos de salud, cuyos proveedores serán los que conforman el Equipo Básico de Atención Integral. Estos servicios se ofrecerán en el nivel domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de clínicas, en centros y puestos de salud, en consultorios comunales públicos y privados, así como en centros de trabajo.

Los establecimientos típicos de este nivel de atención serán los puestos de salud y las clínicas de atención integral tipos 1, 2 y 3, como también la consulta de medicina general de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales. Los actuales centros de salud, funcionarán como clínicas de atención integral tipos 1 y 2. (OP. CIT., 1994).

Segundo nivel de atención:

Brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias, por especialidades básicas; medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneos para realizar cirugía, mayor, poco compleja. Los establecimientos típicos serán las clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2 y 3 (OP. CIT., 1994).

Tercer nivel de atención:

Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisioterapia; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior.

"También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados" (OP. CIT., 1994).

FORMA DE ENTREGA DE LOS SERVICIOS

En el modelo readecuado de atención, la entrega de los servicios se realizará en la red pública de establecimientos, eliminando las duplicidades existentes y mediante el uso racional de todo el recurso físico, humano y tecnológico de que dispone el país.

Lo anterior implica, entre otras cosas, "ofrecerle a los usuarios nuevas opciones de atención, y a nivel de administración, modalidades de gestión de los servicios públicos, las cuales se desarrollan en otro componente del Proyecto" (LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, C.C.S.S., 1994).

PROGRAMAS PRIORITARIOS

Teniendo como base la situación de salud del país, se definieron doce prioridades nacionales que se detallan a continuación:

- *Problemas o necesidades de atención relacionados con el embarazo, parto y puerperio, afecciones del período perinatal.*
- *Infecciones respiratorias agudas.*
- *Infecciones intestinales*
- *Hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular.*
- *Cáncer de cérvix y cáncer de mama.*
- *Enfermedades y trastornos mentales.*
- *Problemas y deficiencias del desarrollo integral del niño, violencia y abuso.*
- *Enfermedades prevenibles por vacunación.*
- *Planificación familiar.*
- *Problemas bucodentales.*
- *Accidentes y envenenamiento.*
- *Tabaquismo y farmacodependencia.*

Para dar respuesta a los problemas y necesidades descritos anteriormente, se ha definido un Programa de Atención Integral de Salud, que para efectos prácticos se ha subdividido en 5 planes específicos, que "deben desarrollarse en forma coordinada por la red de servicios en todos los niveles de atención, Programa de Atención Integral del niño, Programa de Atención Integral del adolescente, Programa de Atención Integral de la mujer,

Programa de Atención Integral del adulto, Programa de Atención Integral de la tercera edad y el Programa de Atención al Ambiente``. (NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL C.C.S.S., 1993).

Dichos programas están interrelacionados con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, dirigidas a grupos específicos, según edad y género.

Para garantizar su adecuado desarrollo, todas las actividades incluidas en ellos, deberán coordinarse y ser apoyadas por el segundo y tercer nivel de atención.

Durante la ejecución del presente proyecto y una vez normalizados en el nivel central, "todos los programas serán adaptados a las necesidades regionales y locales, de acuerdo con los diagnósticos de cada Área y Región de Salud``(OP. CIT., 1993).

OFERTA DE SERVICIOS INTEGRALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Con base en el Programa de Atención Integral de Salud descrito, se ha definido la oferta mínima que deberá garantizar el primer nivel de atención a todos los habitantes del país, independientemente del área geográfica donde residan y de sus condiciones

socioeconómicas.

Dicha oferta consistirá en un Programa de Atención Integral Básico, que contendrá como mínimo:

- 1. Atención integral del niño (0-9 años)*
- 2. Atención integral del adolescente (10-19 años)*
- 3. Atención integral de la mujer*
- 4. Atención integral del adulto (20-59 años)*
- 5. Atención integral de la tercera edad*

"Términos usados en varios proyectos de atención ambulatoria, desarrollados o apoyados por las instituciones de salud del país:

- Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS), el cual identifica el recurso mínimo a ser asignado a poblaciones de 3500-4000 habitantes.*
- Equipo de Apoyo que denomina el conjunto funcionarios del Area de Salud, que deben ser compartidos por toda la población de esa área, e inclusive, en zonas poco pobladas, por dos o más áreas. (REFORMA, 1994).*

En el conjunto total de EBAIS de un Área, se incluyó a los integrantes del Equipo de Apoyo, y será llamado Equipo de Salud. Este recurso, para lograr una atención integral en sentido vertical y horizontal, será reforzado o complementado, con los equipos de salud de carácter regional o especializado (segundo y tercer nivel de atención), cuya constitución se definirá durante la ejecución del componente, para lo cual se han desarrollado los términos de referencia.

CONSTITUCIÓN DEL EBAIS:

Para el caso de Costa Rica, se definió como recurso humano mínimo al médico general, a la auxiliar de enfermería y al técnico de atención primaria.

La presencia del médico en el EBAIS, se definió tomando en cuenta el perfil de salud y los problemas prioritarios del país; la disponibilidad de recursos y las expectativas de la población.

Tomando en cuenta los mismos criterios y las necesidades de personal auxiliar que generará la actividad del médico (labores administrativas, curaciones, inyectables, asistencia durante procedimientos, vacunaciones, etc.); así como las experiencias nacionales en los programas de salud comunitaria y rural, desarrollados bajo las estrategias de atención primaria, se ha establecido la necesidad de que el médico esté apoyado por una auxiliar de enfermería, y, al menos, por un técnico de atención primaria. Se debe entender que lo anterior, especialmente en cuanto al número de técnicos de atención primaria, es el mismo y constituye un promedio. Podrán existir comunidades que requieran más de un asistente, o por el contrario que no precisen ninguno.

"En cuanto a la disponibilidad actual de auxiliares de enfermería, a nivel ambulatorio, existe un número adecuado, pero no pasa lo mismo con los técnicos de atención primaria, de los cuales hay un déficit. Sin embargo, se considera que esta brecha puede ser superada a corto plazo por el sistema a un costo muy bajo". (REFORMA, 1994).

CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE APOYO:

El equipo de apoyo estará integrado por: trabajador social, nutricionista, médico de familia, enfermera general, odontólogo, farmacéutico y microbiólogo.

"Al igual que le puede ocurrir con el EBAIS, el tipo y cantidad de recurso humano del Equipo de Apoyo podrá ser modificado, permanente o transitoriamente, para atender necesidades y problemas de salud específicos de un área o sector, según sus características particulares". (REFORMA, 1994).

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD:

De acuerdo con las prioridades nacionales, así como con los programas prioritarios, la propuesta de readecuación del modelo definió las actividades bajo la responsabilidad de cada uno de los miembros del EBAIS y del Equipo de Apoyo, por programa.

"Es importante señalar que las actividades definidas permitirán que toda la población reciba la Oferta Básica de Servicios Integrales". (REFORMA, 1994).

FORMA GENERAL DE TRABAJO DEL EQUIPO SALUD:

Para cumplir en forma adecuada con las funciones y actividades descritas en el punto anterior, el conjunto de los EBAIS, más el Equipo de Apoyo, bajo la jefatura de la Dirección del Área de Salud, deberán efectuar un trabajo sistemático y riguroso, desde el

punto de vista metodológico.

Lo anterior implica un conocimiento detallado, periódicamente actualizado del sector y del área bajo su responsabilidad: la elaboración de un plan local de salud; el adecuado desarrollo de los procesos de control y evaluación de los resultados obtenidos y de la calidad de los servicios prestados; el trabajo en equipo y la ejecución cuidadosa y coordinada de sus acciones cotidianas.

Una de las características negativas del actual modelo, que se deberán superar, es el predominio del trabajo y la responsabilidad individual.

Dentro del funcionamiento propuesto, el trabajo en equipo y la responsabilidad grupal, constituirán uno de los ejes centrales.

Lo anterior, no solo se logrará con una integración multidisciplinaria del Equipo de Salud, sino que tendrá que ver con cambios fundamentales en el proceso de diagnóstico, planificación local y la forma de organización y entrega de los servicios. Dentro de cada una de estas fases, el modelo propuesto debe permitir y exigir aportes complementarios entre sí, de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud y disciplinas sociales que conformen el Equipo de Salud.

Un agresivo proceso de inducción y capacitación, que incluya la entrega de guías de apoyo, será requisito indispensable para asegurar el éxito del desarrollo del proyecto.

UBICACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD:

UBICACIÓN DEL EBAIS:

La ubicación de los EBAIS, en la red de servicios del primer nivel de atención, en una determinada área de salud, se efectuará de acuerdo con los siguientes criterios básicos:

- *Tamaño, densidad y distribución geográfica de la población.*
- *Cantidad, tipo y distribución de los establecimientos de la red.*
- *Vías de comunicación y accesibilidad a dicha red.*
- *Cantidad y tipo del recurso humano disponible.*
- *Equidad en la distribución de los recursos, de acuerdo con las necesidades de salud de cada comunidad.*
- *Política institucional de utilizar infraestructura del menor costo posible, para brindar la atención ambulatoria.*
- *Costo-beneficio y economías de escala.*

UBICACIÓN DEL EQUIPO DE APOYO:

El equipo de apoyo estará ubicado en el centro de mayor complejidad de atención ambulatoria del área de salud; desde donde coordinará sus acciones intramuros y extramuros, con los EBAIS responsables de todos los sectores del Área.

Cuando en una misma área de salud existan dos centros de idéntico o similar nivel de

complejidad, o cuando dos áreas compartan todos o parte de los integrantes de un Equipo de Apoyo, el director o directores de área o áreas, respectivamente, definirán el programa de visitas u horarios de atención en los centros respectivos.

De igual manera se procederá, cuando sea necesario que el Equipo de Apoyo o parte de él, se tenga que desplazar a centros de menor complejidad.

La red del primer nivel de atención estará constituida por seis tipos de establecimientos; en orden de complejidad, son:

- *El puesto de salud rural.*
- *El puesto de salud.*
- *La clínica de atención integral tipo 1.*
- *La clínica de atención integral tipo 2.*
- *La clínica de atención integral tipo 3.*
- *La clínica de atención integral tipo 4.*

Además, la labor de dichos centros estará complementada por 3 establecimientos de carácter especial o particular, cuya capacidad resolutive se sitúa entre el puesto de salud y la clínica tipo 1:

- *La unidad médica móvil.*
- *La unidad móvil odontológica.*
- *El consultorio odontológico escolar.*

Se deja constancia de que el paso de un modelo predominantemente asistencial, como el descrito, hacia un modelo como el propuesto, de atención integral y programada, que utilice la estrategia de atención primaria en su más amplia y pura expresión, no se puede dar de la noche a la mañana, sino que" implica generar un proceso progresivo, flexible y dinámico de cambio en los sistemas de interacción y en las actitudes, de los miembros del equipo de salud, de las instituciones y de los usuarios". (REFORMA, 1994).

Por tanto, y como todo proceso de cambio, se requiere que el desarrollo del proyecto, se acompañe de un plan de capacitación, inducción e información, dirigidos a todos los actores de cambio.

PRINCIPIOS DE LA DIRECCIONALIDAD:

En la propuesta de fortalecimiento organizacional que requiere la Caja, para cumplir con una prestación oportuna, disponible y accesible, es necesario que se apliquen los siguientes principios generales para guiar su transformación:

- *EFICIENCIA ORGANIZACIONAL: Utilización racional de los recursos, con énfasis en los financieros, por cuanto el comportamiento que se vislumbra para los próximos años, exige una administración sana y prudente.*
- *DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA: Otorgamiento de la capacidad resolutoria en el nivel local, que permita la toma de decisiones para la resolución de los problemas, en el mismo lugar donde estos se presentan.*
- *ATENCIÓN INTEGRAL: Ejecución de programas en las áreas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, con fundamento en una adecuada*

distribución de los recursos, de una clara definición de los niveles de referencia y del perfil epidemiológico.

- *ADMINISTRACIÓN INTEGRAL: Planteamiento de un modelo de organización que responda sistemáticamente al proceso de administración integral, mediante la funcionalidad de los sistemas de servicios y financieros.*
- *TRANSPARENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA: La recaudación correspondiente a cada seguro (Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte) se empleará única y exclusivamente en los fines para los cuales fueron creados, no pudiéndose traspasar recursos entre ambos, según lo establece la Ley Constitutiva.*
- *ESPECIALIZACIÓN FUNCIONAL: Otorgamiento a las áreas de la nueva organización (sistemas financieros y sistemas de servicios) de una especialización y competencia que las hagan más eficientes, y por lo demás, eficaces en su administración y prestación de los servicios, lo cual va en beneficio de la población costarricense en general.*
- *CALIDAD TOTAL EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS: El funcionamiento y operación de la nueva organización deben responder primordialmente a una atención integral en salud, en donde la persona, al entrar al sistema se le garantice una atención de calidad, ágil, oportuna e individualizada.*

COMPONENTE FINANCIERO:

El sector salud en Costa Rica, está constituido principalmente por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual administra los seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte. Tradicionalmente, el Ministerio de Salud se ha orientado hacia la atención de la salud en el nivel primario, en tanto, la Caja se

ha ocupado fundamentalmente de la atención de la salud en los niveles secundario y terciario, administrando la mayor parte de la infraestructura de servicios de salud existentes en el país. Sin embargo, la Caja también desarrolla acciones en el nivel primario de la atención, particularmente en el campo de la prevención.

El modelo de financiamiento del sector salud de Costa Rica contempla esencialmente la participación del Estado como patrono y como tal, de las personas, y de los empleadores. Por otro lado, los principios fundamentales que guían el seguro social en Costa Rica y, en consecuencia, el sistema de salud, son los de la universalidad, obligatoriedad, integralidad, igualdad y solidaridad.

El modelo de financiamiento contempla los siguientes aspectos:

- *"Todos los trabajadores, dependientes o independientes, contribuyen al financiamiento del sistema de salud, por lo que deben establecerse los incentivos económicos y no económicos que permitan lograr la universalización de la cobertura contributiva". (ANÁLISIS ECONOMETRICO DE LOS INGRESOS DE LOS ASEGURADOS, MELVIN MORERA, GUSTAVO PICADO, C.C.S.S., 1999).*
- *"El Estado como tal debe financiar el costo de la salud de los indigentes con cargo preferencialmente a los impuestos generales de la nación y debe financiar en forma subsidiaria y solidaria, las prestaciones de salud dirigidas a las personas y orientadas esencialmente a beneficios de tipo público (programas preventivos o de nivel primario en general); y aquella parte del costo de la salud que los trabajadores más pobres no puedan financiar, lo mismo que la rectoría y demás programas a cargo del Ministerio de Salud". (OP. CIT., 1999).*

- *Los empleadores deben financiar una parte proporcional del costo del seguro de salud.*
- *"Las personas, por su parte, deben contribuir en el financiamiento a través del seguro social mediante un fondo de reparto administrado solidariamente, que permita un sistema de salud integral e igualitario a todos los afiliados del seguro social. Las personas a su vez podrán contribuir al financiamiento mediante co-pagos y en función de la modalidad de atención que se use (sistema de libre elección)".(OP. CIT., 1999).*

Según Melvin Morera, en cuanto al sistema cotizaciones, los parámetros actuales del modelo actual de financiamiento establecen:

- *La contribución del asalariado del 5.5% sobre su salario.*
- *La contribución del pensionado del 4.75% sobre su pensión.*
- *La contribución del independiente, que va del 4.75% al 13.25% de sus ingresos.*
- *La cuota patronal del 9.25% sobre las remuneraciones reales de sus trabajadores.*
- *La cuota de los fondos de pensiones del 7.75% sobre las pensiones que otorga.*
- *Las contribuciones del Estado``.*

(OP. CIT., 1999).

El esquema así definido ha generado fuertes incentivos para evadir las cotizaciones al seguro, por la vía de disminuir los niveles de renta declarados respecto a los reales, por la vía de no afiliarse a grupos de trabajadores, y en el caso de los independientes, por la vía de marginarse de dicho seguro.

Por otra parte, la Caja ha desarrollado y administra en la actualidad, un sistema de facturación que le ha permitido disponer de un nivel de recaudación y de control, que

requieren ser mejorados para aumentar su eficiencia, por lo cual se hace necesario efectuar una revisión integral del Sistema de Facturación, con el fin de readecuarlo y fortalecerlo.

En lo que se refiere a la asignación y administración de los recursos, se busca mejorar la asignación y control de los recursos y evaluar los resultados de la gestión en los diferentes niveles. Es por ello que se considera necesario el establecimiento de sistemas idóneos, que midan en forma oportuna la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos.

Con el propósito de establecer y evaluar la utilización y ejecución de los recursos asignados en los diferentes establecimientos de salud, y lo que debería realizarse de acuerdo con la capacidad operativa y de recursos, la Caja requiere de un sistema de costos hospitalarios y evaluación económica de los programas de salud en las diferentes unidades, así como la evaluación económica de los diferentes servicios que se prestan a las comunidades.

Por lo tanto, y en virtud de la integración que se producirá de todas las acciones de salud dirigidas a las personas, a cargo de una única institución (CCSS), y de que el Ministerio de Salud asumirá la rectoría de Salud y la ejecución de los programas prioritarios de Alimentación y Nutrición, Promoción Social y Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano, principalmente se plantea un nuevo esquema de organización institucional y sectorial, el cual, hace necesario generar un conjunto sistemático de modificaciones al sistema de financiamiento, que permitan asegurar el equilibrio financiero de mediano y largo plazo, de conformidad con los principios que debe observar nuestro sistema de seguridad social.

Para alcanzar los propósitos antes mencionados, se ha considerado conveniente integrar todas las acciones en los siguientes cinco subcomponentes:

- 1. Rediseño del modelo de financiamiento.*
- 2. Normalización del esquema de contribuciones.*
- 3. Desarrollo del sistema para mejorar la eficiencia de la recaudación.*
- 4. Desarrollo del sistema para mejorar la asignación y administración de recursos.*
- 5. Desarrollo del sistema de costos, estadísticas y evaluaciones económicas.*
- 6. Venta de servicios.*

***COMPONENTE MODELO GENERAL DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS
Y DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD Y EVALUACIÓN DE
ALTERNATIVAS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD:***

En relación con este componente, se requiere la elaboración de estudios que formulen un conjunto integrado, coherente y fundamentado de propuestas de líneas de acción y medidas específicas por realizar, para lograr la modernización y desarrollo de las instituciones del sector, en lo referente a formas de asignación de recursos y de compra de servicios para atender la salud y las prestaciones en los niveles secundario y terciario. La teoría de los servicios de salud define claramente cuatro grandes funciones que deben estar presentes en un sistema de salud, a saber: disponibilidad de recursos, formas de asignación, organización de la prestación y evaluación de la calidad. Dependiendo de la evolución

histórica del sistema de cada país, estas funciones las cumplen diferentes sectores o instituciones, y en algunos casos se combinan dentro de una misma institución u organización.

Tal componente analiza lo que se refiere a la forma en que los recursos asignados al nivel local, tomando en cuenta la participación de los niveles regional y central en el proceso, acorde también con los otros componentes del proyecto de reforma del sector salud costarricense.

El componente surge ante la necesidad de redefinir la forma de asignar los recursos a las áreas de salud, independientemente de si estas se encuentran organizadas como servicios públicos, administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, o si han sido contratados a cooperativas u otro tipo de empresas por considerar. Además, establece posibles mecanismos para que las áreas de salud adquieran servicios del sector privado accesible a su comunidad o fuera de ella, en lo relativo a los servicios de apoyo y prestaciones especializadas. Entre las ventajas está el fortalecimiento del nivel local, de tal forma que este sería el encargado del control y de la evaluación de la calidad, al existir equipos de salud responsables de áreas de población en las que sea posible detallar las condiciones de salud y los requerimientos de atención.

El desarrollo del componente permitirá obtener suficientes instrumentos administrativos para imponer una racionalidad a un modelo de asignación de recursos, o de compra de servicios, que parta de una base poblacional, en el que se consigne un conjunto de prestaciones definidas para dicha población y en el que se requiera de una tarifa para la

asignación presupuestaria o el pago per-cápita. También "explotará posibilidades en las que el nivel local pueda adquirir servicios en otro nivel de complejidad mediante mecanismos que fomenten la eficiencia y la calidad en el nivel hospitalario". (REFORMA, 1994)

Los términos de referencia presentados en este componente son la base de información técnica para futuras decisiones que, acordes con el desarrollo del proyecto, permitirán ir midiendo la gradualidad y la viabilidad de los cambios sugeridos.

Debe quedar claro que el componente no tiene como propósito privatizar el financiamiento de los servicios de salud, sino diseñar una racionalidad diferente a la actual, con el fin de lograr una mejor prestación de los servicios, mediante elementos que incentiven el uso de los recursos, la equidad en la accesibilidad y la oportunidad de la atención y su mejoramiento. Se trata de una propuesta realista que abre posibilidades al sector privado, para que sobre bases de eficiencia pueda colaborar en la prestación, más que antagonizar con el sistema público, siempre sobre la base de los principios de la seguridad social. Además, intenta, mediante mecanismos de asignación de recursos, de acuerdo con una población determinada a un área geográfica, y partiendo de un conjunto de prestaciones, contar con recursos para que entes públicos o privados puedan ofrecerlas. En síntesis, en conjunto con la propuesta de readecuación del modelo, "este componente permitirá centrar la gestión de los recursos en las áreas de salud, que con la participación del nivel regional y central tendrán suficientes elementos para garantizar la calidad y la equidad, principios que deberán garantizarse al fortalecer y desarrollar la capacidad técnica institucional en la evaluación y la aplicación de incentivos económicos y extraeconómicos encaminados a

lograr los objetivos de mejoramiento de las condiciones de salud`. (REFORMA, 1994).

Situación actual:

Desde un punto de vista general, el modelo de atención presenta una serie de imperfecciones en la administración y forma de asignar recursos, que amenazan el mantenimiento y futura mejora en las condiciones de atención a los problemas de salud, a las que tiene acceso la población costarricense.

Según Claudio Arce en "HACIA LA TRANSFORMACIÓN EFECTIVA DE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS`", como síntomas de agotamiento del enfoque tradicional de atención, conviene destacar:

- 1. El desfase entre la provisión de servicios de salud y las necesidades de la población.*
- 2. La evolución reciente de los indicadores que reflejan la tendencia crítica de la situación financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad.*
- 3. El incremento exponencial en el gasto por prestaciones médicas, algunas posibles explicaciones apuntan como causas a la excesiva centralización y la ineficiente administración de los recursos financieros, humanos y físicos de la red de Servicios de Salud.*
- 4. No existen incentivos económicos y extraeconómicos para estimular alternativas más costosas y efectivas en la gestión regional y local de la oferta de atenciones.*
- 5. La asignación centralizada de los recursos financieros según una base histórica, tiene una serie de inconvenientes, ya que genera un presupuesto que no contempla la demanda futura que debe servirse, también eterniza las ineficiencias de los servicios, por cuanto estimula el aumento innecesario del nivel de gasto, a objeto de poder postular a un*

financiamiento igual o superior en siguientes períodos.

6. *Insuficiencia de mecanismos que permitan racionalizar la demanda a un contexto donde la ausencia de una conexión entre la cantidad de servicios demandados y sus precios, propicia excesos de demanda en todos los niveles de atención, en relación con las necesidades reales de la población y la disponibilidad de recursos presupuestarios.*
7. *Existencia de co-pagos implícitos.*
8. *El equilibrio del modelo, en su opción tradicional, se ha estado alcanzando por la vía de las colas de paciente y los elevados tiempos de espera para acceder a la atención médica, con claros signos de insatisfacción por parte de sus beneficiarios.*

El reconocimiento de estos síntomas claros de fallas en la operación global del sistema y el escaso margen de maniobra para cerrar sus déficit por la vía de las fuentes de financiamiento, están detrás de los esfuerzos de la CCSS por introducir graduales transformaciones hacia modalidades de gestión y atención de salud más costo-efectivas.

Este claro énfasis en la eficiencia como forma de contener el incremento de los costos de salud, se refleja en la paulatina introducción de las distintas modalidades innovadoras de atención sanitaria anteriormente descritas.

Precisamente, sobre los avances en la línea de un modelo óptimo general de asignación de recursos y de compra de servicios, podrán incorporarse los adecuados incentivos económicos y extraeconómicos que permitan, con independencia de su carácter público, privado o mixto, potenciar el desarrollo de las modalidades actuales y de nuevas formas organizacionales que demuestren ser más eficientes en la provisión de servicios de salud.

Así, se posibilita el avance hacia una adecuada complementación de los esfuerzos públicos y privados, destinados a garantizar un acceso universal y equitativo a más y mejores atenciones de salud para la población costarricense.

Modelo de asignación de recursos y de compra de servicios para el sector salud:

"Las propuestas de cambios en el sistema de salud deberán ser orientadas por un modelo global, asignación de recursos financieros y de compra de servicios de salud que deberá definirse en el marco de este componente y que deberá ser aplicable tanto en el ámbito público como privado". (OP. CIT., 1999).

Se requiere precisar un modelo conceptual relativo a la función de compra y asignación, que deberá ejercer la CCSS a la luz de:

- i) Propuesta de reestructuración de la misma;*
- ii) Modelo de atención que se defina y*
- iii) Grado de descentralización o desconcentración por el que se opte en la reestructuración.*

Principales variables del modelo:

Un modelo de este tipo debe contestar las siguientes preguntas: ¿Quién asigna o compra? ¿Qué conjunto de servicios se obtiene? ¿A quién se le realiza esta asignación o pago?

"La respuesta a la primera pregunta requiere definir el agente que asigna los

recursos es para satisfacer las necesidades de la población bajo su responsabilidad. La segunda respuesta incluye la definición del servicio que se transa y las principales variables asociadas a este proceso: precio de la prestación, cantidades de la misma envuelta en el intercambio, calidad implícita del servicio, tipo de contrato que regula la transacción, tiempo en que se transfieren los recursos a cambio de la prestación. Finalmente, la respuesta a la última pregunta permite caracterizar al proveedor del servicio de salud`. (OP. CIT., 1999).

A continuación se reseñan las principales variables por considerar en la definición del modelo:

1. DIFERENCIACIÓN DE FUNCIONES:

La adecuada organización de un sistema de salud requiere partir por diferenciar las funciones básicas de provisión y financiamiento. Estas pueden o no estar identificadas con agentes diferenciados. "Lo importante es que para una prestación, o un conjunto de las mismas, se pueda identificar quién actúa como comprador y asignador y quién como proveedor`. (OP. CIT, 1999).

La ventaja de esta diferenciación radica en que introduce elementos de competitividad en el sector, originados en que es posible otorgar a un agente público el poder de comprar, tanto a varios proveedores públicos, como a privados. De esta manera, los proveedores se ven obligados a competir entre ellos, con el objeto de captar los fondos que se encuentran en manos del comprador/asignador.

Es preciso considerar que no siempre es suficiente separar las funciones de financiamiento y provisión para crear condiciones competitivas. Esto depende de la estructura de mercado asociada a una prestación particular, y muy especialmente al número de proveedores existentes. Por ejemplo, es posible definir varias unidades de compras pequeñas, competitivas entre sí, sin embargo, para una prestación particular, puede existir un solo proveedor (caso de los centros nacionales de especialidades complejas: oftalmología, oncología, neurocirugía, etc.).

La separación de funciones es un elemento importante, que permite asignar mejor los recursos sectoriales, siempre y cuando se tomen medidas correctivas para aquellos casos en que no existe competitividad. Una medida de regulación por considerar es el control de precios por parte del nivel central, en mercados de características monopólicas u oligopólicas.

2. DIMENSIÓN TEMPORAL:

Las alternativas temporales extremas son los sistemas basados en pagos históricos y prospectivos.

La ventaja de los pagos prospectivos respecto a los históricos radica en que obliga, tanto a proveedores como compradores, a sesgar la mirada al período futuro, incentivando la planeación financiera y colateralmente la de salud.

Es conveniente señalar que, asociada a esta forma de pago existe una distribución implícita del riesgo entre los agentes compradores-asignadores y proveedores.

Bajo el pago histórico, el agente comprador asume todo el riesgo, mientras que en un sistema totalmente prospectivo, el riesgo es asumido por el proveedor.

Existen variantes que permiten disminuir el riesgo para el proveedor, pero que aún lo incentivan a planificar, por ejemplo, el pago prospectivo sujeto a reliquidaciones. Esto es, transferir prospectivamente recursos y luego pagar o deducir al proveedor aquellas desviaciones ocurridas del gasto efectivo, en relación con el prospectado.

Es posible definir otros arreglos intermedios en los cuales los agentes compartan el riesgo. Así, es factible que parte del presupuesto sea prospectivo, mientras que otro componente sea histórico. Otra alternativa es utilizar sistemas de bandas.

Las bandas operan de la manera siguiente:

- i. se define un pago prospectivo;*
- ii. se definen bandas alrededor del pago prospectivo;*
- iii. se define una regla de reliquidación, de tal manera que parte de la fluctuación (riesgo) es asumida por el proveedor, mientras que las variaciones mayores son compartidas con el comprador.*

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptivo. Se estudiará y se analizará una situación real en el nivel institucional, la que se detallará, con el propósito de, con base en ella, definir una propuesta de implementación.

3.2. POBLACIÓN

La población en estudio la conforman los clientes externos e internos de los Servicios de Odontología.

3.3. PROCESO METODOLÓGICO

Para efectuarla se procedió a realizar el siguiente proceso metodológico:

I FASE: Diseño de la investigación

En esta fase se elabora el diseño del proyecto de investigación, y se define el problema por investigar, su justificación, objetivos generales y específicos y la metodología por seguir.

Para diseñar el proyecto se acude a la revisión de diversa bibliografía relacionada con la reforma del sector salud, Compromiso de Gestión y a una entrevista con un director de un Área de Salud.

II FASE: Recolección de información

Para recolectar la información se revisaron fuentes bibliográficas de diferente naturaleza, relacionadas con la modernización de la C.C.S.S, la calidad de los servicios de salud, Reforma del Estado y del sector salud, leyes y reglamentos que norman la Caja, especificaciones técnicas y administrativas para la contratación de servicios, entre otros. También se consultaron las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios del Área de Salud en 1998, 1999 y 2000.

Además, se efectuaron entrevistas al personal del Servicio de Odontología del Área, al administrador y director del Área, así como al encargado de presupuesto.

En esta fase es importante revisar diferentes documentos e instrumentos, como lo son: agendas diarias del Servicio de Odontología, informes estadísticos, Plan Operativo Anual (PAO) del servicio, Diagnóstico de Situación de Salud (ASIS) del Área, Sistematización de Encuestas de satisfacción a los usuarios del Área, entre otros.

En esta etapa del proceso es relevante la encuesta que se le aplicó a algunos clientes del Servicio de Odontología, con la finalidad de conocer su percepción sobre la atención ofrecida y recolectar algunas recomendaciones para mejorar el servicio. Se seleccionó una muestra al azar del 10% de la población atendida durante una semana en la sede del Área, a la cual se le aplicó un instrumento incluido en el capítulo de anexos. Por lo tanto, se utilizaron en total 45 encuestas en la sede del Área; las personas se seleccionaron entre los diferentes sectores, por lo que el instrumento se aplicó durante una semana, en diferentes momentos del día, con la finalidad de contar con una representación de cada EBAIS o sector. Para determinar la muestra de las personas entrevistadas, se escogió una de cada tres que acudían al Servicio de Odontología.

III FASE: Análisis y sistematización de la información

Una vez recolectada la información, se tabularon los resultados por medio del programa de computación ACCESS, los cuales se analizaron y sistematizaron, con el fin de plantear a la Dirección del Área una propuesta de contratación de servicios odontológicos, de acuerdo con los resultados obtenidos.

Es importante mencionar que la evaluación ha sido una constante en el proceso investigativo, y ha permitido medir el alcance de los objetivos definidos, los logros alcanzados y las limitaciones enfrentadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

La investigación de campo se realizó en un Área de Salud, perteneciente a la Región de Servicios Médicos Central Sur; se consultaron datos que están comprendidos en el Programa Anual Operativo para 2002 (P.A.O.). Asimismo, se realizaron entrevistas al Supervisor Regional de Odontología y a la Jefatura de Odontología del Área; funcionarios que afrontaron la información requerida para establecer el Diagnóstico Situacional del Servicio.

4.1.1. Aspectos generales del Servicio de Odontología:

El Servicio de Odontología inició sus labores en el Área de Salud en enero de 1997, con el personal que se trasladó del Ministerio de Salud a la C.C.S.S., como parte de la reforma que experimentaba en ese momento el sector salud. Comienza funciones con dos unidades móviles procedentes del Ministerio de Salud, y con personal altamente calificado.

En la actualidad cuenta con un módulo de alta productividad y atiende a la población asegurada adscrita al Área, de acuerdo con lo que estipula el Reglamento de Salud.

El Servicio de Odontología funciona en la sede del Área de Salud, en la que se encuentra ubicada la mayor parte del personal (ocho funcionarios) y también dispone de un consultorio en un EBAIS, el que cuenta con un medio tiempo de un odontólogo y de un técnico en Ciencias Médicas.

Dispone del siguiente personal:

- *3 odontólogos, dos de ellos nombrados tiempo completo y uno, seis horas.*
- *7 técnicos en ciencias médicas.*
- *1 secretario*

Desde el punto de vista administrativo, dispone de un odontólogo jefe, quien depende directamente del Servicio de la Dirección del Área, con la supervisión técnica de la Dirección Regional Central Sur.

1.- Historia clínica y examen dental:

Incluye la valoración del estado físico bucodental del paciente, antecedentes patológicos personales - familiares y su estado actual. El examen dental contempla una valoración de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal, malformaciones óseas o esqueléticas y llenado del odontograma, datos epidemiológicos, plan de tratamiento. Para

esta evaluación se toman los siguientes aspectos:

A.- Historia clínica:

- *Ficha de identificación: edad, sexo, ocupación, código de asegurado, sector, dirección, teléfono, autorización de los padres o encargados, en caso de menores de edad.*
- *Historia médico familiar: Padecimientos, toma de medicamentos, alergias, hemorragias, diabetes, hipertensión arterial, problemas musculares cerebrales, enfermedades de transmisión sexual.*

B.- Examen clínico de la cavidad bucal:

Comprende los labios, mucosa, comisuras, gíngiva, lengua, piso de la boca, orafaringe y cuello.

Incluye:

- *Alteración de planos: Valoración de la pieza 8.5 y 4.6, estado periodontal.*
- *Odontograma*

Diagnóstico y plan de tratamiento.

2.- Extracciones dentales: Toma en cuenta las extracciones de piezas temporales y permanentes. Las piezas dentales con infecciones crónicas que no son factibles de someter a tratamiento conservador endodóntico o periodóntico, tales como raíces muy cariadas, grandes cavidades abiertas, alto grado de movilidad o de indicación de extracción con fines protésicos u ortodónticos.

3.- Operatoria dental: Incorpora todos los procedimientos clínicos para remover el tejido

afectado por caries y su reemplazo con materiales de obturación permanente, según tipo de caries, tanto en amalgamas, como en resinas.

4.- Acciones de prevención: Incluye aplicaciones de flúor y sellantes de fosas y fisuras, en niños, adolescentes y mujeres embarazadas, además acciones de promoción de la salud, como: instrucción de fisioterapia oral y charlas de prevención a los respectivos grupos prioritarios del Área. Se destacan en este aspecto la labor educativa en los cursos de preparación para el parto, para personas con padecimientos crónicos y en grupos diversos, tales como: adultos mayores, personas esquizofrénicas, niños y adolescentes en el escenario educativo.

5.- Pulido de piezas dentales y profilaxis: Constituye el pulido y limpieza de todas las piezas remanentes, por medio de la unidad ultrasónica, instrumentos de mano, pastas profilácticas y copa de hule.

6.- Aperturas del conducto cameral y extripación pulpar, cuando se requiera en la pieza, previa valoración del odontólogo. En caso necesario, se referirá a otro nivel de atención.

7.- Ajuste oclusal: Se efectúa un control de la oclusión del cliente mediante papel carbón y, de ser necesario, se procede a realizar el ajuste oclusal.

Además, el personal del Servicio forma parte de los diferentes equipos o comisiones constituidos en el Área, según se establece a continuación:

Consejo Técnico Administrativo

Equipo de Apoyo

Comisiones: Compras, trabajo escolar y adolescencia, calidad, adulto mayor y crónicos, docencia, entre otros.

El Servicio de Odontología, para cumplir con sus fines, elabora un Programa Operativo Anual, presupuesto, estadísticas diarias, mensuales y anuales; así como una evaluación anual.

4.1.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

El análisis FODA de Odontología del Área, permite visualizar la situación actual del mismo e identificar las debilidades y amenazas que enfrenta, así como las fortalezas y oportunidades con que se cuenta. Teniendo como fortalezas un equipo muy capaz y muy comprometido, con recursos biomateriales de calidad, con proyección a la comunidad. Como oportunidades tiene alta demanda de servicios odontológicos por parte de la comunidad, ubicación accesible. Sus debilidades son falta de mayor espacio físico, ventilación, el equipo es de alta calidad y sus repuestos caros, no se cuenta con suficiente espacio físico, personal recargado en funciones clínicas y preventivas. Las amenazas son, el área de salud es muy extensa referencia de clientes no atendidos de niveles especializados, clientes deben de presentarse en la madrugada por lo que aumenta nivel de insatisfacción y riesgo de ser asaltados, agredidos, o enfermarse.

4.1.3. PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

Se aplicó una encuesta de satisfacción, representada por una muestra de 45 pacientes, o sea un 10% de la consulta general por semana, con el fin de conocer la percepción que tienen los clientes del Servicio de Odontología del Área de Salud.

A continuación se muestra una caracterización de la muestra encuestada y los resultados obtenidos.

4.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA

A.- SEXO:

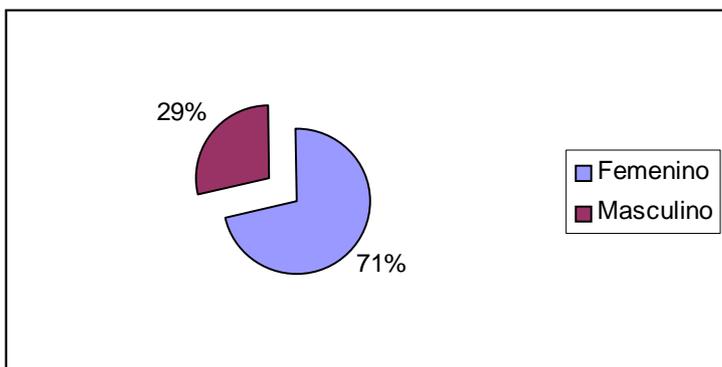
El 71% es de sexo femenino y el 29%, masculino, lo que coincide con los datos del ASIS del Área, en los que se destaca que la mayor parte de la población que asiste a recibir servicios de salud en la zona son mujeres, por el papel que se les ha delegado en el nivel social, de velar por el bienestar de sus hijos.

Cuadro No. 5
Población encuestada por sexo - Servicio de Odontología
Marzo 2001

SEXO	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TOTAL	45	100%
Femenino	32	71
Masculino	13	29

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología - Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 6
Población encuestada, según sexo. Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología - Área de Salud. Marzo 2001.

B.- EDAD:

La población encuestada, como se demuestra en el siguiente gráfico, es joven en su gran mayoría, debido a que en la comunidad predominan los habitantes en edad productiva.

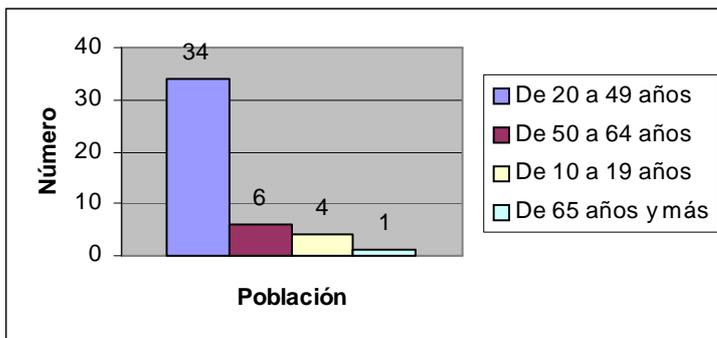
Cuadro No. 6
Población encuestada, según grupos de edad - Servicio de Odontología

Marzo 2001

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN	PORCENTAJES
TOTAL	45	100%
<i>De 20 a 49 años</i>	34	76%
De 50 a 64 años	6	13%
De 10 a 19 años	4	9%
De 65 años y más	1	2%

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 7
Población encuestada, según grupos de edad
Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

C.- NACIONALIDAD:

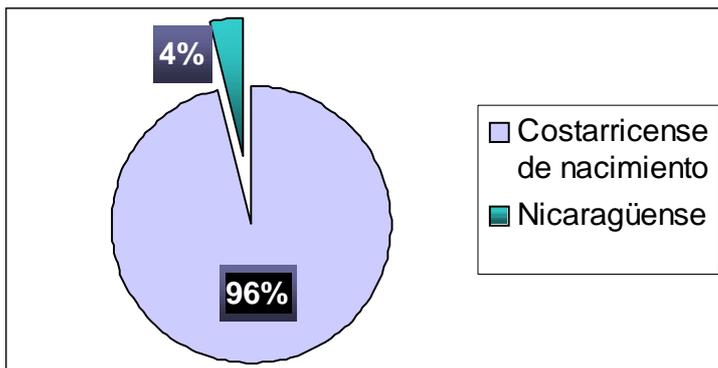
Un 96% de las personas entrevistadas son costarricenses de nacimiento, solo un 4% manifestó ser de origen nicaragüense.

Cuadro No. 7
Población encuestada, según nacionalidad
Servicio de Odontología Área de Salud
Febrero 2001

NACIONALIDAD	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJES
TOTAL	45%	100%
Costarricense de nacimiento	43	96%
Nicaragüense	2	4%

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Febrero 2001.

Gráfico No. 8
Población encuestada, según nacionalidad
Servicio de Odontología Área de Salud
Febrero 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Febrero 2001.

D.- TIPO DE SEGURO:

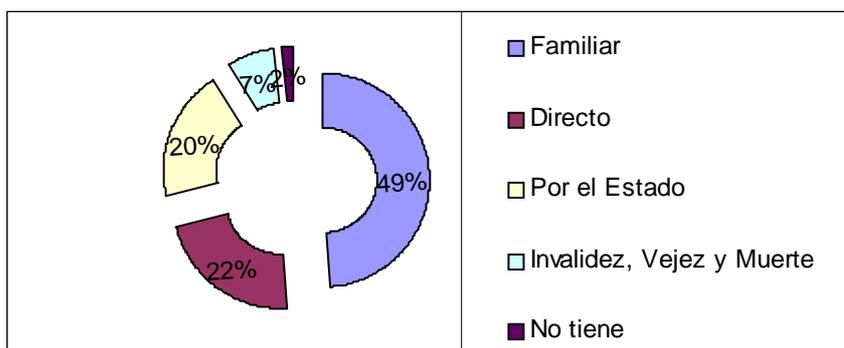
Las personas encuestadas, en su gran mayoría (49%) son aseguradas familiares, categoría seguida por el seguro directo y por el seguro por el Estado, en correspondencia con las características por sexo, edad y ocupación de la muestra seleccionada. Solamente un usuario manifestó no estar asegurado.

Cuadro No. 8
Población encuestada, según tipo de seguro
Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001

TIPO DE SEGURO	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJES
TOTAL	45	100%
Familiar	22	49
Directo	10	22
Por el Estado	9	20
Invalidez, Vejez y Muerte	3	7
Sin seguro por ningún régimen	1	2

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001

Gráfico No. 9
Población encuestada, según tipo de Seguro Social
Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

E.- ESCOLARIDAD:

La población de la zona se caracteriza por tener muy bajo nivel de escolaridad, lo que se ilustra con el siguiente cuadro, donde se observa que la mayor parte de los encuestados (55%) alcanzó la primaria.

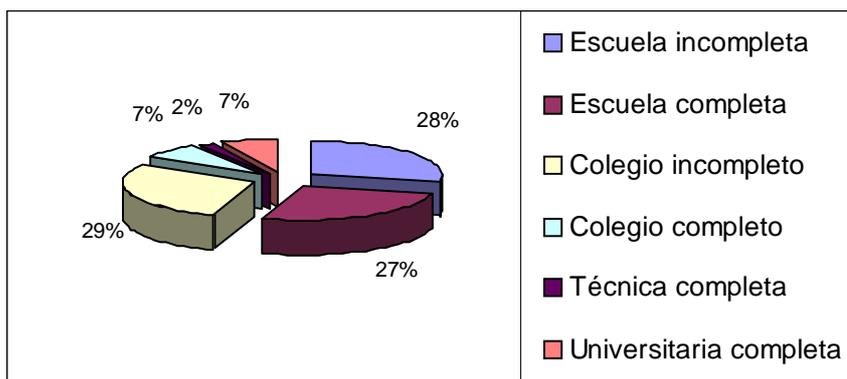
Cuadro No. 9
Población encuestada, según nivel de escolaridad

*Servicio de Odontología Área de Salud
Febrero 2001*

NIVEL EDUCATIVO	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJES
TOTAL	45	100%
Escuela incompleta	13	28
Escuela completa	12	27
Colegio incompleto	13	29
Colegio completo	3	7
Técnica completa	1	2
Universitaria completa	3	7

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Febrero 2001.

Gráfico No. 10
Población encuestada, según nivel de escolaridad
Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

G.- OCUPACIÓN:

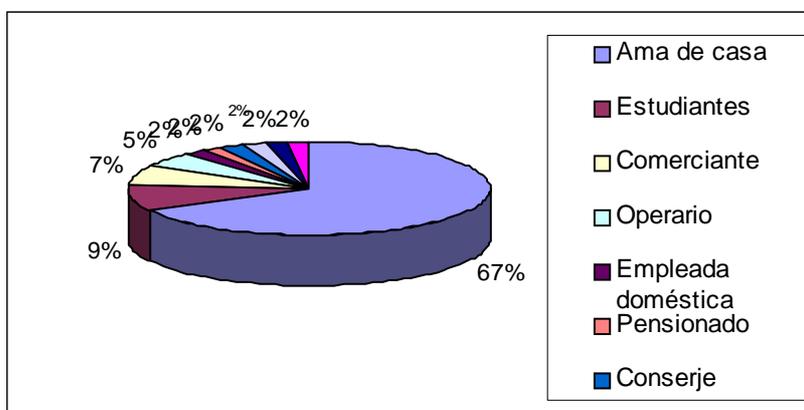
La ocupación de los encuestados está estrechamente relacionada con la edad y el sexo, así como con su nivel educativo; en el siguiente cuadro se puede observar que la gran mayoría (67%) se dedica a las labores del hogar, seguida por los estudiantes, comerciantes y operarios.

Cuadro No. 10
Población encuestada, según ocupación
Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001

OCUPACIÓN	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJES
TOTAL	45	100%
Ama de casa	29	67
Estudiante	4	9
Comerciante	3	7
Operario	2	5
Empleada doméstica	1	2
Pensionado	1	2
Conserje	1	2
Estilista	1	2
Pintor	1	2
Ninguno	1	2

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 11
Población encuestada, según ocupación
Servicio de Odontología Área de Salud
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

4.1.3.2. PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES SOBRE LOS SERVICIOS

OFRECIDOS:

**REGULARIDAD CON QUE ASISTEN A RECIBIR SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS.**

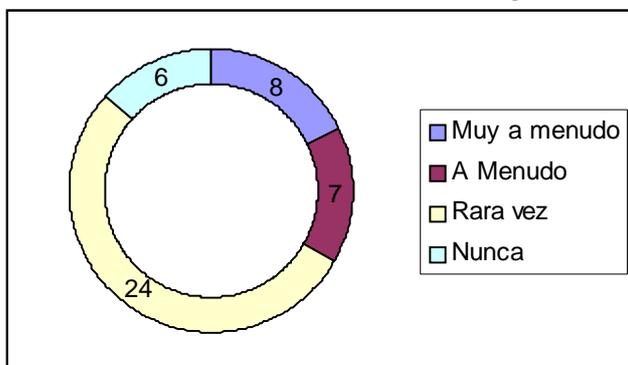
Cuadro No. 11

***Regularidad con que asisten los clientes a recibir atención en el Servicio de
Odontología - Área de Salud
Marzo 2001***

REGULARIDAD	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TOTAL	45	100%
Muy a menudo	8	18
A menudo	7	16
Rara vez	24	53
Nunca	6	13

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 12
Regularidad con que asisten los encuestados a recibir atención - Servicio de Odontología Área de Salud



Marzo 2001

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

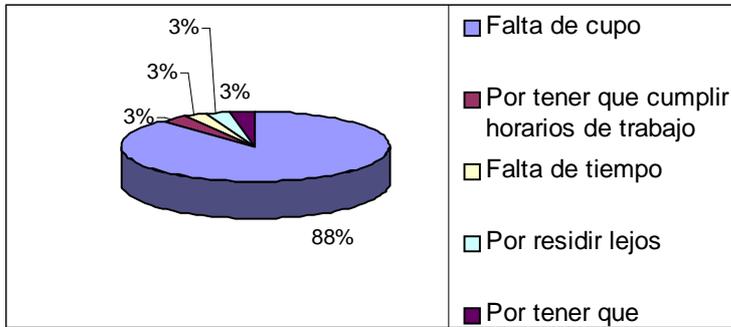
La mayor parte de la población encuestada (30%) manifestó asistir al Servicio rara vez o nunca, y argumenta como razones principales: falta de campo, tener que cumplir con horarios de trabajo, falta de tiempo, residir muy lejos y tener que madrugar; esto se puede apreciar en los siguientes cuadro y gráfico.

Cuadro No. 12
Motivos por los cuales los clientes no asisten a recibir atención en el Servicio de Odontología
Marzo 2001

RAZONES	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TOTAL	30	100%
Falta de cupo	26	88
Horarios de trabajo	1	3
Falta de tiempo	1	3
Residir lejos	1	3
Tener que madrugar	1	3

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 13
Motivos por los cuales los clientes no asisten a recibir atención en el Servicio de Odontología
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

ATENCIÓN DEL PERSONAL:

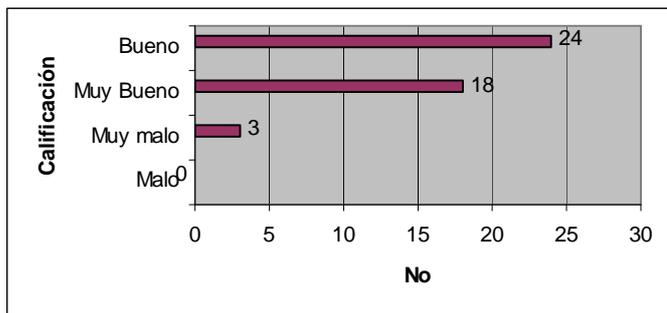
Con respecto al trato recibido por el personal del Servicio de Odontología del Área de Salud, se puede afirmar que la población se encuentra satisfecha, pues lo consideran en su mayoría como muy bueno, con un 40%, y bueno, con un 53%, solamente un 7% lo consideró como muy malo; las razones argumentadas fueron: No los dejan hablar, frecuentemente no hay cupo y no se obturan varios dientes en un mismo día.

Cuadro No. 13
Trato recibido por el personal del Servicio de Odontología, según calificación
Marzo 2001

CALIFICACIÓN	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TOTAL	45	100%
Muy bueno	18	40
Bueno	24	53
Muy malo	3	7
Malo	0	0

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 14
Trato recibido por el personal del Servicio de Odontología, según calificación
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Los entrevistados le otorgaron una calificación bastante satisfactoria al servicio, predominando un 10 (51%), seguido de un 9 (24%) y de un 8 (13%), tal y como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 16
Nota otorgada por los encuestados a la atención recibida en el Servicio de
Odontología
Marzo 2001

NOTA	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TOTAL	45	100%
10	23	51
9	11	24
8	6	13
7	2	5
6	2	5
1	1	2

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

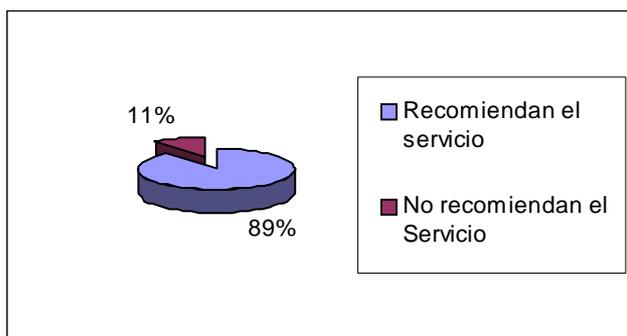
Como se refleja en el Cuadro No. 14, la nota asignada por los encuestados coincide con la calificación mencionada anteriormente; se mantienen solo las tres personas insatisfechas con la atención ofrecida (7%), lo que concuerda con el siguiente cuadro No. 15, en donde solo 5 personas (11%) expresan su inconformidad, porque: cuatro refirieron que nunca hay campo y uno consideró mala la atención.

Cuadro No. 15
Recomendación del Servicio de Odontología a familiares y amigos
Marzo 2001

RECOMENDACIÓN	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
<i>TOTAL</i>	45	100%
<i>Recomiendan el servicio</i>	40	89
<i>No recomiendan el servicio</i>	5	11

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 15
Recomendación del Servicio de Odontología a familiares y amigos
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

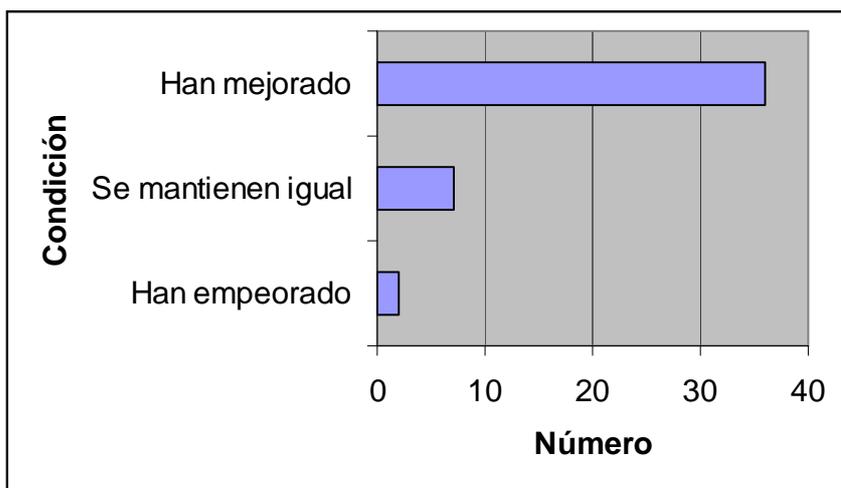
Llama la atención que la mayor parte de las personas (80%) consideró que su situación bucodental ha mejorado con los servicios odontológicos recibidos en el Área de Salud; siete (15%) manifestaron que se mantienen igual y dos (5%), que han empeorado, situación expresada en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 16
Condición bucodental de los encuestados, según su percepción de los
servicios odontológicos recibidos
Marzo 2001

ESTADO BUCODENTAL	No. ABSOLUTO	No. RELATIVO
<i>Han mejorado</i>	36	80
<i>Se mantienen igual</i>	7	15
<i>Han empeorado</i>	2	5

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 16
Condición bucodental de los encuestados, según su percepción de los
servicios odontológicos recibidos
Marzo 2001



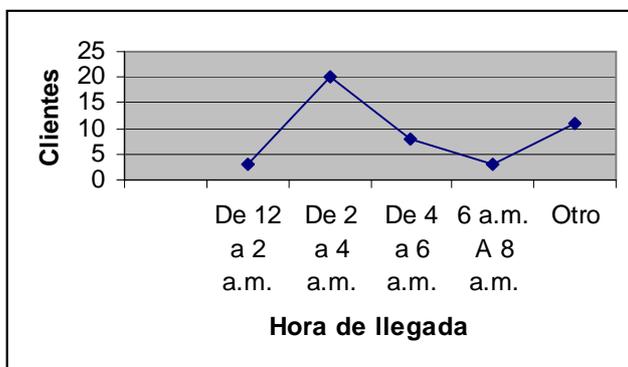
Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Cuadro No. 17
Hora de llegada de los encuestados a la sede, para obtener cita en
Odontología
Marzo 2001

HORAS	No. ENCUESTADOS	PORCENTAJE
TOTAL	45	100%
De 12 a 2 a.m.	3	7
De 2 a 4 a.m.	20	44
De 4 a 6 a.m.	8	18
6 a.m. a 8 a.m.	3	7
Otro	11	24

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 17
Hora de llegada de los encuestados a la sede, para obtener cita en
Odontología
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

De acuerdo con la información ofrecida en el cuadro y gráfico anteriores, la mayoría de las personas (44%) llegan a sacar cita entre 2 a.m. y las 4 a.m., seguida del rubro “otros” el cual corresponde a personas que contaban con cita previa, por estar embarazadas, ser adultos mayores o tener cirugías programadas.

Los encuestados fundamentan la hora de llegada a la sede en demanda de cita, por las siguientes causas:

<i>Nunca hay campo</i>	<i>20</i>
<i>Llega mucha gente</i>	<i>7</i>
<i>Tiene quien le saque la cita antes de su llegada</i>	<i>5</i>
<i>Tiene cita previa</i>	<i>11</i>
<i>No sabe/No responde</i>	<i>3</i>

Como se observa, la mayoría de las personas refirieron la falta de cupos, lo cual refleja una demanda superior a la oferta.

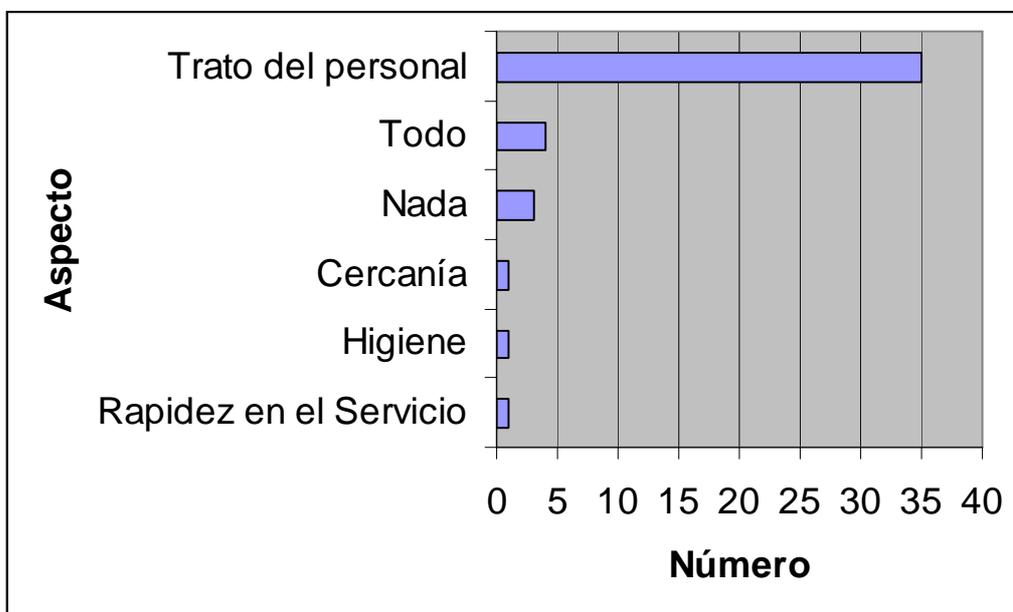
Con respecto a la satisfacción de los pacientes, según la información suministrada, el aspecto que más les agrada del Servicio de Odontología, es el trato del personal, lo que se constituye en una fortaleza muy importante.

Cuadro No. 18
Satisfacción por el servicio odontológico recibido, según cualidad
Marzo 2001

<i>ASPECTO O CUALIDAD</i>	<i>No. DE CLIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>TOTAL</i>	<i>45</i>	<i>100</i>
<i>Trato del personal</i>	<i>35</i>	
<i>Todo</i>	<i>4</i>	<i>9</i>
<i>Nada</i>	<i>3</i>	<i>7</i>
<i>Rapidez</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Higiene</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Cercanía</i>	<i>1</i>	<i>2</i>

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 18
Satisfacción por el servicio odontológico recibido, según cualidad
Marzo 2001



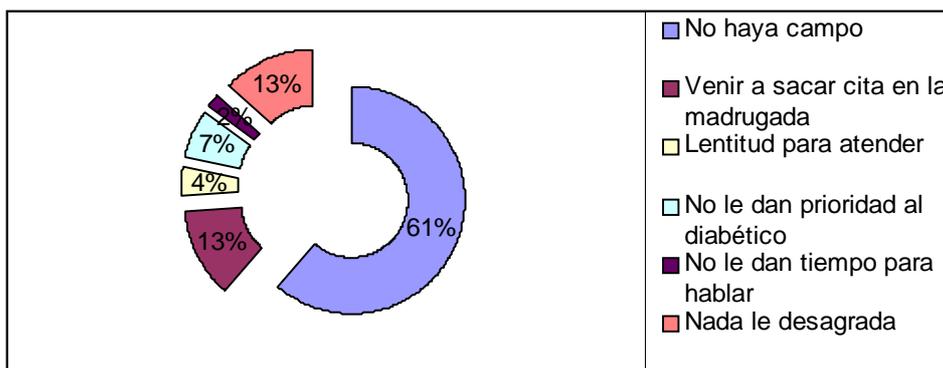
Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Cuadro No. 19
Insatisfacción por los servicios odontológicos brindados, según
características
Marzo 2001

ASPECTO	No. DE CLIENTES	PORCENTAJE
TOTAL	45	100
<i>No hay campo</i>	27	61
<i>Venir a sacar cita en la madrugada</i>	6	13
<i>Lentitud para atender</i>	2	4
<i>No le dan prioridad al diabético</i>	3	7
<i>No le dan tiempo para hablar</i>	1	2
<i>Nada le desagrada</i>	6	13

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 19
Insatisfacción por los servicios odontológicos brindados, según características
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

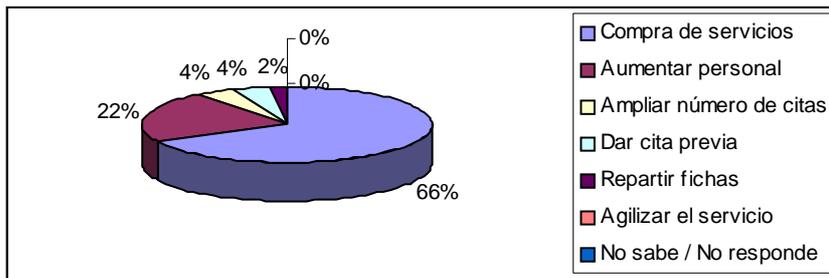
Desde la perspectiva de los clientes, continúan prevaleciendo la falta de cupo y el tener que venir en la madrugada a sacar cita, como debilidades del Servicio de Odontología de esta Área de Salud.

Cuadro No.21
Recomendaciones dadas por los encuestados para mejorar el Servicio de Odontología
Marzo 2001

RECOMENDACIÓN	No. DE CLIENTES	PORCENTAJE
TOTAL	45	100
Compra de servicios privados de odontología, por la Caja Costarricense de Seguro Social	30	
Aumentar el personal	10	
Ampliar el número de citas	2	
Dar cita previa	2	
Repartir fichas en la mañana	1	
Agilizar el servicio	0	
No sabe / No responde	0	

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

Gráfico No. 20
Recomendaciones dadas por los encuestados para
mejorar el Servicio de Odontología
Marzo 2001



Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente externo - Servicio de Odontología Área de Salud. Marzo 2001.

ANALISIS DE LOS DATOS

4.3 VIABILIDAD PARA LA COMPRA DE SERVICIOS PRIVADOS EN LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA, POR PARTE DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL:

En las Áreas de Salud de las diferentes regiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, se hace necesaria la contratación de servicios de Odontología, con base en los resultados obtenidos en la encuesta realizada, según los siguientes argumentos:

- 1. La demanda del servicio es mayor que la oferta, demostrado por medio de:*
 - a. Saturación del servicio, cada odontólogo atiende seis o más pacientes por hora, lo cual se demuestra en el siguiente cuadro:*

Cuadro No. 24
Consultas por hora, según tiempo disponible por año,
Servicio de Odontología
Área de Salud de Alajuelita
1999-2000*

<i>Indicador</i>	<i>1999 Horas</i>	<i>1999 Consultas por hora</i>	<i>2000 Horas disponibles</i>	<i>2000 a Nov.</i>	<i>2000 Consultas por hora</i>
<i>Horas contratadas</i>	5610		6171		
<i>Alimentación</i>	488		488		
<i>Horas disponibles</i>	5122		5683		
<i>No. consultas</i>	1951		1951		
<i>Horas consulta</i>	3171		3732	1866	
<i>Consultas programadas</i>	17758	5.6	20356	10178	5.5
<i>Consultas realizadas</i>	19733	6.2		22784	6.1

Fuente: Informes Mensuales 1999-2000. Servicio de Odontología-Área de Salud de Alajuelita.

*Incluye hasta noviembre de 2000.

b. La falta constante de cupos, demostrada en las agendas y registros, según los cuales se da un rechazo promedio diario de 30 pacientes (equivale a un 32% de la consulta total por día), lo que se traduce en 156 a la semana, o sea, un 30% de la consulta semanal), 619 personas al mes, es decir, un 30% de la consulta mensual y 6.816 clientes al año, lo que equivale a un 30% de la consulta anual, sin tomar en cuenta los que no son registrados.

Esta situación se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 25
Consultas atendidas y clientes rechazados por mes
Servicio de Odontología
Área de Salud de Alajuelita
1999 - 2000

<i>Mes</i>	<i>1999 No. clientes</i>	<i>1999 Total de</i>	<i>1999 %</i>	<i>2000 No. clientes</i>	<i>2000 Total de</i>	<i>2000 %</i>
------------	--------------------------	----------------------	---------------	--------------------------	----------------------	---------------

	<i>rechazados</i>	<i>consultas</i>		<i>rechazados</i>	<i>consultas</i>	
TOTAL	8.078	19733	42.16	6.816	22834	28.44
<i>Enero</i>	681	1244	54.7	652	1642	39.7
<i>Febrero</i>	632	1626	38.9	634	2034	31.2
<i>Marzo</i>	646	1941	33.3	679	2288	29.7
<i>Abril</i>	753	1715	43.9	621	1897	32.7
<i>Mayo</i>	643	1541	41.7	649	3602	18.8
<i>Junio</i>	625	1686	37.1	725	2863	25.3
<i>Julio</i>	796	1432	55.6	400	1610	24.71
<i>Agosto</i>	656	2153	30.5	625	2092	29.88
<i>Septiembre</i>	705	1967	35.8	604	1671	36.14
<i>Octubre</i>	609	1642	37.1	625	1596	39.16
<i>Noviembre</i>	623	1542	40.4	602	1539	39.11
<i>Diciembre</i>	709	1244	57.0			

Fuente: Control diario de clientes rechazados e Informes estadísticos 1999-2000. Incluye hasta el mes de noviembre. Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita.

*Incluye hasta el mes de noviembre 2000.

De acuerdo con la información del cuadro anterior, se puede afirmar que si se compara el total de consultas realizadas con el número de clientes rechazados, estos se traducen en un 42.16% de la consulta ofrecida para 1999, y un 28.44% para 2000.

Esta disminución comparativa de un 14% con respecto a 1999 y 2000, se puede deber al subregistro existente de clientes rechazados y a que tal y como los encuestados lo manifestaron, muchas personas rara vez o nunca asisten a solicitar cita, por falta de cupo o por tener que madrugar; situación ampliamente conocida por la comunidad.

- c. La proliferación de la venta y compra de campos en las filas, para ser atendidos en el Servicio de Odontología.

- d. *La asistencia de los pacientes, desde horas de la madrugada, para alcanzar un campo y ser atendidos, lo que aumenta el riesgo de enfermarse y de sufrir accidentes de diversos tipos, como lo es la violencia social (asaltos, agresiones entre los usuarios, entre otros).*
- e. *Se sobrepasa el parámetro de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se define que debe de haber un odontólogo a tiempo completo por cada 24.000 habitantes, para actividades curativas, es decir, 1 hora por cada 3.000 habitantes. Por lo tanto, se da un déficit importante de odontólogos, ya que no hay tiempo para realizar actividades de índole preventivo. Además, se debe de tomar en cuenta que las horas disponibles al año, para los odontólogos del Área, son 5.683, de las cuales 1951 son utilizadas en labores administrativas, por lo que realmente se dispone de un total de 3.732 horas para efectuar la consulta, tal y como se aprecia en el siguiente cuadro:*

Cuadro No. 26
Horas utilizadas en otras actividades, según tipo
Servicio de Odontología
Área de Salud de Alajuelita
Año 2000

<i>Tipo de actividad</i>	<i>No. horas</i>	<i>Porcentaje</i>
TOTAL	1951	100%
<i>Administración</i>	520	27
<i>Equipo de Apoyo</i>	208	11
<i>Consejo Técnico</i>	312	16
<i>Educación Permanente</i>	242	12
<i>Capacitación General</i>	260	14
<i>Reunión con equipo regional</i>	108	5
<i>Semana de Salud Bucodental</i>	44	2
<i>Comisiones</i>	257	13

FUENTE: Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita. 1999.

Todo esto trae como consecuencia insatisfacción de los pacientes que esperan lapsos muy prolongados para su atención, cansancio y desmotivación por la falta de cupos.

Otras circunstancias que han aumentado la demanda, además de las visualizadas anteriormente, son:

- *La población del Área de Salud de Alajuelita, es, según el ASIS de 2000, de 74.000 habitantes y sin embargo, solo se cuenta con veinte horas diarias contratadas, distribuidas entre dos odontólogos nombrados tiempo completo y uno por cuatro horas, este último ubicado en el EBAIS de Concepción.*

- *De acuerdo con lo anterior, los dos odontólogos de la sede del Área deben de atender una población de 53.571 habitantes, lo que supera la norma establecida por la OPS en cuanto a labores curativas. Esto demuestra la necesidad de contratación de al menos otro odontólogo, con su respectivo asistente y personal de apoyo.*
- *Cuando el Área de Salud de Alajuelita inició labores, se otorgaron recursos para atender una población aproximada de 29.000 habitantes, ya que no se contaba con censos que determinaran la cantidad de habitantes y las necesidades en estos servicios; consecuentemente existe una diferencia entre la capacidad instalada y la demanda de servicios.*

Antes de la apertura del Área de Salud de Alajuelita, en 1996, los servicios especializados en odontología se le otorgaban a los asegurados directos; a los asegurados familiares y del Estado, solo se les brindaba el servicio de extracciones dentales. Con el nuevo sistema de atención integral en salud, la Caja asume toda la población, la cual incluye a todos los asegurados sin importar el tipo, y a toda persona que resida en Costa Rica y requiera de tratamiento odontológico de cualquier clase. Esta situación aumenta la demanda; sin embargo, la capacidad instalada del Área se mantiene igual.

- *Lo supracitado se agrava conforme la población adscrita al Área de Salud de Alajuelita aumenta en razón de la incorporación de otras comunidades cercanas, las que por su accesibilidad demandan también los servicios del Área.*
2. *Esta desproporción entre demanda y oferta, obliga al personal de Odontología a estar recargado en sus funciones, lo que significa riesgo para la salud física y mental, lo cual se demuestra en el padecimiento de: problemas articulares en manos y brazos, lumbalgias, hipertensión arterial, fatiga, disfunciones fonológicas, entre otros; esto trae como consecuencia incapacidades en el personal, con lo que se agrava la situación, porque de acuerdo con los datos del siguiente cuadro, el número total de incapacidades anuales, en relación con el número de días hábiles, es de un funcionario a tiempo completo, circunstancia que debe estudiarse, con el fin de buscar alternativas de solución, que impliquen menos recursos destinados a la atención de las personas, aumento de costo operativo por sustituciones y deterioro de la salud física y mental del personal.*

Cuadro No. 27
Días de incapacidades del personal por año
Servicio de Odontología
Área de Salud de Alajuelita

ESPECIFICACIÓN	1997	1998	1999	2000 A DIC.
<i>Odontólogos</i>	81	43	22	66
<i>Asistentes</i>	140	171	183	115
TOTAL	221	214	205	181
<i>Días hábiles</i>	250	250	250	250
<i>Días incap/días hábiles</i>	89%	86%	82%	72%

FUENTE: Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita.

3. *Las encuestas de satisfacción al usuario aplicadas en el Área de Salud de Alajuelita, demostraron que el Servicio de Odontología es un área crítica que requiere del planteamiento de estrategias para superar esta condición. Es importante destacar que en ambas encuestas los pacientes expresaron como recomendación la necesidad de disponer en el Área de mayor cantidad de personal.*

4. *La Caja Costarricense de Seguro Social se encuentra inmersa en procesos de globalización, restricciones presupuestarias, cambios constantes que exigen el mejoramiento en la calidad de los servicios y la satisfacción de los clientes, lo que es contrario a la realidad del Área debido a que la diferencia entre la oferta y la demanda ha generado una brecha importante que se traduce en insatisfacción de los pacientes. A causa de lo expuesto se han realizado solicitudes a las autoridades de la institución, para aumentar los recursos en el servicio de Odontología, sin obtener resultados favorables, pues la política nacional e institucional se dirige a disminuir el crecimiento en recursos humanos, o sea, reducir la planilla.*

5. *El Área de Salud de Alajuelita adquirió, por medio del Empréstito Español y el Gobierno de Costa Rica, una unidad dental completa, para aumentar la oferta y renovar el equipo existente.*

De acuerdo con lo anterior y el diagnóstico situacional del Servicio de Odontología del Área de Salud de Alajuelita, para la contratación de servicios odontológicos, se considera viable esta estrategia, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Existe apertura institucional para la contratación de servicios a terceros a partir de 1996, como parte del proceso de desconcentración administrativa y descentralización financiero-contable dentro del marco de la modernización de la Caja. Un indicador de este interés institucional es que la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó el Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por medio de terceros, Artículo 29 de la sesión No. 741, celebrada el 9 de marzo de 2000 y publicado en La Gaceta (adjunta en la Sección de Anexos). Además, en el Área se han desarrollado, a través del tiempo, las herramientas administrativas, legales y presupuestarias para llevarlo a cabo. Esto tiene jurisprudencia con la compra de servicios en farmacia, aseo, vigilancia, laboratorio, rayos X, ultrasonidos, gastroscopías, mantenimiento, registros médicos, entre otros; lo que ha demostrado una gran eficiencia y mayores niveles de satisfacción de los pacientes, al haber disminución de tiempos de espera y estándares óptimos de calidad en la prestación de los servicios.

La institución ha demostrado interés en esta modalidad, debido a que traslada a la empresa contratada las cargas sociales y elimina los atrasos por huelgas o paros, así como vacaciones, incapacidades, permisos para cursos, congresos, etc., lo que conlleva a una economía para la institución: lo anterior implica que la empresa contratada asume la responsabilidad de la prestación del servicio en forma continua y permanente, según lo establece el contrato, lo que se traduce en una mejora en la prestación del servicio.

La inflexibilidad administrativa con trámites burocráticos para equipar o sustituir cualquier equipo o mobiliario, encarece el costo de los servicios. Con la contratación a terceros se pretende un ahorro, al solicitar a la compañía contratada contar con el equipo, su sustitución, en caso necesario, y transferir el riesgo tecnológico al proveedor. Con el ahorro que se deriva de la no inversión en tecnología, la institución puede desarrollar estrategias para invertir en otros programas prioritarios.

La contratación de servicios es una nueva modalidad, basada en acuerdos, distribución de riesgos y derechos de decisiones, y se constituye en una herramienta que facilita la transformación. Se cuenta con el aval de la Dirección Médica, la Administración y la Jefatura de Odontología del Área, del Equipo de Apoyo para realizarla, de tal forma que se está presupuestando la posibilidad de implementarla para 2002; en razón de los resultados obtenidos en este estudio.

4.4 FACTIBILIDAD PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN EL ÁREA DE SALUD DE ALAJUELITA:

El Área de Salud de Alajuelita ha venido invirtiendo un presupuesto anual en la prestación de servicios odontológicos, el cual se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 28
Costo de la consulta del Servicio de Odontología,
según meses (cantidad en colones)
Área de Salud de Alajuelita
Año 2000

MES	COSTO POR MES	CONSULTAS	COSTO PROMEDIO POR CONSULTA
<i>Enero</i>	4.432.105	1642	2.699
<i>Febrero</i>	4.423.805	2034	2.174
<i>Marzo</i>	5.180.529	2288	2.264
<i>Abril</i>	4.849.539	1893	2.637
<i>Mayo</i>	4.818.816	3602	1.337
<i>Junio</i>	4.700.463	2863	1.641
<i>Julio</i>	5.333.220	1610	3.312
<i>Agosto</i>	5.869.761	2092	3.512
<i>Septiembre</i>	5.831.778	1671	3.490
Costo promedio	5048890.67	2188	2.563

FUENTE: Oficina de Presupuesto - Área de Salud de Alajuelita. Año 2000.

Como se desprende del cuadro anterior, el Área de Salud gasta, más o menos, al mes, en la prestación odontológica, ϕ 5.048890.67, lo que implica un costo promedio por consulta de ϕ 2563. De este costo un 51.11% corresponde al pago de salarios del personal.

Se debe de tener presente que la institución, para obtener costos y coberturas, mide por consultas y no por el número de actividades realizadas. Sin embargo, el costo por consulta odontológica del Área es menor al establecido en el nivel interno, para clínicas menores, durante el primer semestre de 2000, el cual fue de ₡3.677, lo mismo que al definido por el Colegio de Odontólogos y algunas clínicas privadas de la zona.

Cuadro No. 29
Costo de consultas odontológicas, según lugar en que se brinden
Área de Salud de Alajuelita
Noviembre 2000 (en colones)

<i>Costo Odontología</i>	<i>C.C.S.S. Hospitales y clínicas mayores</i>	<i>C.C.S.S. Clínicas menores y dispensarios</i>	<i>Colegio Odontólogos</i>	<i>Clínicas privadas</i>
<i>Costo por consulta odontológica</i>	3.917	3.677	7.500	3.000
<i>Consulta odontológica con calza</i>	6.227	5.846	15.500	8.500
<i>Calzas odontológicas - Clase 1*</i>	2.302	2.302	8.000	6.000
<i>Plazas odontológicas</i>	1.388	1.388	7.500	3.500

FUENTE: Oficina de Presupuesto - Área de Salud de Alajuelita. Colegio de Odontólogos de Costa Rica y Clínicas Privadas. Noviembre 2000.

**Es cuando abarca solo la superficie oclusal o masticatoria de molares o premolares; se efectúa con amalgama de plata.*

A pesar de que los costos son menores para el Área, hasta el momento no se dispone de presupuesto para ampliar los servicios odontológicos, mediante la compra de terceros, ni se cuenta con la autorización de la Dirección Regional Central Sur para hacerlo, aunque se dispone del aval e interés de la Dirección Médica, Administración, Consejo Técnico, Jefatura de Odontología y del Equipo de Apoyo, como se ha venido mencionando; los cuales continúan realizando gestiones ante las autoridades respectivas para poder lograrlo en 2002.

De acuerdo con ello, la contratación de servicios odontológicos no es factible por el momento, pero sí es una opción que se debe estudiar, ya que resulta económicamente posible para la institución, y además, se debe recordar que no se está autorizando la apertura de nuevas plazas, sino una opción para resolver la problemática que aqueja a la población costarricense.

A continuación se desglosa la alternativa propuesta para realizar dicha compra de servicios, con el costo respectivo. Se utiliza como referencia el mecanismo de contratación que definió el programa de salud de Curridabat, administrado por la Universidad de Costa Rica, elaborado por el Lic. Minor Agüero y acorde con lo que estipula la Contraloría Nacional de la República, el cual se detalla de la siguiente manera:

- *40% costo de mano de obra*
- *40% costo de insumos*
- *12.5% gastos administrativos*

- *7.5% porcentaje de utilidad*

Según este planteamiento, las actividades clínicas y preventivas tienen un costo que se traduce en puntos. El valor de cada uno de estos puntos se estableció para la Universidad en ϕ 500. Se recomienda la suma de ϕ 600 por punto para el Área de Salud de Alajuelita, como ajuste a la distorsión de los gastos en que incurrirá el proveedor (ya que los gastos son menores para la Universidad, en mano de obra e insumos).

Es importante destacar que el valor del punto es diferente para cada lugar, de acuerdo con los requerimientos establecidos.

OPCIÓN PROPUESTA:

Se sugiere que la institución contrate los recursos humanos y materiales para ampliar los servicios de odontología en el Área de Salud de Alajuelita, o sea, que se contrate un odontólogo, un asistente dental y una secretaria a tiempo completo, así como que la parte contratada aporte los materiales, el equipo e instrumental requeridos para brindar el servicio.

El costo se define de acuerdo con la programación elaborada, siguiendo la normativa de la Dirección Técnica de Odontología de la Caja Costarricense de Seguro Social para la posible contratación, según grupo programático, la cual se adjunta en la sección de Anexos.

A continuación se especifica el costo de la alternativa planteada, según actividades y consultas programadas.

Cuadro No. 30
Programación para la compra de servicios odontológicos,
según actividades y subprograma de atención
Área de Salud de Alajuelita
Año 2000

GRUPOS ETÁREOS								
Actividades	Niño	Adolesc.	Mujer	Adulto	Adulto mayor	Total	Puntos	Co me
PREVENTIVAS								
<i>Aplicación de flúor</i>	823	686	549	286	203	2547	1	12
<i>Aplicación de sellantes</i>	488	407	325	0	0	1220	5	30
IFO	488	407	325	127	34	1381	1	69
ATENCIÓN CLÍNICA								
<i>Operatoria</i>	1000	1112	889	714	540	4255	5	10
<i>Exodoncia</i>	200	222	178	143	216	959	5	23
<i>Endodoncia</i>	133	333	133	107	0	706	5	17
<i>Periodoncia</i>	200	445	889	857	648	3039	5	75
<i>D.T. mandibular</i>	600	445	356	143	81	1625	1	81
<i>Cirugía</i>	44	37	30	24	18	157	5	38
<i>Examen clínico</i>	622	445	237	191	108	1603	1	80
<i>Rayos X</i>								
<i>Recetas</i>								
<i>Urgencias</i>	67	74	59	48	36	284	5	71
TOTAL						17772		30

FUENTE: Elaborado por grupo de investigadores, según Programa de Dirección Técnica Odontológica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Noviembre 2000.

Cuadro No. 31
Número de consultas por año, según subprograma de atención
Área de Salud de Alajuelita
Año 2000

<i>Subprograma de atención</i>	<i>Consultas preventivas</i>	<i>Consultas clínicas</i>	<i>TOTAL</i>
TOTAL	2780	5590	8370
<i>Niño(a)</i>	899	1467	2366
<i>Adolescente</i>	749	1408	2157
<i>Mujer</i>	600	1141	1741
<i>Adulto</i>	413	917	1330
<i>Adulto mayor</i>	119	657	776

FUENTE: Elaborado por grupo de investigadores, de acuerdo con Tabla de Programación de la Dirección Técnica de Odontología de la Caja Costarricense de Seguro Social. Noviembre 2000.

El promedio de consultas diarias de un odontólogo contratado por nueve horas es de 32 clientes, de 2.5 actividades por cada consulta, con un costo promedio por actividad de 2.033 colones; con un valor por punto colones de 600.

De acuerdo con la información de los cuadros anteriores, se deduce que esta es una alternativa económicamente beneficiosa para la institución, pues:

- 1. Se disminuyen los costos para la Caja Costarricense de Seguro Social:*
 - a. No se invierte en equipo altamente sofisticado y costoso.*
 - b. Se ahorra en el mantenimiento de dicho equipo.*
 - c. No se invierte en instrumental ni en accesorios sumamente caros.*
 - d. No se generan gastos administrativos.*
 - e. Se trasladan a la parte contratada las cargas obrero patronales.*
 - f. Mayor agilidad en el trámite de adquisición de suministros.*

g. *No se corre el riesgo de faltante de materiales cuando se necesiten.*

h. *Garantía de la atención continua y permanente*

Sin embargo, es sumamente importante que exista un sistema de control riguroso por parte de la institución.

Se propone que el servicio contratado se someta a procesos de supervisión, control y evaluación permanente de la Jefatura de Odontología y la Dirección del Área, mediante revisión de fichas clínicas escogidas al azar, verificadas con los clientes y establecimiento de indicadores que permitan evaluar tanto la calidad del servicio, como la atención brindada al cliente.

Además, es responsabilidad del contratista realizar sus propios sistemas de control, evaluación y supervisión, los cuales buscarán en todo momento, mejorar la calidad de los servicios en forma continua, con el fin de alcanzar los objetivos y las metas contratadas.

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En el Capítulo II “Marco Teórico”, se denota que se requiere la readecuación del modelo de atención en salud, por los problemas de financiamiento, plazos prolongados en los que se programan citas y el elevado número de pacientes que se debe atender por día en el servicio de consulta. Además, se da una universalidad en la cobertura de los servicios, lo que quiere decir que se amplía la población a la que se debe dar cobertura.

Además, dentro de este Modelo de Atención Integral, se requiere que se logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las necesidades de salud de la población, a un costo que se pueda sostener.

Se considera indudable que el reto de los servicios de salud en Costa Rica no es el de aumentar la cobertura, sino garantizar la calidad de la atención que presten, por lo que, además de tratar de mejorar la cobertura, se debe siempre garantizar la calidad de servicios de usuario, ya que al tener una gran población por atender, es decir, mucha demanda y poca oferta, los odontólogos se limitan a un tratamiento, con tal de avanzar en los cupos de pacientes del día, por lo que el usuario se encuentra insatisfecho al tener, muchas veces, que pedir permisos en los trabajos o en escuelas, para asistir a la cita, y al

no resolver varios problemas dentales que pudiera tener, siente que el servicio fue insuficiente, además de que la programación de citas se da en plazos mayores, por lo que muchos no se sienten incentivados para regresar.

Con esto se considera importante establecer una manera para mejorar los problemas; siempre teniendo en cuenta la calidad del servicio prestado.

Mediante el análisis de los datos obtenidos en la investigación de campo, se llega a las siguientes conclusiones:

- 1. La capacidad resolutive del servicio del Área de Odontología es insuficiente para atender la demanda de la población.*
 - 1.1- Por la saturación del servicio, al existir un déficit de odontólogos para determinada población. Además, sobrepasa el parámetro de la OPS, el cual define que debe haber un odontólogo a tiempo completo por cada 24.000 habitantes, para actividades curativas (Cuadro No. 24).*
 - 1.2- Al aumentar la población del área, se hace necesario contratar otro odontólogo, con asistente y personal de apoyo, por la poca cantidad de profesionales (Cuadro No. 4 FODA).*
 - 1.3- Falta de cupos. Al haber poca cantidad de odontólogos para atender una población grande, se da un déficit en los cupos y por lo tanto las citas no se ofrecen tan pronto como se desean, lo que propicia que los pacientes no asistan a recibir atención regularmente, y así van rara vez, cuando existe alguna molestia, y no se puede resolver, en muchos casos, el problema, de*

esta manera empeora el estado bucodental (Gráfico No. 13).

2. *Como consecuencia de la poca capacidad resolutive, se da la insatisfacción del paciente, lo cual se pudo medir, con un cierto grado de agravio, al no encontrar cupo para cita, o al no poder realizar más de un tratamiento por sesión.*
3. *Los odontólogos del Área de Alajuelita se dedican a labores preventivas, curativas y educativas, en las cuales denotan que, por poca cantidad de personal, se recargan en las labores clínicas y preventivas, para dar abasto a la población, con lo que se produce riesgo de salud física y mental, dándose mayor cantidad de incapacidades y disminuyéndose también el personal.*
4. *La contratación de servicios odontológicos es económicamente posible para la institución, ya que al comparar los costos, se notó que son menores para el Área, pues:*
 - 4.1- *No se invierte en equipo altamente sofisticado y costoso.*
 - 4.2- *Se ahorra en el mantenimiento de dicho equipo.*
 - 4.3- *No se invierte en instrumental ni accesorios sumamente caros.*
 - 4.4- *No se generan gastos administrativos.*
 - 4.5- *Se traslada a la parte contratada las cargas obrero-patronales.*
 - 4.6- *Mayor agilidad en el trámite de adquisición de suministros.*
 - 4.7- *No se corre el riesgo de faltante de materiales cuando se necesiten.*
 - 4.8- *Garantía de la atención continua y permanente. Esta opción de servicios es necesaria, pero no es factible, ya que el Área no dispone de los recursos necesarios.*
5. *Con la opción de venta de servicios se resuelve la problemática que aqueja a la población costarricense.*

- 5.1- *Al aumentarse la cantidad de odontólogos para atender a la población, se pueden mejorar los cupos para atención.*
- 5.2- *Al haber más odontólogos se da mayor competitividad y se crea una mentalidad de mejorar la atención, ya que el paciente, según el modelo de atención integral, puede elegir al odontólogo que desee;*

RECOMENDACIONES

De acuerdo con las conclusiones resultantes en el presente estudio, se evidencia una irregularidad entre la demanda y la oferta; lo que consecuentemente produce una insatisfacción en los clientes internos del Área de Salud de Alajuelita; paralelo a ello, la institución está implementando una política para reducir la contratación del recurso humano, sin tomar en cuenta que, con la promulgación de la Ley que creó el Sistema Nacional de Salud, se indica que es una obligación ineludible para la Caja Costarricense de Seguro Social la atención eficiente y oportuna de todos los habitantes de Costa Rica, sin discriminar nacionalidad, ni pago de seguro por cualquier régimen u otra condición especial.

1.- Todo lo anterior, nos conduce a formular como solución, la compra de servicios privados odontológicos por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, a profesionales que se encuentren en el ejercicio liberal de su profesión, quienes harán labores curativas y preventivas, en un sector determinado de la población, aportando el equipo e instrumental requerido, así como el local cercano al EBAIS de la Sede, siendo el costo definido de acuerdo con la programación elaborada y según la normativa de la Dirección Técnica de Odontología de la C.C.S.S. En el Cuadro No. 31 se indica cómo operaría el Sistema de Venta de Servicios Odontológicos, la producción de actividades y su costo operativo mensual.

2.- Asimismo, se cree que con la implementación de este modelo, es siempre necesario que se realice una evaluación del control de la calidad de los servicios de Odontología, para garantizar al paciente la mejor atención a sus problemas bucodentales. Al determinarse en el trabajo realizado en la clínica de Alajuelita, que los usuarios quieren mejoras en la atención ofrecida, y al ser la odontología una organización de servicios que debe dar una imagen de solidez, es preciso brindar mayores beneficios para el paciente de seguridad social.

3.-Algunas de las recomendaciones aportadas por los usuarios, al ser encuestados, para mejorar el servicio de odontología del área fueron: aumentar el personal, ampliar el número de citas, dar cita previa y la compra de servicios privados de odontología por parte de la C.C.S.S.

Cuadro No. 31
Resumen de la opción recomendada para la contratación de servicios
odontológicos en las Áreas de Salud
Agosto 2001

CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN	ACTIVIDADES EJECUTABLES EN PROMEDIO MENSUAL	COSTO APROXIMADO POR MES																				
La C.C.S.S. contrata los recursos humanos y materiales. La parte contratada aporta: Los materiales, el equipo e instrumental requerido, así como el local para ofrecer el servicio, a una distancia no mayor a los 300 metros del EBAIS o sede del Área. La parte contratada asume las responsabilidades obrero patronales del personal y el pago de los servicios básicos como agua, luz,	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Flúor</td> <td style="text-align: right;">212</td> </tr> <tr> <td>Sellantes</td> <td style="text-align: right;">102 IFO</td> </tr> <tr> <td>115 Operatoria</td> <td style="text-align: right;">355</td> </tr> <tr> <td>Exodoncia</td> <td style="text-align: right;">80</td> </tr> <tr> <td>Endodoncia</td> <td style="text-align: right;">59</td> </tr> <tr> <td>Periodoncia</td> <td style="text-align: right;">253 DT</td> </tr> <tr> <td>mandibular</td> <td style="text-align: right;">136</td> </tr> <tr> <td>Cirugía</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Examen clínico</td> <td style="text-align: right;">134</td> </tr> <tr> <td>Urgencias</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> </table>	Flúor	212	Sellantes	102 IFO	115 Operatoria	355	Exodoncia	80	Endodoncia	59	Periodoncia	253 DT	mandibular	136	Cirugía	13	Examen clínico	134	Urgencias	24	Ø3.011,800 Por mes
Flúor	212																					
Sellantes	102 IFO																					
115 Operatoria	355																					
Exodoncia	80																					
Endodoncia	59																					
Periodoncia	253 DT																					
mandibular	136																					
Cirugía	13																					
Examen clínico	134																					
Urgencias	24																					

<i>teléfono, vigilancia, entre otros.</i>	<i>TOTAL</i>	<i>1483</i>	
---	--------------	-------------	--

Se considera esta una opción económicamente factible para la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de responder a la demanda existente, la cual crece día a día, así como favorecer a los nuevos profesionales del sector.

BIBLIOGRAFÍA

C.C.S.S. Seguro de Salud Modelo Tarifario. San José, Costa Rica. Julio 2000.

C.C.S.S. Módulo 1: Elementos del Sistema Nacional de Salud y su proceso de modernización. Editorial Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1998.

C.C.S.S. Módulo 10: Introducción al estudio de la calidad en los servicios de salud local. Editorial Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1997.

C.C.S.S. Análisis de Situación Integral de Salud del Área de Salud de Alajuelita. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Análisis de Situación Integral de Salud del Área de Salud de Alajuelita. San José, Costa Rica. 2000.

C.C.S.S. Agendas Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita 1999. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Agendas Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita 2000. San José, Costa Rica. 2000.

C.C.S.S. Control diario de clientes rechazados - Servicio de Odontología - 1999. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Control diario de clientes rechazados - Servicio de Odontología - 2000. San José, Costa Rica. 2000.

C.C.S.S. Control de incapacidades - Servicio de Odontología - 1999. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Control de incapacidades - Servicio de Odontología - 2000. San José, Costa Rica. 2000.

C.C.S.S. - Área de Salud de Alajuelita. Encuesta de insatisfacción de usuarios. San José, Costa Rica. Junio 2001.

C.C.S.S. Perfil Área de Salud de Alajuelita. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Informes estadísticos 1999. Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Informes estadísticos 2000. Servicio de Odontología - Área de Salud de Alajuelita. San José, Costa Rica. 2000.

C.C.S.S. Presupuesto del Área de Salud de Alajuelita 1999. San José, Costa Rica. 1999.

C.C.S.S. Presupuesto del Área de Salud de Alajuelita 2000. San José, Costa Rica. 2000.

Colegio de Odontólogos de Costa Rica. Honorarios Mínimos en el ejercicio de la profesión odontológica 1999-2000. San José, Costa Rica.

López Vides, Pedro. Modelo de atención odontológica, Programación de actividades - Clínica de Alajuelita. Dirección Regional de Servicios Médicos Central Sur. San José, Costa Rica. 1995.

Guendel, Ludwing. Gestión de la reforma de las políticas de salud. En: Costa Rica: las políticas de salud en el umbral de la reforma. No. 1 Series de Políticas Sociales. San José, Costa Rica. 1997.

Murillo Helena y otros. Servicio de Trabajo Social-Area de Salud de Alajuelita. San José, Costa Rica. 2000.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>FECHA</i>	<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>
<i>Octubre a Noviembre 2000</i>	<i>Delimitación del tema, justificación, objetivo general y objetivos específicos.</i>
<i>Diciembre 2000 a Mayo 2001</i>	<i>Recopilación de información, análisis de la información y sistematización de la misma. Elaboración de encuesta.</i>
<i>Agosto 2001 a Setiembre 2001</i>	<i>Análisis de la encuesta.</i>

RECURSOS:

Materiales: Fotocopias, encuesta, folletos y libros.

Humanos: Personal odontológico y Directora de la Clínica de Alajuelita, población encuestada.

Conserje

Estilista

Pintor

Ninguno

7. *Regularidad a recibir atención:*

Muy a menudo

A menudo

Rara vez

Nunca

8. *Razones por las cuales los clientes no asisten a recibir atención:*

Falta de cupo

Falta de tiempo

Por tener que cumplir horarios de trabajo

Por residir lejos

Por tener que madrugar

9. *Trato recibido por el personal del Servicio de Odontología:*

Muy bueno

Bueno

Muy malo

Malo

10. *Recomendación del Servicio de Odontología a familiares y amigos:*

Sí

No

11. *Condición bucodental de los encuestados según su percepción con los servicios odontológicos recibidos:*

Han mejorado

Se mantienen igual

Han empeorado

12. *Hora de llegada de los encuestados a la sede para obtener cita en Odontología:*

De 12 a 2 a.m.

De 2 a 4 a.m.

De 4 a 6 a.m.

De 6 a 8 a.m.

Otro

13. *Satisfacción por el Servicio Odontológico recibido según calidad:*

Trato del personal

Todo

Nada Rapidez en el servicio

Higiene Cercanía

14. *Insatisfacción por los servicios odontológicos brindados según características:*

No haya campo Lentitud para atender

Venir a sacar cita en la madrugada

No le dan prioridad al diabético

No le dan tiempo para hablar

Nada le desagrada

15. *Conocimiento que tienen los clientes encuestados sobre el lugar donde dirigirse en caso de dudas o quejas:*

Sí sabe No sabe

16. *Lugar en el que le gustaría más a los encuestados recibir atención odontológica:*

Sede del Area

En el EBAIS que le corresponde

En una clínica periférica

17. *Recomendaciones dadas por los encuestados para mejorar el Servicio de Odontología:*

Aumentar el personal Dar cita previa

Ampliar el número de citas Agilizar el servicio

Repartir fichas en la mañana Compra de Serv.Privados

No sabe/No responde de Odontología por la Caja

Costarricense de Seguro

Social

San José, 19 de diciembre de 2001

Sr. Bernardo Márquez C.
Centro de Investigación y Desarrollo Empresarial – ULACIT
DIRECTOR

Estimado señor:

Reciba un cordial saludo.

Certifico que, en calidad de filóloga española, efectué en el documento escrito: "Venta de servicios odontológicos a la Caja Costarricense de Seguro Social", las correcciones de ortografía y redacción atinentes a los estándares establecidos para los trabajos finales de graduación.

El documento mencionado es de la estudiante Viviane Whitter Chambers, quien lo presenta para optar por la Licenciatura en Odontología.

Doy fe de la adecuación del texto a la norma lingüística de prestigio.

Atentamente,

Marcela E. Hidalgo S.
Cédula 2- 483- 172
Colegiatura 172-29

