



Manual de Gestión de la atención de la
persona, familia y comunidad, por el
profesional de enfermería y el
asistente técnico de atención primaria.
Código MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323
Versión 01

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento
Coordinación Nacional de Enfermería

Año 2023



ELABORADO POR:

- Dra. Jacqueline Monge Medina ARSDT- jefe, Coordinación Nacional de Enfermería
- Dra. María Elena Artavia Mora ARSDT- Subjefe, Coordinación Nacional de Enfermería
- Dr. Gabriel Ugalde Rojas ARSDT- Asistente, Coordinación Nacional de Enfermería
- Dra. Guiselle Barrantes Brenes. Proyecto EDUS
- Dra. Cindy Calvo Quirós. Proyecto EDUS
- Dr. Pablo Valverde Hernández. Jefe Regional Enfermería, DRIPSS Huetar Norte
- Dr. Andrés Porfirio Trigueros Fernández. Jefe Regional Enfermería, DRIPSS Huetar Norte (a.i.)
- Dr. Milton Arce Barrantes. Enfermero, DRIPSS Huetar Norte.
- Dra. Andrea Varga Salazar Enfermera, Área de Salud Aguas Zarcas
- Dra. Ana Cristina Otárola Barboza. Enfermera, Área de Salud Florencia
- Dr. José Antonio Eduarte Bustos. Enfermero, Área de Salud Pital
- Dra. Zeila Jiménez Noguera Enfermera, Área de Salud Pital
- Dra. Isis Milagros Romero Rivera Enfermera, Área de Salud Ciudad Quesada
- Dr. Diego Alfaro Alvarez. Jefe Regional de Enfermería, DRIPSS Brunca
- Dra. María Gabriela Madrigal Villagra. Enfermera, DRIPSS Chorotega
- Sr. Jairo Fernando Martínez Aragón ATAP, Área de Salud Abangares
- Dra. Rosa Gallardo Guerra de Villa. Jefe Regional de Enfermería, DRIPSS Brunca
- Dra. Andrea Vanessa Carrillo Murillo Enfermera, DRIPSS Brunca
- Dr. Marlon Francisco Morales Morales. Enfermero, DRIPSS Brunca
- Dra. Yamileth Méndez Morales Enfermera, Área de Salud Buenos Aires
- Dra. Dacia Isela Granados Jiménez. Jefe Enfermería, Área de Salud Pérez Zeledón
- Dra. Dinia Barquero Porras Enfermera, Área de Salud Pérez Zeledón
- Dra. Tatiana María Gamboa Fonseca Enfermera, Área de Salud Pérez Zeledón
- Dra. Lidia Andrea Peraza Leiva Enfermera, Área de Salud Pérez Zeledón
- Dr. Roy Fernando Barrantes Mora Enfermero, Área de Salud Pérez Zeledón
- Dra. Imelda María Martínez Alpízar Enfermera, Área de Salud Corredores
- Dra. Lisbeth Lucrecia Ledezma Palacios. Enfermera, Área de Salud Corredores
- Dra. Mirna Jeannette González Acosta. Enfermera, Área de Salud Corredores
- Sr. Félix Donald Gómez Álvarez ATAP, Área de Salud Golfito
- Sra. Ana Lorena Villalobos Vindas ATAP, Área de Salud Osa



- Dra. Alejandra María Trejos Chacón. Jefe Regional de Enfermería, DRIPSS Central Sur
- Dra. Griselda Patricia Masís Zúñiga. Enfermera, Área de Salud Paraíso Cervantes
- Sra. Mileidy Camacho Zúñiga. ATAP, Área de Salud Paraíso Cervantes
- Dra. Julet Edwards Loban. Jefe Regional de Enfermería, DRIPSS Huetar Atlántica
- Dra. Geisel Mena Moya Enfermera, DRIPSS Huetar Atlántica
- Dra. Kendry del Carmen Cruz Avalos Enfermera, Área de Salud Valle La Estrella
- Dra. Gilvenita Criselda Flores Peña Enfermera, DRIPSS Central Norte
- Dra. Karen María López Gómez Enfermera, Área de Salud Alajuela Norte
- Dra. Jenny María Cubero Ramírez Jefatura Enfermería, Área de Salud Naranjo
- Sr. Aníbal Mauricio Gómez Gómez. ATAP, Área de Salud San Isidro de Heredia
- Dra. Lorna de Lourdes Cortés Aquilino. Enfermera, Área de Salud San Rafael Puntarenas
- Dra. Jacqueline Mondol Cerdas Enfermera, DRIPSS Pacífico Central

VALIDADO POR:

- Dra. María Alejandra Trejos Chacón Jefe Regional Enfermería DRIPSS Central Sur
- Dr. Diego Alfaro Álvarez Jefe Regional Enfermería DRIPSS Chorotega
- Dra. Guiselle de los Angeles Barrantes Brenes Enfermera Proyecto EDUS
- Dra. Gilvenita Criselda Flores Peña, Supervisora Atención Primaria, DRIPSSCN
- Dra. Geisel Mena Moya Enfermera Coordinadora Regional de Atención Primaria DRIPSSHA
- Dra. Leylin Esquivel Alvarado, Jefatura enfermería Área de Salud Coto Brus
- Dra. María Daniela Solís Chaves Enfermera Encargada del Programa de Atención Primaria Área de Salud de Poás
- Dra. Jenny María Cubero Ramírez Jefatura Enfermería Área de Salud Naranjo
- Dra. Soledad Elizondo Vásquez Jefatura Enfermería a.i. Área de Salud San Ramón
- Dra. Griselda Patricia Masís Zúñiga Enfermera Encargada del Programa de Atención Primaria Área de Salud Paraíso Cartago

REVISADO Y APROBADO POR:

Dr. Mario Mora Ulloa. Jefe de Área de regulación, sistematización, diagnóstico y tratamiento.

AVALADO POR:

Dr. Marino Ramírez Carranza. Gerente Médico CCSS
Mediante Oficio # GM-7343-2023

Fecha de revisión y aprobación

27 FEBRERO 2023

Próxima revisión:

2028

Observaciones

La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.



Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

DDSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

ARSDT: Área de regulación, sistematización, diagnóstico y tratamiento.

DRIPSS: Dirección de red integrada de prestación de servicios de salud.

EDUS: Expediente digital único en salud.

Consultas al:

Secretaría de la Coordinación: secenfer@ccss.sa.cr

Dra. Jacqueline Monge Medina, jefe, Coordinación Nacional de enfermería

jmongem@ccss.sa.cr

Dra. María Elena Artavia Mora, Subjefe, Coordinación Nacional de Enfermería.

meartavi@ccss.sa.cr

Dr. Gabriel Ugalde Rojas, Asistente, Coordinación Nacional de Enfermería.

gugalde@ccss.sa.cr

Declaración de Intereses:

Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, los formularios serán custodiados por 5 años.




Índice

Presentación	7
Introducción	8
Metodología	12
Definiciones, abreviaturas y símbolos	14
Referencias normativas	21
Cuadro #1. Referencias normativas.	21
Alcance y campo de aplicación	22
Objetivo General y Específicos	22
Responsable del cumplimiento	23
Cuadro #2. Unidades y su responsabilidad	23
Responsable de verificar el cumplimiento	24
Contenido	25
1. Ubicación Contextual	25
1.1 Definición de la unidad, servicio o equipo de trabajo	25
1.2 Conocimientos, habilidades y actitudes de los integrantes del equipo de trabajo	26
1.3 Asignación de familias por ATAP	32
Cuadro #3. Etapas en adultez mayor y porcentajes de población	35
Cuadro #4. Clasificación de desarrollo relativo según el Índice de Desarrollo Social	37
Cuadro #5. Puntaje según criterios para definición de los Sectores de Salud	38
Cuadro #6. Asignación del promedio de población y familias por Sector de Salud por tipo de AS según el puntaje obtenido	38
Cuadro #7. Indicadores de referencia para la Asignación de familias por ATAP	39
Cuadro #8. Porcentajes aproximados de familias por prioridad en las áreas de salud, según clasificación por necesidades de salud y clasificación del riesgo familiar en SIFF, 2019	39
Cuadro #9. Asignación aproximada de familias por ATAP, para Áreas tipo A según región.	40
Cuadro #10. Asignación aproximada de familias por ATAP, para Áreas tipo B según región.	41
Cuadro #11. Asignación aproximada de familias por ATAP, para Áreas tipo C según región.	41
2. Oferta de Servicios: Actividades de Atención Integral a las Personas según escenario en las que interviene el equipo Enfermería – ATAP.	42
2.1 Descripción de actividades:	44
Cuadro #12. Actividades de Educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.	44
Cuadro #13. Actividades de atención integral del niño y la niña en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.	45
Cuadro #14. Actividades de atención integral del adolescente en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.	48
Cuadro #15. Actividades de atención integral de la salud sexual y reproductiva en adolescentes en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.	49
Cuadro #16. Actividades de atención integral de la adolescente embarazada en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.	50



Cuadro #17. Actividades de atención integral de la adolescente en post parto post aborto en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	52
Cuadro #18. Actividades de atención integral de la mujer en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	53
Cuadro #19. Actividades de atención integral de la mujer en anticoncepción y precepción el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	54
Cuadro #20. Actividades de atención integral de la mujer embarazada en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	55
Cuadro #21. Actividades de atención integral de la mujer en Post Parto Post aborto en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	56
Cuadro #22. Actividades de atención integral de la mortalidad infantil y materna en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	57
Cuadro #23. Actividades de atención integral del adulto en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	57
Cuadro #24. Actividades de atención integral del adulto mayor en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	60
Cuadro #25. Actividades de atención de la morbilidad en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP. _____	62
3. Organización Funcional: Elementos operativos en la Gestión de la Atención Primaria en Salud para profesionales de Enfermería y ATAP del I nivel de atención de la CCSS. _____	64
3.1. Procesos de trabajo del profesional de enfermería a cargo del programa. _____	64
3.2. Descripción de la organización funcional: Procesos de trabajo del equipo de Atención Primaria (Enfermería – ATAP) _____	76
Cuadro #26. Ponderación de variables para el cálculo del riesgo familiar en las visitas domiciliarias. _____	91
4. Supervisión de enfermería en el proceso de atención primaria _____	96
<i>Herramientas de Aplicabilidad</i> _____	104
<i>Declaración de Intereses</i> _____	122
<i>Contacto para consultas</i> _____	122
<i>Anexos</i> _____	123
<i>Referencias</i> _____	244

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 7 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Presentación

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) requiere de herramientas que faciliten el “proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad”. Sobre esta base, el uso de la evidencia científica constituye un insumo fundamental que permite el desarrollo de una gran cantidad de aplicaciones requeridas para el buen devenir de los servicios de salud. (GM-DDSS, 2021)

Desde la Coordinación Nacional de Enfermería se gestiona la elaboración de documentos de normalización técnica para el quehacer de enfermería en los servicios de salud institucionales, apoyados en el criterio técnico de las jefaturas regionales de enfermería en las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS).

El Asistente técnico de Atención Primaria (ATAP) es uno de los perfiles de puesto que integra los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en las Áreas de Salud de la CCSS, en el primer Nivel de Atención y conforman la puerta de entrada de la población a los servicios de salud. Este equipo de ATAP en cada área de salud es coordinado por un profesional de enfermería quien, en el marco de la estrategia de atención primaria, supervisa, capacita y acompaña a estos funcionarios en la gestión del cuidado al individuo, familia y comunidad en los escenarios fuera de los establecimientos de salud (EFES).

El presente Manual de gestión para la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y el ATAP en el primer nivel de atención, obedece a la actualización correspondiente de la versión vigente desde el 2018, realizado con la participación en el análisis y discusión de profesionales de enfermería y ATAP de las Regiones y áreas de salud, así como de la Coordinación Nacional de Enfermería, el Proyecto EDUS y otras instancias afines al proceso, cumpliendo con los estándares establecidos por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en el Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Gestión en la DDSS (GM_DDSS, 2021).

Con este documento se pretende dar soporte técnico al equipo de atención primaria incorporando lecciones aprendidas en la evolución de la estrategia en los últimos cinco años, respecto a los ajustes que se han realizado para la atención de la Pandemia por COVID – 19, avances tecnológicos, medidas de contingencia, crecimiento demográfico, cambios en el perfil epidemiológico, que permitan a los profesionales de enfermería y ATAP, seguir aportando a la población en el diagnóstico de necesidades en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los EFES.

Marino Ramírez Carranza
Gerente Médico

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 8 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Introducción

La versión número 4 del documento de normalización técnica del rol que asumen los profesionales de enfermería y asistentes técnicos de Atención Primaria (ATAP), en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y los Equipos de Apoyo del primer nivel de atención (PNA), persigue el alineamiento con la “imagen objetivo de la Prestación de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con fundamento en el Modelo de Atención basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, que definió el país para responder a las demandas sociales, a los cambios en el perfil epidemiológico y a las políticas sociales impulsadas por el Estado”.(CCSS_PE_Comisión Salud de Junta Directiva & Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, 2019) a lo que deben sumarse los efectos asociados a la aparición de la pandemia del SARS-COV-2 y sus consecuencias sobre las enfermedades crónicas no transmisibles en adelante ECNT.

Entre los escenarios que describen la situación actual de salud a los que debe enfrentarse la prestación de servicios de salud de la CCSS se citan:

- cambios demográficos y epidemiológicos,
- envejecimiento progresivo de la población,
- carga de la enfermedad liderada por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT),
- incremento de las lesiones con discapacidad y muertes prematuras por causas violentas,
- persistencia de los riesgos para la salud, que se asocian a las condiciones de vida, los hábitos y el comportamiento, que afectan en forma individual a las personas, a sus familias y a la comunidad,
- constantes avances tecnológicos,
- incremento de las necesidades en salud de la población que generan un mayor consumo de recursos en la atención,
- una población cada vez más informada y demandante de servicios, así como sectores con acceso a información de fuentes no oficiales que generan disconformidad en los usuarios.

El programa de fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud en adelante PFPSS, en su marco conceptual “Plantea el abordaje de la prestación, tomando en cuenta las necesidades de salud de la población, procurando la atención centrada en las personas (individuo-familia-comunidad), con énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad...” (CCSS_PE_Comisión Salud de Junta Directiva & Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, 2019) para lo cual la intervención de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 9 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

los ATAP conducidos por el profesional de enfermería en la gestión local de la salud es fundamental.

Por esta razón se afirma que no se trata de implantar un nuevo modelo de atención si no que se retoma la estrategia Atención Primaria de Salud (APS), para fortalecer acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en cada uno de los niveles de atención y escenarios de acción de la CCSS, en este contexto, es fundamental la recuperación del rol de los profesionales de enfermería del Primer Nivel de Atención (PNA) y del ATAP en los escenarios fuera de los establecimientos de salud (EFES), ofreciendo educación para la salud, promoción para la salud, acciones en prevención de la enfermedad y contribuyendo con el EBAS y el Equipo de apoyo en el proceso de construcción del diagnóstico de necesidades en salud; para ello la estrategia se diversifica, expandiendo la posibilidad de captación de la información de salud de los usuarios que se registra en el Sistema Integrado de Ficha Familiar, no solo en las visitas presenciales en los hogares, si no también incorporando nuevas modalidades de captación de usuarios, con el uso de medios tecnológicos de comunicación a distancia y aprovechando todo contacto con el usuario en los diferentes escenarios comunal, educativo, laboral e incluso en los mismos establecimientos de salud.

Hace más de 30 años, la Declaración de Alma-Ata definió la APS como:

“Conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud” (Alma-Ata, 1978)

Otro concepto indica que APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del cual constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud. Así, lleva la salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Vargas González, 2006).

La Coordinación Nacional de Enfermería de la CCSS revisa y readecua instrumentos utilizados por el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud, incluidos en ediciones anteriores a este manual, siendo el más reciente (CCSS_GM_DDSS_ARSDT & Coordinación Nacional de Enfermería, 2018) cotejándolos y adecuándolos con las normas de atención integral a las personas vigentes y con la planificación estratégica institucional. A su vez, ha incorporado variables sociodemográficas, que son recopiladas y analizadas mediante el Sistema Integrado de Ficha Familiar en sus versiones WEB y Móvil (SIF), desarrollado para automatizar el registro de la información derivada de la visita domiciliar. Y finalmente, considera las recomendaciones tanto de Auditorías Internas, Contraloría General de la República, otras instancias, y los niveles operativos institucionales en las DRIPSS, Áreas de Salud y EBAS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 10 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

La información producto de la gestión de enfermería en el I nivel y las atenciones del ATAP, en los diferentes escenarios (domiciliar, laboral, escolar y comunal) representan un insumo principal en la “metodología para la identificación de necesidades de salud de las personas en el proceso de planificación local, regional y nacional, a fin de lograr el desarrollo y la mejora de los servicios a través de una operativización efectiva de la atención de las necesidades de salud que corresponden a la prestación de servicios de salud de la CCSS el diagnóstico de salud de las comunidades y sirve como fuente de información para procesos sociales que trascienden a la CCSS”(CCSS_GG & Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, 2022)

Otras instituciones gubernamentales son usuarias de la información derivada del trabajo de los ATAP y los registros de las fichas familiares, tales como el SINIRUBE (Sistema Nacional de Información para el registro único de beneficiarios), para la identificación de las familias más necesitadas, para obtener un registro único de beneficiarios (RUB) de ayudas sociales. (IMAS & CCSS, 2017)

Al cierre del 2021 la CCSS, según datos de Gerencia Médica, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, cuenta con 105 áreas de salud y sedes de área, 1 080 EBAIS conformados, 647 Puestos de Visita Periódica (PVP) y 529 sedes de EBAIS. A pesar de las diferencias de complejidad entre las áreas de salud, un común denominador es la presencia de profesionales de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y ATAP en ellas, quienes son parte del equipo humano que representa el primer contacto entre las familias, la comunidad y los servicios de salud que ofrece la CCSS.

En referencia a la organización de la atención, el Modelo Readecuado plantea “Cada área de salud tendrá un promedio de 15.000 a 40.000 habitantes en zonas rurales y de 30.000 a 60.000 habitantes en zonas urbanas y a su vez estará constituida por uno o varios sectores con un promedio de 800 a 950 hogares (4.000 personas), a cargo de un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS). Los EBAIS compartirán un Equipo de Apoyo”. (CCSS_GG & Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, 2021) (Figura 1)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 11 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Figura 1. División territorial para la implementación del modelo readecuado de atención



Según la información estadística en recursos humanos de la Dirección de Administración y Gestión de Personal de la CCSS, para febrero del 2022 se reporta que en la institución laboraban 1 533 ATAP, para una relación de 2.6 trabajadores por cada 10 000 habitantes, por su parte los profesionales de enfermería en los rangos de profesional enfermería 1 a profesional enfermería 5, según esta fuente, suman un total de 618 funcionarios para una relación de 1 profesional de enfermería por cada 10 000 habitantes en el primer nivel de atención.

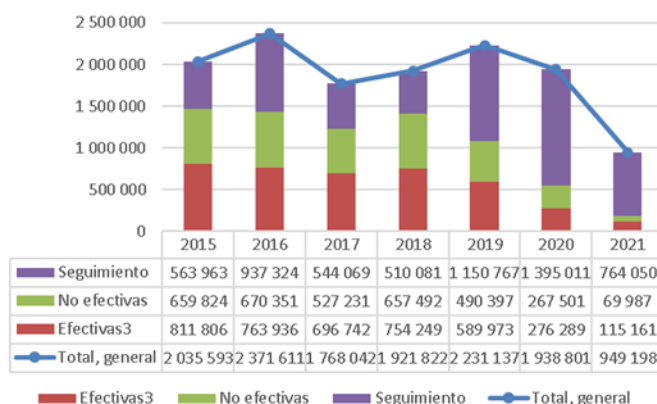
Según el Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención en el Corto y Mediano Plazo, de la Gerencia General de la CCSS, diciembre del 2021, identifica un faltante de 42 ATAP entre los EBAIS conformados y no conformados. (CCSS_GG & Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, 2021)

Con la actualización de este manual, se pretende incidir en aspectos operativos del proceso de gestión de enfermería y ATAP que se ajusten a los retos descritos para el sistema de salud en la actualidad y, alinear la normativa con las indicaciones para la estrategia que se han emitido desde la Coordinación Nacional de Enfermería y las autoridades institucionales desde la última edición, entre ellos:

- Incremento en la cobertura de visita domiciliar en todas sus definiciones, visiblemente impactada por la Pandemia del Covid-19, y la participación del ATAP como principal vacunador en los años 2020, 2021 y 2022 y el profesional de enfermería del PNA como gestor local y supervisor del proceso de vacunación, como lo indican los informes de actividades del ATAP. (Figura 2).
- Reforzamiento de la supervisión del profesional de enfermería en el programa de visita del ATAP en todos los escenarios.
- Normalización de la gestión del profesional de enfermería en el programa de visita del ATAP en todos los escenarios.

- Mejoramiento en el análisis del profesional de enfermería en el PNA de la cantidad y calidad del trabajo del ATAP y de la información de las fichas familiares, mediante indicadores y apoyados en herramientas tecnológicas.
- Impacto en la recuperación del rezago en la atención de grupos poblacionales con condiciones de vulnerabilidad, como los portadores de enfermedades crónicas no transmisibles y adultos mayores.
- Sostenibilidad de las coberturas de inmunizaciones en todos los grupos poblacionales.
- Georreferenciación de las viviendas.
- Vigilancia y asistencia de atención primaria en Hogares de Larga Estancia.

Figura 2. Distribución de visitas domiciliarias según tipo. Año 2015-2021. Costa Rica



Metodología

Respecto a la construcción - actualización de este Manual de Gestión, el equipo técnico elaborador revisó la documentación Institucional incluyendo la edición anterior de este documento normativo, el Manual Técnico y del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS_GM_DDSS_ARSDT & Coordinación Nacional de Enfermería, 2018); posteriormente, realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, seleccionando la mejor información disponible para la construcción de los diferentes apartados, considerando lecciones aprendidas en los últimos 5 años en la implementación de la estrategia de atención primaria, desde la perspectiva del profesional de enfermería de los niveles regionales y locales, así como la ATAP, participantes de las sesiones virtuales de análisis y discusión durante el año 2022.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 13 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Así mismo se incorporaron productos elaborados desde la Coordinación Nacional de Enfermería, en respuesta a informes de auditoría y gestiones realizadas para la construcción y análisis de indicadores desarrollados con instancias como el Área de Estadísticas en Salud y el proyecto EDUS.

Este documento se validó por medio del método Delphi modificado por profesionales de enfermería del Nivel Central (Proyecto EDUS), Direcciones de Red Integradas de Servicios de Salud (Atlántica y Chorotega) y Áreas de salud (Poás, Coto Brus, Naranjo, San Ramón), durante el período del 21 de noviembre del 2022 al 13 de enero del 2023, que se muestran en la contraportada, convocados vía oficio ARSDT-ENF-0549-2022 y que en todos los casos manifestaron no tener conflicto de interés, ni relación directa con fines comerciales con los entes involucrados en el tema desarrollado en el documento validado que influenciara indebidamente las observaciones que pudieran realizar a este, y ni recibieron dinero o dádivas procedentes de la investigación o promoción de dicho tema. Adicionalmente se incorporan recomendaciones realizadas por las supervisiones regionales de enfermería de las DRIPSS Central Sur y Central Norte enviadas vía oficio DRIPSSCS-DM-ENF-0004-2023 / DRIPSSCN-SER-0002-2023 y anexos.

Respecto a los resultados de la validación, se otorgó una valoración de extremadamente apropiado o muy apropiado en un 100% para la presentación y claridad, y las secciones de introducción metodología, definiciones o terminología y marco jurídico y normativo; la sección de objetivos, alcance, ubicación contextual, elementos técnicos para la gestión de la APS para profesionales de enfermería y ATAP en el PNA, fue valorada muy o extremadamente apropiado por un 86% de los participantes con aportes que se incorporan en la redacción al documento.

La sección de elementos operativos en la gestión de la APS para profesionales de enfermería y ATAP en el PNA recibió aportes que se revisan e incorporan y fue calificada como muy o extremadamente apropiada por el 71% de los consultados.

Las herramientas de aplicabilidad fueron calificadas en un 100% como muy o extremadamente apropiado, por su parte la sección de supervisión de enfermería en atención primaria lo fue en un 86% y se incorporan los aportes correspondientes.

Las secciones de declaración de intereses, contacto para consultas, anexos y bibliografía fueron aprobadas en un 100% como muy o extremadamente apropiados.

La nota global de 89 % aprobado.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 14 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Definiciones, abreviaturas y símbolos

Con el fin de realizar una contextualización del rol del profesional de enfermería y el ATAP en la gestión del cuidado de la persona, la familia y la comunidad en el PNA se debe partir de una serie de conceptos esenciales que se resumen en el Anexo 2, y además ubicar a estos actores en el Modelo de Atención y la organización que ha implementado la Institución, así como aspectos relacionados con Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, actividades que definen el quehacer en atención primaria.

Gestión del cuidado

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud”. (Samper, 2010)

En este sentido, Enfermería ha sido la disciplina que, en la CCSS, desde la Readecuación del Modelo de Atención, ha asumido la estrategia de Atención Primaria en el PNA, formando a los ATAP y conduciendo las funciones que estos realizan como integrantes de los EBAIS en los EFES.

Atención Integral

“La atención integral es el abordaje de las personas como un todo, incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales considerando el contexto familiar y comunitario del individuo, para el desarrollo de las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.” (CCSS, 2019)

“El modelo de atención costarricense se fundamenta en el análisis de los determinantes del proceso salud-enfermedad y en una atención integral y continua de las necesidades de salud de las personas, en las estrategias y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.” (CCSS, 2004)

La atención integral contiene actividades en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, las cuales, para lograr un mayor impacto en salud, deben darse en etapas previas y tempranas del proceso salud- enfermedad, premisa con la que contribuye el proceso de enfermería en el PNA, con la estrategia de atención primaria, identificando población vulnerable y convirtiéndose en un punto de contacto con las personas y la puerta de entrada a la Red de Servicios de Salud.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 15 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

El proceso de trabajo del ATAP, resulta fundamental para asegurar la continuidad de la atención, referir usuarios para ser captados en los programas de atención integral institucionales y para el abordaje de los riesgos y de los grupos vulnerables.

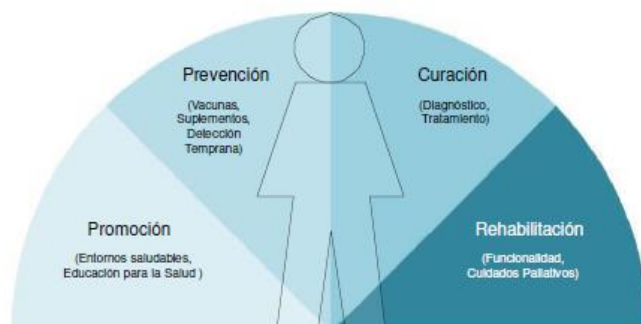
“En el Primer Nivel de Atención se atiende el 80% de las necesidades de salud de las personas.” (Starfield, 1994)

En el ámbito de la atención integral de salud, el PNA, desde el punto de vista normativo, es el espacio natural para brindar énfasis en acciones principalmente dirigidas hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además de incentivar la participación de las comunidades, integrando estas intervenciones en la atención de las necesidades de salud de las personas, donde el rol del profesional de enfermería es fundamental en la estrategia de Atención Primaria, y el proceso de trabajo del ATAP cuya ubicación en la organización de la Prestación de Servicios de Salud es la Atención en los EFES.

Primer Nivel de Atención

Según la (CCSS, Gerencia Modernización, 1998) el modelo definió la red de servicios de salud del PNA como “el conjunto de establecimientos de mayor o menor capacidad resolutive de un Área de Salud, que brindan servicios básicos ambulatorios de promoción, prevención recuperación, rehabilitación y atención del ambiente, de manera estrechamente coordinada y eficiente.

Figura 3. Atención Integral



De tal forma que todos los habitantes de esa área tengan igualdad de oportunidades cuando lo necesiten, para acceder al servicio de mayor capacidad resolutive.

“Por tanto, el PNA deberá ofrecer los servicios básicos de salud, cuyos proveedores serán los que conforman el Equipo Básico de Atención Integral en Salud. Estos servicios se ofrecerán a 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”. (CCSS, 2019)

“Este es el nivel responsable de brindar la Atención en los EFES, tomando en cuenta que se trata del lugar donde viven, estudian y laboran las personas, y consecuentemente es donde se obtiene mayor impacto de salud.” (CCSS, 2019)

Figura 4. Organización de la Prestación



Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y Equipo de Apoyo

El Modelo readecuado definió el recurso humano mínimo a ser asignado por cada 4.000 habitantes coincidentes con cada sector de salud que conforma el área de salud. A este recurso se le denomina Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS). Por otro lado, el Equipo de Apoyo está constituido por un conjunto de profesionales, técnicos, asistentes y auxiliares clínicos y administrativos, que – como su nombre lo indica- dan apoyo a los EBAIS en la prestación directa y en la gestión de los servicios de salud.

El profesional de enfermería quien lidera el proceso de atención de enfermería y del ATAP a la persona, familia y comunidad integra el equipo de apoyo y por tanto participa de las funciones que corresponden a este grupo, entre ellas: (CCSS, 2019)

- “Ejecutar acciones en los Escenarios Comunitario, Domiciliar, Educativo y Laboral (EFES) y establecimientos de salud.
- Diseñar y ejecutar proyectos de educación para la salud a la población.
- Diseñar y ejecutar proyectos para contribuir a entornos saludables en coordinación con otras instituciones responsables a nivel local.
- Velar por la continuidad de la atención de la población, mediante la articulación de los servicios y la canalización de las personas en la Red de Servicios de Salud.
- Promover procesos de participación social, que permitan el involucramiento de diferentes actores sociales desde el análisis, planificación, ejecución y evaluación de acciones a ejecutar a partir de las necesidades detectadas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 17 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Ejecutar acciones para la atención directa a las personas en los escenarios de servicios de salud.
- Identificación de los Problemas y Necesidades de Área de Salud para orientar la toma de decisiones y el proceso de planificación local.
- Participar en la elaboración del plan anual operativo y propuesta presupuestaria, según los lineamientos institucionales vigentes.
- Realizar el monitoreo y evaluación de la prestación de los servicios de salud para adecuar y reorientar las acciones según normativa vigente.
- Realizar el registro, consolidación y análisis de la información pertinente para el sistema de información en salud.
- Coordinar la ejecución de las operaciones, los programas y proyectos institucionales.
- Desarrollar planes de mejora del desempeño en respuesta a los resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud.
- Desarrollar investigaciones operativas a fin de orientar los procesos de atención.
- Brindar apoyo técnico, supervisión capacitante, educación permanente y evaluación al personal del Área de Salud.
- Ejecutar las intervenciones técnicas definidas para la atención de las personas en el Nivel de Atención correspondiente, según el escenario y tipo de atención.”
- Por su parte el ATAP, integra parte del Recurso Humano correspondiente al EBAIS, equipo al que le corresponden las siguientes funciones:
 - “Brindar atención a las personas en los establecimientos de salud y en los EFES.
 - Participar en las actividades realizadas en los escenarios comunitario, domiciliario, educativo y laboral (EFES).
 - Velar por la continuidad de la atención a las personas con la articulación de los servicios y trabajo en la Red de servicios.
 - Participar en la identificación de las necesidades y problemas prioritarios del Sector para orientar la toma de decisiones en el proceso de Planificación Local, a partir de prioridades nacionales y locales y el uso racional de los recursos.”

Visita domiciliar

En Costa Rica, la visita domiciliaria representa un servicio de salud que garantiza los principios filosóficos de la seguridad social en el país, universalidad, solidaridad, igualdad y equidad” (CCSS, 2003) así como “los valores de la APS, dígame derecho a la salud, equidad y solidaridad, (OMS & OPS, 2007) lo cual se aplica cuando todas las personas reciben atención a su salud durante la visita domiciliaria independientemente de su condición de aseguramiento o migratoria.

La visita domiciliaria en el PNA, representa una oportunidad de implementar intervenciones para promover acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud a los individuos

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 18 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

en su contexto familiar por permitir una mayor aproximación del personal de salud con la realidad y dinámica de las familias; por consiguiente, es una herramienta óptima para orientar, informar, educar y establecer alianzas con las familias para el empoderamiento y promoción de la autonomía en el autocuidado de la salud tanto individual como colectiva. (Solís Cordero & Guevara Frances, 2015)

El Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud indica que “la visita domiciliaria se constituye en la principal estrategia de atención primaria, que permite al ATAP observar, describir y detectar los eventos o situaciones - presentes en la comunidad- relacionadas con la salud y que, a su vez, son un valioso insumo para el enfoque de riesgos. No obstante, cualquier integrante del personal que atiende a las personas en los servicios de salud y fuera de ellos, puede identificar factores de riesgo y procurar acciones concretas para su atención a tiempo.” (CCSS, 2019)

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

El Manual de gestión para la atención de la persona, familia y comunidad, por el profesional de enfermería y ATAP en el PNA, alineado con las directrices institucionales para un PNA Fortalecido, debe priorizar las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en sus intervenciones en todos los escenarios que le corresponden.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud, entendida como: “... el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla ... constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”. (OMS, 1998).

Permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales, mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. (OPS, 2008)

En este sentido y con las competencias institucionales, como institución prestadora de servicios de salud, en materia de promoción de la salud se debe dar un énfasis al desarrollo de aptitudes y

prácticas individuales y colectivas saludables, haciendo énfasis en la necesidad de fortalecer los factores protectores de la salud. De esta manera, es necesario desplegar acciones que

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 19 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

empoderen a la población, mediante procesos educativos, los cuales deben ser factibles, participativos y sostenidos en el tiempo, según resultados.

En este sentido, el accionar del equipo de salud entre ellos el profesional de enfermería y el ATAP, en los EFES, constituye el componente donde deben confluir las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la participación en acciones intersectoriales para el abordaje de determinantes que afectan la salud, orientadas a incrementar la salud mediante el empoderamiento de los individuos, familias y comunidades. (CCSS, 2021)

Prevención de la enfermedad

Según la (OMS, 1998) la prevención se define como “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Ahora bien, (Gómez Rubén Darío & González Edwin Rolando, 2004) refieren que el énfasis en la Prevención de la enfermedad incluye la vacunación y la detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud.)

Siendo que las acciones preventivas constituyen parte fundamental de la atención integral, cuyo énfasis se desarrolla en el PNA, donde sobresalen: la vacunación y la detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud, permitiendo el desarrollo de intervenciones apropiadas para disminuir enfermedades y/o evitar complicaciones de salud.

Las actividades de prevención son realizadas por el EBAIS y el Equipo de Apoyo que nuevamente considera a los EFES (Domiciliar, Educativo, Laboral y Comunitario), como ambientes idóneos para el desarrollo de las intervenciones preventivas a nivel Institucional. (CCSS, 2021)

Con el objeto de contar con un marco común de trabajo, las actividades de promoción y prevenciones vigentes se encuentran descritas en un conjunto de normativas que han sido desarrolladas por las diferentes instancias técnicas de la institución. El listado de actividades y normativa para su ejecución se presentan en el Anexo 3, y representan un recurso para el equipo de Enfermería y ATAP, tanto para ser conocedores y promotores de la oferta de servicios para la población disponible en la institución, como para material del plan de educación continua de enfermería para los ATAP, como insumo para sus tareas de identificación temprana de factores de riesgo, referencia oportuna de usuarios al EBAIS y Equipo de apoyo, educación en salud, entre otros.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 20 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Según queda documentado en ese listado, el volumen de actividades desarrollado actualmente en la Institución es muy amplio, agrupando intervenciones que cubren la atención de las personas en el curso de vida y las enfermedades prioritarias en el país.

El profesional de enfermería y el ATAP en el PNA, son actores que figuran en la mayor parte de estas actividades, sea como ejecutores directos de las acciones, tal es el caso de la vacunación o bien como recurso para captar personas y referirlas a la Red de Servicios para integrarse a estos programas institucionales.

Abreviaturas

AES: Área Estadísticas en Salud.
APS: Atención Primaria en Salud.
ASIS: Análisis situacional de salud.
ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria.
COLOVE: Comisión local de vigilancia epidemiológica.
DOTS/TAES: Tratamiento estrictamente supervisado.
DRIPSS: Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud.
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.
EDUS: Expediente digital único en salud.
EFES: Escenarios fuera de los establecimientos de salud.
ETS: Enfermedades de transmisión sexual.
GAT: Grupo apoyo técnico.
GETI: Gestión de transportes institucional.
GEVI: Gestión valores institucionales.
GPS: Siglas del inglés para sistema de posicionamiento global.
IMAS: Instituto mixto de ayuda social.
MIDEPLAN: Ministerio de planificación nacional y política económica.
MISE: Módulo interno de seguridad.
OIJ: Organismo de investigación judicial.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: organización panamericana de la salud.
PAI: Programa Ampliado de inmunizaciones.
PANI: Patronato nacional de la infancia.
PFSS: Programa Fortalecimiento de la Prestación de los servicios de salud.
PNA: Primer nivel de atención.
PV: Primera vez
SIFF: Sistema integrado de ficha familiar.
SIVA: Sistema integrado de vacunas.
SUB: Subsecuente
UP: Unidad programática.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 21 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Referencias normativas

La Coordinación Nacional de Enfermería, con el equipo técnico asesor convocado para este fin, tiene dentro de sus líneas de trabajo la revisión y actualización del manual, en total apego a la legislación nacional y la normativa de la CCSS.

Cuadro #1. Referencias normativas.

Número	Nombre de normativas
N° 5395	Ley General de Salud
Ley 9162	Expediente Digital Único en Salud
Ley 8239	Deberes y derechos de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.
N.º 2343	Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
Nº7085	Ley Estatuto de Servicios de Enfermería
N° 8292	Ley General de Control Interno
N° 7600	Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
N° 8111	Ley Nacional de Vacunación
N° 7082	Reglamento del Seguro de Salud
N° 7771	Ley General sobre el VIH-SIDA
RCIEM182	Política nacional para la atención y la prevención de la violencia contra las mujeres de todas las edades Costa Rica 2017-2032
JD, Art12, Sesión N7364	Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS
JD, Art 1, Sesión N8626	Política Integral de buen trato, 2013
Reglamento N.º 1565	Reglamento de Enfermería Gineco Obstétrica y Perinatal de CR.
N° 30945-S	Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud
N° 8239	Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de Servicios Públicos y Privados
Decreto 40556-S	Eventos de salud de notificación obligatoria
DE N° 37808-S	Norma Nacional de vacunación
N°066-S	Directriz dirigida al Ministerio de Salud y a la CCSS "Implementación de la prueba de diagnóstico rápido para la Malaria y toma de gota gruesa.
ARSDTCNSF-0317	Entrega de medicamentos por el Técnico de Atención Primaria (ATAP). Programa de Atención Primaria
LOM 2021	Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos

Número	Nombre de normativas
LS-VS-001	Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la enfermedad COVID-19
GM-DDSS-ASC-SAVE-18122020	Manual de procedimientos para la ejecución contra Covid-19 en los establecimientos de salud, versión 18.

Fuente: Creación Propia.

Alcance y campo de aplicación

Este manual es de acatamiento obligatorio para el Servicio de Enfermería del PNA en donde exista la figura de ATAP, sea como funcionarios de la CCSS o por contratación de servicios a terceros.

Para cualquier actividad que involucre al ATAP, no contemplada en este manual debe mediar la coordinación y autorización con el profesional de enfermería según el nivel correspondiente, central, regional o local.

En los casos debidamente justificados por Salud ocupacional, en los que ATAP requieren readaptación de las tareas a ejecutar, estas deben estar en concordancia con lo establecido en el presente manual. En caso de que las nuevas tareas asignadas, no correspondan con las estipuladas en este documento, el profesional de enfermería, en coordinación con Salud Ocupacional y Recursos Humanos, deberán revisar y establecer si existen conflictos con la categoría de puesto.

La Coordinación Nacional de Enfermería es el ente responsable de analizar la viabilidad y pertinencia técnicas, según objetivos del programa, de las actividades de interés institucional como encuestas demográficas, epidemiológicas, aplicación de formularios de clasificación de riesgo, jornadas de vacunación, comisiones o equipos locales como GETI, GAT, GEVI, entre otras que se deriven de programas institucionales y que identifican al ATAP como el actor clave para ejecutarlas, participando en los espacios de planificación y seguimiento de la implementación de estas, con el apoyo de las jefaturas regionales de enfermería.

Objetivo General y Específicos

General

Normalizar la gestión del profesional de enfermería y del ATAP en la atención de la persona, familia y comunidad en los diferentes escenarios para estandarizar la implementación de la

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 23 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

estrategia de atención primaria de estos funcionarios en las Áreas de Salud y EBAIS del PNA, CCSS.

Específicos

Estandarizar el rol del profesional de enfermería y del ATAP para el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en los diferentes escenarios del I nivel, CCSS.

Describir el proceso técnico y administrativo para la continuidad de la implementación de la estrategia de atención primaria gestionada por el profesional de enfermería y ejecutada por el ATAP.

Establecer indicadores de gestión, producción y calidad que evalúen el proceso de atención a las personas según el escenario de intervención en el primer nivel.

Responsable del cumplimiento

Cuadro #2. Unidades y su responsabilidad

Puestos de trabajo	Responsabilidad
Coordinación Nacional de Enfermería	Divulgación y capacitación a las Jefaturas Regionales de Enfermería y Coordinadores Regionales de Atención Primaria. Supervisión de la implementación en los niveles regionales y locales. Revisión y actualización del documento.
Jefaturas Regionales de Enfermería / Profesionales de enfermería Coordinadores Regionales de Atención Primaria	Divulgación y capacitación a las Jefaturas de Enfermería y Coordinadores de Atención Primaria en los establecimientos de salud del PNA Supervisión de la implementación en los niveles locales.
Jefaturas de Enfermería en Áreas de Salud / Profesionales de enfermería Coordinadores locales de Atención Primaria	Divulgación y capacitación a los ATAP en los establecimientos de salud del PNA Supervisión de la implementación en los niveles locales. Implementación de las actividades descritas en el manual.
Asistentes Técnicos de Atención Primaria	Implementación de las actividades descritas en el manual.

Fuente: Creación Propia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 24 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Responsable de verificar el cumplimiento

La institución cuenta con una estructura que gestiona los elementos técnicos de la implementación de la estrategia de atención primaria en el programa de visita en los diferentes escenarios.

En el nivel estratégico, la Coordinación Nacional de Enfermería cuenta con un profesional que en su función de asistente coordina el proceso de enfermería en el PNA a nivel institucional, sirve de enlace con otras dependencias que requieren de la participación del equipo de atención primaria para procesos ordinarios o emergentes tales como: Atención Integral a las personas, Dirección de Red de Servicios de Salud, Sub-Área de Vigilancia epidemiológica, Componente clínico del EDUS, y gestiona los espacios de análisis del curso del proceso con las jefaturas regionales de enfermería y coordinadores regionales de enfermería en atención primaria.

En el nivel regional, las DRIPSS en su equipo de enfermería, cuentan con un profesional de enfermería quien depende jerárquicamente del supervisor regional de enfermería, este coordina el proceso de enfermería en atención primaria a nivel regional, supervisa a sus homólogos locales y gestiona los espacios de análisis con los equipos de enfermería locales sobre el avance del proceso, en cuanto a metas y aspectos técnicos. También sirve de enlace para la gestión de soluciones a necesidades identificadas en los equipos de atención primaria de la red de áreas de salud adscritas a su región.

En las áreas de salud, el equipo de enfermería cuenta con un profesional de enfermería quien depende jerárquicamente de la jefatura de enfermería de la unidad, que coordina el proceso en el nivel local, supervisa a los ATAP y gestiona los espacios de análisis en el área de salud y sus sectores sobre el avance del proceso en cuanto a metas y aspectos técnicos. Sirve de enlace en la gestión local de las necesidades identificadas en la atención de las personas, familia y comunidad en los diferentes escenarios y las intervenciones requeridas en los EBAIS, servicios de apoyo, instancias externas, niveles superiores, tanto para el usuario interno como para el externo.

Finalmente, el ATAP depende jerárquica y administrativamente de la jefatura de Enfermería de la unidad en la organización local de las Áreas de Salud, en el ámbito técnico su referente es el profesional de enfermería que coordina el proceso. Es parte del EBAIS y su agenda incluye actividades de educación en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los diferentes escenarios.



Contenido

1. Ubicación Contextual

En el año 1971 se inició en Costa Rica la formación de Asistentes de Atención Primaria (ATAP), para el Programa de Salud Rural, desde esa época han venido evolucionado las estrategias de Atención a las Personas hasta con lo que se cuenta hoy día, que es el Programa de Atención Primaria, desarrollado en el Primer Nivel de Atención.” (CCSS, 2003)

Durante el periodo 2020 y 2021 las gestiones desde la Coordinación Nacional de Enfermería, así como de las Supervisiones Regionales de enfermería en las DRIPSS y Jefaturas de servicio de las áreas de salud y hospitales, han estado enfocadas en reorganizar los recursos disponibles para atender la demanda de morbilidad relacionada al evento COVID-19 en espacios diferenciados en los establecimientos de salud y en implementar la vacunación contra COVID-19, lo cual ha significado un despliegue sin precedentes en cuanto a eficiencia de los equipos de trabajo, pero a su vez un rezago en la cobertura de la visita domiciliar y de otras actividades propias de la estrategia de atención primaria, a nivel general de la oferta de servicios de salud y en el quehacer de enfermería y ATAP.

En el grupo específico de los equipos encargados de la estrategia de atención primaria y en particular del proceso de enfermería en el PNA, conformados por un profesional de enfermería y los ATAP en cada área de salud, en el contexto epidemiológico de la pandemia por Covid-19, desde inicios del 2020, ameritó implementar una serie de ajustes, para procurar reducir el riesgo de contagio de COVID-19 en los funcionarios y al mismo tiempo dar sostenibilidad a las actividades sustantivas de los ATAP en educación en salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de condiciones de riesgo y referencia de usuarios a los servicios de salud, durante sus atenciones en los diferentes escenarios y finalmente, dar apoyo a los equipos de vigilancia epidemiológica en el seguimiento de casos, actividades de tamizaje y búsqueda de casos a nivel comunitario.

El proceso de edición de este manual de gestión coincide con un momento estratégico en el que paulatinamente se reactivan las actividades sustantivas del ATAP y el profesional de enfermería en atención primaria, después de un periodo que se extendió entre los años 2020 y el 2023 en atención a la vacunación contra el COVID-19.

1.1 Definición de la unidad, servicio o equipo de trabajo

Tal y como se ha analizado en secciones anteriores, el ATAP es un integrante del EBAIS que atiende su sector asignado, y tiene dependencia jerárquica del profesional de Enfermería que es integrante del Equipo de Apoyo del Área de Salud. Por tanto, todos estos funcionarios interactúan conformando un equipo de trabajo en APS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 26 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

En el aspecto operativo de este equipo de trabajo Enfermería – ATAP, el profesional de enfermería asume la coordinación, entendiéndose esta actividad como: “uno de los componentes de la atención de salud que, en su defecto, traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y, el primer contacto del usuario con los servicios de salud tendría un papel meramente administrativo. Por tanto, definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común.” (OPS, 2008)

Bajo esta premisa el equipo de trabajo en salud que conforman tiene objetivos comunes, estableciendo entre sus integrantes vínculos funcionales que posibilitan un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo con la capacitación técnica de los funcionarios de salud que lo componen, en lugar de basarse únicamente en una línea jerárquica vertical. Este equipo según las situaciones de trabajo encontradas, establecerán correlaciones o coordinaciones con otros elementos (EBAIS, Equipo de Apoyo, Actores Sociales, Comunidad, etc.) poniendo en evidencia las conexiones entre las diversas intervenciones en salud. (OPS, 2008)

1.2 Conocimientos, habilidades y actitudes de los integrantes del equipo de trabajo

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer). (OPS, 2008)

La prestación de servicios de salud en los EFES requiere en los funcionarios de APS, la ruptura de paradigmas de la atención enfocados en lo biológico e individual, y ampliar la perspectiva de la oferta a un enfoque poblacional, de salud pública y usando la Promoción de la Salud, la Prevención de la enfermedad, la educación en salud y la gestión local de la salud con participación social, como sus principales herramientas.

1.2.1 Comunicación

Es una competencia genérica, la cual debe ser eficaz pues es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran (OPS, 2008):

- La satisfacción del individuo.
- Su comprensión
- Su adherencia terapéutica
- La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comunidad, además facilita la participación comunitaria
- Resolución de conflictos entre los miembros del equipo
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 27 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

En los EFES los ATAP atenderán de forma simultánea miembros de las familias de todos los grupos de edad, por tanto desarrollar habilidades de comunicación para cada uno de ellos, desde lo individual, es un contenido que debe trabajarse por parte del equipo liderado por el profesional de enfermería, así como habilidades para la educación grupal, de forma que los mensajes para promover la oferta de servicios de salud, el uso racional y oportuno de los recursos de salud en función de sus necesidades propias y familiares, el apego a los tratamientos y su participación activa en el cuidado de la salud, tengan impacto efectivo en la salud de las personas.

De la misma forma a lo interno del equipo, la comunicación entre los actores del proceso, profesional de Enfermería, ATAP, EBAIS, Equipo de apoyo, debe ser efectiva para la planificación y ejecución de las actividades en los diferentes escenarios y para la adecuada gestión de las atenciones de usuarios captados en los EFES.

1.2.2 Manejo de la información

Los sistemas de información de salud responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria. La información que se genera en APS se puede clasificar en tres tipos, clínica, epidemiológica y administrativa. (OPS, 2008)

El equipo Enfermería - ATAP gestiona la información derivada de las visitas domiciliarias en el SIFF, en donde se deben registrar las acciones realizadas en todo contacto con una familia en una vivienda.

El profesional de enfermería del equipo está a cargo de la gestión de usuarios en el Módulo Interno de Seguridad (MISE) para el SIFF, para el registro y consulta de información, así como de la capacitación a nuevos funcionarios, la inducción al equipo respecto a nuevas actualizaciones y finalmente de la gestión de incidentes y nuevos requerimientos en Mesa de Servicios de Tecnologías y Comunicaciones.

El profesional de Enfermería tiene acceso al SIFF para seguimientos de casos referidos por el ATAP, así como para efectuar supervisiones técnicas de la labor de los funcionarios a cargo. Así mismo, el profesional a cargo del servicio tiene acceso a los cubos del SIFF, con los cuales puede realizar análisis para la identificación de inconsistencias en la calidad del dato, contribuir al análisis de situación de salud del EBAIS y del área de salud, así como generar informes estadísticos de producción por funcionario, por EBAIS y por área de salud.

El ATAP para el escenario domiciliario, debe programar sus recorridos y visitas domiciliarias en el SIFF, salvo situaciones excepcionales que requieran visitas incidentales; además, es el único funcionario que registra información en este sistema del Expediente Digital Único en

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 28 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Salud (EDUS), la cual está asociada a una visita de tipo presencial o a una atención remota según objetivo efectiva o de seguimiento.


El equipo Enfermería – ATAP, son usuarios finales del Sistema Integrado de Vacunas (SIVA) cuya gestión de permisos y perfiles, está a cargo del Coordinador Local del Programa Ampliado de inmunizaciones (PAI), para habilitarlos en el registro de las vacunas aplicadas en los diferentes escenarios, así como para la consulta del estado de esquema de vacunación de los usuarios. Todos estos datos representan uno de los insumos principales para la planificación local de la gestión del programa de inmunizaciones, del cual el ATAP es el principal vacunador en todos los escenarios, por lo que el Coordinador local del PAI la compartirá con el profesional de enfermería coordinador de atención primaria.

Los sistemas de información digital integrados se complementan con registros digitales no integrados y otros físicos en donde se consigna información de control del proceso de atención primaria, estos se citan a continuación:

- Módulo ATAP programación Anual visitas versión 2023.
- Módulo Áreas de Salud programación y control Anual visitas versión 2023.
- Módulo Regional programación y control Anual visitas versión 2023.
- Registro de desplazamiento
- Agenda diaria escenario domiciliar Visita Seguimiento.
- Ficha Familiar (Formularios para contingencia) Datos vivienda y familia; datos miembro y ficha individual.
- Agenda diaria actividades en otros escenarios.
- Generador Informe mensual otros escenarios, módulo ATAP.
- Generador Informe mensual otros escenarios, módulo Área.
- Ficha de registro de actividades del ATAP y personas atendidas en el escenario laboral.
- Registro de actividades educativas del ATAP.
- Búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios.
- Referencia a los servicios de salud.

1.2.2.1 Información clínica

Para que la información derivada de las atenciones de los ATAP permita identificar grupos de riesgos y facilite la captación, referencia oportuna y seguimiento de casos, el ATAP debe registrar y el profesional de enfermería supervisar, la calidad del dato ingresado en todas las secciones clave de las fichas familiares en SIFF: Datos del Miembro, Ficha de control Individual, Priorización del riesgo familiar, Hallazgos y recomendaciones. Así mismo en el resto de las secciones de la ficha familiar, las cuales permiten el análisis de los determinantes de la salud desde la perspectiva de familia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 29 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

La información de las fichas familiares también puede ser consultada por otros usuarios del equipo de salud, como el médico del EBASIS u otros profesionales del Equipo de Apoyo, quienes, autorizados por la Jefatura de enfermería del Área de Salud en la figura de Administrador local del sistema, pueden consultar el contexto domiciliario de los usuarios para mejorar las historias clínicas durante sus consultas, si así lo requieren.

El ATAP no registrará diagnósticos médicos definitivos en el SIFF, si no una serie de sinónimos que deberán ser interpretados como aproximaciones desde lo que refieren los usuarios durante las atenciones recibidas.

Las mediciones antropométricas, de signos vitales u otras mediciones como la toma de agudezas visuales y auditivas, tamizajes de riesgo, toma de glicemias, toma de gota gruesa, pruebas rápidas para diagnóstico de Malaria, recolección de esputos, que se ejecutan en las atenciones en los diferentes escenarios, deben ser sujeto de supervisión y capacitación periódica de los profesionales de enfermería, de manera que el dato ingresado a los sistemas de información tenga garantía de calidad.

1.2.2.2 Información epidemiológica

Existen cuatro aplicaciones fundamentales de la Epidemiología en APS: (a) analizar la situación de salud de la comunidad, (b) investigar los factores de riesgo de una enfermedad, (c) evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias y (d) evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas. (OPS, 2008)

Según la OPS (2008), el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se cataloga como la primera actividad que debe realizar el equipo de APS en la comunidad, con el objetivo de medir el estado salud de su población, identificar los problemas de salud y cuáles son los grupos de población más afectados, para posteriormente plantear un plan de acción que permita actuar según prioridades. Este proceso al ser una de las funciones esenciales en salud pública, es de competencia del Ministerio de Salud, y, por lo tanto, la CCSS es un actor más, que aporta en su construcción.

El PFPSS es claro en que el insumo base para la planificación y distribución de los recursos locales, regionales y nacionales es la identificación de las necesidades de la población, para lo cual se ha diseñado la “Metodología para la Identificación de Necesidades de Salud de la Población”, “cuya finalidad es la identificación de aquellas cuya atención corresponde a la prestación de servicios institucionales. Ya que el concepto de necesidades de salud es amplio, colateralmente se identifican las necesidades de salud que no corresponden a prestación de servicios de salud y serán derivadas, en la Etapa de Divulgación, a las entidades responsables de cada tema por medio de la abogacía y mecanismos de participación. Algunos ejemplos de éstas son agua potable, ambientes saludables, disposición de basura, reciclaje, control de vectores, dificultades en vías de acceso, disposición de excretas- aguas grises- pluviales,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 30 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

espacios de recreación, espacios seguros, políticas públicas de salud o arborización.” (CCSS, 2022)

La información de las fichas familiares junto con el recurso de los cubos estadísticos, y los tableros digitales, ofrecen una plataforma robusta para generar indicadores con los cuales realizar análisis de situación de salud, por lo que gestionar coberturas de visita domiciliar altas, sostenidas en el tiempo y homogéneas entre sectores, áreas de salud y regiones es un compromiso del equipo Enfermería – ATAP para la representatividad del ASIS o del diagnóstico de necesidades en salud.

El equipo Enfermería – ATAP, participará en las actividades de vigilancia epidemiológica que requieren de la oportunidad que ofrece el conocimiento y acceso de los ATAP a las viviendas y los núcleos familiares, para recoger información relacionada con la investigación de eventos y seguimiento de casos.

Para ello el profesional de enfermería coordinará con la Comisión Local de Vigilancia Epidemiológica (COLOVE) y gestionará que se realicen los ajustes necesarios en las programaciones y las metas, y consignar en el SIFF las actividades realizadas en cada domicilio, las cuales pueden ser el objetivo único de la visita o bien ser parte de los objetivos de una visita efectiva. Entre estas actividades se incluyen:

- Investigación de casos con llenado de Ficha de Investigación Epidemiológica según decreto 40556-S.
- Búsquedas activas de casos, ejemplo: febriles, sintomáticos respiratorios, pruebas rápidas para detección de Malaria, toma de gota gruesa. (Presidencia de la República & Ministerio de Salud, 2019)
- Encuestas epidemiológicas de ECNT.
- Aplicación de Tratamientos Estrictamente Supervisados.
- Vacunaciones extraordinarias.
- Tamizajes aleatorios (Como apoyo en la geolocalización y logística)
- Monitoreos rápidos de coberturas de vacunación (Actividad del profesional de enfermería)
- Barridos epidemiológicos.
- Encuestas en situaciones de emergencias y desastres, entre otros.

El profesional de enfermería se encargará de la inducción y capacitación del equipo de ATAP respecto a la información requerida, los formularios a utilizar y realizará la distribución del trabajo en los casos que se requieran ejercicios de campo, en coordinación con la COLOVE, además supervisará la calidad y la oportunidad de la información generada.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 31 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

1.2.2.3 Información administrativa.

La información administrativa está relacionada con la planificación, el suministro de los servicios de salud, la evaluación de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria. Las funciones administrativas tradicionales requieren de la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud. (Sevilla y Lumpkin, 2004).

El proceso de enfermería en el PNA cuenta con siete indicadores en el Plan Presupuesto, que miden la producción del servicio, los cuales son:

- Número de atenciones efectivas totales ejecutadas en modalidad remota.
- Número de atenciones efectivas de primera vez ejecutadas en modalidad remota.
- Número de visitas efectivas totales ejecutadas en modalidad presencial.
- Número de visitas efectivas de primera vez ejecutadas en modalidad presencial.
- Número de atenciones de seguimiento ejecutadas en modalidad remota.
- Número de visitas de seguimiento ejecutadas en modalidad presencial.
- Número de supervisiones técnicas ejecutadas por el profesional de enfermería al ATAP

En este sentido la programación local es la referencia para observar porcentajes de cumplimiento, la cual puede tener ajustes en los periodos ordinarios y extraordinarios definidos por la Dirección de Planificación y que deben ajustarse tanto en la programación de cada funcionario como en la consolidación del área de salud. El numerador por su parte, en las correspondientes a visitas serán los registros que indiquen los cubos del SIFF; por su parte las supervisiones serán las reportadas por los profesionales de enfermería de acuerdo con lo que se describirá en la sección 12.2 “Supervisión indirecta” en este documento.

1.2.3 Gestión de Recursos

Según (OPS, 2008) la gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos enfrentan y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada, incluyendo recursos del primer nivel, de otros niveles de salud o incluso de otros sectores, como puede ser por ejemplo el social a partir del Diagnóstico de necesidades en salud y la priorización de problemas.

El diagnóstico local del recurso humano profesional de enfermería y ATAP debe ser actualizado anualmente, considerando factores como crecimiento demográfico, creación de nuevos EBAIS, la jefatura de enfermería de la unidad debe participar en el análisis que realiza el servicio sobre la Brecha de Recurso humano, identificando tanto la población descubierta

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 32 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

por el ATAP en visita domiciliar por falta de capacidad instalada y la capacidad instalada de profesionales de enfermería para gestionar y supervisar el trabajo de los ATAP con la oportunidad y periodicidad requeridas, proponiendo los planes correctivos correspondientes.

De igual forma el profesional de enfermería debe participar en la planificación de las actividades de salud por sector y Área de Salud, que los EBAIS, el equipo de apoyo y los actores sociales participantes elaboran a partir del diagnóstico de necesidades en Salud.

1.3 Asignación de familias por ATAP

De igual manera que en la edición anterior de este manual, se actualizarán los criterios de referencia con el objetivo de proporcionar elementos técnicos al profesional de enfermería del PNA, con los que pueda apoyarse para la toma de decisiones en la asignación de familias por sector a los ATAP a su cargo y monitorear la producción en función de la capacidad instalada.

En congruencia con los análisis realizados por la Gerencia General de la CCSS, en su Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, se usó como referencia la clasificación de las Áreas de salud según necesidades de salud, (CCSS, 2021), para establecer tres tipos de áreas de salud y la distribución de la población para sus sectores según tipo.

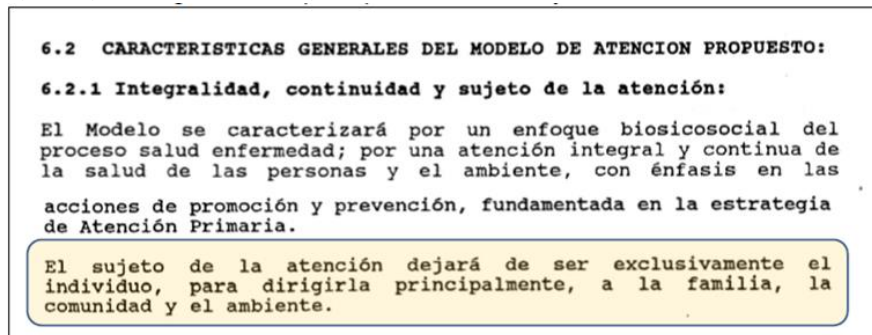
Se analizan los datos de producción de los ATAP reportados por el Área de Estadísticas en Salud (AES) del período 2016 – 2019, para establecer constantes para indicadores como: días destinados a visitas domiciliarias efectivas y a visitas de seguimiento por año; rendimientos diarios de visitas por ATAP, y finalmente, el cubo estadístico miembro familia del SIFF, para establecer los porcentajes de familias por prioridad, según tipo de área de salud clasificadas según necesidades de salud.

1.3.1 Clasificación de áreas de salud, según necesidades en salud y definición de la población por sector.

Conforme a lo definido en el Modelo de Atención para el PNA plenamente vigente, cada Sector de Salud debe estar a cargo de un EBAIS, conformado por tres disciplinas base, un médico general, un auxiliar de enfermería y un ATAP. Cada Área de Salud debe estar a cargo de un Equipo de Apoyo, conformado a su vez por ocho disciplinas base. En su conjunto, conforman el Equipo de Salud de cada Área de Salud. (CCSS, 2021)

Cada uno de estos sectores comprende un espacio - población planteado en el Modelo de Atención, como el sujeto de atención para la prestación de servicios de salud, abandonando el modelo anterior focalizado y circunscrito al individuo enfermo.

Figura 5. El espacio población como sujeto de la atención



Producto de la dinámica en los determinantes de la salud, demográfica y epidemiológica, la Sectorización requiere monitoreo y ajustes periódicos para garantizar el balance apropiado entre las necesidades de salud de las personas y los recursos institucionales, entre ellos los EBAIS y por consecuencia los ATAP, que se utilizarán para brindar la atención de esas necesidades. (CCSS, 2021)

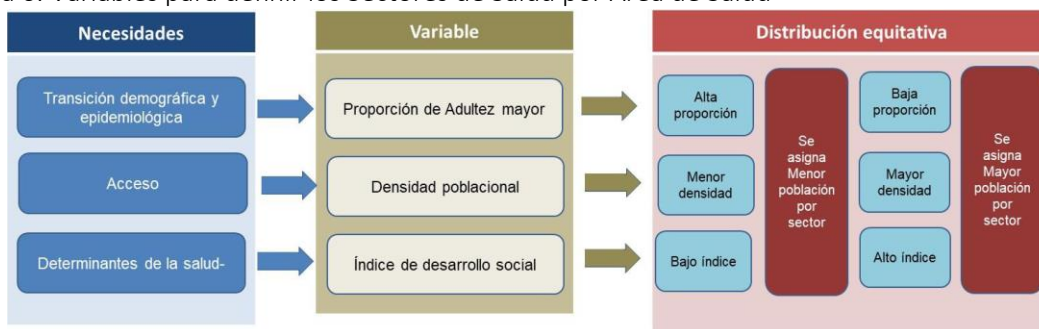
Asimismo, dentro de la estrategia denominada “Aumentar la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención”, se plantea otro lineamiento referente a los ajustes permanentes en la asignación de recursos del PNA, para ajustarlos a las condiciones de la población, el cual indica:

“Ajustar periódicamente el número de EBAIS asignados a las áreas de salud, en proporción al tamaño y composición de la población, las facilidades de acceso y el perfil epidemiológico existente, para evitar la sobrecarga de trabajo y el deterioro en la calidad y la oportunidad de la atención.” (CCSS, 2021)

Entre los criterios para la definición de Sectores de Salud, se plantean como fundamentos para cada Área de Salud: el volumen de la población, la proporción de la adultez mayor, la densidad poblacional y el Índice de Desarrollo Social (IDS) (ver Figura 6), los cuales por lo tanto son aplicables en igual medida para la asignación de familias por ATAP en cada sector.

A continuación, se destacan algunos conceptos relevantes para el programa de visita domiciliar de cada una de estas variables, citados en el documento CCSS, (CCSS, 2021)

Figura 6. Variables para definir los Sectores de Salud por Área de Salud



1.3.1.1 Volumen de la población

El referente institucional vigente para los límites de población por Sector se definió en el Modelo Readecuado de Atención como la capacidad inicial de la Institución. (Figura 7). (CCSS, 2021)

Este referente fue actualizado en el año 2007, como lineamiento estratégico institucional a alcanzar en el año 2025, el cual se encuentra descrito dentro de la estrategia denominada “Reducir las inequidades existentes en salud y pensiones, y mejorar el acceso a los diversos servicios que presta la institución” y qué textualmente indica:

“Incrementar gradualmente el número de EBAIS hasta llegar a alcanzar una relación promedio de uno por cada 3000 habitantes; y mejorar su dotación de recursos humanos y físicos; dando prioridad a las zonas rurales y urbano-marginales del país.” (CCSS, 2021)

Figura 7. Estándar para Sectorización planteado en el Modelo Readecuado de Atención.

Actualmente, las instituciones públicas del país tienen contratados de estos profesionales, y las escuelas de medicina nacionales, aseguran una adecuada tasa de reposición. Tomando en cuenta una población cercana a los 3 millones de habitantes, nos da que el Sistema está en capacidad inicial de asignarle un médico general a cada 4000 habitantes, sin necesidad de realizar ninguna contratación adicional (cuadro No. 3).

- Cada área se dividirá en sectores con un promedio de 800 a 950 hogares (4.000 pers.) a cargo de un EBAIS.
- Los EBAIS compartirán un equipo de apoyo.

La fuente de datos para el volumen de población, para la proporción de adultos mayores y la densidad poblacional, son las proyecciones de población por Área de Salud realizadas por la Dirección de Actuarial y Económica (DAE) de la Institución, como fuente oficial demográfica de la Institución basada en los datos del último Censo del 2011. (CCSS, 2021)

1.3.1.2 Proporción de adultos mayores en la población

El volumen del grupo de edad de mayores de 65 años, al interior de cada grupo poblacional, refleja la interrelación de la transición demográfica y epidemiológica, siendo que los problemas de salud asociados a las ECNT, que representan dos tercios de la morbilidad y mortalidad del País, se encuentran mayoritariamente en este grupo de edad (CCSS, 2021), las necesidades de salud en este grupo son mayores que en los otros, ya que se acumula el efecto de los determinantes de la salud a través del curso de vida.

La metodología referida usó los puntos de corte sugeridos por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, para agrupar las áreas de salud según la proporción de adultos mayores en su población adscrita (CCSS, 2021). Los dos grupos superiores en la distribución se agrupan para contar con tres categorías para el ejercicio de planificación, ya que no se encontraron AS en el grupo superior.

Cuadro #3. Etapas en adultez mayor y porcentajes de población

Etapa	Porcentaje
Joven	< 7
En proceso de envejecimiento	7 a 13
Envejecido	> 13 a 20
Súper envejecido	> 20

Fuente: MIDEPLAN (2016) COSTA RICA: Prospectiva en cambio demográfico al 2045. San José.

1.3.1.3 Densidad poblacional

La densidad de la población es una medida de distribución de la población total, de un espacio geográfico específico, entre el área donde ésta habita. Es decir, el número de personas que habitan en cada unidad de superficie, expresada en habitantes por kilómetro cuadrado. El cálculo de la densidad poblacional incluye, tanto el volumen de la población, como la extensión territorial, como una medida de acceso a los servicios de salud. (CCSS, 2021)

1.3.1.4 Índice de Desarrollo Social

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica plantea el uso del Índice de Desarrollo Social (IDS) “para la asignación y reorientación de recursos públicos y el diagnóstico de la situación social”, de esta forma, “permite apoyar la formulación de políticas públicas, planes, programas y proyectos”. (CCSS, 2021)

El nivel de desarrollo social de las diferentes zonas del País es resumido y clasificado por medio del Índice de Desarrollo Social (IDS), que se mide a partir de cinco dimensiones (ver Figura 8).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 36 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Salud: orientada a gozar de una vida sana y saludable, lo cual implica contar y tener acceso a redes formales de servicios de salud, así como a una nutrición apropiada, que garanticen una adecuada calidad de vida de la población. Los indicadores que se incluyen son: bajo peso en niñez, mortalidad en menores de cinco años, cobertura de agua potable y nacimientos de madres solteras menores de 19 años.
- Participación social: desarrollo del sentido de pertenencia y de cohesión social en la población, reflejado en la participación en los procesos cívicos nacionales y locales.
- Educativa: disponibilidad y el adecuado acceso a los servicios de educación y capacitación que favorezcan el desarrollo del capital humano.
- Económica: lograr un nivel de vida digno mediante la participación en la actividad económica y gozar de condiciones adecuadas de inserción laboral.
- Seguridad: analizada desde la condición básica para que las personas puedan desarrollar sus capacidades, vivir y desenvolverse en un entorno libre de situaciones de violencia y delito que amenazan su integridad física.

Este Índice clasifica a los distritos según la posición relativa en cuatro grupos, según los puntos de corte planteados por MIDEPLAN. (Cuadro 4) Se usó la distribución del Índice de Desarrollo Social (IDS) distrital como referencia para hacer el ajuste, siguiendo la fórmula elaborada para obtener el IDS por Área de Salud en ejercicios institucionales previos (CCSS, 2016). De la misma forma, se ajustaron los IDS para las AS Peninsular y Carmen- Montes de Oca, para reflejar los cambios en los espacios población más recientes.

Figura 8. Dimensiones e indicadores que conforman el Índice de Desarrollo Social 2017.



Cuadro #4. Clasificación de desarrollo relativo según el Índice de Desarrollo Social

Clasificación	Valores de corte
Mayor desarrollo relativo	100-76.88
Menor desarrollo relativo	
Nivel medio	76.87-62.02
Nivel bajo	62.01-47.45
Nivel muy bajo	47.44-0.00

Fuente: MIDEPLAN (2016) COSTA RICA: Prospectiva en cambio demográfico al 2045. San José.

1.3.1.5 Combinación de criterios

La metodología referida finalmente resume las variables indicadas en una tabla que pondera el rango identificado para cada una en las áreas de salud, y les otorga un puntaje como se aprecia en la siguiente cuadro:

Cuadro #5. Puntaje según criterios para definición de los Sectores de Salud

Indicadores por área de salud	Bajo (1 pts)	Medio (2 pts)	Alto (3 pts)
Proporción de Adultez Mayor	<7	7-13	>13
Densidad poblacional	>420	55-420	<55
Índice Desarrollo Social	>62.01	47.45-62.01	<47.45

Fuente: CCSS, Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención en el corto y mediano plazo. Metodología para el cálculo de brechas en el Primer Nivel de Atención, 2020.

La sumatoria del resultado de la combinación de estos indicadores facilita la asignación a tres grupos de Áreas de Salud, en los que se define la población promedio a asignar por sector, dato con el cual se agrega en este manual, la estimación de familias por sector, usando como referencia el Estándar para Sectorización planteado en el Modelo Readecuado de Atención citado en la figura 6 y ajustándolo según lineamiento estratégico institucional a alcanzar en el año 2025. (CCSS, 2021)

Las Áreas de Salud tipo A presentan características que sugieren mayores necesidades de salud por lo que utilizarán el estándar planteado en los Lineamientos Estratégicos de la CCSS (CCSS, 2021), de un promedio de 3000 personas por Sector. Estas son:

- Mayor proporción de adultez mayor, por lo que presentan relativamente una carga mayor por enfermedades no transmisibles y cuidados a este grupo de población.
- Menor densidad poblacional, por lo que presentan peor acceso relativo.
- IDS bajos, por lo que presentan un conjunto de determinantes que definen un desarrollo relativamente menor.
- En el otro extremo, las Áreas de Salud tipo C presentan características que sugieren menores necesidades de salud por lo que utilizarán el estándar del Modelo Readecuado de Atención, de un promedio de 4000 personas por Sector (CCSS_GM_DDSS, 2019) Estas son:
 - Menor proporción de adultez mayor, por lo que presentan relativamente una carga menor por enfermedades no transmisibles y cuidados a este grupo de población.
 - Mayor densidad poblacional, por lo que presentan mejor acceso relativo.
 - IDS altos, por lo que presentan un conjunto de determinantes que definen un desarrollo social relativamente mayor.

Cuadro #6. Asignación del promedio de población y familias por Sector de Salud por tipo de AS según el puntaje obtenido

Tipos de Área de Salud	Rangos del puntaje total	Promedio de población por Sector Salud	Rango Familias por sector
A	8-9	3 000	600 - 713
B	6-7	3 500	700 - 832
C	3-5	4 000	800 - 950

Fuente: CCSS, Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención en el corto y mediano plazo. Metodología para el cálculo de brechas en el Primer Nivel de Atención, 2020.

1.3.2 Indicadores de producción de ATAP período 2016 – 2019.

Basados en el análisis de la producción de ATAP en visitas domiciliarias y otros escenarios, reportados en el Cuadro 20 del informe Estadístico del período 2016 – 2019, se establecen parámetros de referencia para el análisis de capacidad instalada de los ATAP para dar cobertura de visita domiciliar anualmente a las familias asignadas, cumplir con las visitas subsecuentes según prioridad y realizar visitas de seguimiento para actividades específicas.

Cuadro #7. Indicadores de referencia para la Asignación de familias por ATAP

Indicador	Mediana	Rango
Días dedicados a visitas efectivas al año	101	90-102
Días dedicados a visitas seguimiento al año	65	34-110
Rendimiento diario visitas efectivas	7	6-8
Rendimiento diario visitas seguimiento	15	12-18

Fuente: Elaboración propia, Coordinación Nacional de Enfermería.

1.3.3 Familias por prioridad según tipo de área clasificada por necesidades de salud

Basados en las tablas de referencia construidas en el Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención en el Corto y Mediano Plazo, Metodología para el cálculo de brechas en el Primer Nivel de Atención, 2020, y con el dato proporcionado por los cubos del SIFF para el año 2019, se establecieron las proporciones de familias por prioridad para cada área según tipo por región (Cuadro 8), el detalle por Área de salud se muestra en el anexo 4. Dato con el cual finalmente se calcula el valor de referencia de número de familias a asignar por ATAP según tipo de área.

Cuadro #8. Porcentajes aproximados de familias por prioridad en las áreas de salud, según clasificación por necesidades de salud y clasificación del riesgo familiar en SIFF, 2019

Región	Área tipo A / Prioridad			Área tipo B / Prioridad			Área tipo C / Prioridad		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
País	6,22	15,05	78,73	6,28	13,98	79,75	4,22	12,16	83,61
Brunca	5,81	10,23	83,96	8,48	10,33	81,19	2,1	4,95	92,95
Chorotega	4,47	18,71	76,82	5,35	14,70	79,95	4,75	14,01	81,24
Huetar Norte	5,54	13,28	81,18	6,71	13,21	80,08	3,73	11,62	84,65
Huetar Atlántica	9,26	15,52	75,22	5,74	14,03	80,22	3,62	10,34	86,05
Central Norte	0	0	0	3	11,88	85,12	3,54	11,12	85,34
Central Sur	7,03	16,87	76,1	4,48	13,84	81,68	4,61	12,9	82,49
Pacífico Central	6,72	14,48	78,8	7,72	18,05	74,23	5,41	13,55	81,04

Fuente: Elaboración propia, Coordinación Nacional de Enfermería.

1.3.4 Asignación de familias por ATAP según clasificación de las áreas de salud.

Según la clasificación del área por necesidades de salud, se utiliza el valor medio del rango de familias para cada tipo de área y se estiman los valores de referencia de familias a asignar por ATAP en los sectores, considerando la capacidad instalada para darles cobertura anual según los indicadores analizados en el cuadro 7.

Para áreas categorizadas como tipo A, cuya población estimada debe ser de 3 000 habitantes por sector, se establece una asignación media de 657 familias por ATAP con una aproximación de su distribución por prioridad, según se muestra en la tabla 8. Se excluye la Región Central Norte, a la cual no se le clasificó ninguna familia en esa categoría según el Plan de Reducción de Brechas 2020, citado.

Con esta distribución se estima un rango entre regiones de 114 a 126 días al año por ATAP para cumplir con el 100% de las visitas efectivas requeridas (primera vez y subsecuentes) para el número de familias asignadas al ATAP en el sector.

Cuadro #9. Asignación aproximada de familias por ATAP, para Áreas tipo A según región.

Región	Familias por Prioridad		
	I	II	III
Prioridad >			
Brunca	38	67	552
Chorotega	29	123	505
Huetar Norte	36	87	533
Huetar Atlántica	61	102	494
Central Sur	46	111	500
Pacífico Central	44	95	518

Fuente: Elaboración propia, Coordinación Nacional de Enfermería.

Para áreas categorizadas como tipo B, cuya población estimada debe ser de 3 500 habitantes por sector, se establece una asignación media de 766 familias por ATAP con una aproximación de su distribución por prioridad, según se muestra en el cuadro 10. Con esta distribución se estima un rango entre regiones de 129 a 146 días al año por ATAP para cumplir con el 100% de las visitas efectivas requeridas (primera vez y subsecuentes) para el número de familias asignadas al ATAP en el sector.

Cuadro #10. Asignación aproximada de familias por ATAP, para Áreas tipo B según región.

Región	Familias por Prioridad		
	I	II	III
Prioridad >			
Brunca	65	79	622
Chorotega	41	113	612
Huetar Norte	51	101	613
Huetar Atlántica	44	107	614
Central Norte	23	91	652
Central Sur	34	106	626
Pacífico Central	59	138	569

Fuente: Elaboración propia, Coordinación Nacional de Enfermería.

Para áreas categorizadas como tipo C, cuya población estimada debe ser de 4000 habitantes por sector, se establece una asignación media de 875 familias con una aproximación de su distribución por prioridad, según se muestra en el cuadro 11.

Con esta distribución se estima un rango entre regiones de 136 a 155 días al año por ATAP para cumplir con el 100% de las visitas efectivas requeridas (primera vez y subsecuentes) para el número de familias asignadas al ATAP en el sector.

El profesional de enfermería de atención primaria en el PNA deberá identificar anualmente los porcentajes de familias según prioridad y ajustar la capacidad instalada de acuerdo con el modelo; así mismo de manera fundamentada, podrá realizar rotaciones de los funcionarios según espacio población asignado, previa coordinación con el ATAP, el EBAIS correspondiente y la Jefatura de Enfermería del Área de Salud, consignando en actas las razones de los cambios.

Cuadro #11. Asignación aproximada de familias por ATAP, para Áreas tipo C según región.

Región	Familias por Prioridad		
	I	II	III
Brunca	18	43	813
Chorotega	42	123	711
Huetar Norte	33	102	741
Huetar Atlántica	32	90	753
Central Norte	31	97	747
Central Sur	40	113	722
Pacífico Central	47	119	709

Fuente: Elaboración propia, Coordinación Nacional de Enfermería.

2. Oferta de Servicios: Actividades de Atención Integral a las Personas según escenario en las que interviene el equipo Enfermería – ATAP.

En el Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la Prestación de servicios de salud, se cita:

“La Atención en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), es la prestación de servicios extramuros que permite el abordaje de la población en diferentes momentos y espacios. Lo anterior, implica que el personal de salud debe desplazarse a los escenarios donde se encuentran las personas, donde residen, estudian, conviven y trabajan, constituyéndose en la característica principal de este componente.

El objetivo general de la Atención en EFES es la prestación de intervenciones de salud con enfoque poblacional, con énfasis en la educación para la salud, el fomento de entornos saludables y la disminución de los factores de riesgo.

Incorpora de forma activa la participación de las personas como responsables de su salud, mediante el fortalecimiento de factores protectores. Para el éxito de la prestación de servicios en EFES, esta participación es prioritaria, por ser un medio que ayuda a las personas a definir sus necesidades y búsqueda de estrategias para satisfacerlas, lo cual facilita la implementación de acciones que aseguren su aceptación, participación y responsabilidad.” (CCSS, 2019)

Lo anterior se resume en la figura 9 y los ATAP desarrollan sus actividades en los EFES, los cuales se describen en la figura 10. El acceso a los servicios de este Componente se da mediante el desplazamiento del personal de salud, a partir de una programación de la atención coordinada entre los Equipos de Salud y el personal de salud responsable de otros centros o instituciones.

Figura 9. Pasos del Componente de Atención en EFES.

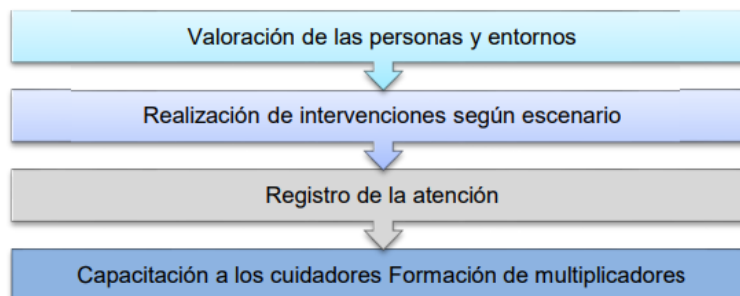


Figura 10. tipos de Escenarios en la Atención Fuera de los Establecimientos de Salud.

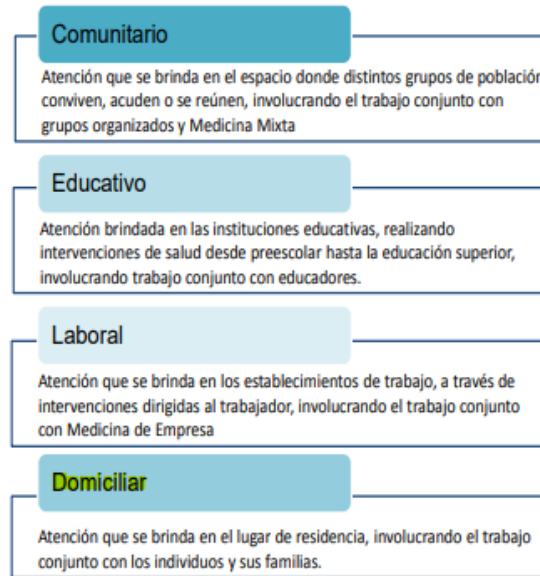


Figura 11. flujo de atención en Atención en EFES.



Producto de la atención, el personal de salud determinará si la persona requiere servicios adicionales de Consulta Externa o de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, ante lo cual, la referirá con la solicitud de atención requerida al Establecimiento correspondiente.

Estas atenciones han sido descritas de manera explícita en las Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, emitidas en 1995, documento usado como referencia junto con actualizaciones de normas específicas de publicación más reciente, para adaptar un cuadro básico de actividades, en el que se mostrarán las actividades del programa de atención integral en las cuales el ATAP, tienen participaciones como actor individual o como integrante del EBAIS; así mismo se identifican algunas actividades clave donde el Profesional de Enfermería de la misma forma tiene intervenciones particulares y otras como parte del Equipo de apoyo del Área de Salud.



En el caso de los ATAP, las anotaciones de sus intervenciones en el escenario domiciliario, el cual es el prioritario en esta estrategia frente a los demás EFES, se realizarán en el SIFF, toda vez que procedan de una visita presencial o atención remota. La planificación de las visitas domiciliarias debe realizarse en función de las características individuales de cada uno de los miembros, así como de la familia como unidad, así mismo el plan de seguimiento para visitas posteriores.

2.1 Descripción de actividades:

2.1.1 Promoción de la Salud.

Cuadro #12. Actividades de Educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Educación para la salud Individual - Grupal Temas: Relaciones familiares saludables, Desarrollo del niño en el útero, derechos de salud, lactancia materna, sueño seguro en el primer año, uso del carné de desarrollo Integral, Cuidados del niño, habilidades del desarrollo, ambientes libres de contaminantes, actividad física, alimentación saludable, hábitos de higiene, Relaciones interpersonales saludables, jugar en la niñez, prevención de accidentes, uso responsable de medicamentos, estilos de vida saludable.	En cada contacto con las personas en su entorno familiar o en los demás escenarios	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo EBAIS
Promoción para la participación de grupos de la comunidad Identificación Conformación Capacitación Seguimiento	Según necesidad identificada. En cada contacto en el entorno familiar o en todos los escenarios	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo
Comunicación Social Identificación de recursos locales (periódicos, radioemisoras, cableras, redes sociales) Promover la producción validación local de mensajes y materiales para la Comunicación Social. Utilización de medios disponibles según recursos y prioridades locales.	Dos o tres producciones al año	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo
Sensibilizar y promover en la cultura del buen trato y el enfoque de género y reducción de las desigualdades	En cada contacto con las personas en su entorno	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo



Participar en el Análisis de Situación de Salud con su respectivo diagnóstico de necesidades	Integración con el EBAIS y equipo de apoyo en el diagnóstico local de necesidades	EBAIS Equipo de apoyo				
--	---	--------------------------	--	--	--	--

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el PNA, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual de Procedimientos Atención al niño en el PNA, CCSS, GM, 2016. Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud, CCSS, 2021.

2.1.2 Atención integral del niño y la niña.

Cuadro #13. Actividades de atención integral del niño y la niña en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección Temprana <ul style="list-style-type: none"> Anamnesis pediátrica, examen físico pediátrico y examen neurológico Llenado de Carné de Desarrollo. Técnica de amamantamiento. Aplicar tamizaje neonatal (Prueba del Talón) según Normativa Vigente * Identificación y referencia al EBAIS de niños captados en el domicilio.	Recién nacidos del sector al 3-4 día de edad	Prof. Enferm Equipo de apoyo EBAIS EBAIS EBAIS	ATAP ATAP *			
Identificación de niños en riesgo: criterios de riesgo biológicos, psicosociales, ambientales o de acceso a servicios <ul style="list-style-type: none"> Identificación y referencia al EBAIS de niños captados en el domicilio no conocidos por los S.S. 	Cada vez que se tiene contacto con la niña, el niño o su familia.	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS ATAP*			
Atención a niños del sector de 1 mes de nacido(a) a 12 años. <ul style="list-style-type: none"> Aplicación de anamnesis. Examen físico y examen neurológico. Llenado de Carné de Desarrollo según edad. Reporte de malformaciones congénitas en boleta oficial del CREC (aplica para el primer año de vida). * Identificación y referencia al EBAIS de niños captados en el domicilio no conocidos por los S.S.	A los 2 meses A los 4 meses A los 6 meses A los 9 meses Al año y 3 meses De los 2 a los 12 años una vez al año.	Prof. Enferm. EBAIS	ATAP*			Prof. Enferm EBAIS
Aplicación de la valoración ocular según edad	En menores de 3 años, en cada consulta de crecimiento y desarrollo. Con cartilla Snellen entre los 3 y los 12 años anualmente.	Prof. Enferm EBAIS	ATAP			Prof. Enferm EBAIS



Aplicación e interpretación de tamizaje auditivo subjetivo	Con cartilla Susurro entre los 3 y los 12 años anualmente	Prof. Enferm EBAIS					Prof. Enferm EBAIS
Tamizaje de salud bucodental	A los 6 y los 15 meses de edad. Entre el año y los 12 años anualmente.	Equipo de apoyo EBAIS					Equipo de apoyo EBAIS
Toma e interpretación de la presión arterial	Entre los 2 y los 12 años anualmente con técnica de máximo nivel inflado.	EBAIS					
Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	De acuerdo con esquema oficial	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	EBAIS	
Entrega de suero oral a las familias como prevención de la deshidratación	Anualmente, profiláctico, en visita domiciliar y en campañas en recintos escolares	EBAIS	ATAP				
Administración de antiparasitario	Anualmente, profiláctico, en visita domiciliar y en campañas en recintos escolares	EBAIS	ATAP				EBAIS
Atención del crecimiento y desarrollo según edad aplicando Uso del Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña: solicitud, llenado y educación a la familia. Toma de peso, ploteo de gráficas e Interpretación Toma de talla, ploteo de gráficas e Interpretación	Tercer o cuarto día de nacido, 2 meses 4 meses, 6 meses, 9 meses, 1 año y 3 meses. Luego una vez al año hasta los 12 años	EBAIS Equipo de apoyo EBAIS Equipo de apoyo EBAIS Equipo de apoyo	ATAP				EBAIS EBAIS
Medición del perímetro cefálico, ploteo de gráficas e interpretación	Tercer o cuarto día de nacido, 2 meses 4 meses, 6 meses, 9 meses, 1 año y 3 meses. Luego una vez al año hasta los 3 años.	Prof. Enferm EBAIS Equipo de apoyo					



Valoración de la salud oral	Iniciar a los 9 meses de edad, luego una vez al año hasta los 12 años.	Prof. Enferm EBAIS Equipo de apoyo				Prof. Enferm EBAIS Equipo de apoyo
Evaluación del desarrollo (Pretest y Test Denver II según modalidad de atención definida en el establecimiento)	A los 4, 6 y 9 meses Al año y 3 meses. De los 2 a los 6 años el pretest una vez al año.	EBAIS Prof. Enferm	EBAIS Prof. Enferm			EBAIS Prof. Enferm
Consejería para Alimentación y Estimulación del desarrollo	Según modalidad de atención establecida	Prof. Enferm EBAIS				Prof. Enferm EBAIS
Detección, atención, reporte obligatorio (VE 01) y referencia ante evidencia de cualquier tipo de abuso hacia una persona menor de edad.	En cada contacto con la persona menor de edad.	Prof. Enferm Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Prof. Enferm Equipo de apoyo EBAIS	Prof. Enferm Equipo de apoyo EBAIS	Prof. Enferm Equipo de apoyo EBAIS
Referencia a otro nivel de atención o servicio extrainstitucional (educativo, terapéutico u otro) en caso necesario	Cada vez que sea necesario	Equipo de apoyo EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS
Referencia al EBAIS de niños con sospecha de riesgo			ATAP			
Seguimiento a pacientes referidos por el Programa de Transición a persona menor de edad con enfermedades crónicas.	Según coordinación establecida	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS			
Seguimiento a los niños que requieren tratamiento integral por su padecimiento terminal o condición de vida limitada.	Según patología atendida	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS			Equipo de apoyo EBAIS
Educación a los familiares y pacientes en el uso y conservación de medicamentos e insumos para atención del dolor	Según patología atendida	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS			
Atención prioritaria en su domicilio al niño, niña o adolescente con necesidades especiales y enfermedad terminal que no pueda desplazarse al establecimiento de salud en coordinación con la Clínica de Cuidados Paliativos del HNN u otro Hospital correspondiente según Red de Servicios.	Según patología atendida	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS			
Atención prioritaria en su domicilio al niño, niña o adolescente con necesidades especiales y enfermedad terminal que no pueda desplazarse al establecimiento de salud en coordinación con la Clínica de Cuidados Paliativos del HNN u otro Hospital correspondiente según Red de Servicios.	Según patología atendida	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS			
Entrega de material necesario para realizar procedimientos específicos, conforme a la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.	Según patología atendida	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS	Equipo de apoyo Prof. Enferm EBAIS			

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual de Procedimientos Atención al niño en el PNA, CCSS, GM, 2016. Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos, CCSS, 2021.

2.1.3 Atención integral del adolescente.

Cuadro #14. Actividades de atención integral del adolescente en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación	Todo adolescente de 10 a 19 años Individual en cada contacto	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS
Toma de presión arterial	Todo adolescente de 10 a 19 años Individual en cada contacto	EBAIS	ATAP	EBAIS		EBAIS
Valoración del crecimiento y desarrollo	Todo adolescente de 10 a 19 años Individual en cada contacto					
Revisión de cumplimiento de controles en EBAIS		EBAIS	ATAP			
Valoración agudeza visual	Escolares de 10 a 19 años al menos una vez al año	EBAIS	ATAP			EBAIS Equipo de apoyo
Valoración de la salud oral	Población adolescente de 10 a 19 años una vez al año	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP			Equipo de apoyo EBAIS
Promoción y educación; Control higiene oral	Permanente	EBAIS	ATAP			EBAIS
Referencia	En caso necesario		ATAP			EBAIS
Valoración de dinámica familiar	A todas las familias del sector con adolescentes de 10 a 19 años	Equipo de apoyo EBAIS				
Instrumento de Riesgo Familiar (SIF)			ATAP			
Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	De acuerdo con esquema oficial de vacunas	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	EBAIS
Prevención de embarazos no deseados	Todo adolescente de 10 a 19 años Individual en cada contacto	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Referencia a otro nivel de atención o servicio extrainstitucional (educativo, terapéutico u otro) en caso necesario Referencia al EBAIS de Adolescentes con sospecha de riesgo	Cada vez que sea necesario	Equipo de apoyo EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS
			ATAP			



Seguimiento a pacientes referidos por el Programa de Transición a persona menor de edad con enfermedades crónicas.	Según coordinaciones establecidas	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS			
Seguimiento a los adolescentes que requieren tratamiento integral por su Padecimiento terminal o condición de vida limitada.	Según patología atendida	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS			Equipo de apoyo EBAIS
Educación a los familiares y pacientes en el uso y conservación de medicamentos e insumos para atención del dolor	Según patología atendida	Equipo de apoyo EBAIS PE	Equipo de apoyo EBAIS PE			
Atención prioritaria en su domicilio al adolescente con necesidades Especiales y enfermedad terminal que no pueda desplazarse al establecimiento de salud en coordinación con la Clínica de Cuidados Paliativos del HNN u otro Hospital correspondiente según Red de Servicios.	Según patología atendida	Equipo de apoyo EBAIS Prof. Enferm	Equipo de apoyo EBAIS Prof. Enferm			
Entrega de material necesario para realizar procedimientos específicos, conforme a la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.	Según patología atendida	Equipo de apoyo EBAIS Prof. Enferm	Equipo de apoyo EBAIS Prof. Enferm			
Referencia a otro nivel de atención o servicio extrainstitucional (educativo, terapéutico u otro) en caso necesario Referencia al EBAIS de niños con sospecha de riesgo	Cada vez que sea necesario	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual de Procedimientos Atención al niño en el PNA, CCSS, GM, 2016. Política Institucional de Atención Integral al adolescente, CCSS. 2018.

2.1.4 Atención integral del adolescente / salud sexual y reproductiva.

Cuadro #15. Actividades de atención integral de la salud sexual y reproductiva en adolescentes en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación	Actividad permanente con al menos una atención según necesidad en cada periodo de adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (14 a 16 años)	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS



Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos y seguros (Incluyendo implante subdérmico)	Actividad permanente con al menos una atención según necesidad en cada periodo de adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (14 a 16 años)	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS
Educar a la población sobre sexualidad humana y la utilización de métodos anticonceptivos modernos y seguros (Incluyendo implante subdérmico)	Actividad permanente con al menos una atención según necesidad en cada periodo de adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (14 a 16 años)	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS
Entrega de preservativos	Actividad permanente con al menos una atención según necesidad en cada periodo de adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (14 a 16 años)	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS
Control y seguimiento de la población que utiliza métodos anticonceptivos según norma	Población que utiliza métodos anticonceptivos	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Norma Nacional para la Atención Integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y reproductiva. MS, MEP, CCSS, CENCINAI, Salud Mesoamérica, 2015.

2.1.5 Atención integral del adolescente / Atención Prenatal.

Cuadro #16. Actividades de atención integral de la adolescente embarazada en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación según escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación temprana de la gestante	En cada contacto con las adolescentes embarazadas, verificar si está en control en el EBAIS correspondiente	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS



Identificación y clasificación del riesgo	En cada contacto con las embarazadas adolescentes, identificar por etapa (temprana, media o tardía) y factores biológicos, patologías asociadas o psicosociales.	EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Educación en salud, a la adolescente, familia, pareja	En cada contacto con las embarazadas adolescentes, sobre temas como sintomatología depresiva, proyecto de vida, redes de apoyo, continuidad de la educación.	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Referencia al EBAIS para control prenatal	En cada contacto con Adolescentes captadas con y sin control prenatal, informar sobre espacios y horarios de atención diferenciada	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Promoción de la consulta y de la educación prenatal y postnatal, a través de medios eficaces y recursos disponibles para el nivel local.	En cada contacto con las adolescentes embarazadas y sus familias	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Promoción de derechos y deberes de las personas usuarias en los servicios de salud	En cada contacto con las adolescentes embarazadas y sus familias	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Curso preparación psicofísica para el parto	En cada contacto con las adolescentes embarazadas y sus familias	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Educación en el área de salud sexual y reproductiva, nutrición, lactancia materna, puericultura, actividad física y promoción de relaciones no violentas.	En cada contacto con las adolescentes embarazadas y sus familias	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Educación para la detección oportuna y prevención sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas.	En cada contacto con las adolescentes embarazadas y sus familias	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Educación y atención de la salud bucodental, de acuerdo con la norma de la disciplina correspondiente	En cada contacto con las adolescentes embarazadas y sus familias	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Visita domiciliar de seguimiento de mujeres con embarazo de alto riesgo, riesgo familiar y pérdida de cita.	Coordinar visita con EP o EBAIS según sea necesario	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP EP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Seguimiento a la embarazada que es derivada a otro nivel de atención por cualquier condición	Coordinar visita con EP o EBAIS según sea necesario	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP EP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS



Apoyo y fomento de la lactancia materna	Toda la población en forma permanente	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	De acuerdo con esquema oficial de vacunas	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	EBAIS

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud, CCSS, 2021.

2.1.6 Atención integral del adolescente / Post Parto Post aborto.

Cuadro #17. Actividades de atención integral de la adolescente en post parto post aborto en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por escenarios				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación en los primeros días de post parto y post aborto	Población puérpera en los primeros 10 días post parto Identificar y referir al EBAIS adolescentes que no se han realizado su control puerperal	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Reforzamiento sobre cuidado personal: higiene (en especial los genitales, las mamas y si hay heridas quirúrgicas), la alimentación y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.	Todo contacto con adolescentes en periodo puerperal mediato, alejado o tardío	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Orientación sobre los servicios de planificación familiar (incluyendo implante subdérmico)	Todo contacto con adolescentes en periodo puerperal mediato, alejado o tardío	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Referencia al EBAIS a EISAA o Clínica de Cesación de Tabaco como oferta de la CCSS o al IAFA a adolescente que se les detectó en consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo o parto y no tiene abordaje del trastorno por uso de sustancias	Todo contacto con adolescentes en periodo puerperal mediato, alejado o tardío que presenten la condición	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS
Apoyo y fomento de la lactancia materna	Toda la población en forma permanente	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS		Equipo de apoyo EBAIS

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud, CCSS, 2021.



2.1.7 Atención integral a la mujer.

Cuadro #18. Actividades de atención integral de la mujer en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación	Todas las mujeres de 20 a 64 años, promoviendo el control anual de salud en el EBAIS correspondiente.	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Toma de presión arterial	Todas las mujeres de 20 a 64 años en cada contacto.	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Detección temprana del Cáncer de cérvix	Promover la realización de la citología vaginal cada dos años en mujeres de 20 a 64 años.	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Detección temprana del Cáncer de mama	En cada contacto con las mujeres entre 20 y 64 años promover:	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Promover la realización del auto examen de mama de forma mensual	Realice el examen una vez al mes. Una semana después del inicio de su menstruación, si no menstrúa (menopausia), elegir un día fijo de cada mes para realizárselo.	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Promover la realización del examen clínico de mama Promover la realización de la mamografía	Cada 2 años para Mujeres mayores de 50 años. Mujeres mayores de 40 cuyas madres o hermanas han tenido cáncer de los pechos. Mujeres que no han tenido hijos o que empiezan su familia después de los 30 años. Mujeres que han aumentado su peso. Mujeres que han tenido cáncer en una mama.	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Identifica mujeres dentro del grupo de edad meta y su estado en relación con estudios de tamizaje en Clínicas de Mama	Según grupo objetivo si el Área de Salud Cuenta con Clínica de Mama	EBAIS	ATAP			
Valoración de la salud oral	Población femenina de 20 a 64 años	Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	
Promoción y educación; Control higiene oral	Permanente	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Referencia	En caso necesario	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Valoración de dinámica familiar	A todas las familias del sector con mujeres en su núcleo familiar	EBAIS EA	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Instrumento de Riesgo Familiar (SIF)			ATAP			



Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad	De acuerdo con esquema oficial de vacunas	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Referencia y contrarreferencia	En caso necesario	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Estudio y seguimiento de casos de riesgo	Población de riesgo identificada del sector	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual para la implementación de clínica de mama de I y II nivel de atención, CCSS, 2020. Ramírez-Morera, A., Tristan-López M., Landaverde-Recinos D., Arce-Lara C., (2012). Guía para Pacientes: Cáncer de Mama. San José: Costa Rica, CCSS. ISBN #: 978-9930-9469-2-3. Lineamiento Técnico sobre Tamizaje por Cáncer de Cérvix, Código: L-GM-CTC-001-2013, CCSS, 2013.

2.1.8 Atención integral a la mujer / Anticoncepción y preconcepción.

Cuadro #19. Actividades de atención integral de la mujer en anticoncepción y preconcepción el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.	Actividad permanente en mujeres en edad reproductiva, identificando aquellas que requieren acceder a los servicios de salud para el respectivo control de salud	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos y seguros (Incluyendo condón femenino y anticoncepción de emergencia)	Actividad permanente en mujeres en edad reproductiva, identificando aquellas que requieren acceder a los servicios de salud para el respectivo control de salud	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Educación a la población sobre sexualidad humana y la utilización de métodos anticonceptivos modernos y seguros (Incluyendo condón femenino y anticoncepción de emergencia)	Actividad permanente en mujeres en edad reproductiva, identificando aquellas que requieren acceder a los servicios de salud para el respectivo control de salud	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Entrega de preservativos (Condón femenino)	Actividad permanente en mujeres en edad reproductiva, identificando aquellas que requieren acceder a los servicios de salud para el respectivo control de salud	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Captación e identificación de la pareja infértil o la mujer con problemas	Parejas con vida sexual activa que durante 1 año no han logrado un embarazo que demandan el servicio-	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	EA EBAIS	
Referencia de la pareja infértil	Parejas con vida sexual activa que durante 1 año no han logrado un embarazo. Primera consulta	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	



Seguimiento de la pareja infértil	En caso necesario	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS
--	-------------------	-----------------------	------	-----------------------	-----------------------

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud, CCSS, 2021.

2.1.9 Atención integral a la mujer / Atención Prenatal.

Cuadro #20. Actividades de atención integral de la mujer embarazada en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Periodicidad	Participación por escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación temprana de la gestante	En cada contacto con mujeres embarazadas, verificar si está en control en el EBAIS correspondiente	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Identificación y clasificación del riesgo	En cada contacto con las embarazadas, factores biológicos, patologías asociadas o psicosociales	EBAIS	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Educación en salud, a la familia, pareja	En cada contacto con las embarazadas, sobre temas como sintomatología depresiva, proyecto de vida, redes de apoyo, continuidad de la educación.	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Referencia al EBAIS para control prenatal	En cada contacto con embarazadas captadas con y sin control prenatal, informar sobre oferta y horarios del EBAIS correspondiente	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Promoción de la consulta y de la educación prenatal y postnatal, a través de medios eficaces y recursos disponibles para el nivel local.	En cada contacto con las embarazadas y sus familias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Promoción de derechos y deberes de las personas usuarias en los servicios de salud	En cada contacto con las embarazadas y sus familias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Curso preparación psicofísica para el parto	En cada contacto con embarazadas y sus familias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Educación en el área de salud sexual y reproductiva, nutrición, lactancia materna, puericultura, actividad física y promoción de relaciones no violentas.	En cada contacto con las embarazadas y sus familias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo



Educación para la detección oportuna y prevención sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas.	En cada contacto con las embarazadas y sus familias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Educación y atención de la salud bucodental, de acuerdo con la norma de la disciplina correspondiente	En cada contacto con las embarazadas y sus familias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Visita domiciliar de seguimiento de mujeres con embarazo de alto riesgo, riesgo familiar y pérdida de cita.	Coordinar visita con EP o EBAIS según sea necesario	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP EP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Seguimiento a la embarazada que es derivada a otro nivel de atención por cualquier condición	Coordinar visita con EP o EBAIS según sea necesario	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP EP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Apoyo y fomento de la lactancia materna	Toda la población en forma permanente	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS Equipo de apoyo		EBAIS Equipo de apoyo
Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	De acuerdo con esquema oficial de vacunas	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	EBAIS

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud, CCSS, 2021.

2.1.10 Atención integral a la mujer / Post Parto Post aborto.

Cuadro #21. Actividades de atención integral de la mujer en Post Parto Post aborto en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Criterio de Priorización	Responsable por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación en los primeros días de post parto y post aborto	Población púerpera en los primeros 10 días post parto Identificar y referir al EBAIS a mujeres que no se han realizado su control puerperal	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Reforzamiento sobre cuidado personal: higiene (en especial los genitales, las mamas y si hay heridas quirúrgicas), la alimentación y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.	Todo contacto con mujeres en periodo puerperal mediato, alejado o tardío	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Orientación sobre los servicios de planificación familiar (incluyendo implante subdérmico)	Todo contacto con mujeres en periodo puerperal mediato, alejado o tardío	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo



Referencia al EBAIS a EISAM o Clínica de Cesación de Tabaco como oferta de la CCSS o al IFAA a mujeres que se les detectó en consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo o parto y no tiene abordaje del trastorno por uso de sustancias	Todo contacto con mujeres en periodo puerperal mediato, alejado o tardío que presenten la condición	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS		EBAIS Equipo de apoyo
Apoyo y fomento de la lactancia materna	Toda la población en forma permanente	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS Equipo de apoyo		EBAIS Equipo de apoyo

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Manual teórico para la atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud, CCSS, 2021.

2.1.11 Atención integral a la mujer, al niño y la niña.

Cuadro #22. Actividades de atención integral de la mortalidad infantil y materna en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Criterio de Priorización	Responsable por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Identificación y reporte de muertes maternas	Total, de niños (as) menores de 1 año en el momento de la defunción y el total de muertes de mujeres de 10 a 44 años embarazadas en el momento de la defunción.	EBAIS* COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA *	EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	
Estudio del caso		EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	
Elaboración del informe		EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	EBAIS COLAMIMA	

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995.

* La participación del ATAP es importante en el registro oportuno y completo de la información de las fichas familiares, que es una de las fuentes de información para estos análisis.

** COLAMIMA: Comisión local de Análisis de Mortalidad infantil y Materna.

2.1.12 Atención integral del adulto.

Cuadro #23. Actividades de atención integral del adulto en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Criterio de Priorización	Responsable por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación adulto	Todas las personas mayores de 20 años, promoviendo el control anual de salud en el EBAIS correspondiente.	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS	EBAIS	



<p>Toma de presión arterial</p> <p>Clasificación y referencia al EBAIS de personas con Presión arterial elevada (Población Pre-HTA: Presión arterial (PA) sistólica entre 130-139 mmHg y PA diastólica entre 85-89mmHg) en adelante</p>	<p>Todas las personas mayores de 20 años en cada contacto.</p>	<p>EBAIS</p>	<p>ATAP</p>	<p>EBAIS</p>	<p>EBAIS</p>	
<p>Atención a la persona Diabética tipo 2</p> <p>Educa, orienta, detecta y refiere a la persona con DM mal controlada al profesional de Enfermería o al EBAIS</p> <p>Realiza toma de glucosa en sangre capilar.</p>	<p>Todo contacto con las personas con Diabetes Mellitus tipo 2</p>	<p>EBAIS</p>	<p>ATAP</p>	<p>EBAIS</p>	<p>EBAIS</p>	
<p>Fomento del autocuidado de la salud y la prevención de complicaciones de las ECNT</p> <p>Educar para que la persona sea partícipe de su tratamiento.</p> <p>Reforzar la importancia de un plan de alimentación balanceado e individualizado como prevención de ECNT o parte de su tratamiento.</p> <p>Reforzar la importancia de la actividad física y el ejercicio para la prevención y el control de las ECNT</p>	<p>Todo contacto con personas mayores de 20 años, sanas o portadoras de ECNT y sus familias</p>	<p>EBAIS</p>	<p>ATAP</p>	<p>EBAIS</p>	<p>EBAIS</p>	
<p>Educar sobre los valores normales de Presión Arterial y Glicemia y técnicas para auto medición</p> <p>Reforzar conocimientos sobre la adherencia y uso racional del tratamiento oral.</p> <p>Educar sobre el reconocimiento de complicaciones y descompensaciones de la DM y la HTA</p> <p>Educar sobre cuidados e Identificación de signos de alarma del pie diabético</p>	<p>Todo contacto con personas mayores de 20 años, sanas o portadoras de ECNT y sus familias</p>	<p>EBAIS</p>	<p>ATAP</p>	<p>EBAIS</p>	<p>EBAIS</p>	



Valoración del estado nutricional	A todas las personas de 20 a 64 años	EBAIS		EBAIS	EBAIS	
Valoración agudeza visual y auditiva		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Valoración de dinámica familiar		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Instrumento de Riesgo Familiar (SIF)			ATAP			
Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	De acuerdo con esquema oficial de vacunas	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Prevención de embarazos no deseados, ETS, VIH Entrega de preservativos	Población 20 a 64 años	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Identificación y referencia al EBAIS de hombres para tamizaje de cáncer de próstata.	Anualmente a varones a partir de los 50 años que lo soliciten o	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
	a partir de los 40 años a los varones que tengan factores de riesgo para cáncer de próstata (Historia familiar, en padre o hermano, de cáncer de próstata)	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Identificación y referencia al EBAIS para consulta de intervención intensiva para Cesación del consumo de Tabaco	En todo contacto con personas de 20 a 64 años, tabaquistas activos, para inducir al cambio, que se encuentran en las etapas de pre-contemplación, contemplación o recaída.	EA EBAIS	ATAP	EA EBAIS	EA EBAIS	
	Usuarios que están a la espera de una cita en una Clínica de Cesación de Tabaco, en aquellos centros que tengan una lista de espera de más de tres meses, para continuar apoyando al usuario y que no pierdan la motivación.	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Referencia, y seguimiento de casos de riesgo	Población de riesgo identificada del sector	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2 / CCSS3. ed. — San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2020. Fichas técnicas 2019 – 2023 evaluación de la prestación de servicios salud, manejo multidisciplinario de las personas con Síndrome metabólico, 2021. Guía de Atención del Cáncer de Próstata I nivel de atención, CCSS, 2011. Lineamiento para implementación de una consulta de intervención intensiva en cesación de tabaco en las áreas de salud, CCSS, 2019.



2.1.13 Atención integral del adulto mayor.

Cuadro #24. Actividades de atención integral del adulto mayor en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Criterio de Priorización	Responsable por Escenario				
		E. Salud	Domiciliar	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación adulto mayor	Todas las personas mayores de 64 años, promoviendo el control anual de salud en el EBAIS correspondiente.	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Toma de presión arterial Clasificación y referencia al EBAIS de personas con Presión arterial elevada (Población Pre-HTA: Presión arterial (PA) sistólica entre 130-139 mm Hg y PA diastólica entre 85-89 mm Hg) en adelante	Todas las personas mayores de 64 años en cada contacto.	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Atención a la persona Diabética tipo 2 Educa, orienta, detecta y refiere a la persona con DM mal controlada al profesional de Enfermería o al EBAIS Realiza glicemia en sangre capilar.	Todo contacto con las personas con Diabetes Mellitus tipo 2	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Fomento del autocuidado de la salud y la prevención de complicaciones de las ECNT Educar para que la persona sea partícipe de su tratamiento. Reforzar la importancia de un plan de alimentación balanceado e individualizado como prevención de ECNT o parte del tratamiento. Reforzar la importancia de la actividad física y el ejercicio para la prevención y el control de las ECNT Educar sobre los valores normales de Presión Arterial y Glicemia y técnicas para auto medición	Todo contacto con personas mayores de 64 años, sanas o portadoras de ECNT y sus familias	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	



<p>Reforzar conocimientos sobre la adherencia y uso racional del tratamiento oral.</p> <p>Educación sobre el reconocimiento de complicaciones y descompensaciones de la DM y la HTA</p> <p>Educación sobre cuidados e identificación de signos de alarma del pie diabético.</p>		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
		EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Valoración del estado nutricional	A todas las personas mayores de 64 años	EBAIS		EBAIS	EBAIS	
Valoración agudeza visual y auditiva	A todas las personas mayores de 64 años	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Valoración de dinámica familiar	A todas las personas mayores de 64 años	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Instrumento de Riesgo Familiar (SIF)			ATAP			
Aplicación de Esquema Oficial de Vacunas según edad.	De acuerdo con esquema oficial de vacunas	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Prevención de embarazos no deseados, ETS, VIH Entrega de preservativos	Población mayor de 64 años	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Identificación y referencia al EBAIS de hombres para tamizaje de cáncer de próstata.	Anualmente a varones mayores de 64 años que lo soliciten ó a los varones que tengan factores de riesgo para cáncer de próstata (Historia familiar, en padre o hermano, de cáncer de próstata)	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Identificación y referencia al EBAIS para consulta de intervención intensiva para Cesación del consumo de Tabaco	<p>En todo contacto con personas mayores de 64 años, tabaquistas activos, para inducir al cambio, que se encuentran en las etapas de precontemplación, contemplación o recaída.</p> <p>Usuarios que están a la espera de una cita en una Clínica de Cesación de Tabaco, en aquellos centros que tengan una lista de espera de más de tres meses, para continuar apoyando al usuario y que no pierdan la motivación.</p>	Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
		Equipo de apoyo EBAIS	ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Referencia	En caso necesario	EBAIS				
Llenado de referencia Contrarreferencia	A todas las referencias	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	ATAP		

Estudio y seguimiento de casos de riesgo Deterioro cognitivo: Evaluar signos de Violencia intrafamiliar, uso inadecuado de medicamentos Alteraciones sensoriales, visión, fallas en el reconocimiento ambiental, enfermedad vascular, déficit motor, alteración de marcha y equilibrio, enfermedades neurodegenerativas, alteraciones musculoesqueléticas, factores ambientales, cambios d actividad, riesgo de caída	Población Adulto Mayor de riesgo identificada del sector	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	
	Educación en salud para fomentar la seguridad en el hogar. Realizar valoración de condiciones de vivienda, barreras para el acceso al espacio físico y seguridad en el hogar Cada 6 meses	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS Equipo de apoyo	EBAIS Equipo de apoyo	
Seguimiento hogares de larga estancia	Obtener información del estado de salud, detectar posibles enfermos y ante un evento identificado realizar el abordaje pertinente (síntomático respiratorio o delirio), el mismo debe ser comunicado a su jefatura inmediata para el seguimiento respectivo.			ATAP		

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2 / CCSS3. ed. — San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2020. Fichas técnicas 2019 – 2023 evaluación de la prestación de servicios salud, manejo multidisciplinario de las personas con Síndrome metabólico, 2021. Guía de Atención del Cáncer de Próstata I nivel de atención, CCSS, 2011. Lineamiento para implementación de una consulta de intervención intensiva en cesación de tabaco en las áreas de salud, CCSS, 2019. Protocolo de Atención clínica para la aplicación del énfasis a la persona adulta mayor en el Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) para el Primer Nivel de Atención, CCSS, 2021. Lineamiento: atención a las personas adultas mayores ante la emergencia de Covid-19 en los servicios de salud, CCSS, 2020.

2.1.14 Atención a la morbilidad.

Cuadro #25. Actividades de atención de la morbilidad en el PNA según escenario con participación de Enfermería y ATAP.

Actividad	Criterio de Priorización	Responsable por Escenario				
		E. Salud	Domiciliario	Comunal	Laboral	Educativo
Detección y captación población adscrita al sector con padecimientos agudos Aplicación de medidas de bioseguridad y protección personal	Población adscrita al sector	EBAIS Equipo de apoyo	ATAP	EBAIS EA	EBAIS	EBAIS
	Visita domiciliar efectiva o de seguimiento	EBAIS	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	EBAIS



Toma presión arterial			ATAP			
Llenado de ficha de condición de salud y Hallazgos y recomendaciones	Investigaciones de campo, cercos epidemiológicos, durante brotes o epidemias, o estrategias preventivas, búsqueda activa de casos	EBAIS	ATAP			
Llenado de fichas de investigación epidemiológica		EBAIS Equipo de apoyo	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Llenado de formularios de información epidemiológica Indicaciones de manejo ambulatorio básico de enfermedades prevalentes		EBAIS EA	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo EBAIS	Equipo de apoyo EBAIS	
Identificación y toma de muestra a sintomáticos respiratorios – sospechosos de Malaria	Vigilancia y búsqueda activa	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Encuestas epidemiológicas Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular	Según perfil epidemiológico y programación local	EBAIS	ATAP	EBAIS	EBAIS	
Monitoreos Rápidos de Cobertura de vacunación		EBAIS	ATAP			
		Equipo de apoyo	Equipo de apoyo ATAP	Equipo de apoyo	Equipo de apoyo	
Referencia	En caso necesario	EBAIS	ATAP	EBAIS		
Llenado de referencia	A todas las referencias	EBAIS		Equipo de apoyo		
Contrarreferencia		Equipo de apoyo				

Fuente: Normas de Atención Integral de Salud para el primer nivel de atención, CCSS, Ministerio de Salud, 1995. Lineamiento Operativo para la Organización Funcional de la Red de Vigilancia Epidemiológico. CCSS, 2015. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, segunda encuesta, CCSS, 2014. “implementación de la prueba de diagnóstico rápido para Malaria y toma de gota gruesa”, Presidencia de la República, Ministerio de Salud, 2019.

El profesional de enfermería coordinador del equipo, tendrá la responsabilidad de mantener una biblioteca física o virtual con las normas actualizadas para cada uno de los programas de atención integral a las personas según escenario para el I nivel de atención, en los que su participación o la de los ATAP esté descrita; además deberá establecer los mecanismos para que los ATAP tengan acceso a esta. Con la misma oportunidad deben actualizarse periódicamente en los lineamientos institucionales relacionados con la pertinencia en la atención de poblaciones con necesidades específicas como lo son los grupos indígenas, observando el apego del proceso al respeto de los derechos y la cultura.

Es responsabilidad de este profesional, supervisar que tanto la planificación como la ejecución de las intervenciones de los ATAP en los diferentes escenarios, contemplen las

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 64 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

actividades básicas descritas en esta sección, así mismo, mantener actualizadas las referencias para la inducción y capacitación continua de los ATAP; de la misma forma promover en el equipo de trabajo la implementación de estándares de buen trato, calidez, humanismo, respeto a la diversidad cultural, de género, entre otros, en todas las actividades que se desarrollan.

3. Organización Funcional: Elementos operativos en la Gestión de la Atención Primaria en Salud para profesionales de Enfermería y ATAP del I nivel de atención de la CCSS.

Una vez revisados los aspectos técnicos que conciernen a la estrategia de atención primaria, se procede a operativizar las actividades que ejecutan tanto los ATAP como los profesionales de enfermería en el desarrollo de sus funciones.

3.1. Procesos de trabajo del profesional de enfermería a cargo del programa.

El profesional de enfermería que coordina el equipo tendrá bajo su responsabilidad los procesos de atención primaria en relación con las cuatro áreas de su quehacer: atención directa, administración, docencia e investigación. Este profesional estará bajo la supervisión de la Jefatura del servicio de Enfermería del Área de Salud, CAIS y clínicas a nivel local y recibirá a su vez supervisión técnica del profesional de enfermería a cargo de la estrategia de atención primaria en el nivel regional.

3.1.1 Funciones administrativas.

El profesional de enfermería que coordina el equipo de atención primaria en el primer nivel de atención aplica cada una de las etapas del proceso administrativo (planificación, organización, integración, dirección y control). Requiere realizar una serie de acciones, procurando un desempeño armónico y estable hacia el logro de los objetivos del servicio para la gestión del cuidado de las personas, familia y comunidad con calidad, calidez y libre de riesgos.

Entre funciones y responsabilidades administrativas se enumeran:

- Participa en la elaboración o actualización del diagnóstico situacional de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) del servicio según los resultados de las supervisiones.
- Realiza plan anual de trabajo, en el cual se incluyan los procesos de docencia, supervisión, seguimiento y control de las labores que realiza el personal a cargo en los diferentes escenarios, así como la satisfacción del usuario, alineado con el plan general de enfermería en el establecimiento.
- Consolida y supervisa la programación diaria y anual del personal ATAP a su cargo y monitorea su cumplimiento según indicadores del programa.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 65 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

- Colabora con la elaboración del Plan Presupuesto, mediante el planteamiento en el año previo a su ejecución, así como con el monitoreo y modificación de las metas que conciernen al programa de visita domiciliar en el periodo correspondiente.
- Contribuye al desarrollo de estrategias para el logro de metas y aumento de cobertura de las actividades desarrolladas por el ATAP en los diferentes escenarios.
- Interviene en la resolución de los incidentes detectados o comunicados; si están fuera de su alcance, los eleva al nivel jerárquico correspondiente.
- Asume las responsabilidades afines al cargo por delegación de la jefatura de Enfermería.
- Planifica las metas de supervisión del personal en su área de desempeño, mediante instrumentos institucionales oficiales y conserva las evidencias correspondientes.
- Identifica y planifica el seguimiento de las oportunidades de mejora producto de las supervisiones del personal a cargo tanto individualmente como para el servicio.
- Identifica las necesidades de material y equipo para la ejecución de las funciones y vigila la conservación y uso adecuado estos por el personal a cargo, en cuanto a prácticas y gestiones administrativas.
 - Vehículos y accesorios para la seguridad del conductor y para transporte de materiales.
 - Insumos y trámites para el mantenimiento y aseo del vehículo.
 - Gestión de trámites para permisos de conducir de los funcionarios con vehículo asignado.
 - Gestión para revisión técnica vehicular de los vehículos a cargo.
 - Espacio físico para tareas administrativas en la sede de trabajo.
 - Materiales y mobiliario de oficina.
 - Computadora y accesorios, para SIFF web.
 - Conectividad a internet institucional.
 - Dispositivo móvil con conectividad y accesorios, para SIFF móvil.
 - Herramientas tecnológicas para comunicación con usuarios.
 - Unidades de protección ininterrumpida (UPS).
 - Equipo y material médico y accesorios (Estetoscopio, esfigmomanómetro, brazaletes, glucómetro, tiras reactivas, recipientes para toma de muestras de esputo, pruebas rápidas de diagnóstico de malaria, termómetros, jeringas, agujas hipodérmicas, guantes estériles).
 - Termómetros digitales para medición de temperatura de termos y cajas frías. (Uso exclusivo de supervisor).
 - Material de protección personal (mascarillas, bloqueador solar, repelente de mosquitos, sombrero de ala ancha o gorra con cobertor en el cuello y mangas con protección solar, paraguas, capa, botas de hule) según contexto local.
 - Maletín ergonómico.
 - Recipientes para punzocortantes.
 - Bolsas para el descarte desechos comunes y peligrosos.



- Hielera para el transporte de vacunas
- Formularios institucionales para el registro de información.
- Cartillas para medición de agudeza visual y auditiva.
- Otras según diagnóstico local.
- Participa en la actualización de procedimientos locales Técnico - administrativos del departamento de enfermería.
- Mantiene su atención en el cumplimiento de principios y valores éticos por el personal a su cargo.
- Establece estrategias efectivas de comunicación con el personal a cargo.
- Propicia un ambiente organizacional saludable para favorecer la productividad y las relaciones interpersonales armoniosas y mantiene las normas disciplinarias e interés por el trabajo.
- Planifica la atención de enfermería al usuario interno y externo según necesidades o problemas de salud identificados.
- Participa en la evaluación de los estándares e indicadores de la calidad de los servicios de Enfermería y áreas de salud.
- Participa en la toma de decisiones que conciernen a Enfermería a lo interno del servicio y como parte del equipo de apoyo.
- Elabora y recibe informes de situaciones relevantes propias del servicio destacando las intervenciones de enfermería y ATAP realizadas y las coordinaciones requeridas.
- Consolida el informe estadístico mensual y lo envía a REDES en los primeros 5 días hábiles de cada mes.
- Realiza coordinaciones internas institucionales (equipo de apoyo, EBAS, Administración, Red de servicios, entre otras) y externas (actores sociales, instituciones, organizaciones no gubernamentales ONG, líderes comunales o religiosos) requeridas para la ejecución de las actividades planificadas o para abordar problemas o necesidades identificadas por el equipo de trabajo en los diferentes escenarios promoviendo la participación social.
- Gestiona el recurso humano a su cargo en coordinación con la Jefatura de Enfermería, realizando distribución del trabajo, notifica el ausentismo y ejecute las contingencias necesarias para dar continuidad al servicio.
- Planifica y direcciona las reuniones internas del servicio ordinarias o extraordinarias según necesidades.
- Participa activamente en las sesiones convocadas por la Jefatura de enfermería de la unidad, o convocadas por la Dirección General, equipo de apoyo o por el nivel regional, afines a su proceso.
- Planifica la inducción al nuevo funcionario, así como el acompañamiento al ATAP del contingente regular durante la ejecución de sus actividades en los diferentes escenarios según necesidad, apoyando en el mejoramiento de la calidad en el desempeño, conservando las evidencias correspondientes.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 67 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Implementa actividades de control del gasto de las vacunas asignadas al servicio, así como de los elementos de conservación y mantenimiento de la cadena de frío, incluyendo la elaboración de roles, registros y archivos de evidencias.
- Elabora las micro planificaciones locales para vacunaciones extraordinarias, en coordinación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) local, identificando el recurso humano requerido para las metas propuestas y la mayor eficiencia en su ejecución según escenario.
- Mantiene actualizado el inventario de activos del servicio, incluyendo del estado y mantenimientos de los vehículos asignado, como actividad de control.
- Conserva una bitácora del servicio, en un libro de actas formal, registrado anualmente, en el que se monitorearán las incidencias, gestiones propias de la coordinación del servicio, y observaciones relevantes al desempeño de los ATAP a su cargo que le sirvan de insumo para completar el instrumento de supervisión correspondiente al periodo.

3.1.2 Gestión de Riesgos laborales del ATAP.

Entre las funciones administrativas, se enumeran acciones específicas para la gestión local de los riesgos laborales del equipo de trabajo conformado por el profesional de enfermería y los ATAP en cada unidad, que deben ser planificadas y monitoreadas en el establecimiento por el equipo local designado por la Dirección Médica, integrado por la Jefatura de enfermería de la unidad, el profesional encargado de salud ocupacional y el médico de Atención Integral al Trabajador.

En el nivel regional, la supervisión de esta gestión estará a cargo de un equipo integrado por el Supervisor Regional de Enfermería, Coordinador Regional ATAP y Supervisor Regional de Salud Ocupacional, según se estableció en oficio DRSS-CON-GR-189-2022 / GM-DDSS-1215-2022 / DBL-ASO-0246-2022.

Los riesgos señalados en el “Informe de identificación y evaluación de riesgos laborales, asistentes técnicos de atención primaria” comunicados por la Gerencia Administrativa, Dirección de Bienestar Laboral, Área de Salud Ocupacional, en el año 2018, se enumeran a continuación, junto con las medidas a implementar:

- Instar a los profesionales de enfermería de atención primaria coordinadores de los ATAP en cada centro de trabajo, para que realicen una revisión de la programación de las actividades propias de la visita domiciliar, a fin de generar una mejor organización del trabajo, que incluya los materiales que se deben transportar. Si es necesario modificar los procesos de trabajo.
 - Tanto la programación como la ejecución de las actividades del ATAP deben ser supervisadas por el profesional de enfermería. El control de que esas supervisiones se ejecuten se realizará mediante herramientas avaladas por



Gerencia Médica vía oficio GM-4771-2022. Las metas de supervisiones a ejecutar deben ser establecidas con periodicidad anual. Es responsabilidad de la Jefatura de enfermería de la unidad, supervisar al profesional de enfermería coordinador de ATAP.

- Proveer de equipos digitales en sustitución de las fichas familiares, con su debida capacitación, a fin de facilitar la recolección de la información durante las visitas domiciliarias, y a la vez permitan disminuir las cargas (peso), en el maletín.
 - El SIFF móvil está en operación en todos los establecimientos del país, con excepción de algunos establecimientos administrados por contratos por terceros. Con los dispositivos móviles, se omite el transporte de las fichas físicas al campo. Es necesario realizar las gestiones correspondientes para que desde las DRIPSS se vele por la continuidad del servicio brindado mediante el SIFF Móvil, considerando que la administración activa de cada área de salud, de requerirse, contemple en su Plan Presupuesto entre otros aspectos: materiales, equipos para la atención en salud, previsiones por costo de servicios e insumos para que los equipos de Atención Primaria (Profesionales y ATAP) realicen su labor en el campo según se indicó en el oficio DRSS-TS-0044-2021 del 24 de mayo 2021, apoyados en el diagnóstico de necesidades de tabletas consolidado por la Dirección de Red de Servicios de Salud y comunicado vía oficio DRSS-GR-0359-2022 del 02 de mayo de 2022.
- Toda persona trabajadora de la institución, en este caso el profesional de enfermería y los ATAP tienen dentro de sus obligaciones como trabajadores de someterse a las evaluaciones médicas que el patrono les señale, en cumplimiento con el artículo 66 de la Normativa de Relaciones Laborales; por lo que la jefatura inmediata debe ser garante de que sus personas trabajadoras se realicen el chequeo médico anual por parte del médico de Atención Integral a los Trabajadores, como parte de la vigilancia de la salud laboral. En este control anual es importante el chequeo visual ya que se ha presentado un cambio sustancial en el quehacer de este equipo de trabajo mostrando un aumento en el trabajo con pantallas de visualización de datos.
 - Desde la Jefatura de Enfermería se realicen las gestiones necesarias para que el Médico de Atención Integral a los trabajadores (AIT) o un médico de la unidad en quien se delegue esta actividad por parte de la Dirección médica, agende el control respectivo anualmente para cada uno de los ATAP de la unidad y para el profesional de enfermería del equipo, y se informe sobre el cumplimiento de estos por parte de los funcionarios.
 - Que la Dirección médica del establecimiento solicite al médico de AIT de la unidad, o al médico que realizó la valoración anual por designación, que además del examen clínico completo, se incluyan en sus valoraciones análisis individuales de conductas, hábitos, exposiciones de riesgo laborales o personales que puedan asociarse a problemas de salud presentes o potenciales y alertar a las jefaturas (Enfermería, Dirección Médica, la comisión

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 69 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>


local y oficina de salud ocupacional, así como al supervisor regional de salud ocupacional) cuando amerite planes de seguimiento o medidas correctivas individuales o colectivas en este grupo laboral.

- Las jefaturas de enfermería de cada centro propiciarán la implementación de estrategias relacionadas con estilos de vida saludables, además, otras actividades como práctica de ejercicio físico, manejo del estrés, sueño saludable, charlas de nutrición donde se brinden estrategias que faciliten el consumo de meriendas saludables durante las visitas domiciliarias, ingesta de agua, entre otros.
 - Que las jefaturas de enfermería de cada centro elaboren un plan educativo, con sesiones mensuales de mínimo 2 horas, en donde los ATAP reciban a lo largo del programa los contenidos indicados para esta línea de actuación y las demás que requieran capacitación, mediante modalidades innovadoras, sea mediante sesiones presenciales facilitadas por el profesional de enfermería, o por profesionales o técnicos de otras disciplinas de la unidad o externos, (Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Trabajadores sociales, Educadores Físicos, Odontólogos), o bien mediante métodos alternativos como información escrita o digital, dejando evidencia de la participación o entrega de las mismas a los funcionarios.
 - Que las Jefaturas de Enfermería, realicen comunicados formales a los ATAP recomendando la ingesta de agua, llevando al campo una botella que puede ser rellenada en las viviendas que visita y además promover llevar consigo al campo meriendas saludables (proporcionar ejemplos de conformación), permitiendo que en sus desplazamientos puedan tomarse el tiempo estipulado por la normativa de relaciones laborales vigente, para que puedan hacer su respectiva ingesta.
 - Que la Dirección Médica del establecimiento una vez que reciba el plan realizado por la jefatura de enfermería, solicite formalmente a las disciplinas existentes en la unidad facilitar el apoyo requerido para desarrollar los contenidos educativos del plan.
- La Coordinación Nacional de Enfermería y la Dirección de Enfermería de cada área de trabajo, proveerá al personal ocupacionalmente expuesto a estrés térmico, de las condiciones óptimas tal como lo dicta el Decreto N° 39147 S-TSS “Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor”, del Consejo de Salud Ocupacional. Dicho decreto menciona cinco aspectos básicos: Hidratación, Sombra, Elementos de Protección Personal, Descanso (tiempos en los que la persona trabajadora disminuye su actividad física) y Capacitación (Adaptar temas de capacitación a las condiciones específicas del lugar de trabajo).
- Instar a las jefaturas inmediatas (directores médicos y de enfermería) de cada área de trabajo para que, provean a la población ocupacionalmente expuesta del equipo de protección requerido en cada caso, tal como lo indica el Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 70 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

calor, el cual establece: “proporcionar sombrero de ala ancha o gorra con cobertor en el cuello y mangas a trabajadores expuestos directamente al sol, usar protector solar”. De igual manera, apegado al artículo 64 de la Normativa de Relaciones Laborales: “Educar a la población trabajadora sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado del equipo de protección personal”.

- Que la Jefatura de Enfermería en la unidad implemente los controles requeridos para que:
- Se mantenga un inventario de los insumos señalados, actualizado al menos con periodicidad trimestral, de la disponibilidad y estado de los accesorios de cada uno de los ATAP: sombrero de ala ancha o gorra con cobertor en el cuello y mangas con protección solar.
- Se gestione el presupuesto y proceso de compra de los accesorios indicados, incluyendo contingencias por deterioro o pérdida debidamente documentadas.
- Se supervise el uso efectivo y adecuado de los accesorios por los funcionarios ATAP cuando estén en el campo.
- Se levante un acta firmada por el supervisor y el funcionario cuando estos no desean usar los accesorios, archivándola en el expediente del funcionario e informando lo correspondiente al médico de AIT para efectos del historial clínico y de exposiciones.
- Se gestione con el médico de AIT de la unidad, la prescripción del protector solar disponible en la unidad, y de acuerdo con la exposición individual de cada funcionario establecida por el médico de AIT durante la entrevista, establecer las cantidades, grado de protección y periodicidad de la aplicación. En los casos que el funcionario manifieste algún efecto adverso debido al producto prescrito, este deberá consultar con el médico de AIT y notificar el evento correspondiente a Farmacia según los mecanismos establecidos. Si la farmacia del establecimiento no puede proveerle de otro producto, la jefatura de enfermería gestionará la solicitud de compra del protector solar a la administración, procediendo con la misma si esta es aprobada por esa instancia.
- La jefatura de enfermería incluirá en el plan educativo para el ATAP, al menos una sesión de capacitación y sensibilización sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado del equipo de protección personal y prevención de problemas de salud asociados al estrés térmico. Esta capacitación debe ser impartida por el coordinador local de salud ocupacional o el médico de AIT.
- En coordinación con la Dirección Médica, y la jefatura de enfermería, el coordinador local de salud ocupacional, el médico de AIT, se conforme un equipo técnico que analice el mapeo de lugares de descanso donde el ATAP que ha salido al campo, pueda tomar un descanso de 30 minutos durante su jornada, según las localidades que visita. Este tiempo no será el mismo requerido para alimentación. En casos excepcionales valorados por el

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 71 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

profesional de enfermería, se le permitirá al ATAP al regresar al establecimiento, realizar un cambio de ropa con una conformación similar a la del uniforme (en cuanto a color y tipo de prenda), cuando por motivos de inclemencias del tiempo u otros factores asociados a la labor, su uniforme se ha ensuciado, sudado excesivamente, mojado con la lluvia u otras posibles razones que ameriten un cambio.

- Aplicar el Lineamiento para Minimizar y Controlar la Violencia Externa en la Ejecución del trabajo, emitido por el Consejo de Salud Ocupacional, en directriz N° CSO-004-2018.
 - Las Jefaturas de Enfermería y las Direcciones médicas pondrán a disposición del personal ATAP y de los encargados de salud ocupacional en las unidades el Lineamiento indicado, el cual es de acatamiento obligatorio para el sector público.
 - La Dirección Médica del establecimiento solicitará a al encargado de salud ocupacional, el médico de AIT, la jefatura de enfermería y el profesional de enfermería coordinador de ATAP, que se desarrolle de un plan de implementación del lineamiento que incluya al menos:
 - Caracterización del contexto y riesgo de violencia social al que están expuestos los ATAP en el espacio población correspondiente a su área de salud.
 - Medidas obligatorias de seguridad requeridas en cada contexto.
 - Procedimientos de ejecución y seguimiento, en caso de sufrir algún tipo de violencia externa.
 - Planificación del seguimiento y evaluación periódica al plan local.
- La jefatura inmediata coordinará con la Comisión de Salud Ocupacional u Oficina de Salud Ocupacional y otros grupos de cada Área de Salud, un programa educativo específico para los ATAP que involucre temas concernientes a su quehacer, el cual debe contemplar ejes temáticos básicos, como lo son:
 - ✓ Técnicas de Comunicación.
 - ✓ Resolución y manejo de conflictos.
 - ✓ Técnicas para controlar la ira y la agresividad.
 - ✓ Prevención de la violencia externa e interna.
 - ✓ Trato al cliente.
 - ✓ Inteligencias múltiples.
 - ✓ Técnicas para desarrollar la Inteligencia emocional.
 - ✓ Prevención de consumo de sustancias psicoactivas.
 - ✓ Salud financiera.
 - ✓ Estilos de vida activos y saludables.
 - ✓ Prevención del cáncer de piel.
 - ✓ Autocuidado.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 72 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Las Jefaturas de enfermería en el plan educativo indicado para esta y otras línea de actuación, deberán programar los ejes temáticos señalados, y coordinar con los recursos que ofrecen disciplinas de la misma unidad, de otros establecimientos, de la DRIPSS correspondientes o del nivel institucional, en departamentos como Recursos Humanos, comisiones como GAT, GEVI, Promoción de la salud, disciplinas como Psicología, Trabajo Social, entre otros, para que les den apoyo en el desarrollo y ejecución de los contenidos educativos. Para ello el director del Centro médico, deberá apoyarle en lo necesario para gestionar estos recursos.
- Estos contenidos son fundamentales para la función del ATAP en el Primer nivel de atención, y su rol de multiplicadores de estas habilidades en los escenarios en que se desempeña.
- En concordancia con el artículo 282 del Código de Trabajo, la jefatura inmediata, las Direcciones de los Centros de Trabajo y la Coordinación de Enfermería, deben unir esfuerzos para ocuparse de forma prioritaria de los riesgos, cuya estimación de riesgo haya calificado como importante o intolerable, de acuerdo con la metodología presentada en este documento.

Lo anterior, con la finalidad de proteger la salud laboral de sus personas trabajadoras. De igual forma atender los riesgos moderados y tolerables.

- ✓ Sobre esfuerzos
- ✓ Posturas incómodas
- ✓ Movimientos repetitivos
- ✓ Manejo de cargas (termo con vacunas y maletín, en algunos casos balanza)
- ✓ Espacio insuficiente en las instalaciones y mobiliario inadecuado
- ✓ Uso de maletín y termo de vacunas, accidentes de tránsito por vehículos en mal estado.
- ✓ Presencia de objetos punzocortantes.
- ✓ Cambios drásticos de temperaturas y humedad.
- ✓ Instalaciones en mal estado.
- ✓ Organización del trabajo, les responsabilizan labores administrativas.
 - Los riesgos enumerados son los identificados por el informe de marras como importantes o intolerables, sin embargo, obedecen a un ejercicio de grupo focal de varios años de haber sido ejecutado y con baja representatividad. Por tal razón, la dirección médica del establecimiento solicitará al equipo técnico indicado para otras líneas de actuación de este informe (Director médico, la jefatura de enfermería, encargado de salud ocupacional, el médico de AIT, y el profesional de enfermería coordinador de ATAP) la elaboración de un análisis local de estos riesgos y otros enumerados en el informe, para identificar cuáles son importantes o intolerables en el área de salud, este

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 73 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

ejercicio puede realizarse replicando la metodología empleada para la elaboración de este informe u otra de acuerdo a los recursos y experiencia locales, pero debe ser descrito en el informe que contó con la participación de los ATAP en la recolección de la información. Una vez identificados, deben planificarse las medidas locales de gestión de los riesgos, con el correspondiente aval de la dirección y administración del establecimiento, para avalar los recursos requeridos.

- Se considere en este apartado la gestión y configuración del equipo de protección personal que debe usar el ATAP según el método de transporte que utiliza para su labor: bicicleta, motocicleta, cuatriciclo, lancha, panga o canoa, semovientes, entre otros.

Nota: La gestión de los riesgos abordada en este apartado al relacionarse con la labor de campo que realizan los ATAP, aplica de igual forma para los profesionales de enfermería, cuando para las actividades de supervisión o acompañamiento a los ATAP, deben desplazarse a los diferentes escenarios fuera de los establecimientos de salud.

3.1.3 Función Técnica del Profesional de enfermería del PNA

La función técnica del profesional de enfermería en el PNA, está relacionada al conjunto de conocimientos y destrezas para aplicar los métodos, procesos y procedimientos, haciendo uso de técnicas específicas que permiten proporcionar al usuario un cuidado integral, seguro, con calidad y calidez. Comprende, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- Ejecuta el plan de supervisión del personal a cargo y monitorea el cumplimiento de las metas de supervisión.
- Proporciona atención a las personas en los diferentes escenarios por referencia realizada por el ATAP o en la ejecución de planes de seguimiento de personas o grupos de riesgo y promueve esfuerzos cooperativos con el equipo de salud.
- Promueve la creatividad e innovación con el fin de mejorar la seguridad, calidad y calidez en la atención de Enfermería en los diferentes escenarios.
- Observa la aplicación correcta de técnicas y procedimientos de Enfermería en la atención al usuario, tanto en su propio quehacer como en el del personal a su cargo.
- Supervisa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en las atenciones que ofrece el personal a cargo al usuario en los diferentes escenarios.
- Verifica que el usuario reciba la atención del ATAP en los diferentes escenarios planificada con base en sus necesidades propias de su rango de edad, sexo o condición según la normativa vigente.
- Ejecuta ejercicios de medición de la satisfacción del usuario respecto al servicio recibido por los ATAP.
- Evalúa la calidad de los registros físicos o digitales utilizados por el ATAP en los diferentes escenarios.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 74 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>


- Orienta y supervisa al personal sobre manejo y cuidados de equipo especial para la atención del usuario en los diferentes escenarios.
- Participa en la atención y seguimiento de usuarios de alto riesgo o en los diferentes programas y escenarios (domiciliar, laboral, escolar, comunal y establecimiento de salud).
- Supervisa la correcta aplicación de prescripciones médicas, vacunas y otros.
- Supervisa los vacunatorios que estén a cargo de un ATAP según instrumentos y normativa emitida por el PAI y la Sub-Área de Vigilancia epidemiológica.
- Proporciona atención directa al usuario, familia y comunidad en situaciones especiales, a fin de solucionar problemas identificados y para la toma de decisiones que favorezcan el mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud, realizando un registro de las acciones realizadas en los sistemas institucionales.
- Orienta al personal a cargo tanto en lo referente a las acciones de campo a realizar para la investigación de casos y contactos, factores o condiciones de riesgo, necesidades de salud; como en las medidas de protección personal, a considerar frente a eventos de importancia epidemiológica, según protocolos oficiales.

Entre los casos que el ATAP identifica en sus intervenciones en los diferentes escenarios, principalmente el domiciliario, que deben ser considerados para un seguimiento por el profesional de enfermería se mencionan:

- Personas con tuberculosis y sus contactos.
- Adultos mayores que viven solos y no se les identifica una red de apoyo.
- Personas con enfermedad de Hansen y sus contactos.
- Personas con obesidad mórbida, inmunosupresión, padecimientos crónicos descompensados o sin control.
- Personas no vacunadas, o con dudas referentes a la vacunación.
- Embarazadas que abandonan o no tienen control prenatal.
- Niños menores de dos años que abandonan o no tienen control de crecimiento y desarrollo.
- Familias con criterios de riesgo según percepción del ATAP (Hacinamiento, abandono, violencia).
- Otros: se refiere a aquellos casos que el profesional de enfermería considere pertinente o que hayan sido referidos para la continuidad en la gestión del cuidado en red de Enfermería.

3.1.4 Función educativa del profesional de enfermería del PNA.

La estrategia de visita domiciliar en el primer nivel de atención, al tener como pilares de su quehacer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, requieren de un proceso de capacitación continua de los integrantes de sus equipos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 75 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

En el equipo de enfermería – ATAP, el profesional de enfermería es el llamado a direccionar este proceso. Entre las funciones específicas a esta área del quehacer se enumeran:


- Elaboración de un diagnóstico de necesidades de capacitación y educación continua del ATAP, considerando las normas de atención integral a las personas, la gestión de los riesgos laborales del ATAP, y contenidos específicos según el espacio población asignado.
- Planificación y ejecución del programa anual de actividades educativas según los lineamientos institucionales, conservando las evidencias requeridas.
- Diseña el programa de inducción y reinducción del personal.
- Participa, con el responsable de educación en servicio y otras jefaturas, en la elaboración, divulgación y socialización de manuales, protocolos y otros documentos.
- Asiste y promueve la participación en seminarios, congresos, foros.
- Participa en el desarrollo de programas educativos comunitarios.
- Planifica, ejecuta y evalúa los procesos educativos en grupos específicos de usuarios, familia y comunidad en coordinación con otras instancias gubernamentales, municipalidad, actores sociales y otras organizaciones no gubernamentales.
- Promueve y participa en la presentación y evaluación de casos clínicos de morbilidad y mortalidad materna e infantil, entre otros.
- Vigila que el personal capacitado en temas específicos reproduzca los conocimientos al resto de los miembros del equipo.
- Participa con el equipo interdisciplinario en acciones educativas a personas o grupos que lo ameriten, según criterio técnico o normativas institucionales.

3.1.5 Función en el área de investigación del profesional de Enfermería del PNA.

El profesional del enfermería, coordinador del equipo de atención primaria en el primer nivel de atención, tiene un rol protagonista en el proceso de ejecución de la “Metodología para la Identificación de Necesidades de Salud de la Población” cuya fuente principal de información es la recopilada por el ATAP en las visitas domiciliarias y registrada en el SIFF y otros aplicativos del EDUS, y constituye un insumo de primer orden para la planificación de los Servicios de Salud.

Dada la relevancia de esta información, la calidad de la ejecución de las visitas, la pericia del ATAP para explorar variables clave para identificar necesidades y problemas de salud en el individuo, familia y comunidad; así como, la calidad con que los datos se registran en los sistemas de información es parte crucial del proceso de investigación y la supervisión de enfermería a estos elementos es igual de importante.

De igual forma la función de investigación, el profesional de enfermería la implementaría en el ámbito epidemiológico, en investigaciones de campo de enfermedades de baja incidencia como las inmunoprevenibles, enfermedades endémicas en caso de brotes o epidemias, en

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 76 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

eventos relacionados con indicadores de salud como la mortalidad materna e infantil, y en el caso de programas como el de inmunizaciones, en actividades como eventos supuestamente atribuibles a vacunas o inmunizaciones (ESAVIS), errores programáticos, monitoreos rápidos de cobertura, fallas en la conservación de la cadena de frío con la consecuente exposición de biológicos, entre otros o el programa de tuberculosis en caso de abandonos al tratamiento, fracasos o multi resistencia de acuerdo con la organización en los casos que el profesional de enfermería forme parte de la Comisión local de Vigilancia epidemiológica (COLOVE) o bien si no es así cuando esta por particularidades de los eventos solicite el apoyo del equipo de atención primaria.

En caso de emergencias y desastres, la organización del recurso humano ATAP, para la recolección de información clave para la toma de decisiones en lo que respecta a servicios de salud, es otro ámbito en el que las tareas en investigación del profesional de enfermería se implementan.

Para cada uno de estos productos el profesional trabajará en coordinación con el equipo multidisciplinario local o regional, según proceso o evento a investigar, y elaborará informes parciales o finales, según sea requerido, los cuales conservará como evidencia.

3.2. Descripción de la organización funcional: Procesos de trabajo del equipo de Atención Primaria (Enfermería – ATAP)

El profesional de enfermería realizará una programación anual de las actividades a desarrollar por los ATAP en los escenarios de atención de salud por delegación, según su capacidad instalada de recurso humano, equipamiento e insumos y haciendo uso de la herramienta descrita en este manual para la programación de actividades del ATAP.

El profesional de enfermería implementará los mecanismos de control necesarios para la revisión y ejecución diaria de las actividades programadas por los ATAP. En caso de que se efectúe un cambio en lo programado, este debe ser justificado por escrito por el ATAP y con autorización profesional de enfermería coordinador del equipo o la dirección de enfermería. Las modificaciones deben realizarse en la herramienta de programación de cada ATAP y de igual forma en la consolidada del área de salud.

En la primera hora de la jornada laboral diariamente el ATAP deberá realizar el procedimiento de preparación de las hieleras y cuerpos fríos para transportar vacunas al campo, conservando la cadena de frío y la seguridad del biológico, implementando los métodos

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 77 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

definidos localmente en cuanto a registros de información y control del gasto, actividad obligatoria en el contexto de minimizar las oportunidades perdidas de vacunación.

Al final de la jornada diaria el ATAP deberá realizar el descarte de desechos, aseo terminal de lo utilizado y la preparación de insumos, materiales y equipo requerido para la ejecución de las actividades para el siguiente día según el escenario programado (laboral, educativo, domiciliario, comunal o establecimiento de salud).

El ATAP deberá salir al campo desde su establecimiento sede, finalizada la primera hora del inicio de su jornada, (considerando horarios ordinarios o modificados según estrategias locales) antes de salir, deberá completar el registro de desplazamiento, de manera que en su puesto de trabajo quede información sobre las ubicaciones en que se encontrará durante el tiempo que esté fuera del establecimiento.

El tiempo desde la salida del ATAP del establecimiento hasta su regreso debe ser mínimo de 5 horas, incluyendo tiempo de descanso en los sitios establecidos por el equipo técnico que analiza localmente los riesgos laborales del ATAP, si éste ha sido definido para tomarse durante la jornada en el campo y no al regreso al establecimiento, y el tiempo de alimentación para meriendas saludables, lo cual debe considerar para planificar su recorrido y el número de visitas o actividades a realizar.

Las actividades que se realicen en el escenario domiciliario deberán ser registradas en el SIFF móvil. En los casos debidamente justificados en que los ATAP no pueden desplazarse a este escenario con los dispositivos móviles, utilizará los formularios físicos de contingencia, cuya información será ingresada al SIFF web o móvil al retornar a su sede.

Las actividades que se realicen en otros escenarios diferentes al domiciliario deberán ser registrados en los formularios y herramientas definidas en este manual para este fin.

La planificación de visitas y programación de recorridos (conformación y descarga de paquetes para SIFF móvil) debe realizarse por el ATAP diariamente el día previo a la visita, o alternativamente en periodos de hasta una semana previos a la que se ejecutarán las visitas.

Siguiendo indicaciones del profesional de enfermería a cargo del programa, el ATAP deberá implementar las actualizaciones de Software del SIFF web o móvil que se hayan socializado por el componente EDUS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 78 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

El ATAP debe reportar oportunamente los incidentes ocurridos durante su jornada laboral, relacionados con el sistema de información, uniforme, vehículos, insumos, materiales, equipos, procedimientos realizados, errores programáticos entre otros, que requieren una instrucción o gestión del profesional de enfermería coordinador del equipo, en cuanto a las contingencias a implementar.

La participación del ATAP en reuniones, actividades educativas, gestiones administrativas, deben estar programadas en la herramienta correspondiente, en caso de actividades incidentales deben ser coordinadas con el profesional de enfermería a cargo para su respectiva autorización y la modificación respectiva de la programación.

Tanto el profesional de enfermería como los ATAP deben acatar las recomendaciones recibidas para gestionar los riesgos laborales, en cuanto a prácticas seguras, ergonomía, uso de dispositivos de protección personal, así como cumplir con la valoración médica anual en la consulta de atención integral al trabajador. Deben informar oportunamente sobre incidentes relacionados.

Tanto el profesional de enfermería como los ATAP deben realizar oportunamente los informes estadísticos o reportes especiales de actividades realizadas, en los tiempos establecidos según la organización local y las normativas institucionales.

Con la respectiva inducción y orientación del profesional de enfermería, el ATAP participará en actividades en los diferentes escenarios relacionados con eventos epidemiológicos, como investigaciones de casos, búsquedas activas, vacunaciones extraordinarias, encuestas epidemiológicas, monitoreos de campo, entre otros.

Con la respectiva coordinación y orientación del profesional de enfermería, el ATAP participará en actividades de promoción de la salud en los diferentes escenarios, planificadas por el equipo de atención primaria, el EBAIS o el equipo de apoyo.

El ATAP facilitará al profesional de enfermería a cargo del programa la documentación y evidencias requeridas durante las actividades de supervisión, seguimientos o acompañamientos a su quehacer técnico.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 79 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

EL ATAP participará en las actividades de docencia internas del servicio para la capacitación continúa requeridas para la ejecución de sus labores, sea como receptor o desarrollando temas asignados por el profesional de enfermería según planificación local.

Con la respectiva coordinación y orientación del profesional de enfermería, el ATAP colaborará con la logística requerida para desarrollar actividades en el escenario educativo, comunal o laboral que requieran gestiones previas a la visita.

Tanto el profesional de enfermería como el ATAP realizarán un registro diario de la estadística que no esté automatizada (actividades en otros escenarios diferentes al domiciliario) y consolidará los datos en la herramienta para este fin, haciendo llegar a su coordinación el reporte mensual en los primeros cinco días hábiles de cada mes.

3.2.1 Programación anual de actividades del ATAP (Meta Plan presupuesto).

Las visitas domiciliarias representan la unidad de medida de la producción de los ATAP en el primer nivel de atención, por tanto, es requerido un ejercicio de programación de visitas para el siguiente período de un año y así establecer las metas del servicio en el plan presupuesto.

Se debe considerar para la programación del tiempo contratado de cada ATAP, las siguientes actividades.

- Visita efectiva Presencial.
- Atención efectiva remota con medios alternativos.
- Visita seguimiento Presencial.
- Atención de seguimiento remota (Medios alternativos).
- Trabajo en escenario comunitario.
- Trabajo en escenario educativo.
- Trabajo en escenario laboral (empresas).
- Trabajo en actividades en el establecimiento de salud.
- Reuniones o sesiones de trabajo con EBAIS.
- Reuniones internas del equipo Enfermería ATAP.
- Otras reuniones en establecimiento salud (Comisiones)
- Revisión Técnica Vehicular.
- Permisos o licencias.
- Feriados nacionales o locales.
- Vacaciones.
- Otras

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 80 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Los barridos epidemiológicos, citas o incapacidades no se pueden programar ya que no se cuenta con fechas estimadas puesto que son incidentales. Ante estos imprevistos, el profesional de enfermería de atención primaria debe coordinar con la Jefatura de enfermería del área de salud para realizar las gestiones de personal y administrativas o presupuestarias requeridas para dar continuidad al servicio, la distribución de tareas con el personal disponible, la identificación del personal mejor capacitado para atender los eventos epidemiológicos y la modificación de metas en las programaciones en caso necesario.


3.2.2 Clasificación y registro de las visitas domiciliarias.

De acuerdo con la definición de visita domiciliar incluida en el Marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, todo contacto efectivo del ATAP con los miembros de una familia en una vivienda, será considerada para efectos de producción como una visita domiciliar; así mismo para el análisis de eficiencia, se contabilizarán las visitas no efectivas, las cuales sumadas a las visitas efectivas y de seguimiento representan todos los esfuerzos de la estrategia para hacer contacto con las familias.

Las atenciones “remotas”, serán la metodología para hacer contacto con las familias mediante herramientas tecnológicas institucionales para la comunicación o bien durante la visita de los miembros de las familias a los establecimientos de salud. Las justificantes para que el ATAP implemente esta modalidad serán:

- Cuando por circunstancias epidemiológicas no se pueden realizar visitas presenciales por riesgos durante alertas sanitarias por enfermedades infectocontagiosas, se restrinja la visita domiciliar.
- Cuando por circunstancias climáticas, naturales, sociales, operativas o administrativas, o de salud del funcionario, el ATAP debe permanecer en el establecimiento de salud temporal o permanentemente, justificación que debe quedar consignada en la bitácora del profesional de enfermería en casos esporádicos, o bien por salud ocupacional o atención integral del trabajador en caso de las readaptaciones.
- Cuando se ha imposibilitado hacer contacto con las familias de manera presencial después de más de un intento en un mismo año.

En el caso de los ATAP en plenas capacidades para ejecutar visitas presenciales, programarán las atenciones remotas en el orden de un 20% o menos del total de visitas a ejecutar en el año (dando prioridad al contacto presencial en los domicilios), es decir 20 visitas o menos de cada 100 serán programadas por esta modalidad. El profesional de enfermería de atención primaria del área de salud debe analizar los casos en los cuales, por circunstancias particulares de cada sector, la ejecución supera el 20% programado para atenciones remotas, verificando que la modalidad se implementó por las justificantes señaladas en esta

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 81 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

sección, y anotándolo expresamente en la bitácora del servicio como fuente para las justificaciones a incluir en los cortes de análisis del plan presupuesto.

En los casos de ATAP con readaptación parcial o total de sus funciones, el porcentaje de atenciones a programar por la modalidad remota se analizará según las indicaciones de la certificación de salud ocupacional o atención integral al trabajador emitida para cada funcionario según su condición de salud. El profesional de enfermería les asignará a estos funcionarios, las familias a ser contactadas por esta vía, sea que correspondan a las reportadas como visitas no efectivas por otros ATAP o las correspondientes a sectores descubiertos por inopia de recursos.

Las atenciones remotas serán sujeto de supervisión por el profesional de enfermería, en términos de cantidad y calidad de su ejecución, y todas ellas, independiente de su clasificación deberán ser registradas en el SIFF.

Descrito lo anterior, las visitas domiciliarias se clasifican de la siguiente manera:

- **Visita domiciliar efectiva modalidad presencial:** Es la visita que ejecuta el ATAP en el domicilio a la familia, en la cual se realizan tres o más actividades referentes a las atenciones, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y saneamiento ambiental, planificadas a partir de las características de los miembros que componen el núcleo familiar. Estas a su vez se clasifican según periodicidad en un mismo año:
 - **Primera vez en la vida:** Se refiere a la visita domiciliar que se realiza por primera vez en la vida a las familias en un determinado sector, en la cual se crea una ficha familiar por primera vez.
 - **Primera vez en el año:** Se refiere a la visita domiciliar que se realiza por primera vez en el año a las familias en un determinado sector, en la cual se actualiza la ficha familiar.
 - **Visita domiciliar efectiva subsecuente:** Se refiere a la visita domiciliar según prioridad que se realiza a las familias en un determinado sector por segunda o más veces en el año.
- **Atención efectiva modalidad remota:** Es la que ejecuta el ATAP mediante el uso de herramientas tecnológicas de comunicación o llamadas telefónicas o bien mediante interacción con uno o más miembros en un escenario distinto al domiciliario, por ejemplo el establecimiento de salud, para las cuales se hace una planificación previa de la visita, y su ejecución, contempla actividades como: actualización de datos demográficos y de condición de salud, del núcleo familiar y cada uno de sus miembros, registro de la información en el SIFF, identificación de situaciones de riesgo, referencia a los servicios de apoyo según corresponda, educación al usuario



en aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y diseño de plan de seguimiento. Estas a su vez se clasifican según periodicidad en un mismo año:

- Primera vez en el año: Se refiere a la visita domiciliar que se realiza por primera vez en el año a las familias en un determinado sector, en la cual se actualiza la ficha familiar.
- Atención efectiva subsecuente: Se refiere a la visita domiciliar según prioridad que se realiza a las familias en un determinado sector por segunda o más veces en el año.

Nota: En todos los casos, parte del plan de seguimiento debe incluir la programación de una visita presencial en acuerdo con el miembro contactado en el núcleo familiar, para complementar la información recopilada y adicionar datos como la georreferenciación.

- Visitas de seguimiento modalidad presencial: En estas visitas el ATAP realiza menos tres actividades, la visita se ejecuta de manera planificada o incidental y se clasificarán según el objetivo y no según la periodicidad, ni el riesgo familiar como en las efectivas. Los tipos de descripción de la visita domiciliar de seguimiento serán:
 - Investigación de campo: en eventos de importancia epidemiológica según Reglamento de Vigilancia de Salud del Ministerio de Salud. El ATAP colaborará con el equipo de salud en la aplicación de fichas de investigación epidemiológica de campo en los diferentes escenarios.
 - Búsqueda de casos: este tipo de actividad se realiza en los casos en los que la enfermedad se transmite de persona a persona mediante el contacto íntimo o muy cercano. Esta actividad se desarrolla en los denominados barridos epidemiológicos, búsqueda de contactos, en coordinación con la comisión local de vigilancia epidemiológica, el equipo de salud y enfermera(o) general del programa de visita en los diferentes escenarios a cargo.
 - Supervisión de tratamientos: en el caso de la tuberculosis, DOTS/TAES consiste en el suministro regular e ininterrumpido de medicamentos antituberculosos de alta calidad. Según la Norma de Tuberculosis, el tratamiento debe ser estrictamente supervisado (lo que incluye la observación de la toma de los medicamentos) y sistemas de notificación para monitorear el progreso del tratamiento y el desempeño del programa, igual que para la Enfermedad de Hansen. Otros eventos de salud en los que el ATAP colabora con la entrega de tratamientos incluyen brotes de malaria, meningitis, entrega de antiparasitarios o suero de rehidratación oral, entre otros que por situaciones de emergencia o desastre se les hace llegar mediante la colaboración de los ATAP.
 - Vacunación: se refiere a todas aquellas visitas en que el ATAP se desplaza a una vivienda para aplicar una vacuna fuera del contexto de una visita efectiva, es decir, en jornadas de vacunación extraordinarias, acompañamientos al profesional en monitoreos rápidos de cobertura, barridos de vacunación, campañas selectivas o simplemente recuperar un esquema rezagado de un

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 83 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

miembro ausente el día de la visita domiciliar efectiva. Aunque en esta actividad se realizan educación al usuario, vacunación y registro de la información, no se contabilizará como visita efectiva integral, sino que se ubicará en el rubro de visitas de seguimiento.

- Georreferenciación: Corresponde a aquellas visitas en los que el único objetivo es el levantamiento de las coordenadas GPS de la ubicación de la vivienda. Como nota aclaratoria se indica, si se ejecutó una visita efectiva y se realizó la Georreferenciación se clasifica como efectiva; así mismo si la casa está cerrada, esta acción puede realizarse sin tener contacto con los miembros de la familia. Esta clasificación es sólo para categorizar las visitas de seguimiento, en caso de requerir el número de viviendas georreferenciadas, los sistemas obtienen el dato del número de registros que tienen las coordenadas GPS en la base de datos.
- Otros: donde se deberá describir la intervención y esta será valorada por la enfermera(o) general del programa de visita en los diferentes escenarios a cargo. Entre ellas, se pueden citar búsqueda de pacientes con una condición de salud que requiere atención médica (ejemplo: resultado de citología vaginal alterada), identificación de actores sociales clave, convocatorias a actividades de salud programadas por el EBAIS, entre otras, que no interfieran con los objetivos de la estrategia de atención primaria, que hayan sido coordinadas con la jefatura de Enfermería correspondiente y que respondan al término “incidentales” indicado en el manual descriptivo de puestos.
- Atenciones de seguimiento modalidad remota: En estas el ATAP contacta la familia mediante el uso de herramientas tecnológicas (Teléfono, aplicaciones, entre otros) o bien mediante interacción con uno o más miembros en un escenario distinto al domiciliar. Los tipos de descripción de la atención de seguimiento serán:
 - Investigación de campo: en eventos de importancia epidemiológica según Reglamento de Vigilancia de Salud del Ministerio de Salud. El ATAP colaborará con el equipo de salud en la aplicación de fichas de investigación epidemiológica de campo en los diferentes escenarios, en casos donde no se pueden ubicar presencialmente o por el riesgo está contraindicado.
 - Búsqueda de casos: este tipo de actividad se realiza en los casos en los que la enfermedad se transmite de persona a persona mediante el contacto íntimo o muy cercano. Esta actividad se desarrolla en los denominados barridos epidemiológicos, búsqueda de contactos, en coordinación con la comisión local de vigilancia epidemiológica, el equipo de salud y enfermera(o) general del programa de visita en los diferentes escenarios a cargo.
 - Otros: donde se deberá describir la intervención y esta será valorada por la enfermera(o) general del programa de visita en los diferentes escenarios a cargo. Entre ellas, se pueden citar búsqueda de pacientes con una condición de salud que requiere atención médica (ejemplo: resultado de citología

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 84 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

vaginal alterada), identificación de actores sociales clave, convocatorias a actividades de salud programadas por el EBAIS, entre otras, que no interfieran con los objetivos de la estrategia de atención primaria, que hayan sido coordinadas con la jefatura de Enfermería correspondiente y que responden al término “incidentales” indicado en el manual descriptivo de puestos.

- Visita domiciliar no efectiva modalidad presencial: Es la visita domiciliar que, a pesar de estar programada por el ATAP y de haberse desplazado este a la ubicación de la vivienda, no puede ejecutarla por alguna de las siguientes circunstancias, las cuales deben ser descritas en la ficha familiar, ya sea física o digital:
 - Casa cerrada: es una vivienda habitada, donde la familia correspondiente no se encuentra en su residencia al momento de la visita. Se debe clasificar si es cerrada por primera vez (PV) o subsecuente (SUB), según la cantidad de veces que el ATAP pase por la vivienda y siga bajo la condición de cerrada.
 - Casa deshabitada: es una vivienda donde no habita ninguna familia. Se debe clasificar si es deshabitada por primera vez (PV) o subsecuente (SUB), según la cantidad de veces que el ATAP pase por la vivienda y siga bajo la condición de deshabitada.
 - Familia no acepta la visita domiciliar: son aquellas familias que rechazan la visita domiciliar por parte del ATAP. Se debe clasificar primera vez en año o subsecuente según la cantidad de veces que el ATAP pase por la vivienda y siga bajo la condición de rechazo por parte de la familia.
 - Vivienda no existe: visita que llega a realizar el ATAP a una vivienda que ya no exista, según la ubicación geo referencial.
 - Vivienda en construcción: situación donde la vivienda está en construcción o en condiciones de remodelación que no permiten que se ejecute de modo efectivo la visita.

Nota: Una visita de seguimiento puede transformarse en una visita efectiva, según las actividades que se ejecuten en el desarrollo de esta

- Atención no efectiva modalidad remota: Es la atención que, a pesar de estar programada por el ATAP y de haber intentado realizarla mediante herramientas tecnológicas, no puede establecerse contacto con la familia:
 - Teléfono ocupado o no contesta.
 - Llamada atendida, pero rechaza ser atendido por esta vía.
 - Llamada atendida, pero solicita reprogramar el contacto.

3.2.3 Consideraciones generales para la ejecución de las visitas domiciliarias presenciales.

El tiempo promedio para ejecutar una visita domiciliar efectiva de primera vez en la vida o en el año es de 45 minutos, por su parte para una visita efectiva subsecuente es de 30

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 85 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

minutos, las variables que modifican este tiempo son la cantidad de miembros del núcleo familiar, el uso de tabletas para SIFF móvil, la adecuada planificación de la visita y circunstancias o hallazgos que se dan durante su ejecución. Estos tiempos no incluyen el desplazamiento entre viviendas.

De acuerdo con la cantidad de horas en campo y el tipo de visita, se espera un rendimiento entre 7 y 9 familias atendidas por jornada diaria, dato basado en el histórico nacional de visitas analizado entre el año 2016 y el 2019; no obstante, queda a criterio del profesional de enfermería, con la debida documentación en su bitácora diaria, autorizar la ejecución o programación de un menor número de visitas, tomando en cuenta parámetros como densidad poblacional, características de las familias programadas, riesgo social de la zona, distancias, dificultad de acceso, barreras de idioma, transporte, entre otros.

El registro de las actividades realizadas debe hacerse en tiempo real, mediante el uso del aplicativo SIFF móvil o en su defecto la ficha familiar física o formularios de contingencia con la respectiva garantía de digitar en SIFF web lo capturado en físico una vez que retorne al establecimiento de salud.

Diariamente, el ATAP informará a su jefatura las incidencias durante las visitas y realizará las referencias respectivas a su sector de adscripción.

Las visitas de seguimiento, por definición son contactos con las familias para desarrollar actividades específicas, que requieren un tiempo menor en su ejecución, pero con variabilidad según los objetivos. De acuerdo con el histórico de visitas, en jornadas que son exclusivamente de visitas de seguimiento, se estima un rendimiento diario por funcionario de 10 a 12 visitas por jornada, con un incremento de hasta 20 o más visitas diarias cuando estas obedecen a jornadas de vacunación masiva.

En estos casos particulares de actividades masivas a nivel domiciliario en el que se requieren altos rendimientos diarios, queda a criterio del profesional de enfermería, modificar el registro en tiempo real de las visitas en el SIFF Móvil, por un registro físico en la “Agenda diaria escenario domiciliario Visita Seguimiento” o en el caso específico de las búsquedas activas de sintomáticos respiratorios, usando el formulario para esa actividad, registrando la información requerida para que, antes de que finalice el mes correspondiente, se pueda programar la sesión de digitación en SIFF en diferido de las visitas realizadas. Se debe insistir de que, en caso de tener la capacidad la recomendación principal es digitar las visitas en SIFF en tiempo real.

De acuerdo con el contexto particular de cada área de salud, es frecuente la ejecución de jornadas que combinen visitas efectivas y de seguimiento en un mismo día, por lo que los rendimientos diarios serán valorados por los profesionales de enfermería considerando las constantes de los párrafos anteriores y datos históricos de su propia unidad.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 86 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Las siguientes son tareas que debe realizar el ATAP en las visitas domiciliarias efectivas, y con alguna variabilidad según objetivo en las de seguimiento:

- Georreferenciación de la vivienda, mediante el aplicativo de SIFF móvil. Para esta acción, se colocará frente a la entrada principal de la vivienda, y punteará las coordenadas geográficas en el sistema para su registro, hará lo mismo en otros sitios de interés, comunales, laborales y educativos.
- Identificación del funcionario, institución que representa y el objetivo de la visita.
- El funcionario tiene la autonomía de llevar su propio orden durante la visita para la ejecución de las actividades según objetivo; sin embargo, al finalizar debe completar todos los datos disponibles y accesibles de la ficha familiar, ya sea la física o digital.
- Aplicar de técnica del maletín: El maletín tiene al menos dos compartimientos uno interno y otro externo, el material del compartimiento interior se considera limpio, por lo tanto, cada vez que se necesita introducir o sacar material debe lavarse las manos. Al ejecutar la visita debe seleccionar el área de trabajo si tiene alguna superficie disponible en el domicilio con la autorización de la familia, coloque un campo estéril y junto a éste el maletín, sacará el recipiente rígido pequeño para punzocortantes, luego el material necesario según la atención requerida, mientras realiza la técnica, hay que recordar el principio material limpio con limpio, y el sucio con sucio (Técnica Aséptica Médica). (CCSS, Manual normativo de visita domiciliaria de atención primaria primer nivel de atención, San José Costa Rica, 2003).
- Realizar la encuesta de datos de la vivienda ya sea por primera vez o su actualización. (La actualización de los datos de la vivienda se realiza cada dos años, siempre que no haya sufrido remodelaciones o cambios importantes en la conformación familiar).
- Registrar los datos principales de la familia, tipo de familia, condición de esta en su vivienda.
- Verificar y actualizar el esquema de vacunas de cada miembro de la familia, debe aprovecharse toda oportunidad de vacunación.
- Registro de patologías crónicas y revisión de medicamentos de los miembros de la familia.
- Realizar acciones y atenciones por miembro de familia presente y registrar de forma individual los hallazgos y recomendaciones para cada uno de ellos. En caso de los miembros ausentes, registrar la información disponible aportada por los otros miembros.
- Toma de presión arterial a cada uno de los miembros de la familia, mayores de 10 años.
- Toma de glicemias por micro método según lineamiento institucional.
- Entrega de medicamentos, según lo normado para el ATAP en la Lista oficial de medicamentos LOM.
- Entrega de preservativos según estrategia institucional.
- Emitir referencias al EBAIS correspondiente según los hallazgos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 87 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Ofrecer educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo con necesidades por miembro y familia.
- Realizar la inspección de la vivienda y entorno, determinar fuentes de contaminación, y brindar recomendaciones de saneamiento ambiental según hallazgos.
- Priorización de la familia de acuerdo con la tabla de riesgos.
- Realizar un plan de seguimiento para la próxima visita, considerando las características de los miembros, y de la familia, las condiciones de riesgo identificadas y los compromisos de gestión del cuidado que asumió cada persona o la familia.

La actualización de los datos y el registro de las atenciones serán de forma automatizada, una vez que se incorpora el SIFF móvil. Al concluir la jornada laboral, se sincronizan los datos en línea y se corregirán las ubicaciones en caso de requerirlo, mediante el aplicativo de sincronización del SIFF móvil con SIFF WEB.

En caso eventual que se utilice la ficha física o formularios de contingencia, se escribirá la totalidad de los datos de la vivienda y familia y posterior a la ejecución de todas las visitas del día o de la jornada según la programación, se transcribirán estos datos en el aplicativo WEB para la actualización de las fichas familiares. Para ambos casos, se debe dirigir al Manual SIFF, con el instructivo del llenado de los datos según los requerimientos y aplicativos.

3.2.4 Planificación del recorrido para visitas domiciliarias presenciales.

El recorrido para realizar visitas domiciliarias se planificará diseñando una ruta eficiente, en la cual el ATAP maximice su tiempo de desplazamiento del establecimiento a la comunidad y entre viviendas, para lo cual es necesario mantener actualizados los croquis físicos de las localidades asignadas con señalización de las viviendas y la georreferenciación de las viviendas mediante el SIFF móvil, que le permitirá al ATAP contar con mapas digitales de sus localidades.

La funcionalidad del SIFF web, programar recorrido le permitirá seleccionar las viviendas que visitará en la jornada que está planificando, y estas conformarán un “paquete” de viviendas a visitar en su recorrido. En el caso de las comunidades indígenas, o rurales, el personal podrá elaborar paquetes de toda la comunidad si es requerido.

3.2.5 Planificación de la visita domiciliar presencial.

La eficacia de la visita domiciliar se incrementa si esta es previamente planificada, en función del plan de seguimiento realizado en la última visita, la conformación del núcleo familiar, las características de sus miembros, de la vivienda y su entorno, y las necesidades o problemas de salud registrados en cada familia. Por lo que es imperante que el ATAP realice esta revisión

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 88 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

de las fichas familiares de las familias programadas para una jornada de trabajo, antes de salir al campo, preferiblemente el día previo.

Una vez que se ha configurado el recorrido, se procede a programar las actividades que se realizarán a cada vivienda con su familia o familias en el SIFF web y su funcionalidad programar visita. El aplicativo permitirá entrar a la ficha familiar y obtener una vista resumen de los miembros de la familia y determinar las necesidades de atención de cada uno y de la familia como un todo. (Consultar Manual de usuario SIFF disponible en la sección ayuda del SIFF web)

Cuando ya se hayan identificado las necesidades u oportunidades de intervención, se seleccionan las actividades que se planifican para la visita y se procede a programarla en el sistema. En caso de familias que se observa son difíciles de acceder dada la no efectividad en visitas anteriores, se recomienda que como parte de la planificación se intente hacer contacto vía telefónica y coordinar la visita para asegurar la efectividad, programarla para otro día en manera presencial o en última instancia atención en modalidad remota.

La ejecución de la visita por el ATAP respecto a lo planificado es un elemento importante para supervisar por parte del profesional de enfermería.


3.2.6 Consideraciones generales para las atenciones en modalidad remota.

3.2.6.1 Atenciones remotas en el establecimiento de salud:

De manera incidental o programada, mediante la elaboración de roles o en la distribución de tareas en días que el ATAP no puede salir al campo, por circunstancias justificadas en la bitácora del profesional de enfermería, este último asignará los funcionarios que realizarán atenciones remotas mediante llamadas y los que lo harán vía entrevista directa a usuarios que se encuentren en los establecimientos de salud.

La selección de los usuarios a quienes se les realizará la atención remota se puede realizar en coordinación con REDES revisando las agendas del día, o bien por observación y oportunidad al identificar la presencia en el lugar de usuarios que residen en viviendas de su sector y no han sido visitados en el periodo.

El personal ATAP se desplaza a los servicios (de bajo riesgo, donde no se atiendan usuarios sintomáticos respiratorios) se presenta con el usuario, explica el motivo de la entrevista que se desea realizar, y le indica el espacio físico más apropiado en torno a comodidad y confidencialidad para desarrollar la atención remota, recopilando la información que así sea posible para ingresar en la Ficha Familiar digitándola en el SIFF móvil. Para los efectos debe registrarla como: atenciones efectivas o seguimiento según objetivos y clasificándola como atenciones en modalidad remotas, anotando entre las actividades realizadas la “Encuesta” y en el plan de seguimiento, debe procurarse programar una visita presencial.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 89 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

En caso de que el usuario requiera comprobante de asistencia el profesional de enfermería debe gestionar junto a los ATAP la disponibilidad del material y papelería requeridos para este fin, incluyendo el formulario comprobante de asistencia código 4-70-07-0200.

3.2.6.2 Atenciones remotas haciendo uso de herramientas tecnológicas.

Debido a la poca disponibilidad de líneas telefónicas en las sedes de los establecimientos de salud en las Áreas de Salud del país, la institución gestionó la activación de herramientas de comunicación tecnológica en las tabletas y equipos de cómputo de los ATAP, para dar continuidad a las atenciones a las familias, debe mantenerse una constante supervisión del uso continuo de estos dispositivos y notificar oportunamente averías, o desusos de estos por ausentismo del funcionario a cargo del activo y coordinar con el Centro de Gestión Informática local o regional, en caso de requerir asistencia técnica.

La siguiente representa una guía rápida para las atenciones remotas por esta vía, incluye los aspectos que debe considerar el ATAP en donde debe identificar aspectos relacionados a las condiciones de salud en el entorno familiar, comunal o laboral.

El ATAP debe informar y orientar de manera asertiva al miembro de familia que responde la llamada, de manera que se facilite su intervención y la recopilación de los datos, para lo que se sugiere la siguiente:

Guía de llamada:

- Antes de iniciar la actividad debe identificarse como funcionario de la institución, indicar el nombre y objetivo de la llamada.
- Solicitar el nombre completo de la persona que atiende.
- Verificar fecha de nacimiento y comparar el dato brindado con los consignados en el SIFF a efectos de comprobar que sea mayor de edad. (en caso de que estos estén registrados).
- Consultar y registrar aspectos básicos como sexo, escolaridad, estado civil, condición laboral y otros datos solicitados por la ficha familiar.
- Verificar los números de teléfonos, correos electrónicos y dirección.
- Consultar sobre las personas que integran el núcleo familiar.
- Captar y entrevistar la mayor cantidad de miembros del núcleo familiar a efecto de actualizar la mayor cantidad de información posible en el SIFF.
- En caso de identificar un adulto mayor se debe corroborar con quien vive, o bien si tiene algún cuidador y verificar que factores de riesgo tiene la persona en su entorno familiar.
- Consultar si cuentan con red de apoyo que ayude en sus necesidades básicas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 90 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- En caso de tener un cuidador, solicitar algún teléfono o medio de fácil localización. El ATAP debe recordar que, mediante esta atención domiciliaria, se deben detectar los factores de riesgos, aspectos de vulnerabilidad de tipo social, físico, psicológico, económico u otro que alteren su condición de vida.
- Indagar si hay usuarios con enfermedades crónicas, explorar el cumplimiento del tratamiento, orientar sobre los procesos actuales que se desarrollan en los establecimientos de salud, bajo las condiciones de emergencia nacional para la entrega de fármacos.
- Es fundamental la revisión de estado de vacunación COVID-19; además de explorar los esquemas de vacunación regular de cada integrante del núcleo familiar y coordinar la respectiva actualización del esquema de vacunación según edad.
- Durante la llamada telefónica se debe revisar si hay personas con síntomas como fiebre, tos, disnea, delirio, entre otros, relacionada con algún padecimiento agudo, explorar la necesidad de que el usuario sea valorado por un médico.
- Detectar a través de la entrevista, posibles situaciones de riesgo relacionadas con afectación en salud mental, violencia intrafamiliar, adicciones y otros de similar naturaleza y realizar la respectiva orientación refiriendo los casos para la valoración del Profesional de Enfermería y el desarrollo de las acciones del sistema.
- En caso de que el usuario que recibe la llamada no desea atender la misma, debe ser registrada como una Atención Domiciliaria remota no efectiva.
- En todo momento de la atención telefónica el ATAP debe aprovechar para dar educación que fomente la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Finalmente, todos los aspectos relacionados con la atención domiciliaria de cada miembro, debe ser consignado en la Ficha Familiar, mediante el aplicativo SIFF WEB o SIFF MOVIL.

3.2.7 Identificación y Clasificación del Riesgo Familiar.

La clasificación de las familias según prioridad es un proceso que fue automatizado mediante el SIFF; sin embargo, en caso de contingencias, es importante reconocer las variables mediante las cuales se pondera el riesgo familiar en prioridad 1, 2 o 3.

Las familias con puntaje de 25 o mayor se categorizan prioridad I, con una concentración esperada de 3 visitas al año.

Aquellas que suman un puntaje entre 15 y 24 serán prioridad II, con una concentración esperada de 2 visitas al año.

Un puntaje menor a 15, corresponde a las familias prioridad III, con una concentración de 1 visita al año.

Cuadro #26. Ponderación de variables para el cálculo del riesgo familiar en las visitas domiciliarias.

Variable identificada en el núcleo familiar al momento de la visita	Ponderación
Embarazadas sin control.	10
Embarazo en adolescentes.	10
Niños de 1-6 años sin control de crecimiento y desarrollo.	10
Niños menores de 1 año en el núcleo familiar.	10
Niños detectados con anemia o desnutrición u obesidad.	10
Signos de violencia intrafamiliar.	10
Antecedentes de suicidio.	10
Vivienda en zona de Tugurios.	10
Adultos mayores de 75 años en condición de abandono o sin red de apoyo.	10
Otras condiciones a criterio del ATAP que clasifícas como PI.	10
Embarazadas con control prenatal.	6
Niños y adolescentes de 7-14 años con deserción escolar.	6
Personas con enfermedad crónica sin control.	6
Adolescentes con hijos.	6
Discapacidad en algún miembro familiar.	6
Padres analfabetos.	6
Mujer de 21 a 65 años, que requiere citología vaginal.	6
Pacientes con tuberculosis Enfermedad de Hansen.	6
Patología siquiátrica, drogadicción o alcoholismo.	6
Otras condiciones a criterio del ATAP para que la familia sea PII.	6
Enfermos crónicos con control médico de su condición	3
Jefe de familias sin ingresos económicos.	3
Múltiparas sin uso de métodos anticonceptivos. (De cuatro hijos en adelante).	3
Familias monoparentales.	3
Mal abastecimiento de agua.	3
Mal sistema de eliminación de excretas.	3
Vivienda en zona de riesgo.	3

Fuente: (CCSS_GM_DDSS_ARSDT y Coordinación Nacional de Enfermería, 2018)

Las familias con puntaje de 25 o mayor se categorizan prioridad I, con una concentración esperada de 3 visitas al año.

Aquellas que suman un puntaje entre 15 y 24 serán prioridad II, con una concentración esperada de 2 visitas al año.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 92 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Un puntaje menor a 15, corresponde a las familias prioridad III, con una concentración de 1 visita al año.

Independientemente del puntaje, el ATAP según sus observaciones en características particulares de miembros, la familia o la vivienda, y el plan de visitas que formule con la familia, podrá ajustar la prioridad.

3.2.8 Consideraciones generales para la ejecución de las visitas al escenario laboral.

El objetivo del trabajo del ATAP en programaciones propias o con el EBAIS, de visitas a los establecimientos o lugares de trabajo en las comunidades asignadas, es ofrecer atención directa, promoción de la salud y prevención de la enfermedad al individuo en su ambiente laboral, detectando factores protectores y de riesgo.

El escenario laboral se clasificará según la cantidad de funcionarios que posea la empresa. Esta clasificación permitirá determinar a cuáles se les programará visita.

Categoría 1: se considerará categoría 1 a toda empresa que posea menos de 50 trabajadores a cargo, independientemente de su producto final y servicio ofrecido.

Categoría 2: se considerará categoría 2 a toda empresa que posea de 50 a menos de 100 trabajadores a cargo, y que no posea personal médico y de Enfermería, independientemente de su producto final y servicio ofrecido.

Categoría 3: se considerará categoría 3 a toda empresa que posea 100 o más trabajadores a cargo, y que no posea personal médico y de Enfermería, independientemente de su producto final y servicio ofrecido.

Los ATAP participarán actividades de tamizaje y atenciones a las empresas clasificadas como categoría 1 ya que las categorías 2 y 3 por norma deben contar con personal de salud que se responsabiliza de las atenciones. (Presidencia de La República, 2015).

La programación de las visitas a las empresas, y las actividades a ejecutar, se realizará en coordinación con el profesional de enfermería a cargo del programa y el EBAIS correspondiente, dando prioridad a la cobertura de visita domiciliar en la programación anual. La visita a empresas de todas las categorías es también estratégica para actividades de tamizajes de riesgo en eventos de brote o epidemia, tamizajes de riesgo para ECNT, jornadas de vacunación extraordinarias, educación para la salud, proyectos de promoción de la salud, entre otras.

El ATAP deberá, en su recorrido programado, georreferenciar las empresas que existen en una comunidad. Una vez hecho este procedimiento, se procederá a clasificarlas según el tipo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 93 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

de servicio o producto ofrecido, para luego categorizarlos según el número de funcionarios en conformidad con el apartado anterior.

Enlistados y clasificados los escenarios laborales, el ATAP en coordinación con el profesional de enfermería, procederá a programar una visita a las empresas de categoría 1 previa coordinación con la administración del sitio, ejecutando las siguientes actividades:

- Toma de presión arterial y glicemias a los funcionarios de la empresa.
- Revisión de esquema de vacunas y aplicación de estas en caso requerido.
- Registro de la última citología vaginal o examen prostático.
- Educación a grupos o individual.
- Referencias a establecimiento de salud.

Los usuarios atendidos en el escenario por el ATAP deben ser registrados de forma digital si se cuenta con un aplicativo en el SIFF móvil para ese fin, en su defecto se realizará mediante la hoja de “Registro de actividades en escenario laboral”, en la cual debe consignarse el sello y la firma respectiva de la autoridad del establecimiento. En el caso particular de las actividades educativas en modalidad grupal que son impartidas por el ATAP, deberá consignarse evidencia en el formulario estandarizado para ese fin, estos registros serán archivados por el profesional de enfermería coordinador del equipo de atención primaria.

En la programación anual de actividades, se reitera la prioridad operativa del escenario domiciliario, sin embargo, según las estrategias locales, se deben indicar los días previstos para visitas al escenario laboral, si no se puede dar cobertura a la totalidad de los establecimientos categoría 1, se deberá programar la visita a las empresas cada dos años o más en caso de localidades urbanas de amplio comercio, como los cascos centrales distritales o cantonales.

Los escenarios laborales categoría 2 y 3 solamente serán visitados para vacunación, una vez que el profesional de enfermería o el médico de empresa exprese por la vía formal a la Dirección Médica o la Jefatura de Enfermería del Área de Salud la necesidad de actualización de vacunas según esquema institucional para los empleados o en caso extraordinario la coordinación local de vigilancia epidemiológica o de inmunizaciones por interés operativo o epidemiológico coordine con estas instituciones para alianzas estratégicas para vacunaciones, jornadas o campañas. El profesional de enfermería que coordina el equipo de atención primaria una vez notificado programará las visitas correspondientes.

En los casos que el ATAP realice atenciones individuales, deberá programar un máximo de 15 minutos por usuario. Las horas de campo destinadas en el escenario laboral serán seis horas en un horario a convenir entre las partes previa coordinación.

Queda a criterio del profesional de enfermería el tiempo adicional que programe el ATAP en caso de actividades de educación a grupos, intervenciones especiales o cualquier otra

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 94 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

particularidad que presente la empresa, así como la contemplación del tiempo utilizado por el ATAP cuando las empresas que visita tienen pocos funcionarios, organizando su tiempo para la visita de varias empresas el mismo día (esto en caso de comercios pequeños).

3.2.9 Consideraciones generales para la ejecución de las visitas al escenario educativo.

El objetivo del trabajo del ATAP en programaciones propias o con el EBAIS, de visitas a instituciones educativas en las comunidades asignadas, es ofrecer atención directa, promoción de la salud y prevención de la enfermedad al niño y adolescente en su ambiente educativo, detectando factores protectores y de riesgo.

El ATAP, junto con profesional de enfermería, se apegará a lo establecido en el Manual de procedimientos de Atención de niños en el escenario Educativo, Red de servicios, CCSS, respetando los cambios que se presenten en las actualizaciones. (CCSS, 2021)


El trabajo programado en el ámbito escolar debe ser coordinado y programado con cada centro educativo en forma particular para determinar las necesidades de cada una y la valoración que se debe realizar a cada uno de los niños de acuerdo con su edad y nivel de escolaridad.

El profesional de enfermería debe brindar un acompañamiento y supervisión del ATAP en todos los procesos que implica el trabajo escolar desde la programación hasta el consolidado de datos y el seguimiento de los niños con riesgo, en lo que por normativa le corresponde, así mismo en aquellas tareas que por organización local del EBAIS correspondiente y la coordinación con los equipos de las Redes Integradas Intersectoriales de Servicios de Atención a Niños (RISA) se le asignen. (MEP et al., 2019)

El planeamiento, organización, ejecución y evaluación se realizan de acuerdo con lo establecido en el manual citado al inicio de este apartado. En la programación anual de actividades, se deben indicar los días previstos para visitas al escenario educativo. El profesional de enfermería debe supervisar la pertinencia del tiempo programado según las escuelas adscritas al sector asignado y la población estudiantil correspondiente a cada centro.

Los casos de niños que se detectan con problemas conductuales o de desarrollo se deben referir a la Redes Integradas de Servicios de Atención (RISA – SAID) con el formulario correspondiente, según el marco institucional. (MEP et al., 2019)

El registro de la información de las intervenciones del equipo de enfermería – ATAP según competencia indicada en el Manual de procedimientos de Atención de niños en el escenario Educativo, se registrará en la “Herramienta de Registro de las intervenciones en el escenario

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 95 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

educativo”. Sin embargo, existen una serie de registros en los que el ATAP deberá documentar sus actividades, entre ellas:

- Agenda de actividades del ATAP en otros escenarios.
- Registro diario de inmunizaciones.
- Registro de actividades educativas del ATAP.

3.2.10 Consideraciones generales para la ejecución de las visitas al escenario comunal.

El objetivo del trabajo del ATAP en programaciones propias o con el EBAlS, de visitas a las comunidades asignadas, es ofrecer atención directa, promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las personas en su contexto, detectando factores protectores y de riesgo.

El trabajo comunal del ATAP debe ser planificado, organizado y ejecutado de forma tal que se observe su impacto, bajo un enfoque resolutivo de la detección de necesidades de salud, derivado de un diagnóstico del trabajo en el escenario domiciliario, laboral, escolar y otros considerados como prioritarios o en condición de vulnerabilidad en su sector, tales como hogares de larga estancia, hogares diurnos, refugios, albergues, sitios de paso por la migración de extranjeros entre otros.

Estos establecimientos o grupos de personas identificadas en condición de vulnerabilidad en centros cautivos o temporales, reviste importancia particular en el escenario comunal, dado que la atención que se debe brindar durante la estancia de estas personas es fundamental para la prevención de eventos de salud como brotes de enfermedades de transmisión de persona a persona, según los lineamientos institucionales.

Dentro de las acciones que se deben realizar en la atención de este tipo de centros se encuentran:

- Registro de las personas.
- Registro de la condición de salud de las personas (embarazo, patologías crónicas, presencia de diarreas u otras).
- Ubicación de usuarios procedentes de familias que no sean del sector.
- Toma de presión arterial a mayores de 20 años y niños con patologías crónicas.
- Toma de glicemias según lineamientos institucionales.
- Reporte de condiciones de salud al profesional de enfermería de atención primaria, para la coordinación de las actividades pertinentes.

Dentro de este escenario, está el trabajo de proyectos comunales específicos aprobados por la Jefatura de Enfermería, con la incorporación de indicadores que midan los resultados del proyecto, además la participación del equipo en la Metodología para la identificación de Necesidades de Salud de la Población, en la cual se afirma que la información del EDUS, y en particular el SIFF “se estima fundamental para reorientar paulatinamente los servicios de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 96 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

salud institucionales, cambiando el enfoque centrado en la oferta de servicios de la CCSS, por uno centrado en las personas según su espacio- población particular. Esto permite la asociación de la información de las personas y su estado de salud con los determinantes de la salud. Se proyecta, además, que facilitará la delimitación de espacios población y la programación, contribuyendo a la reorientación del proceso de planificación local y regional, así como en la distribución de recursos.” (CCSS, 2022)

4. Supervisión de enfermería en el proceso de atención primaria

La Coordinación Nacional de Enfermería encabeza la estructura de Enfermería conformada por la figura del profesional de Enfermería regional y local de atención primaria, que serán los responsables del proceso de enfermería en el primer nivel de atención, gestionando el cuidado de enfermería al individuo, familia y comunidad, en todos aquellos escenarios fuera de los establecimientos de salud.


En el Lineamiento para la aplicación de los conceptos “Supervisión Directa”, “Supervisión Indirecta” y “Monitoreo” en la Caja Costarricense de Seguro Social. Elaborado por el Área de Regulación Sistematización Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección de Desarrollo de servicios de salud de la CCSS, establece los siguientes conceptos (CCSS_GM_DDSS_ARSDT, 2014):

“1.- La “supervisión directa” es aquella que se realiza mediante la observación real de la acción, pudiendo hacerse en visita o a través de grabaciones de campo.

2.- La “supervisión indirecta” es una asesoría técnica que se aplica a nivel de productos y para ello se utiliza la investigación documental y los hallazgos encontrados deben ser registrados en un informe. Es aquella que se lleva a cabo cuando no se puede realizar una visita a un establecimiento de salud. Se realiza con base en lo que la persona explica, registra documentalmente y aporta a un nivel inmediato superior, usualmente revisando los informes de las actividades realizadas en formularios que están establecidos como informes operacionales trimestrales, informes mensuales, visitas de campo en las que se pueden hacer preguntas dirigidas a informantes claves, entre otras.

3.- El “monitoreo” se conceptualiza como una valoración diaria de las actividades y se define como un proceso sistemático y planificado para tomar información cuantitativa o cualitativa de insumos y productos que conduzcan a medir efectos e impacto en un tiempo determinado, por lo tanto, consiste en la observación del curso de uno o más parámetros (fijados por el ente técnico) para detectar eventuales anomalías.

A partir de lo anterior se define que:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 97 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

- a) Los términos tienen validez en las supervisiones realizadas y se deben de considerar como complementarios.
- b) La Supervisión Directa se realiza sobre procesos y productos.
- c) La Supervisión Indirecta se realiza a nivel de productos.
- d) El Monitoreo se realiza a nivel de procesos.”

En la presente edición del Manual de gestión, se hará referencia a la instrumentación de la supervisión del proceso de enfermería en primer nivel de atención, específicamente en lo relacionado al equipo de trabajo conformado por los profesionales de enfermería y ATAP, y los alcances de la supervisión desde la estructura de enfermería Coordinación Nacional, Supervisión Regional, y Áreas de Salud.

El proceso de enfermería en primer nivel de atención que involucra a los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería en las áreas de salud y EBAIS será abordado en documentos normativos específicos.

4.1 Supervisión directa:

El profesional de enfermería de atención primaria en las áreas de salud coordina el trabajo de los ATAP y realiza un acompañamiento en el proceso, como parte de su función administrativa, cómo se indicó previamente:

Conservando una bitácora del servicio, en un libro de actas formal, registrado anualmente, en el que se monitorearán las incidencias, gestiones propias de la coordinación del servicio, y observaciones relevantes al desempeño de los ATAP a su cargo que le sirvan de insumo para completar el instrumento de supervisión correspondiente al periodo.

La bitácora del servicio es un producto por verificar por parte del profesional de enfermería de atención primaria del nivel regional y por las jefaturas de enfermería en los establecimientos en sus ejercicios de supervisión directa a los profesionales de enfermería de atención primaria en el PNA, las cuales a su vez deben ser programadas y comunicadas previo a su ejecución.

Las bitácoras serán complementadas con otras evidencias como fotografías, videos, documentos, conversatorios con registro de acuerdos, con el que se dará trazabilidad al proceso de supervisión local del ATAP en los diferentes escenarios y actividades que ejecuta en cuanto a procedimientos, técnicas, conocimientos, prácticas, actitudes, registros físicos y electrónicos, entre otros.

Para todos los niveles de la estructura de enfermería de atención primaria en la organización, parte de esta supervisión directa es la interacción que se realiza con los funcionarios a cargo en espacios de reunión mensuales en donde se atenderán consultas, se analizarán hallazgos

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 98 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

de los monitoreos realizados, y se tomarán acuerdos que quedarán anotados en las bitácoras correspondientes, así en el área de salud el profesional de enfermería sesionará con sus ATAP; el coordinador regional hará lo propio con los profesionales de enfermería coordinadores de atención primaria de las áreas adscritas, y la Coordinación Nacional de Enfermería, sesionará con los coordinadores regionales de atención primaria.

Es importante que las Jefaturas de Enfermería de cada unidad, las Jefaturas Regionales de Enfermería y la Jefatura Nacional de Enfermería, participen periódicamente de los espacios correspondientes y sean informadas de los acuerdos de las sesiones.

4.2 Supervisión indirecta:

El profesional de enfermería en el nivel local, programará una vez al año la aplicación del Instrumento de supervisión técnica del ATAP en el primer nivel de atención a todos los colaboradores de su unidad, en una interacción con cada funcionario, comunicada previamente, apoyado en las anotaciones de la bitácora, las evidencias complementarias y revisando los informes de las actividades realizadas en formularios que están establecidos en este manual, así como informes estadísticos trimestrales, informes mensuales, visitas de campo en las que se pueden hacer preguntas dirigidas a informantes claves, entre otras.

El instrumento de supervisión que será aplicado consta de 12 secciones, que se describen a continuación y que serán valoradas en un formulario físico que puede encontrarse en el Anexo 7 de este manual. Este formulario físico será archivado en la carpeta correspondiente a la información de cada ATAP a su cargo, en los registros administrados por el profesional de enfermería y cada instrumento una vez finalizado deberá ser vaciado en un formulario electrónico al que puede acceder por el siguiente enlace:

<https://forms.office.com/r/LfUNkKpWJh>

- Sección I: Datos Generales.
- En esta sección se recopilan variables que identifican al ATAP supervisado y permiten realizar una caracterización del personal que conforma el equipo.
- Sección II: Administrativos.
- Se valoran elementos relacionados con tareas administrativas propias del ATAP, que considera que cumple satisfactoriamente basado en revisiones de registros, acompañamientos, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.
- Sección III: Sistemas de Información.
- Se valoran elementos relacionados con Sistemas de información propios del ATAP, que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 99 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Sección IV: Riesgos laborales.
- Se valoran elementos relacionados con la gestión de riesgos laborales del ATAP, que considera que cumple satisfactoriamente durante el período de supervisión, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.
- Sección V: Visita domiciliar
- Se valoran elementos relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario domiciliar, que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.
- Sección VI: Vacunación y vigilancia epidemiológica.
- Se valoran elementos relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en todos los escenarios en cuanto a los procesos de vacunación y vigilancia epidemiológica, que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.
- Sección VII: Producción
- Haciendo uso del cubo de indicadores de visita domiciliar para los numeradores, y la programación anual del ATAP para los denominadores, se calculan los resultados de los indicadores solicitados correspondientes al funcionario tomando como referencia mínimo el periodo de 6 meses previos a la supervisión.
- Sección VIII: Escenario laboral.
- Se valoran elementos relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario laboral que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.
- Sección IX: Escenario comunal.
- Se valoran elementos relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario comunal que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.
- Sección X: Escenario educativo.
- Se valoran elementos relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario educativo que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 100 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Sección XI: Recomendaciones para el ATAP del profesional que supervisa y comentarios y compromisos del ATAP sobre la supervisión
- El profesional de enfermería registra las recomendaciones expresadas al ATAP a lo largo del periodo y durante el ejercicio de supervisión, así mismo se registra lo expresado por el funcionario supervisado.
- Sección XII: Firmas.

Se registran las firmas de los participantes en el ejercicio, supervisor y supervisado.

El profesional de enfermería, dado que el ejercicio es programado, puede registrar previamente información en el instrumento, pero esta debe ser discutida y presentada al ATAP durante la supervisión.

El ejercicio debe procurarse que se ejecute de manera formativa, aprovechando el intercambio para generar un ambiente de aprendizaje y colaboración entre las partes.

Esta metodología permitirá al profesional en el nivel local, contar con un informe individual de cada funcionario para cada año de gestión y así dar seguimiento a los planes de mejora individuales y colectivos para el equipo de trabajo.

Este instrumento conformará la unidad de medida supervisiones que los profesionales de enfermería de atención primaria deberán programar como meta en sus planes presupuesto anuales, en el indicador “Número de supervisiones técnicas ejecutadas por el profesional de enfermería al ATAP”.

Con este formulario electrónico, queda sin efecto la Herramienta para el control de supervisiones del ATAP oficializada vía documento GM-4771-2022 del 06 de abril de 2022.

La Coordinación Nacional de Enfermería, la Supervisión Regional de Enfermería correspondiente y el coordinador Regional de atención primaria, contará con una base de datos nominal de los ATAP supervisados en la institución cada año, por Área de Salud, Región y país y realizará un análisis cuantitativo y cualitativo del componente de supervisión en atención primaria anualmente, como insumo para la toma de decisiones fundamentadas en la evidencia. Este informe se complementará con lo observado durante las visitas a las unidades.

4.3 Monitoreo

Partiendo de la premisa que el monitoreo es una actividad de supervisión que se aplica a nivel de procesos, en este apartado se detallarán una serie de métodos para que los profesionales de enfermería tanto de las áreas de salud como de los niveles regionales

puedan supervisar la calidad de la información que se genera desde la estrategia de atención primaria, principalmente en la actividad de visita domiciliar, estos han sido analizados por la Coordinación Nacional de Enfermería, el Área de Estadísticas en Salud y el proyecto EDUS.

El profesional de enfermería deberá realizar al menos un monitoreo por funcionario por año, tanto a quienes realizan visitas presenciales como atenciones remotas, monitoreos subsecuentes serán programados según sea requerido, como seguimiento a los hallazgos y recomendaciones realizados durante el primer ejercicio realizado.

Figura 12. Análisis FODA



El objetivo principal es el de estandarizar el proceso de registro de datos derivados de la visita domiciliar y las atenciones remotas, en el Sistema Integrado de Ficha Familiar, ofreciendo insumos al ATAP y al profesional de enfermería para el registro adecuado, la supervisión de la calidad del dato y el análisis de la situación local de salud.

4.3.1 Calidad del Registro en la Ficha Familiar

De acuerdo con la organización de la información a registrar en el SIFF sobre la ubicación geográfica, la vivienda, la familia y sus miembros, la cual se separa mediante pestañas o "Tabs" y secciones, dentro de estas últimas, se deben observar los criterios que deben seguirse para completar el dato solicitado en cada uno de los campos o variables con la calidad requerida.

La supervisión de la calidad del dato de cada ficha en el SIFF implica la verificación de que los funcionarios estén registrando la información según lo señalado en los anexos 19 y 20 del presente documento, donde se detalla el instructivo para la verificación de la calidad de información para cada Tab y de identificarse prácticas o interpretaciones diferentes, a partir de estas instrucciones se debe capacitar o inducir al funcionario respecto al registro correcto.

4.3.2 Prácticas que afectan la calidad del dato.

Incluir lotes baldíos y comercios como si fueran viviendas, esto afectará el índice de familias no censadas, y otros indicadores demográficos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 102 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Mantener numeración incorrecta de manzana, lotes y viviendas, lo cual para ser evitado debe seguir las indicaciones del Manual de Visita domiciliar en su capítulo de elaboración de croquis.

En el Tab de familia, excluir todos los miembros de una familia (uno por uno) y luego agregar otros miembros procedentes de otra familia, sin utilizar la función Inactivar familia. Esto en el sistema, genera un “número de familia” para dos núcleos diferentes.

No excluir los miembros fallecidos, para lo cual es necesario tener actualizado todos los datos relacionados al fallecimiento.

Identificar miembros con tipo de identificación temporal interno o, como extranjero con identificación CCSS, sin verificar si el miembro ya existe en el sistema. Así mismo cuando no se coordina con Registros médicos de salud para notificar los miembros que se identificaron usando esos tipos de identificación, para que se dé continuidad a la gestión de la identificación y adscripción del usuario.

No inactivar fichas familiares cuando ya se ha comprobado que la familia no vive en una ubicación.

Pasarse de Tab o sub Tab sin utilizar los botones para guardar la información o no utilizando el botón siguiente. Así como no usar los botones “agregar” para registrar valores de un campo de selección múltiple o los botones “Registrar” para guardar secciones completas.

No finalizar el registro de embarazos.

No verificar los factores de riesgo en el Tab de prioridad.

Realizar una clasificación inadecuada de la visita domiciliar. Seleccionar mal las actividades generales de la visita domiciliar es decir sin concordancia con lo realizado durante la visita.

4.3.3 Análisis de Indicadores de producción de actividades del ATAP en el escenario domiciliar.

Tanto para completar la información de producción en el escenario domiciliar que debe incluirse mensualmente en el informe estadístico, como para monitorear indicadores relacionados con la visita domiciliar en el ámbito de supervisión, se debe hacer uso del “cubo de visita domiciliar”, al cual se accede mediante el siguiente enlace: ([Ir a cubo visita domiciliar](#)).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 103 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

A partir de esa utilidad, se ha creado un archivo Excel llamado de la misma forma por tratarse del mismo cubo descargado, con una serie de hojas de cálculo vinculadas a la base de datos SIFF, desde donde el profesional de enfermería de atención primaria puede actualizar, gestionar y analizar los datos correspondientes a su área de salud, con un nivel de detalle por cantón, distrito, sector o funcionario, según lo requiera. En el anexo 20, se proporciona una guía del uso de estas hojas de cálculo, incluyendo algunos elementos de interpretación de la información.

4.3.4 Reportes de bitácora del SIFF como fuente de datos para supervisión.

En esta sección final se orienta al profesional de enfermería, en cómo usar los reportes de bitácora del SIFF para generar listados de fichas familiares, desde donde se seleccionarán los registros para aplicar supervisiones de la calidad del dato.

El detalle de esta metodología se desarrolla en el anexo 20.

4.3.5 Monitoreo de uso apropiado del almacenamiento de visitas programadas.

Idealmente en la pantalla de recorrido no debieran existir fichas familiares con más de un mes de antigüedad en su programación, sin embargo, va a depender de la situación particular de cada EBAIS. Es importante recordar que toda visita que se programa y se agrega a un paquete va a desaparecer de la pantalla de programar recorrido de Web. Y ésta es la forma correcta de proceder: Visita que se programa en recorrido, debe cargarse en el paquete de móvil.

Debe recordarse que a la hora de excluir una visita ya programada se está inactivando dicha programación por lo que es importante que se evalúe si esta acción es requerida según dinámica local.

4.4 Informe general de supervisión de atención primaria.

El profesional de enfermería de atención primaria en el área de salud, teniendo como insumo las supervisiones directas, indirectas y monitoreos del periodo, realizará un informe general de supervisión anual, utilizando la metodología de análisis FODA, una técnica de estudio de la situación de una organización o empresa en su contexto y de las características internas (situación interna) de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. (Ballesteros et al., 2010)

En este informe analizará la situación actual del servicio y con él planificará las acciones de mejora para el siguiente periodo que ejecutará en el área de salud, y será entregado en el último bimestre del año tanto a la Dirección de Enfermería del Área de Salud, y al profesional de enfermería de atención primaria del nivel regional.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 104 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Los coordinadores de las áreas de salud realizarán un informe general del área de salud, los coordinadores regionales un informe general de región y la Coordinación Nacional de Enfermería un informe general institucional, cada año.

Herramientas de Aplicabilidad

Como se ha descrito en capítulos anteriores, el SIFF automatiza el proceso de registro de la información de la visita domiciliar, por lo que para el registro y control de las actividades del ATAP en otros escenarios, es necesario estandarizar una serie de formularios y herramientas a ser utilizadas institucionalmente en el servicio.

Estas serán descritas en el presente capítulo.

Metodología de la programación anual de actividades del ATAP.

Para la programación anual de actividades se requiere de la herramienta de programación del ATAP versión 2023. (Figura 13) La cual corresponde a un archivo de Excel, estandarizado por la Coordinación Nacional de Enfermería, que se puede trabajar de forma automatizada, o bien de forma impresa ingresando los datos manualmente.

Cada funcionario debe contar con su programación individual.

La herramienta consta de 4 pasos y cada uno de estos será descrito a continuación. (Ver instructivo de realización de la programación anual del ATAP).

Portada: El ATAP debe llenar cada uno de los aspectos indicados en la portada (nombre del funcionario, área de salud donde labora, sector o sectores indicados). Posteriormente, el ATAP se ubicará con el cursor en la siguiente imagen para cada paso.



Paso 1: En este paso el ATAP hace el registro de localidades asignadas, las viviendas adscritas por localidad, las constantes de rendimientos de visitas efectivas por día según localidad y el rango de fechas para cada ronda de visitas por localidad, dato este último que requiere realizar simultáneamente con el paso 2.

Paso 2: Con el dato de referencia del paso 1, en las fechas disponibles para visita domiciliar, se programa el número de visitas según tipo a realizar en cada localidad, hasta completar primera ronda de efectivas. Para segunda y tercera ronda, se programan las visitas que el tiempo disponible permite. En este paso se indican además los días que se agendarán otras actividades.

El paso 3 es la versión imprimible del paso 2.

El paso 4 se visualiza e imprime el resumen general de la programación. En este el funcionario observará las metas de visitas por tipo, por mes, trimestre, semestre y anuales.

Figura 13. Herramienta de programación de metas de visitas del ATAP Módulo ATAP, Áreas de Salud.

	Herramienta de programación de metas de visitas del ATAP Módulo ATAP ÁREAS DE SALUD CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Versión 2023
Nombre del Funcionario:	<input type="text"/>
Área de Salud:	<input type="text"/>
Sector asignado:	<input type="text"/>
Sector asignado:	<input type="text"/>
Sector asignado:	<input type="text"/>
SIGA CADA UNO DE LOS PASOS INDICADOS HACIENDO CLIC EN EL ÍCONO, LOS PASOS 1 Y 2 DEBEN GESTIONARSE SIMULTANEAMENTE	
PASO 1	 Como dato de referencia, en el primer paso, enliste las localidades asignadas y el número de viviendas por prioridad para cada una según la última clasificación registrada, más las viviendas adscritas que no han sido clasificadas. La hoja le calculará los días aproximados requeridos para hacer visitas efectivas de primera, segunda y tercera ronda. Una vez que programa en el paso 2, regrese al paso 1 a registrar las fechas en que realizará cada ronda en cada localidad.
PASO 2	 Con el dato de referencia del paso 1, en las fechas disponibles para visita domiciliar, programe el número de visitas efectivas presenciales o remotas a realizar en los días en que visitará cada localidad hasta completar primera ronda. Para segunda y tercera ronda, programe las visitas que el tiempo disponible le permita. Indique además en este paso los días que dedicará a visitas de seguimiento y otras actividades.
PASO 3	 Ver e imprimir el resumen del cronograma anual de visitas del ATAP por localidad
PASO 4	 Ver e imprimir el resumen general de la programación anual esperada de visitas

En esta herramienta se deberán realizar las modificaciones de metas en los periodos ordinarios comunicados por el profesional de enfermería.

El usuario principal es el ATAP, los insumos para completarla son:

- Reporte de familias por prioridad, que puede obtenerse de los reportes operativos del SIFF o bien del cubo de visita domiciliar, y servirá para obtener el dato por localidad que debe ingresar en el paso 1.
- El dato de rendimiento diario de visitas efectivas para cada localidad debe usar como referencia el estándar sugerido en este manual (7 a 9) y en consenso con el profesional de enfermería, anotar cifras mayores o menores, atendiendo

particularidades locales como dispersión geográfica, distancias, medio de transporte, readaptaciones laborales entre otras.

- Calendario de días hábiles de cada mes y programaciones locales de comisiones y reuniones del EBAIS, equipo de atención primaria y otros.

Los pasos 1 y 2 son los únicos en los que se ingresan datos, la herramienta en el paso 1, calcula automáticamente el número de visitas requeridas para cada localidad en primera, segunda y tercera ronda. En el paso 2 se distribuyen esas visitas efectivas requeridas en el calendario de días laborales del ATAP, para luego regresar al paso 1 para ingresar el rango de fechas para cada ronda en las localidades correspondientes. Se debe programar primera ronda en todas las localidades antes de programar las siguientes rondas.

El ejercicio de programación debe ser supervisado y validado por el profesional de enfermería correspondiente, quien, a su vez, consolidará y monitoreará el avance del cumplimiento de meta por funcionario y por área de salud, usando la “Herramienta de programación y control de metas de visitas del ATAP, Módulo para el profesional de enfermería, Áreas de Salud.” Figura 14.

Figura 14. Herramienta de programación de metas de visitas del ATAP Módulo para Profesional Enfermería, Áreas de Salud.

	Herramienta de programación y control de metas de visitas del ATAP Módulo para el profesional de enfermería ÁREAS DE SALUD CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL				
Profesional a cargo	<input type="text"/>				
Área de Salud:	<input type="text"/>				
Año:	<input type="text"/>				
Sección: Programación - Modificación de metas	Sección en donde el profesional de enfermería consolidará la programación anual de metas de visita domiciliar de los ATAP del área de salud, a partir del dato ingresado en los módulos de estos funcionarios. En esta sección realizará durante el periodo, las modificaciones de metas autorizadas por la administración, las cuales deben estar en concordancia con las metas individuales de cada funcionario ATAP.				
Haga clic en el periodo correspondiente para agregar o modificar datos	I Trimestre	I Semestre	III Trimestre	II Semestre	Anual
	II Trimestre		IV Trimestre		

De igual forma en esta herramienta de Área de Salud, en los periodos establecidos por la administración de la unidad, el profesional de enfermería realizará las modificaciones a la meta global según las realizadas por los ATAP en las programaciones individuales.

El paso 2 se programan visitas de seguimiento y atenciones remotas, así como actividades en otros escenarios según nomenclatura establecida y automatiza la sumatoria de visitas



programadas por tipo, por mes, trimestre, semestre y anual, así como la sumatoria de los días programados para cada actividad según escenario.

El paso 3 es una versión espejo del paso 1, configurado para imprimir y el paso 4, resume los indicadores de programación que serán llevados a la herramienta del profesional de enfermería para consolidar el dato del área de salud. (Figura 15)

Figura 15. Paso 4, Módulo ATAP programación Anual visitas

**Resumen general de la programación anual esperada de visitas.
Módulo ATAP**

Nombre del Funcionario:

Área de Salud:

Sector asignado: Volver al inicio

Sector asignado:

Sector asignado:

Indicador	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	I Trimestre	II Trimestre	I Semestre	III Trimestre	IV Trimestre	II Semestre	Annual	
Días laborables	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Días programados para visita todos los tipos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas programadas todos los tipos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas efectivas programadas todos los tipos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas efectivas presenciales programadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas efectivas remotas programadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas seguimiento programadas todos los tipos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas seguimiento presenciales programadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visitas seguimiento remotas programadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Total de visitas efectivas requeridas para las familias asignadas según norma (3 anuales para prioridad 1, 2 para prioridad 2 y 1 para prioridad 3)

Diferencia entre el número de visitas efectivas requeridas según norma y las programadas presenciales y remotas (Demanda insatisfecha)

Número de visitas efectivas todas las modalidades proyectadas por familia

Número de visitas todos los tipos y modalidades proyectadas por familia

Las modificaciones de metas de visitas en los periodos establecidos por el profesional de enfermería deben realizarse en esta plantilla de forma individual por cada ATAP.

Módulo Áreas de Salud programación y control Anual visitas.

Corresponde a una herramienta diseñada en Excel, de la cual se ha hecho referencia en la figura 14 del presente documento.

El usuario principal es el profesional de enfermería que coordina el equipo de atención primaria en el área de salud, los insumos para completarla son:

- Paso 4 del Módulo ATAP programación Anual visitas versión 2023 de cada uno de los funcionarios adscritos a la unidad.
- Cubo de visita domiciliario.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 108 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

El Profesional de enfermería en la sección Programación – Modificación de metas ingresará el dato de programación de cada funcionario para cada trimestre del siguiente periodo, iniciando con el primer trimestre, en donde ingresará el nombre de cada ATAP. La herramienta automatizará la sumatoria por semestre y anual de las metas de visitas.

Las modificaciones de metas realizadas en los módulos individuales de los ATAP serán realizadas en esta herramienta en espejo para cada funcionario, en los periodos establecidos por la Administración.

En la Sección control de la ejecución de metas, el profesional una vez que se haya verificado que no existan visitas pendientes de ingresar al SIFF, tomará el dato del cubo de visita domiciliar registrando las visitas domiciliarias según tipo y los días utilizados para cada actividad por funcionario en el mes correspondiente. La herramienta realizará la sumatoria trimestral, semestral y anual de las visitas realizadas y mostrará gráficos de progreso respecto a lo programado.

Módulo Regional programación y control Anual visitas

Corresponde a una herramienta diseñada en Excel, de la cual se ha hecho referencia en la figura 14 del presente documento.

El usuario principal es el profesional de enfermería que coordina el equipo de atención primaria en el nivel regional, los insumos para completarla son:

- Módulo Áreas de Salud programación y control Anual visitas versión 2023 de cada una de las áreas adscritas a la región.
- Cubo de visita domiciliar.

El Profesional de enfermería en la sección Programación – Modificación de metas ingresará el dato de programación de cada Área de Salud para cada trimestre del siguiente periodo, iniciando con el primer trimestre, en donde ingresará el nombre de cada unidad. La herramienta automatizará la sumatoria por semestre y anual de las metas de visitas.

Las modificaciones de metas realizadas en los módulos de las áreas de salud serán realizadas en esta herramienta en espejo para cada unidad, en los periodos establecidos por la Administración.

En la Sección control de la ejecución de metas, el profesional tomará el dato del cubo de visita domiciliar registrando las visitas domiciliarias según tipo y los días utilizados para cada actividad por área de salud en el mes correspondiente. La herramienta realizará la sumatoria trimestral, semestral y anual de las visitas realizadas y mostrará gráficos de progreso respecto a lo programado. (Figura 16).

Figura 16. Módulo Área de Salud programación y control Anual visitas.

Año:	Área de Salud							
0	0							
	Anual							
Nombre del funcionario	Días visita todos los tipos registrados	Visitas registradas todos los tipos	Visitas efectivas registradas todos los tipos	Visitas efectivas presenciales registradas	Visitas efectivas remotas registradas	Visitas seguimiento registradas todos los tipos	Visitas seguimiento presenciales registradas	Visitas seguimiento remotas registradas
Total Área	360	2515	1955	1560	395	560	440	120
0	9	75	61	46	15	14	10	4
0	9	56	42	32	10	14	12	2
0	9	65	51	46	5	14	10	4
0	9	61	47	32	15	14	12	2
0	9	70	56	46	10	14	10	4
0	9	51	37	32	5	14	12	2
0	9	75	61	46	15	14	10	4
0	9	56	42	32	10	14	12	2
0	9	65	51	46	5	14	10	4
0	9	61	47	32	15	14	12	2
0	9	70	56	46	10	14	10	4
0	9	51	37	32	5	14	12	2
0	9	75	61	46	15	14	10	4
0	9	56	42	32	10	14	12	2
0	9	65	51	46	5	14	10	4
0	9	61	47	32	15	14	12	2
0	9	70	56	46	10	14	10	4
0	9	51	37	32	5	14	12	2
0	9	75	61	46	15	14	10	4

Registro de desplazamiento

Corresponde a un formulario impreso, con el estándar definido para la presente versión del manual de gestión.

Cada funcionario deberá completar un registro diario y consolidado por mes, y disponerlo en un lugar visible en su sede de trabajo de manera que, en caso requerido, pueda ser localizable por diferentes medios. Al final del mes, el ATAP archivará los registros correspondientes a cada año en una carpeta a la que también tendrá acceso el profesional de enfermería que coordina el equipo de atención primaria. (Anexo 8) El profesional de enfermería debe planificar la disponibilidad de formularios para el servicio.

La información para registrar en el formulario es la siguiente:

- Mes / año que corresponden.
- Área de Salud, Sector: Identifican la unidad de adscripción del funcionario.
- Número de identificación, Nombre y apellidos del ATAP, identifican al funcionario.
- Medio de transporte: Acá el ATAP si tiene vehículo asignado lo identificará con el número de placa si la tiene, en caso de vehículos no motorizados, indicará el tipo de transporte (bicicleta, caballo, panga, público – autobús) o bien anota “ninguno”.
- Teléfono móvil y correo electrónico: Del funcionario, como medios adicionales de localización.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 110 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Día: Corresponde a la fecha del día laborado. Cuenta con espacios para 19 fechas, en caso de requerir más usar un nuevo formulario, de manera que todos los días laborados en el mes queden registrados.
- Localidad visitada: En caso de desplazamiento fuera del establecimiento de salud, indicar la localidad o barrio donde estará. No debe completarse si el funcionario se queda en el establecimiento toda su jornada.
- Actividad: Indicar el motivo del desplazamiento, visitas, trabajo escolar, atención escenario laboral, movilización comunal, etc.
- Viviendas de – hasta: Indicar el código inicial y final de las viviendas que tiene programado visitar, si el desplazamiento es para esa actividad.
- Hora de salida y llegada: Registro que deberá realizar al salir y volver al establecimiento sede.

Agenda diaria escenario domiciliario Visita Seguimiento.

Corresponde a un formulario impreso, con el estándar definido para la presente versión del manual de gestión. (Anexo9)

Aunque prevalece la premisa de que toda visita domiciliar debe ser registrada en el SIFF, este formulario es utilizado de manera alternativa, y previa coordinación con el profesional de enfermería del área de salud, en casos en que se tiene programado realizar visitas de seguimiento como parte de una estrategia masiva con altos rendimientos requeridos, y en los que hacer el registro en SIFF en tiempo real pueda afectar el número de visitas a realizar, por ejemplo, jornadas de vacunación, cercos epidemiológicos en brotes, entre otros a valorar localmente.

En este formulario el ATAP identificará el área de salud y sector correspondientes, la localidad visitada que es parte del código de las viviendas, y el nombre del funcionario que realizan las visitas.

En cada vivienda, registrará los datos requeridos para poder ingresar la visita al SIFF, antes de finalizar el mes correspondiente a su realización. Estos datos son:

- Fecha: En el encabezado del formulario se anota la fecha de la jornada de visitas de seguimiento.
- Identificador de vivienda: Para viviendas ya registradas en SIFF, se registrará cualquiera de los datos con el que se pueda abrir la ficha en el sistema, código de vivienda, cédula o nombre del jefe de familia o cédula o nombre de uno de sus miembros.
- Actividad: Acá se registrarán las actividades que describen a las visitas de seguimiento, investigación de campo, búsqueda de casos, supervisión de tratamiento, vacunación.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 111 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Identificación y Miembro atendido: Corresponde al número de identificación, nombre y dos apellidos de cada miembro atendido o presente en la visita, requerido para poder ingresar la actividad al SIFF posteriormente. Deberá trazar una línea que indique cual el último miembro atendido de la vivienda, para iniciar en la siguiente línea con el identificador de la siguiente vivienda.
- No efectiva: Si en el recorrido se intenta acceder a viviendas, sin éxito, estas deben anotarse en la agenda, e indicar la razón del no acceso, tal cual se describe en el capítulo de clasificación de visitas domiciliarias, cerrada, deshabitada, no acepta la visita, no existe, en construcción.

El formulario cuenta con espacio para registrar 23 miembros atendidos, si se requiere hacer más registros deberán usarse formularios adicionales.

En los casos que, en el orden del recorrido, se accede a una vivienda, que desde el conocimiento del ATAP, no está incluida en el SIFF, por ser una nueva construcción, o una nueva familia en la vivienda, o una vivienda continuamente cerrada sin haber podido realizar una visita por primera vez en la vida, en esos casos debe utilizarse el SIFF móvil, o bien los formularios de contingencia de ficha familiar.

Para digitar en SIFF estas visitas, deberá registrarse la fecha de visita, realizar la búsqueda de la ficha con el identificador anotado, una vez localizada, en la pestaña familia se registran los miembros presentes y finalmente, se clasifica el tipo de visita domiciliar realizada.

Ficha Familiar (Formularios para contingencia) datos vivienda y familia; datos del miembro y ficha individual.

La información derivada de las visitas domiciliarias ejecutadas por el ATAP en el primer nivel de atención, debe ser registrada en las fichas familiares correspondientes en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) del Expediente digital único en Salud (EDUS), según se establece en el Manual Técnico y de del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, Código MT. GM. DDSS. ARSDT. ENF.2018.

El evento del ataque cibernético experimentado en la Institución desde el 31 de mayo del año 2022 genera un nuevo requerimiento en lo respectivo a la continuidad del sistema de información del programa de visita domiciliar en caso de que el SIFF esté inhabilitado. Las Fichas Familiares físicas (código 4-70-03-0520) y sus anexos, dadas las actualizaciones realizadas en el SIFF en los últimos años, han experimentado un desfase tanto en variables como en sus catálogos de valores, por lo que es necesaria una alternativa, de menor costo y con compatibilidad con los sistemas actuales.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 112 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Los formularios que se describen en este documento (Anexo 10) han sido desarrollados por la Coordinación Nacional de Enfermería, con aportes y valoración de las profesionales de enfermería líderes usuarios del SIFF en el EDUS y las jefaturas regionales de enfermería y validados por el Comité Institucional de Expediente de Salud, Gerencia Médica, y Área de Estadísticas en salud, aprobando proceder a la solicitud de oficialización mediante oficio GM-AES-7-1189-2022. Su finalidad es la de presentar una alternativa de registro de la información de las visitas domiciliarias de los ATAP, como contingencia ante la imposibilidad material del uso del SIFF web o móvil dando continuidad al servicio.

Entre las situaciones en las que se identifica puede requerirse el uso de los formularios de contingencia se citan:

- La inhabilitación de sistemas de información institucionales debido ataque cibernético, o situaciones emergentes informadas por las autoridades institucionales competentes, que tengan impacto general a nivel de todos los establecimientos y usuarios del sistema, o bien a nivel de Regiones o Áreas de salud.
- Situaciones locales excepcionales en las cuales para las salidas programadas del ATAP se recomienda no portar el dispositivo móvil, por un riesgo identificado y documentado previamente por el profesional de enfermería del servicio o, por recomendación de la gestión de riesgos de salud ocupacional, ejemplo de ellos: factores climáticos, dificultades geográficas, delincuencia, entre otros.
- Falla, pérdida, hurto, avería, entre otros, del dispositivo móvil, sin contar con uno de repuesto para dar continuidad al registro de la información in situ, durante las visitas domiciliarias del ATAP.
- Otras circunstancias temporales, documentadas por el profesional de enfermería a cargo del programa de visita domiciliar en las áreas de salud.

Las variables de ambos formularios son compatibles con las correspondientes al SIFF, por lo que los valores de respuesta a cada una de ellas deben ajustarse a los catálogos del sistema, favoreciendo la digitación posterior en las fichas familiares correspondientes almacenadas en las bases de datos, o en su defecto para crear una nueva ficha a partir de la información recolectada con el formulario.

El presente instructivo hará recordatorio de los valores de catálogo para cada variable, sin entrar en definiciones, dado que los mismos no difieren de la información recolectada de forma habitual en el SIFF por los ATAP durante las visitas domiciliarias y que se pueden consultar en el documento “Sistema Integrado de Ficha Familiar, Manual de Usuario, Versión 2.1.34.1”.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 113 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Agenda diaria actividades en otros escenarios.

Corresponde a un formulario impreso, con el estándar definido para la presente versión del manual de gestión. (Anexo 11)

Como se ha anotado en secciones previas, las actividades en otros escenarios diferentes al domiciliario no cuentan con un sistema automatizado de información, por lo que, para registrar, generar estadísticas de producción, y conservar evidencia de las acciones del ATAP, es necesario conservar una agenda diaria de actividades en otros escenarios entre otros registros, que también serán normalizados en esta edición.

En este formulario cada vez que se ejecutará una jornada de trabajo total o parcial en el escenario: Establecimiento de salud (con excepción de la atención remota que se registra en SIFF), laboral, comunidad y educativo, el ATAP completará los siguientes datos:

- Área de salud, sector: Corresponden a la adscripción administrativa del escenario visitado.
- Localidad o barrio: Se refiere al nombre de la localidad en la ubicación geográfica del escenario visitado.
- Escenario: Marca con una X el que corresponde.
- Nombre del sitio o establecimiento: Especifica el nombre de la escuela, empresa, institución, recurso comunal, entre otros que corresponden al escenario visitado.
- Hora de inicio y final: Indica los tiempos de inicio y cierre de la actividad.
- Nombre del contacto en el establecimiento: Corresponde a la persona que representa el escenario visitado, con quien se coordinó previamente para realizar las actividades previstas y con quien se dará seguimiento a ellas en caso necesario, de este representante se anotará el teléfono y el correo electrónico.
- Fecha: Si en días consecutivos, se visitará el mismo escenario, sitio o establecimiento, se usará el mismo formulario para registrar las actividades diariamente hasta por 5 días, indicando cada fecha en el encabezado de columna. Si se visitarán en días seguidos establecimientos diferentes, se usará un formulario diferente para cada uno de estos.
- Actividades para reportar según unidad de medida:
 - Vacunación en sitio estratégico (NO DOMICILIAR) (Personas vacunadas)
 - Control de signos vitales (Personas atendidas)
 - Toma y registro de Peso y Talla (Personas atendidas)
 - Ploteo de gráficas de estado nutricional (Personas atendidas)
 - Medición de agudeza visual (Personas atendidas)
 - Medición de agudeza auditiva (Personas atendidas)
 - Toma de presión arterial a personas no hipertensas mayores de 20 años (Personas atendidas)
 - Entrega de preservativos (Personas atendidas)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 114 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Entrega de Tratamientos profilácticos (Personas atendidas)
- Educación para la salud, atención individual (Personas atendidas)
- Educación para la salud, atención grupal (Personas atendidas)
- Atención individual, en proyecto de promoción de la salud (Personas atendidas)
- Atención grupal, en proyecto de promoción de la salud (grupos atendidos)
- Revisión de condiciones de saneamiento ambiental (Número de lotes o edificios)
- Reunión en la comunidad (Número de participantes)
- Reunión con el equipo de salud (Número de participantes)
- Otra.

Finalmente habrá un espacio para firma del representante del sitio visitado, el ATAP y el supervisor correspondiente.

El ATAP deberá ingresar las actividades a la herramienta digital auxiliar diariamente y realizar la sumatoria de actividades realizadas de cada ítem para el mes correspondiente y entregarlo al profesional de enfermería, para la respectiva consolidación y reporte en el informe estadístico mensual. Este ejercicio lo realizará manualmente y conservará las agendas del mes en una carpeta, a la cual tendrá acceso el profesional de enfermería en caso de requerir consultas.

En la sección siguiente, se presentará una alternativa para consolidar el reporte mensual de actividades en otros escenarios de forma automatizada, en los casos que se cuente con el recurso informático correspondiente.

Generador Informe mensual otros escenarios, módulo ATAP.

En las unidades que, desde la gestión local, se pueda habilitar para los ATAP un recurso informático para utilizar herramientas de Excel, esta es una alternativa para consolidar las actividades en otros escenarios de cada mes.

Se trata de un archivo de Excel con macros (Anexo 12), en donde cada ATAP podrá identificar en una portada los datos que corresponden a:

- Región de Salud:
- Área de Salud:
- Sectores asignados.

Desde esta portada mediante vínculos, podrá acceder a cada mes del año para hacer el vaciamiento de sus agendas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 115 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Una vez que se encuentra en el mes correspondiente, la pantalla le presentará una tabla con la misma información de la agenda física. En el área gris, no deben registrarse datos, pues es en la que se sumarán automáticamente los totales del mes. En el área blanca, se ingresan los datos de un día de actividades en otros escenarios, en la columna que corresponde al escenario en que se ejecutaron. Si se requieren ingresar más días, se hace clic en el cuadro verde con la leyenda “agregar fecha” y la hoja agregará una tabla adicional para el nuevo día, y así sucesivamente para las fechas que requiera. Al final del mes, se oprime el recuadro naranja con la leyenda “sumar mes”, para que se totalicen las actividades mensuales, que entregará al profesional de enfermería para el informe del área de salud. Anexo 12.

Generador Informe mensual otros escenarios, módulo Área.

En las unidades que, desde la gestión local, se pueda habilitar para los profesionales de enfermería coordinadores de atención primaria, un recurso informático para utilizar herramientas de Excel (Anexo 13), esta es una alternativa para consolidar las actividades en otros escenarios de cada mes, de sus funcionarios a cargo.

El método de ingreso de datos es el mismo que se ha indicado en la sección anterior para el módulo ATAP, con un formato idéntico, sólo que la leyenda “agregar fecha” en cada mes, se sustituye por la de “agregar funcionario” para agregar todos los funcionarios que se requieran sumar en sus actividades para tener el total de área. De cada uno de ellos se registrará el total reportado para el mes.


Ficha de registro de actividades del ATAP y personas atendidas en el escenario laboral

Corresponde a un formulario impreso (Anexo 14), con el estándar definido para la presente versión del manual de gestión, en presentación horizontal.

Como se ha anotado en secciones previas, las actividades en otros escenarios diferentes al domiciliario no cuentan con un sistema automatizado de información, por lo que, para registrar, generar estadísticas de producción, y conservar evidencia de las acciones del ATAP, es necesario elaborar formularios de registro, en esta oportunidad, corresponde a las actividades y personas atendidas en el escenario laboral, un registro nominal de las personas atendidas por el funcionario en una visita al sitio.

El formulario cuenta con campos para registrar la información de identificación del sitio visitado:

- Nombre del establecimiento: Se refiere a la empresa, establecimiento comercial o lugar de trabajo visitado.
- Nombre del representante: Corresponde a la persona con quien se coordina la visita y que se registra como contacto con el establecimiento.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 116 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

- Teléfono y @: Corresponde al número telefónico y correo electrónico del establecimiento o su representante.
- Dirección por señas: Anotar los puntos de referencia que permitan ubicar mejor al establecimiento.
- Área de Salud, sector: Corresponde a la unidad a la cual está adscrito el establecimiento por ubicación geográfica.
- Fecha de visita: Anotar la fecha de la visita actual a la que corresponden las atenciones que serán registradas.
- Nombre del ATAP: Identificar al funcionario a cargo de la visita al establecimiento.
- Número de empleados: Anotar la cifra referida por el contacto con la empresa que le permitirá clasificar el establecimiento por categoría.
- Categoría de establecimiento: Según el número empleados descrito en la sección 8.2.8 del presente manual.
- Tipo de foco de contaminación identificado: Anotar en caso de observarse, posibles fuentes de contaminación que representan un riesgo para la salud.
- Tipos de criaderos observados: Se refiere a criaderos de mosquitos transmisores de enfermedades vectoriales, ejemplo depósitos de agua limpia en llantas, piletas en desuso, recipientes, entre otros.
- Riesgo Epidemiológico: Anotar si la visita obedece a apoyo en acciones de respuesta ante un evento epidemiológico, como brote, búsqueda activa de casos, vacunación contra evento inmunoprevenible, entre otros.
- Datos de personas atendidas:
 - Nombre y apellidos: De cada usuario que recibió atención del ATAP.
 - N° identificación: Corresponde al número de cédula u otro tipo de identificación del usuario que recibió atención del ATAP.
 - Fecha de nacimiento: Día, mes y año de nacimiento del usuario atendido.
 - Distrito de residencia: Corresponde al domicilio del usuario atendido, sin importar que no sea un distrito del área de adscripción.
 - Presión arterial: Anotar las cifras de la presión sistólica y diastólica, separadas por una barra inclinada, ej. 120/80 mmHg.
 - Glicemia: En caso de medición de glicemia por micro método vía punción capilar anotar el resultado.
 - Vacunas aplicadas tipo y dosis: Anotar el tipo de vacuna y la dosis aplicada según esquema (Este registro puede usarse como fuente primaria para luego trasladar los datos al SIVA) Ej. Td Refuerzo, Influenza estacional, Hb tercera.
 - Servicio / Motivo Referencia: Sólo en caso de los usuarios referidos, anotar el servicio y el motivo, ej.: EBAIS/Atención HTA.
 - Tratamiento profiláctico: Si se hizo entrega de alguna, indicarlo. Ej. Preservativos, Suero Oral.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 117 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Este ejercicio lo realizará manualmente cada vez que visite un escenario laboral y realice atención directa de usuarios, y conservará los formularios en una carpeta, a la cual tendrá acceso el profesional de enfermería en caso de requerir consultas o seguimientos. **Anexo**

Registro de actividades educativas del ATAP

Corresponde a un formulario impreso (Anexo 15), con el estándar definido para la presente versión del manual de gestión.

Como se ha anotado en secciones previas, las actividades en otros escenarios diferentes al domiciliario no cuentan con un sistema automatizado de información, por lo que, para registrar, generar estadísticas de producción, y conservar evidencia de las acciones del ATAP, es necesario elaborar formularios de registro, en esta oportunidad, corresponde a las actividades educativas grupales asumidas por el ATAP o el profesional de enfermería del equipo en todos los escenarios.

El formulario cuenta con los siguientes campos:

- Fecha: Día / mes / año correspondiente a la fecha de ejecución de la actividad educativa.
- Área de Salud y Sector: Que corresponde a la adscripción del funcionario ATAP o profesional que realiza la actividad.
- Nombre y apellidos del funcionario: Corresponde al funcionario a cargo de la ejecución de la actividad educativa.
- Tipo: Marcar el ámbito de clasificación de la actividad como educación en salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad.
- Escenario: Marcar el escenario donde se desarrolla la actividad.
- Nombre del sitio o establecimiento: Identifique el nombre de la empresa, escuela, sitio comunal, entre otros donde fue desarrollada la actividad.
- Hora de inicio – final: Corresponde al tiempo de ejecución de la actividad.
- Nombre del contacto en el sitio o establecimiento: Corresponde a la persona con quien se coordina la visita y que se registra como contacto con el establecimiento.
- Teléfono y @: Corresponde al número telefónico y correo electrónico del establecimiento o su representante.
- Sinopsis de la actividad educativa (Temas, metodología): Antes de que firmen los participantes, anotar una breve descripción de los contenidos de la actividad ofrecida y si se trató de una charla, reunión, mesa redonda, entre otras metodologías posibles.
- Sección para registro de los participantes:
 - Número de cédula: Corresponde al número de identificación del participante.
 - Nombre: Nombre y apellidos del participante.
 - Calificación 1 al 5: Donde el encargado de la actividad verificará que cada participante además de anotar sus datos califique del 1 al 5 la actividad en la que ha participado, donde 1 es insatisfecho y 5 es totalmente satisfecho.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 118 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios

El ATAP es un actor clave en la implementación del programa de control de la Tuberculosis, tanto en la estrategia de tratamiento administrado estrictamente supervisado (TAES) de los casos diagnosticados con la enfermedad, como en la vigilancia del evento mediante captación pasiva de sintomáticos respiratorios durante las visitas domiciliarias, como en las campañas programadas de los EBAIS para búsqueda activa de usuarios que cumplan con la definición de caso de sospecha para su respectiva examinación.

Al ser esta actividad regular en la dinámica de los ATAP en los diferentes escenarios, en la presente versión del manual de gestión se procede a estandarizar el formulario de registro de casos durante las búsquedas activas de sintomáticos respiratorios.

Corresponde a un formulario impreso, con el estándar definido para la presente versión del manual de gestión anexo 16 y contiene las siguientes variables:

- Fecha: Día / mes / año correspondiente a la fecha de ejecución de la actividad educativa.
- Área de Salud y Sector: Que corresponde a la adscripción del funcionario ATAP o profesional que realiza la actividad.
- Nombre y apellidos del ATAP: Corresponde al funcionario a cargo de la ejecución de la actividad educativa.
- Escenario: Marcar el escenario donde se desarrolla la actividad.
- Localidades visitadas: Si el desplazamiento, independientemente del escenario, incluye una o más localidades, anotar el nombre de estas en este espacio.
- Identificación: Corresponde al número de cédula u otro tipo de identificación del usuario que recibió atención del ATAP.
- Nombre de usuario al que se le explora sintomatología: En una búsqueda activa se debe explorar en todos los mayores de 10 años presentes.
- Cumple definición SR: En este espacio se coloca una "X" en aquellas personas que cumplen la definición de caso para sintomático respiratorio.
- N° muestras recogidas: A las personas que cumplen con la definición de caso, indicar el número de muestras de esputo para baciloscopia recogidas en el ejercicio.
- Firma del usuario: Solicitar a las personas registradas, todas en general, que firmen el formulario de manera voluntaria, validando la búsqueda realizada.

Referencia a los servicios de salud

En el presente manual de gestión se ha establecido la participación del ATAP en el proceso de atención al individuo, familia y comunidad en los diferentes escenarios, identificándose entre las actividades la identificación y referencia de casos, según sus necesidades de control de su salud, por ejemplo personas sanas sin consultas de atención integral, niños sin control

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 119 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

de crecimiento y desarrollo; o necesidades de control de su enfermedad, por ejemplo personas con padecimientos crónicos sin control; o necesidades de control de su condición, por ejemplo embarazadas sin control prenatal, entre otros.

El ATAP, como se ha descrito previamente, es miembro activo del EBAIS correspondiente, y coordinará con este equipo las prioridades de captación en los escenarios fuera de los establecimientos de salud, así mismo los mecanismos para facilitar el acceso a los cupos correspondientes para aquellos casos que por su condición de riesgo requieren un seguimiento por parte del ATAP o del profesional de enfermería; este último así mismo sirve de enlace del ATAP en caso de requerir gestiones adicionales para la atención de usuarios referidos al EBAIS, servicios de apoyo o instancias externas.

En el escenario domiciliario, el ATAP registra en el SIFF las referencias emitidas durante las visitas, adicionalmente confeccionará una boleta física (Anexo 17) con presentación según el estándar del presente manual de gestión, de la cual se dejará una copia el funcionario en caso de necesidad de seguimiento, y otra será entregada al usuario para que este proceda a solicitar la cita correspondiente por los medios de conveniencia de acuerdo con cada contexto, vía web, telefónica, o presencial.

Es importante que el ATAP esté familiarizado con la instalación y uso de las aplicaciones móviles y sitios web para la gestión de citas, para lo cual, en caso necesario, el profesional de enfermería coordinará la inducción requerida.

Las copias de las referencias emitidas serán archivadas por el ATAP, en una carpeta con la seguridad requerida y con acceso para el profesional de enfermería. En los casos en que, dada la condición particular de riesgo del usuario referido, si el funcionario le apoya en la gestión de cupos para su atención en el EBAIS o servicios de apoyo, será archivada hasta finalizar las gestiones correspondientes.

Los campos que deben completarse en el formulario son:

- Fecha: Día / mes / año correspondiente a la fecha de ejecución de la actividad educativa.
- Área de Salud y Sector: Que corresponde a la adscripción del funcionario ATAP o profesional que realiza la actividad.
- Número de identificación: Corresponde al número de cédula u otro tipo de identificación del usuario que recibió atención del ATAP.
- Fecha de nacimiento: Día, mes y año de nacimiento del usuario atendido.
- Nombre y apellidos: De cada usuario que recibió atención del ATAP.
- Teléfono y correo electrónico @: Corresponde al número telefónico y correo electrónico del usuario referido.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 120 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Dirección por señas: Anotar los puntos de referencia que permitan ubicar mejor al usuario referido.
- Lugar o servicio al que se refiere: Debe marcarse con una “X” el que corresponde entre EBAIS, Equipo de apoyo, especificando el servicio en específico, seguimiento domiciliario por el profesional de enfermería, cuya coordinación la realizará el ATAP directamente, otro especificando de acuerdo con cada contexto local y sus recursos.
- Motivo de referencia: El ATAP escribirá una descripción breve del o los motivos por los cuales se refiere al usuario, estos deben coincidir con lo anotado en el SIFF en referencia o hallazgos y recomendaciones.
- Acciones realizadas en la visita: El ATAP escribirá que acciones realizó durante la visita que tengan relación con el abordaje de los motivos de referencia del usuario, ejemplo educación en salud, medidas preventivas o de autocuidado de la salud, vacunación, etc.
- Nombre del ATAP: Identificar al funcionario que realiza la referencia.
- Número telefónico para consultas en el establecimiento de salud (Central – EBAIS): Principalmente en el formulario que se entrega al usuario, indicar una línea o forma de contacto donde el usuario pueda comunicarse para orientación o seguimiento respecto a su cita o atención requerida.

Ficha de identificación de actores sociales

El programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, en la CCSS, en su documento Metodología para la Identificación de Necesidades de Salud de la Población versión 2.2 de abril 2022, posiciona el inventario actualizado de actores sociales en los espacios población adscritos a las áreas de salud, como uno de los insumos principales “para este proceso de planificación local, regional y nacional, a fin de lograr el desarrollo y la mejora de los servicios a través de una operativización efectiva de la atención de las necesidades de salud que corresponden a la prestación de servicios de salud de la CCSS”. (CCSS, 2022)

Por su afinidad y contacto con los recursos de la comunidad, el equipo de enfermería en atención primaria en el área de Salud deberá contar con un fichero de actores sociales en formato físico (Anexo 18) o electrónico. Cada ATAP del área de salud, mantendrá los datos del registro actualizados anualmente y los conservará en un archivo en el cual pueda tener acceso el profesional de enfermería para consultas propias del servicio o de los integrantes del equipo de salud local involucrado en el proceso de Identificación de necesidades de salud.

Entre los ejemplos de representantes de actores sociales que deben inventariarse en la comunidad citados por el documento institucional están:

- Ministerio de Salud
- CEN- CINAI
- Medicina Mixta

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 121 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

- Medicina de Empresa
- Presidente o representante de la Junta de Salud
- Asociaciones de Desarrollo
- Asociaciones de Desarrollo Indígena (ADI) (en caso de que existan)
- Comité Local de Deportes
- Personas con discapacidad
- Personas adultas mayores
- Personas jóvenes
- Gobierno Local
- Instituciones presentes en el Cantón relacionadas con salud: Ejemplo: IMAS, PANI
- Cruz Roja
- Ministerio de Educación
- Principal empleador del espacio poblacional
- Líder religioso
- Policía / OIJ (preferiblemente este último)

El listado anterior no excluye actores que por su relevancia para el análisis de las necesidades de salud puedan ser convocados por el equipo de salud para conocer su perspectiva y hacer más representativo el ejercicio, por tanto, el ATAP puede incorporar al inventario los actores que identifique con esas características.

Las variables que incluye son:

Código de UP: Se refiere al código de EBAIS en el Área de salud, compuesto por el número de 4 cifras del área de salud, más dos cifras del EBAIS correspondiente, ejemplo 2575 01.

Nombre de UP: Se refiere al nombre del sector en el Área de salud, siguiendo el ejemplo anterior "Cóbano Centro".

Total, de organizaciones: Este es un dato variable, que, si se lleva en físico, deberá anotarse con lápiz, corresponde al conteo del total de actores incluido en el inventario.

Nombre Completo de la Organización / Institución / Empresa: Anotando el nombre oficial de la organización o el que mejor le describa.

Ubicación geográfica: Dirección por señas del establecimiento u organización.

Objetivo general: De la organización, describe su razón de ser o a lo que se dedica.

Legitimidad de la organización: Indicar si es gubernamental, o no gubernamental pero que funciona de manera legal, o bien si se trata de una organización informal.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 122 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Teléfono/Fax/ Correo electrónico: Preferiblemente identificar todos los contactos de un representante de la organización con quien se pueda comunicar por esa vía.

Nombre de persona responsable: Representante de la organización con quien se puede establecer contacto para coordinaciones.

Tiempo de colaborar con programas de salud: Expresar si el tiempo anotado es meses o años.

Declaración de Intereses

Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses; los formularios serán custodiados por 5 años.

Contacto para consultas

En orden de competencias, los ATAP tendrán como primer contacto de consultas al profesional de enfermería de atención primaria en el área de salud, superado este nivel de resolución, estos profesionales realizarán las consultas correspondientes al profesional de enfermería de atención primaria en el nivel regional, y estos a su vez llevarán las consultas en orden de prioridad, al espacio de sesiones de trabajo mensuales de las coordinaciones regionales de atención primaria con la Coordinación Nacional de Enfermería.

La información de contacto con la Coordinación Nacional de Enfermería para consultas relacionadas con el presente manual es la siguiente:

- Secretaría de la Coordinación: secenfer@ccss.sa.cr
- Dra. Jacqueline Monge Medina, jefe, Coordinación Nacional de enfermería. jmongem@ccss.sa.cr
- Dra. María Elena Artavia Mora, Subjefe, Coordinación Nacional de Enfermería. meartavi@ccss.sa.cr
- Dr. Gabriel Ugalde Rojas, Asistente, Coordinación Nacional de Enfermería. gugalde@ccss.sa.cr



Anexos

Anexo 1: Aval de Gerencia Médica.

Anexo 2: Conceptos esenciales Primer nivel de Atención.

Glosario de Términos	
Equipo de salud ¹	Para brindar una atención integral y resolutive, se requiere la presencia de diferentes formaciones técnicas y profesionales y alto grado de articulación entre éstos, de modo que no sólo las acciones sean compartidas, sino que también haya un proceso interdisciplinario, en el cual progresivamente, los núcleos de competencia específicos vayan enriqueciendo el campo común, ampliando de esta forma, la capacidad de cuidado de todo el equipo. Esa organización presupone que el proceso de trabajo enfocado en procedimientos e intervenciones pase a tener como centro las personas.
Sector de Salud	Espacio- población adscrito a un Equipo Básico de Atención Integral en Salud del Primer Nivel de Atención.
Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) ²	Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Sector de Salud, en el Primer Nivel de Atención. Está integrado por un Médico General, un Auxiliar de Enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP). Se ubica en la Sede de EBAIS. Perfiles de puesto que conforman el EBAIS: <ul style="list-style-type: none"> ● Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) ² ● Auxiliar de Enfermería ² ● Médico General ² ● Técnico de salud en Farmacia³ ● Asistente Técnico en Redes (EBAIS desconcentrado) o Asistente de Redes (EBAIS concentrado⁴)
Sede de EBAIS	La Sede de EBAIS es el establecimiento de salud en donde se prestan los servicios de salud esenciales del Sector de Salud. En la Sede de EBAIS se ubica el Equipo Básico de Atención Integral en Salud. Se clasifica de acuerdo con el número de EBAIS que contiene.
Área de Salud	Espacio- población adscrito a un conjunto de establecimientos de Servicios de Salud institucionales del Primer Nivel de Atención.

¹ Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria. Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ): Manual instructivo / Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Básica. – Brasilia: Ministerio da Salud, 2012.

² Proyecto Reforma Sector Salud. Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. 1993.

³ Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Clasificación de las Áreas de Salud de acuerdo con su complejidad y propuesta a largo plazo. Aprobada en artículo 7 de la sesión N°8304, del 04 de diciembre de 2008.

⁴ En Sedes de Áreas de Salud donde se ubican varios EBAIS en la misma infraestructura, puede haber uno para atención de varios EBAIS.



Equipo de Apoyo

Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Área de Salud, en el Primer Nivel de Atención. Realiza acciones de educación para la salud, supervisión técnico- asistencial, capacitación permanente y atención de casos referidos. Se ubica en la Sede de Área de Salud.

Disciplinas que conforman el Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención.

Aprobadas en la Propuesta de Readecuación del Modelo de atención¹:

1. Enfermería General
2. Farmacia
3. Medicina Familiar y Comunitaria
4. Microbiología
5. Nutrición
6. Odontología General
7. Trabajo Social ²

Otras disciplinas que se han incorporado:

1. Psicología General
2. Registros y Estadísticas de Salud (REDES)²
3. Promotor de Salud ³

Funciones generales del Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención:

- Desarrollar planes de mejora del desempeño en respuesta a los resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud.
- Desarrollar investigaciones operativas a fin de orientar los procesos de atención.
- Brindar apoyo técnico, supervisión capacitante, educación permanente y evaluación al personal del Área de Salud.
- Ejecutar las intervenciones técnicas definidas para la atención de las personas en el Nivel de Atención correspondiente, según el escenario y tipo de atención.⁴

1. Proyecto Reforma Sector Salud. Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. 1993.

2. Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Clasificación de las Áreas de Salud de acuerdo con su complejidad y propuesta a largo plazo. Aprobada en artículo 7 de la sesión N°8304, del 04 de diciembre de 2008. Y Dirección de Desarrollo Organizacional Gerencia de División Modernización y Desarrollo. Manual de Organización de las Áreas de Salud, 2002.

3. Aprobado por Junta Directiva. Art 8 sesión 8775 del 7 mayo 2015.

4. FUENTES: Modificado de CCSS, MS (1996). Manual de Funciones y Actividades del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención. San José. Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993). Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. Informe final. San José.



Sede de Área de Salud	La Sede de Área de Salud es el establecimiento de salud que tiene bajo su responsabilidad la prestación de servicios de salud del Primer Nivel de Atención en el espacio- población denominado Área de Salud. En la Sede de Área de Salud se ubica el recurso humano para la gestión- administración, constituyéndose en la unidad administrativa básica de la Institución. En esta Sede se ubica el Equipo de Apoyo. En la mayoría de los casos la Sede de EBAIS puede ser la Sede del Área de Salud. ⁵
Área de Atracción	La jurisdicción territorial de cada establecimiento de prestación de servicios de salud. ⁵
Niveles de Atención	Combinaciones funcionales de servicios de acuerdo con su complejidad. Lo que distingue a un Nivel de otro es su capacidad tecnológica de resolución de necesidades y/o problemas de salud. Un Nivel de Atención responde a realidades de salud similares y está diseñado para enfrentar demandas equivalentes. ⁶
Red de Servicios de Salud en la CCSS	“Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica. Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente” ⁷

5. Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019.

6. Modificado de: Castellanos J. y Kisil, M (1981). Estructura de los Servicios de Atención Médica. Educ. Med. Salud, Vol 15, No. 3.

7. CCSS (2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISSCCSS. Equipo Técnico Intergerencial. Noviembre.

Primer Nivel de Atención en la Red de Servicios de Salud. ⁸	<p>Constituye la base del sistema, el punto de contacto con las personas y define en gran medida el uso de los recursos. Como propósito primordial, evita que el proceso salud- enfermedad evolucione hacia el daño, situación que requerirá de mayor complejidad en la respuesta de la prestación.</p> <p>Funciones del Primer Nivel de Atención en la Red de Servicios de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), que incluye: Escenarios Comunitario, Domiciliar, Educativo y Laboral. ● Atención de urgencias y básica de emergencias; estabilización y traslado a otro nivel si fuere necesario ● Consulta Externa general ● Cirugía menor ● Reporte de enfermedades/eventos de notificación obligatoria ● Gestión de casos y continuidad asistencial ● En función de la composición de la RIPSS: ● Atención básica en cuidados paliativos y control del dolor ● Servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento pertinentes.
Acceso	<p>“Facilidad con la que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado”.⁹</p>
Aceptabilidad	<p>“Percepción de los servicios recibidos y las acciones que garanticen la seguridad de las personas”.¹⁰</p>
Adscripción poblacional	<p>La población que habita en el Área de Atracción de cada establecimiento de prestación de servicios de salud.</p> <p>La población adscrita puede ser de atención directa o indirecta, en el caso de Áreas de Atracción de establecimientos de mayor complejidad que incluyen otros establecimientos de menor complejidad.¹¹</p>

8. Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019.

9. Fuente: Modificado de: OPS/OMS (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC.

10. Fuente: Modificado de: OPS/OMS (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC.

11. Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 128 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Atención Integral	<p>“Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud”.</p> <p>El abordaje de las personas como un todo, en respuesta a una necesidad de prestación de servicios de salud. En concordancia a la necesidad presentada, puede incluir soporte físico, psicológico y social, considerando el contexto familiar y comunitario del individuo.¹²</p>
Atención Integrada	<p>Los cuidados que interrelacionan los diferentes servicios de salud disponibles para atender una necesidad de prestación de servicios de salud de la persona.</p> <p>Incluye servicios que pueden ser brindados por diferentes disciplinas, tecnologías, establecimientos o niveles de atención. Puede incluir, de ser necesario, la coordinación con otros servicios fuera del ámbito de la prestación de servicios de salud.¹³</p>
Enfoque de atención centrada en las personas	<p>En respuesta a esas expectativas, el enfoque centrado en las personas pretende mejorar la atención en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad, cuya característica esencial es el deber de proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado, que asegure que sean atendidas con respeto.¹⁴</p>
Atención Primaria de Salud (APS) (Primary Health Care- PHC)	<p>“Es un enfoque amplio para la organización y operación de Sistemas de Salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad.</p> <p>Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.”</p>

12. Fuente: CCSS (1996). Reglamento del Seguro de Salud No. 7082. (actualizado 2003).

13. Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019.

14. Fuente: CCSS. 2016. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. San José, CR. Pag 35.

15. Fuente: OPS/OMS (2005). Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC. Capacidad instalada “Constituida por el volumen y grado de adecuación de todos los recursos físicos, humanos y tecnológicos”

Fuente: OPS/OMS (1997), CCSS. Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.

Componentes de la Prestación de Servicios de Salud	Conjunto de elementos que, en forma articulada, permiten la Prestación de Servicios de Salud, por lo tanto, están asociados a los Subprocesos de la Prestación. ¹⁶
Equidad en salud	“Se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales”. ¹⁷
Escenario de Salud	“El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar” ¹⁸
Espacio poblacional	“Segmento geográfico poblacional al que debe servir el sistema de servicios de salud, se traduce en un espacio geográfico- poblacional con objetivos fundamentalmente comunes, los que determinan la naturaleza del segmento, frente a las que se identifican y priorizan necesidades sanitarias” ¹⁹
Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	Conjunto de líneas de acción propuestas por la OMS para la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. ²⁰
Modelo de Atención	Descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en un sistema de salud; especialmente aquellos que definen, condicionan o afectan la forma en que la sociedad desarrolla, organiza, distribuye y controla los recursos que destina a atender las necesidades de salud de las personas. ²¹

16. Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019.

17. Fuente: OPS/OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

18. Fuente: OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.

19. Fuente: OPS/OMS, CCSS (1997). Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.

20. <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchangedocuments/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-lasalud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

21. Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019.



Objetivos de Desarrollo Sostenibles	Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. ²²
Promoción de la salud	<p>“Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”.</p> <p>“La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.²³</p> <p>La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales, mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.²⁴</p> <p>Énfasis en la Promoción de la Salud:</p> <ul style="list-style-type: none">● Abogacía● Educación para la Salud● Fomento de entornos saludables● Comunicación● Participación comunitaria.● Trabajo intersectorial.
Abogacía de la salud	Comprende las actuaciones de los profesionales de la salud y otros con autoridad reconocida en materia de salud, para influir en las decisiones y actos de las comunidades y los gobiernos que ejercen algún tipo de control sobre los recursos que inciden en la salud. ²⁵

22. Fuente: www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/

23. Fuente: OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.

24. Fuente: OPS. “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008.

25. Fuente: OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: Una Antología. Washington DC.



Educación para la Salud	“Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. ²⁶
Fomento de entornos saludables	Alterar o adaptar nuestros entornos sociales, económicos o físicos de forma que nos ayuden a conservar y también a aumentar nuestra salud. Implica asegurarse de que existen políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en el trabajo o donde quiera que estén y que las comunidades y regiones trabajan juntas para crear entornos que conduzcan a la salud. ²⁷
Comunicación para la salud	“Estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo”. ²⁷
Participación comunitaria	Esfuerzos para influir en el individuo a través del cambio de las organizaciones, con objeto de lograr el fin deseado. ²⁷
Trabajo intersectorial	Indica la interacción entre gobierno, grupos de presión más importantes (industria, medicina, trabajo) y fuerzas comunitarias. ²⁷
Prevención de la enfermedad	“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. Énfasis en la Prevención de la enfermedad <ul style="list-style-type: none">● Vacunación● Detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud²⁸

26. Fuente: Modificado de OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.

27. Fuente: OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.

28. Fuente: Gómez, G (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: Factores que deben considerarse. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 22, No.001. Medellín. Pág. 87-106.



Prevención primaria	Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales, predisponentes o condicionantes. ²⁹
Prevención secundaria	Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo, pero anterior al inicio de los signos y síntomas. ³⁰
Prevención terciaria	Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. ³⁰
Prevención cuaternaria	Es el conjunto de intervenciones que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva en los servicios de salud. ³¹
Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud	<p>La Atención en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), es la prestación de servicios extramuros que permite el abordaje de la población en diferentes momentos y espacios. Lo anterior, implica que el personal de salud debe desplazarse a los escenarios donde se encuentran las personas, donde residen, estudian, conviven y trabajan, constituyéndose en la característica principal de este componente.</p> <p>El objetivo general de la Atención en EFES es la prestación de intervenciones de salud con enfoque poblacional, con énfasis en la educación para la salud, el fomento de entornos saludables y la disminución de los factores de riesgo.</p> <p>Incorpora de forma activa la participación de las personas como responsables de su salud, mediante el fortalecimiento de factores protectores.</p> <p>Para el éxito de la prestación de servicios en EFES, esta participación es prioritaria, por ser un medio que ayuda a las personas a definir sus necesidades y búsqueda de estrategias para satisfacerlas, lo cual facilita la implementación de acciones que aseguren su aceptación, participación y responsabilidad.</p> <p>El recurso humano institucional a cargo de la Atención en EFES, lo constituye principalmente el Equipo de Apoyo, con soporte del EBAIS cuando se requiera. ³²</p>

29. Fuente: OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.

30. Fuente: Modificado de OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.

31. De Vito, Eduardo L. (2013). Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. Medicina (Buenos Aires), 73(2),187-190. Recuperado en 20 de junio de 2018, de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018&lng=es&tlng=es.

32. Fuente: CCSS. PFPSS. Propuesta Funcional para la Prestación de los Servicios de Salud en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (Domiciliar, Educativo, Laboral, Comunitario). 2017.

Determinantes de la salud	<p>Conjunto de factores individuales, familiares y comunitarios que determinan el estado de salud de las personas.</p> <p>Los determinantes de la salud son múltiples e interrelacionados. Incluyen las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de atención de salud, las influencias comunitarias y soporte social, los factores individuales, preferencias en estilos de vida y los factores biológicos y genéticos.³³</p>
Calidad en la atención	<p>La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.³⁴</p>
Humanización	<p>Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre, por ello es necesario definir el concepto de humanización que tienen los diferentes actores que participan en el proceso de atención en salud: profesionales, paciente y familia.³⁵</p>
Eficiencia	<p>Cuando se habla de eficiencia en salud, se hace referencia a alcanzar los mejores resultados con los escasos recursos disponibles para lo cual deben conocerse las formas y los procesos técnicos necesarios para lograrla. Ser eficientes significa satisfacer las necesidades de la población y garantizar ritmos de desarrollo sostenible.³⁶</p>

33. Fuentes: Modificado de OPS/OMS (2011). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC, 1996. OPS/OMS. Principios de la Epidemiología para el Control de las Enfermedades. Washington DC.

34. Recuperado 24 marzo 2023 de: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

35. Benavidez R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 561-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>.

36. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud, *Revista Información Científica*, vol. 96, núm. 6, pp. 1153-1163, 2017

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 134 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Anexo 3: Actividades y normativa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Primer Nivel de Atención. CCSS, julio 2021.

Actividad	Normativa Relacionada (código)
Educación para la salud	CCSS. Desarrollo de acciones de educación en salud. (Lineamiento.GM.DDSS.ASC.PS.241120)
Actividad educativa	CCSS. Formulario auxiliar herramienta de registro de actividades de promoción de la salud- AES. CCSS. Instructivo para el llenado del formulario auxiliar, herramienta de registro de actividades de promoción de la salud- AES. (Oficios: 2185-5 de Gerencia Médica de mayo 2012 y DRSS-RH-2688-12 de junio 2012) CCSS. Funciones de las Comisiones Locales de Promoción de la Salud. (Oficio DRSS-RH-3373-11 de setiembre 2011)
Actividad física	
Actividad recreativa	
Estímulo del desarrollo de habilidades	CCSS. Atención integral del niño y la niña en el PNA. (Manual P.GM. DDSS.220216)
Consejería de factores protectores de salud bucodental	CCSS. Indicadores AD-12 y A1-59 del Plan Presupuesto de la Unidades del PNA.
Protección y mantenimiento de la salud oral	CCSS (2013). Manual familiar para la salud bucodental.
Consejería y prescripción de métodos anticonceptivos para adolescentes con conductas de riesgo	CCSS. Consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes. (Lineamiento T.GM. DDSSAAIP. 04092019)
Consejería y atención de adolescentes con riesgo de depresión	CCSS. Abordaje integral de la conducta suicida en las personas adolescentes. (Manual T.GM. DDSS.AAIP.PAIA.15012020)
Consejería y educación en cesación de fumado	CCSS. Curso virtual de estrategias de cesación de fumado.
Educación sobre factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix	Ministerio de Salud (2007). Normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero para el I, II y III Nivel de Atención y normas del laboratorio de citologías. (Decreto 33119S)
Educación sobre factores de riesgo asociados a cáncer de mama	Ministerio de Salud (2014). Norma para la atención integral de personas con cáncer de mama. Costa Rica. (Decreto 38377-S)
Consejería y educación contra Zika	CCSS. Prevención de la transmisión del virus Zika en embarazadas. (Lineamiento.GM.DDSS.DFE.28022019)



Vacunación contra tuberculosis	Ministerio de Salud (2017). Norma nacional y esquema de vacunación oficial en menores de siete años, Costa Rica. CCSS. Instrucción para la vacunación. (GM-DRSS-0685-2020)
Vacunación contra polio	
Vacunación contra difteria	
Vacunación contra Tosferina	
Vacunación contra Tétanos	
Vacunación contra Sarampión	
Vacunación contra Rubéola	
Vacunación contra Parotiditis	
Vacunación contra Hepatitis B	
Vacunación contra H Influenza tipo B	
Vacunación contra Rotavirus	
Vacunación contra Varicela	
Vacunación contra influenza	CCSS. Vacunación para la jornada de influenza 2020. (Lineamiento.GM.DDSS. SAVE.22042020) CCSS. Vacunación con influenza estacional. (Lineamiento.GM.DDSS. SAVE.28052021)
Vacunación contra coronavirus COVID-19	CCSS. Planificación y ejecución de estrategias de vacunación de COVID-19. (IT.GM.DDSS.8022021)
Vacunación contra papiloma humano	CCSS. Lineamiento papiloma. (Lineamiento.GM.DDSS.06032019)
Vacunación contra rabia humana	MS, CCSS, Inciensa, Senasa (2014). Protocolo de vigilancia y control de la rabia en humanos. Costa Rica.
Vacunación contra neumococo	CCSS. Esquema de vacunación contra neumococo 13-Valente en niños inmunodeficientes y prematuros. (DDSS-0239-15)
Control de vectores, entrega de kits y mosquiteros	CCSS. Prevención de la transmisión del virus Zika en embarazadas. (Lineamiento.GM.DDSS.DFE.28022019)



Valoración del estado antropométrico	CCSS. Procedimientos en antropometría para uso del personal de salud. (Manual T.M.BDSS.ARSDT.CNN.301117)
Identificación de factores de riesgo para la pérdida de capacidad funcional de las personas adultas mayores	CCSS. Curso Valoración de la capacidad funcional a la persona adulta mayor. CCSS. Aplicación del énfasis a la persona adulta mayor en el SIES para el PNA. (Protocolo AC-GM-DDSS-AAIP-PNAPAM-09022021)
Consejería sobre esterilización quirúrgica y en salud sexual y reproductiva	CCSS. Consejería para la realización de esterilización quirúrgica. (Lineamiento T.GM.DDSS.AAIP.PNM.17-09-2019) CCSS. Esterilización quirúrgica en personas con discapacidad (mujeres y hombres) mayores de edad. (Lineamiento T.GM.DDSS.AAIP.PNM.250919)
Anticoncepción de emergencia	CCSS. Lineamiento para la prescripción de la anticoncepción de emergencia.
Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual	CCSS. Extensión de cobertura y acceso al condón femenino. (Lineamiento.GM. DDSS.25.01.2019) CCSS. Extensión de cobertura y acceso al condón masculino. (Lineamiento.GM.DDSS. ARSDT-001-2015)
Estrategias para detectar personas de alto riesgo para contagiar y ser contagiados con el virus de VIH	CCSS. Estrategia prevención de la infección por VIH e ITS. (GF-52.518, GM-DESP-12.741-2016)
Abordaje nutricional a las personas con VIH	CCSS. Abordaje nutricional de la persona con VIH. (Protocolo AC.GM.BDSS-CNN.251 2020)
Atención de las personas con infertilidad	CCSS. Diagnóstico de la pareja y mujer sin pareja con infertilidad y tratamiento con técnicas de baja complejidad. (Protocolo AC.GM.111116)
Atención preconcepcional	CCSS. Implementación y normalización de la atención preconcepcional. (Protocolo AC.GM.DDSS.AAIP.PNM.240820)
Autocuidado y acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto	CCSS. Educación perinatal para mujeres gestantes y sus familias. (Manual T.GM. DDSS.AAIP.003)
Atención de las mujeres embarazadas durante el embarazo parto y postparto	CCSS (2009). Atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo perinatal, parto y posparto.



Detección temprana y atención oportuna de niños con problemas auditivos, oculares, antropométricos o del desarrollo psicomotor	CCSS. Atención integral del niño y la niña en el PNA. (Manual P.GM. DDSS.220216)
Atención en niños con riesgos del desarrollo	CCSS. Consultas de riesgo del desarrollo para niñas y niños. (Lineamiento T.GM-DDSS-120919)
Educación, detección temprana y atención oportuna de los niños con anemia por deficiencia de hierro	CCSS. Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niñas y niños. (Lineamiento T.GM. DDSS.AAIP.250216)
Detección temprana y atención oportuna de los niños por violencia	CCSS. Atención a niños y niñas que enfrentaron violación sexual y Guía de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso. (Lineamiento T. GM. DDSS. AAIP. 210916) CCSS. Lineamiento técnico registro y notificación de violencia en todas sus manifestaciones.
Detección temprana y atención oportuna de las personas con factores de riesgo cardiovascular	CCSS. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, segunda encuesta 2014. (ISBN: 978-9968-916-59-2)
Detección temprana y atención oportuna de las personas con hipertensión arterial	CCSS (2009). Detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.
Detección temprana y atención oportuna de las personas con diabetes mellitus	CCSS. Atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2. (Oficio GM-MDD-7154-2020).
Detección temprana y atención oportuna de las personas con riesgo de enfermedad renal crónica	CCSS. Atención de la persona con enfermedad renal crónica. (Protocolo A.GM. DDSS-AAIP.210717)
Protección de la salud bucodental en las personas en tratamiento por cáncer	CCSS. Atención odontología obligatoria en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamientos de quimioterapia, radioterapia y otros. (Lineamiento.GM.DDSS.ARSDT.CNO.150216)



DetECCIÓN temprana y atención oportuna a las personas con factores de riesgo asociados a cáncer	CCSS (2013). (GM 7887-5) CCSS. Valoración anual de factores de riesgo para el cáncer. (Lineamiento.GM.CTC.12052020)
DetECCIÓN temprana y atención oportuna a las personas con cáncer de cérvix	Ministerio de Salud (2007). Normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero para el I, II y III Nivel de Atención y normas del laboratorio de citologías. (Decreto 33119S) CCSS. Cumplimiento obligatorio del lineamiento en mejora de la prevención y detección del cáncer de cérvix (Lineamiento.GM.MDA-2147-14)
DetECCIÓN temprana y atención oportuna a las personas con cáncer de mama	Ministerio de Salud (2014). Norma para la atención integral de personas con cáncer de mama. Costa Rica. (Decreto 38377-S) CCSS. Indicaciones para solicitar mamografía y ultrasonido. (Directriz GM-38.524-5) CCSS. Indicaciones para la priorización de la solicitud de ultrasonidos de mama (Directriz 38.525-5)
DetECCIÓN temprana y atención oportuna de personas con cáncer de piel	CCSS. Criterios de valoración y referencia para la detección de lesiones sospechosas por cáncer de piel. (Lineamiento.GM.CTC-78-2015)
DetECCIÓN temprana y atención oportuna de personas con cáncer de próstata	CCSS (2011). Atención de cáncer de próstata en Primer Nivel de Atención.
DetECCIÓN temprana y atención oportuna de personas con cáncer de colon	CCSS. Plan Táctico Gerencial 2019- 2022, vinculado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020- 2030.
DetECCIÓN temprana y atención oportuna de personas con cáncer gástrico	CCSS. Plan Táctico Gerencial 2019- 2022, vinculado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020- 2030.
Atención de las personas consumidoras de tabaco	CCSS. Intervención de las personas consumidoras de tabaco atendidas en Primer Nivel de Atención. (Lineamiento.GM.CTC.12052020) CCSS. Implementación de las clínicas de cesación de fumado en los hospitales. (Directriz L.GM.MDA.39017-14)



Identificación y priorización de la atención a las personas con sospecha por cáncer de pulmón	CCSS. Criterios de referencia para los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón a los servicios de neumología. (Lineamiento.GM.CTC.13052020)
Atención de las personas con obesidad	CCSS. Atención en salud a personas con obesidad en el PNA. (Lineamiento T.GM. DDSS. AAIP.031019) CCSS. Atención multidisciplinaria de la persona candidata a cirugía bariátrica. (Manual A.GM.DDSS.AAIP.ECNT. 28082019)
Atención y consulta social individual, familiar y grupal	CCSS. Gestión de servicios de trabajo social. (Manual.GM.DDSS-ARSDT-TS.211119) CCSS. Procedimiento de atención y consulta sociales modalidades: individual, familiar y grupal. (Manual.IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217)
Atención de las personas adultas mayores	CCSS. Curso virtual atención al usuario adulto mayor.
Abordaje farmacológico a las personas adultas mayores	CCSS. Curso virtual abordaje farmacológico a la persona adulta mayor.
Atención de las personas con enfermedades cardiovasculares	CCSS. Abordaje de las enfermedades cardiovasculares. (Protocolo A.GM. DDSS-AAIP11052015) CCSS (2015). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. (ISBN: 978-9968-916-57-8)
Atención de las personas con hipertensión arterial	CCSS (2009). Detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.
Atención de las personas con diabetes mellitus	CCSS. Atención de las personas portadoras de diabetes mellitus. (GM-MDD-7154-2020)
Manejo nutricional de las personas con enfermedades no transmisibles	CCSS. Atención multidisciplinaria y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles. (Manual P.GM. DDSSAAIP. 280317)
Atención de las personas con trastornos mentales, del comportamiento y consumo de sustancias psicoactivas	CCSS. Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental. (Protocolo AC.GM.DDSS-AAIP. 16092015) CCSS. Curso virtual de estrategias de detección.
Atención psicológica de las personas a través de medidas psicoeducativas, de organización	CCSS. Oferta de servicios de psicología. (GM-MDD-3970-2018)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 140 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

comunitaria y de consultoría conductual	
Atención a las personas con trastornos del humor	CCSS. Intervención psicológica en trastornos del humor (F30- F39). (GM-DESP-15928-2018) CCSS. Oferta de servicios especiales en psicología, volumen 1. (GM-DESP-15927-2018)
Apoyo psicológico de las personas con enfermedades cardiovasculares, cáncer, consumo de sustancias psicoactivas, trasplantes, obesidad y cirugía bariátrica	CCSS. Oferta de servicios especiales en psicología, volumen 1. (GM-DESP-15927-2018) CCSS. Intervención psicológica en trasplantes de tejidos y órganos. (GM-DESP-15909-2018) CCSS. Intervención psicológica en el programa de cirugía bariátrica. (GM-DESP-15898)
Educación adherencia al tratamiento y uso racional de medicamentos	CCSS. Atención farmacéutica domiciliar. (Protocolo AC.GM.DDSS. ARSDT.CNSF.001) CCSS. Atención farmacéutica en el escenario escolar. (Protocolo AC.GM.DDSS. ARSDT. CNSF.002)
Atención farmacéutica	CCSS. Consulta de atención farmacéutica en pacientes tributarios con terapia biológica (anticuerpos monoclonales). (Lineamiento T.GM. DDSS.ARSDT.CNSF.030816) CCSS. Consulta de atención farmacéutica. (Lineamiento.GM. DDSS. ARSDT CNSF 26092018)
Cuidados para personas con parálisis cerebral infantil	CCSS (2011). Manual para la atención ambulatoria de pacientes con parálisis cerebral infantil.
Medidas contra lesiones por presión	CCSS. Prevención y tratamiento de lesiones por presión. (Manual T.GM.DDSS.ARSDT.ENF.003 Ver 03.A26)

Anexo 4: Porcentaje de familias por prioridad, según viviendas vistas registradas en SIFF, al corte 2019, por tipo de Área según necesidades en Salud.

AREA	I	II	III	Total	%	%II	%III	Tipo
1-BRUNCA	5530	8748	92498	106776	5,2	8,2	86,6	
2732-AREA DE SALUD BUENOS AIRES	851	1346	11382	13579	6,3	9,9	83,8	A
2758-AREA DE SALUD CORREDORES	733	1578	11560	13871	5,3	11,4	83,3	B
2759-AREA DE SALUD OSA	1824	1211	8462	11497	15,9	10,5	73,6	B
2760-AREA DE SALUD PEREZ ZELEDON	884	2086	39171	42141	2,1	5,0	93,0	C
2761-AREA DE SALUD GOLFITO	666	1312	10454	12432	5,4	10,6	84,1	A
2762-AREA DE SALUD COTO BRUS	576	1217	11623	13416	4,3	9,1	86,6	B



2-CHOROTEGA	5248	17146	84049	106443	4,9	16,1	79,0	
2531-AREA DE SALUD SANTA CRUZ	713	2888	13628	17229	4,1	16,8	79,1	B
2534-AREA DE SALUD LIBERIA	999	2484	12319	15802	6,3	15,7	78,0	C
2535-AREA DE SALUD NICOYA	624	3000	12038	15662	4,0	19,2	76,9	A
2536-AREA DE SALUD UPALA	639	2225	11256	14120	4,5	15,8	79,7	A
2555-AREA DE SALUD CAÑAS	439	1395	6157	7991	5,5	17,5	77,0	B
2556-AREA DE SALUD ABANGARES	126	476	3441	4043	3,1	11,8	85,1	B
2557-AREA DE SALUD BAGACES	452	905	5114	6471	7,0	14,0	79,0	B
2558-AREA DE SALUD TILARAN	270	809	4785	5864	4,6	13,8	81,6	B
2559-AREA DE SALUD LA CRUZ	421	841	3348	4610	9,1	18,2	72,6	B
2560-AREA DE SALUD CARRILLO	249	962	6605	7816	3,2	12,3	84,5	C
2562-AREA DE SALUD NANDAYURE	177	766	2667	3610	4,9	21,2	73,9	A
2563-AREA DE SALUD HOJANCHA	76	232	1875	2183	3,5	10,6	85,9	B
2582-AREA DE SALUD COLORADO	65	166	881	1112	5,8	14,9	79,2	B
2564-JICARAL LAS ISLAS	576	1241	6754	8571	6,7	14,5	78,8	B
3-HUETAR NORTE	4549	8481	53730	66760	6,8	12,7	80,5	
2471-AREA DE SALUD FORTUNA	288	1066	5995	7349	3,9	14,5	81,6	B
2472-AREA DE SALUD SANTA ROSA	526	1144	5762	7432	7,1	15,4	77,5	A
2473-AREA DE SALUD AGUAS ZARCAS	976	1321	8825	11122	8,8	11,9	79,3	B
2475-AREA DE SALUD PITAL	664	1118	7123	8905	7,5	12,6	80,0	B
2477-AREA DE SALUD GUATUSO	209	583	4429	5221	4,0	11,2	84,8	A
2481-AREA DE SALUD FLORENCIA	652	690	6634	7976	8,2	8,7	83,2	B
2483-AREA DE SALUD CIUDAD QUESADA	411	1381	8906	10698	3,8	12,9	83,2	C
2484-AREA DE SALUD LOS CHILES	827	1180	6217	8224	10,1	14,3	75,6	B
4-HUETAR ATLANTICO	6426	15135	95185	116746	5,5	13,0	81,5	
2631-AREA DE SALUD SIQUIRRES	836	2136	14541	17513	4,8	12,2	83,0	B
2632-AREA DE SALUD LIMON	902	2209	15723	18834	4,8	11,7	83,5	B
2634-AREA DE SALUD GUAPILES	807	1993	16094	18894	4,3	10,5	85,2	B
2651-AREA DE SALUD VALLE LA ESTRELLA	633	908	3228	4769	13,3	19,0	67,7	A
2652-AREA DE SALUD CARIARI	972	2225	15342	18539	5,2	12,0	82,8	A
2654-AREA DE SALUD MATINA	518	1480	12320	14318	3,6	10,3	86,0	C
2655-AREA DE SALUD GUACIMO	818	1794	10602	13214	6,2	13,6	80,2	B
2680-AREA DE SALUD TALAMANCA	941	2394	7490	10825	8,7	22,1	69,2	B
5-CENTRAL NORTE	9913	32435	230041	272389	3,6	11,9	84,5	
2131-AREA DE SALUD BARVA	313	666	10391	11370	2,8	5,9	91,4	C
2213-AREA DE SALUD TIBAS-URUCA-MERCED	339	826	4058	5223	6,5	15,8	77,7	C
2214-AREA DE SALUD HEREDIA-CUBUJUQUI	549	3076	11343	14968	3,7	20,6	75,8	C
2216-AREA DE SALUD ALAJUELA NORTE	471	2312	10386	13169	3,6	17,6	78,9	C
2219-AREA DE SALUD TIBAS	24	12	7613	7649	0,3	0,2	99,5	C



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA**

MANUAL DE GESTIÓN

ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-
ENF-080323

2230-AREA DE SALUD SAN PABLO	94	200	6556	6850	1,4	2,9	95,7	C
2231-AREA DE SALUD SANTO DOMINGO	171	913	6378	7462	2,3	12,2	85,5	C
2232-AREA DE SALUD SAN RAFAEL DE HEREDIA	163	818	5157	6138	2,7	13,3	84,0	C
2233-AREA DE SALUD BELEN-FLORES	173	874	5697	6744	2,6	13,0	84,5	C
2235-AREA DE SALUD NARANJO	187	1306	10937	12430	1,5	10,5	88,0	C
2236-AREA DE SALUD GRECIA	331	1934	16141	18406	1,8	10,5	87,7	C
2237-AREA DE SALUD SAN RAMON	869	3092	21418	25379	3,4	12,2	84,4	C
2251-AREA DE SALUD ATENAS	146	696	7165	8007	1,8	8,7	89,5	B
2252-AREA DE SALUD PALMARES	385	1362	8853	10600	3,6	12,8	83,5	C
2253-AREA DE SALUD POAS	300	682	6961	7943	3,8	8,6	87,6	C
2254-AREA DE SALUD VALVERDE VEGA	170	443	5074	5687	3,0	7,8	89,2	C
2272-AREA DE SALUD ALFARO RUIZ	159	232	4278	4669	3,4	5,0	91,6	C
2273-AREA DE SALUD SAN ISIDRO	169	461	4634	5264	3,2	8,8	88,0	C
2274-AREA DE SALUD HEREDIA-VIRILLA	1373	2538	11598	15509	8,9	16,4	74,8	C
2276-AREA DE SALUD ALAJUELA SUR	580	2592	15623	18795	3,1	13,8	83,1	C
2277-AREA DE SALUD ALAJUELA OESTE	1290	2244	10994	14528	8,9	15,4	75,7	C
2278-AREA DE SALUD SANTA BARBARA	315	1262	9464	11041	2,9	11,4	85,7	C
2281-AREA DE SALUD ALAJUELA CENTRAL	591	1556	7650	9797	6,0	15,9	78,1	C
2319-AREA DE SALUD LA CARPIO-LEON XIII	144	322	10556	11022	1,3	2,9	95,8	C
2474-AREA DE SALUD PUERTO VIEJO-SARAPIQUI	337	1219	6530	8086	4,2	15,1	80,8	B
2650-AREA DE SALUD HORQUETAS-RIO FRIO	279	819	4954	6052	4,6	13,5	81,9	C
6-CENTRAL SUR	21466	59969	344189	425624	5,0	14,1	80,9	
2210-AREA DE SALUD CARMEN-MONTES DE OCA	81	246	985	1312	6,2	18,8	75,1	C
2211-AREA DE SALUD GOICOECHEA 2	306	1957	10580	12843	2,4	15,2	82,4	C
2212-AREA DE SALUD GOICOECHEA 1	683	1461	6500	8644	7,9	16,9	75,2	C
2215-AREA DE SALUD MORAVIA	240	1397	10238	11875	2,0	11,8	86,2	C
2217-AREA DE SALUD CORONADO	1375	3529	5359	10263	13,4	34,4	52,2	C
2218-AREA DE SALUD PAVAS	542	356	6156	7054	7,7	5,0	87,3	C
2311-AREA DE SALUD MATA REDONDA-HOSPITAL	221	1223	5208	6652	3,3	18,4	78,3	C
2312-AREA DE SALUD HATILLO	1050	3532	9629	14211	7,4	24,9	67,8	C
2314-AREA DE SALUD ZAPOTE-CATEDRAL	198	1119	7262	8579	2,3	13,0	84,6	C
2315-AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1	146	1422	10963	12531	1,2	11,3	87,5	C
2317-AREA DE SALUD DESAMPARADOS 2	44	213	7365	7622	0,6	2,8	96,6	C
2318-AREA DE SALUD SAN FRANCISCO-SAN ANTONIO	149	132	7789	8070	1,8	1,6	96,5	C
2331-AREA DE SALUD PURISCAL-TURRUBARES	699	2078	11491	14268	4,9	14,6	80,5	C
2332-AREA DE SALUD PARAISO-CERVANTES	801	2640	16677	20118	4,0	13,1	82,9	C
2333-AREA DE SALUD LA UNION	423	1655	9712	11790	3,6	14,0	82,4	C
2334-AREA DE SALUD ACOSTA	329	1100	6217	7646	4,3	14,4	81,3	B
2335-AREA DE SALUD ASERRI	720	3547	16033	20300	3,5	17,5	79,0	C



2336-AREA DE SALUD ALAJUELITA	1353	6481	14865	22699	6,0	28,6	65,5	C
2339-AREA DE SALUD DESAMPARADOS 3	1665	2965	12575	17205	9,7	17,2	73,1	C
2342-AREA DE SALUD CARTAGO	2457	7125	26317	35899	6,8	19,8	73,3	C
2345-AREA DE SALUD ESCAZU	296	380	13298	13974	2,1	2,7	95,2	C
2347-AREA DE SALUD SAN SEBASTIAN-PASO ANCHO	173	178	10302	10653	1,6	1,7	96,7	C
2348-AREA DE SALUD TURRIALBA-JIMENEZ	2009	4817	21737	28563	7,0	16,9	76,1	A
2352-AREA DE SALUD LOS SANTOS	529	1507	9307	11343	4,7	13,3	82,1	B
2356-AREA DE SALUD CURRIDABAT	1335	584	15643	17562	7,6	3,3	89,1	C
2357-AREA DE SALUD MONTES DE OCA 2 (UNIBE)	223	212	11597	12032	1,9	1,8	96,4	C
2358-AREA DE SALUD SAN JUAN-SAN DIEGO-CONCEPCION	1149	1042	10183	12374	9,3	8,4	82,3	C
2382-AREA DE SALUD MORA-PALMICHAL	203	1010	7912	9125	2,2	11,1	86,7	C
2387-AREA DE SALUD SANTA ANA	240	186	10874	11300	2,1	1,6	96,2	C
2390-AREA DE SALUD CORRALILLO-LA SIERRA	147	823	5110	6080	2,4	13,5	84,0	C
2392-AREA DE SALUD EL GUARCO	1080	2248	15417	18745	5,8	12,0	82,2	C
2395-AREA DE SALUD OREAMUNO-PACAYAS-TIERRA BLANCA	610	2836	11538	14984	4,1	18,9	77,0	C
7-PACIFICO CENTRAL	4838	10837	61014	76689	6,3	14,1	79,6	
2256-AREA DE SALUD OROTINA-SAN MATEO	360	930	5980	7270	5,0	12,8	82,3	C
2351-AREA DE SALUD PARRITA	411	969	4473	5853	7,0	16,6	76,4	B
2511-AREA DE SALUD SAN RAFAEL DE PUNTARENAS	123	735	1516	2374	5,2	31,0	63,9	B
2552-AREA DE SALUD ESPARZA	601	1139	7114	8854	6,8	12,9	80,3	C
2553-AREA DE SALUD MONTES DE ORO	159	583	3733	4475	3,6	13,0	83,4	B
2554-AREA DE SALUD CHOMES-MONTEVERDE	924	711	4473	6108	15,1	11,6	73,2	B
2575-AREA DE SALUD COBANO	576	1241	6754	8571	6,7	14,5	78,8	B
2579-AREA DE SALUD PAQUERA	576	1241	6754	8571	6,7	14,5	78,8	A
2586-AREA DE SALUD CHACARITA	415	883	6135	7433	5,6	11,9	82,5	C
2590-AREA DE SALUD BARRANCA	635	1482	10193	12310	5,2	12,0	82,8	C
2592-AREA DE SALUD GARABITO	347	813	4219	5379	6,5	15,1	78,4	C
2594-AREA DE SALUD QUEPOS	289	1358	6542	8189	3,5	16,6	79,9	C

Fuente: Coordinación Nacional de Enfermería, comunicación personal setiembre 2022).



Anexo 5: Formulario Datos de Vivienda y Familia.

Caja Costarricense de Seguro Social. Datos Vivienda y familiar Código:

Ficha Familiar (Formulario contingencia). Fecha de visita*:

Región*	Área de Salud*	Sector*	Dirección por señas*:
Teléfono	Clasificación*:	Correo electrónico	

Datos de familia

Prioridad: ① ② ③	Tipo de familia:		Jefe de familia posee ingresos económicos:				
Tipo ID	N° ID	Nombre	Edad	Sexo	Relación con jefe familia	Presente	Atendido

Características de vivienda

Condición de residencia*	Tenencia*	N° dormitorios*	N° aposentos*	Tipo vivienda*	Aposentos compartidos			
Material piso*	Estado piso*	Material techo*	Estado techo*	Estado cielo raso*	Material paredes*	Estado paredes*		
Ub. Serv. Sanit*	Ub. baño*	Ub. Cocina*	Iluminación*	Ventilación*	C. General*	Acceso vivienda*	Acceso zona*	Zona Riesgo*

Equipos

Tel. fijos*	Tel. móvil*	N° Cocinas	Energía cocina	Refrigeradora	Microondas	Equipo sonido	N° Radios	Energía Radios
Lavadora	Energía Lav.	Televisión	Computadora	Secadora	Energía Secadora	Vehículos	Tabletas	Router

Servicios

Prov. Agua*	Prov. Electricidad*	TV cable	TV Satélite	Internet	Transp. Público	Tipo energía vivienda	Tanque agua caliente
Tipo de abastecimiento de agua*		Calidad abast. agua*		Procedencia del agua*		Disp. Excretas*	Disp. Basura*

Focos de contaminación | **Clasificación de la Visita**

Agua estancada	Tipo contaminación	Animales no permitidos	Animales c. insalubres	Tipo visita + periodicidad*	Modalidad*
Actividades que justifican el tipo de visita*					

Observaciones

Sobre familia	Sobre vivienda



Anexo 6: Formulario Datos miembro y ficha de control individual.

Ficha Familiar (Formulario contingencia). Fecha de visita*:

d	m	a
---	---	---

Código de vivienda*

P	C	D	B	M	L	V

Datos del miembro

N Identificación	Nombre completo	Religión	Nacionalidad	Etnia	Tipo pensión	Régimen
------------------	-----------------	----------	--------------	-------	--------------	---------

Hechos vitales

Fecha nacimiento	Edad Gestacional	Peso al nacer	País	Provincia	Cantón	Distrito	Establecimiento
d m a							

Defunción

Fecha de defunción	Lugar de defunción	Causa de muerte	Asistencia médica al morir
d m a			

Educación

Alfabetismo	Asiste actualmente a la educación	Motivo de no asistencia a la educación

Datos laborales

Condición laboral actual	Estabilidad	Duración del desempleo	Sector institucional	N° empleados

Ficha control individual

Antec. Delincuencia	Intento Suicidio	Hábitos de riesgo	Indicios de violencia	Tipos de discapacidad
Sint. Respiratorio	Condición salud actual	Enfermedades conocidas		Establecimiento de control

Anticoncepción (hombre y mujer)

Método	Fecha inicio	Forma de Prescripción
	d m a	

Antecedentes mujer

Gestas	Partos	Cesáreas	Óbitos	Nacidos vivo	Muertes <1 a	Hijos vivos	Embarazada	FUR	Ex Riesgo
								d m a	
Última Citología		Lugar última citología		Resultado	Motivo no se hace PAP	Última mamografía		Auto examen mamas	
d m a						d m a			

Atenciones hombre

Tamizaje Cáncer Próstata < 2 años	Sospechas de riesgo	Adulto mayor
	Adolescente	


Atenciones

Presión arterial	Peso Kg	Talla cm	Circ. Cefálica	Control Crec y Des	Asiste CENCINAJ	Asiste Red cuidb	Glicemia
Aquidez visual	Aquidez a uditiva	Rec. esputos	Esquema de vacunas	Vacunación	Antiparasitario	Preservativo	

Referencias

Lugar al que se refiere	Motivo de Referencia
Hallazgos y Recomendaciones	
Nombre de ATAP que ejecuta la visita	Nombre del Prof. Enfermería supervisor

Anexo 7: Instrumento de supervisión técnica del ATAP en el primer nivel de atención..

	Instrumento de supervisión técnica del ATAP en el primer nivel de atención Estrategia Atención Primaria, Programa Visita Domiciliar del ATAP.
Instrucciones generales:	<p>El profesional de enfermería coordinador del equipo de atención primaria, a lo largo del año de gestión correspondiente, observa, ofrece apoyo técnico a las labores del ATAP y documenta en una bitácora del servicio todo aspecto relevante al desempeño de cada funcionario en los escenarios que interviene, mediante acompañamientos, revisión de registros o rondas de verificación indirecta de las actividades realizadas. Basado en estos registros, el profesional programa una fecha de supervisión para cada funcionario, en la que consolidará sus observaciones en el presente instrumento, en una interacción con el funcionario, destacando los ítems cumplidos y las oportunidades de mejora, para realizar el respectivo plan de seguimiento.</p>
Sección I	Datos Generales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Región de Salud: 2. Área de Salud: 3. Sector de adscripción: 4. Fecha de supervisión 5. Nombre del profesional de enfermería que supervisa: 6. Nombre del ATAP supervisado: 7. Número de identificación del ATAP supervisado 8. Número de plaza del ATAP supervisado (Anote 9999 si no tiene plaza) 9. Tipo de nombramiento del ATAP supervisado <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Propiedad <input type="radio"/> Interino fijo (ocupa plaza vacante) <input type="radio"/> Interino sustituto (Nombramientos ocasionales en diferentes códigos) <input type="radio"/> Otra



10. Año en que se formó como ATAP
11. Tiene Readaptación de funciones avalada por salud ocupacional: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
12. En caso de Readaptación de funciones, descríbala:
13. Realiza visitas domiciliarias presenciales: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
14. Tiene formación profesional o técnica en salud u otras áreas. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
15. Indique la formación profesional o técnica adicional
16. Realiza nombramientos en otros puestos diferentes al de ATAP dentro o fuera de la institución. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
17. Realiza tiempo extraordinario en otros puestos diferentes al de ATAP dentro o fuera de la institución. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
18. Tipo de vehículo asignado al ATAP como responsable directo: <input type="radio"/> Pick up o automovil <input type="radio"/> Motocicleta <input type="radio"/> Cuadra ciclo <input type="radio"/> Moto tipo scooter <input type="radio"/> Bicicleta <input type="radio"/> Caballo <input type="radio"/> Panga <input type="radio"/> Otro
19. Número de viviendas asignadas al ATAP
20. Administrativos: Marque los ítems relacionados con tareas administrativas propias del ATAP, que considera que cumple satisfactoriamente basado en revisiones de registros, acompañamientos, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.

Sección II



Selección Múltiple:

- Programación de actividades del año en curso en la herramienta oficial.
- Archivo de informes estadísticos mensuales enviados oportunamente
- Archivo de agendas diarias de actividades en otros escenarios por mes de ejecución.
- Archivo de registros de desplazamiento al día.
- Cumple regularmente con la e salida al campo a la hora establecida en el servicio
- Cumple con el tiempo de permanencia en el campo según norma
- Ejecuta atenciones remotas usando medios alternativos en caso de dificultades para salir al campo
- Archivo de evidencias de reposición de stock de medicamentos según lo establece la LOM
- Archivo de croquis de localidades asignadas actualizado en físico o digital
- Archivo seguro de fichas de establecimientos visitados
- Archivo seguro de fichas físicas o formularios de contingencia
- Uso apropiado del uniforme
- Porta la identificación institucional al día
- Archivo de toma física de activos a su cargo en el periodo
- Archivo de registros de mantenimiento del vehículo asignado
- Licencia de conductor y permiso de manejo de vehículo institucional al día

Identifique según los ítems valorados en la pregunta anterior el rango de cumplimiento en el que se ubica el funcionario.

21. Rango de cumplimiento Selección única:

- Cumplimiento óptimo: 12 o más ítems cumplidos.
- Cumplimiento parcial: 8 a 11 ítems cumplidos.
- Cumplimiento no satisfactorio: menos de 8 ítems cumplidos.

22. Observaciones sobre las Tareas administrativas:

Sección III

23. **Sistema de información:** Marque los ítems relacionados con Sistemas de información propios del ATAP, que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión, los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.

Selección múltiple:



- Reporta incidencias del sistema de información o del dispositivo móvil a la jefatura para su respectivo trámite.
- Aplica contingencias en caso de fallas en los sistemas de información.
- Digita fichas físicas o de contingencia antes de transcurrido un mes desde la fecha de visita.
- Registra en el SIFF todo contacto programado o incidental con las familias o sus viviendas.
- Revisa, actualiza o ingresa la georreferenciación de las viviendas visitadas independientemente del motivo.
- Mantiene un registro que evidencia control de la cobertura de georreferenciación de las viviendas asignadas.
- Cuenta con la última actualización del SIFF móvil en su dispositivo.
- Tiene sus credenciales de usuario en SIFF actualizadas.
- Tiene sus credenciales de usuario en SIVA actualizadas.
- Mantiene sus equipos de cómputo y dispositivos móviles institucionales en buen estado.

Identifique según los ítems valorados en la pregunta anterior el rango de cumplimiento en el que se ubica el funcionario.

24. Rango de cumplimiento Selección única:

- Cumplimiento óptimo: 8 o más ítems cumplidos.
- Cumplimiento parcial: 5 a 7 ítems cumplidos.
- Cumplimiento no satisfactorio: menos de 5 ítems cumplidos.

25. Observaciones sobre las tareas en los Sistemas de Información:

Sección IV

26. **Riesgos laborales:** Marque los ítems relacionados con la gestión de riesgos laborales del ATAP, que considera que cumple satisfactoriamente durante el período de supervisión, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.

Selección Múltiple:

- Uso apropiado de dispositivos para protección solar durante sus jornadas en el campo (sombrero ala ancha, mangas protectoras)
- Usa apropiadamente protector solar para la piel indicado por el médico de atención integral al trabajador
- Participa en todas las sesiones del programa educativo del servicio para la gestión de riesgos laborales, estilos de vida saludable y otros relacionados.



	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cumple con el control anual de salud ocupacional en la consulta de atención integral al trabajador<input type="radio"/> Utiliza los dispositivos de seguridad al conducir el vehículo asignado, cinturón, casco, cintas reflectivas. (Solo aplica para ATAP con vehículo asignado)
	Identifique según los ítems valorados en la pregunta anterior el rango de cumplimiento en el que se ubica el funcionario.
	27. Rango de cumplimiento Selección única: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cumplimiento óptimo: 4 o más ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento parcial: 3 ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento no satisfactorio: menos de 3 ítems cumplidos.
	28. Observaciones sobre las tareas en la gestión de Riesgos Laborales:
Sección V	29. Visita domiciliar: Marque los ítems relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario domiciliar, que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.
	Selección múltiple: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Planifica el recorrido y las visitas previo a su ejecución.<input type="radio"/> Cuenta con insumos suficientes para la ejecución de la visita (Material, equipo y papelería).<input type="radio"/> Su interacción, comunicación y acercamiento con los miembros de la familia es apropiada y respetuosa.<input type="radio"/> Educa según norma para la edad o condición de salud cada miembro presente durante las visitas.<input type="radio"/> Realiza atenciones según norma para la edad o condición de salud cada miembro presente durante las visitas.<input type="radio"/> Las técnicas en la ejecución de procedimientos son seguras y correctas según normativa.<input type="radio"/> Practica la asepsia médica previniendo infecciones cruzadas.<input type="radio"/> Descarta los desechos comunes y peligrosos apropiadamente.<input type="radio"/> Registra la información de la visita de manera completa y oportuna.<input type="radio"/> Entrega tratamientos profilácticos según corresponde.<input type="radio"/> Realiza referencias en caso necesario.<input type="radio"/> Clasifica la visita según tipo de forma correcta.<input type="radio"/> Prioriza el riesgo familiar según norma.



	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Planifica un seguimiento con la familia de acuerdo con los riesgos identificados.<input type="radio"/> Revisa aspectos de saneamiento ambiental en la vivienda y su entorno.
	30. Rango de cumplimiento Selección única: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cumplimiento óptimo: 15 ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento parcial: 10 a 14 ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento no satisfactorio: menos de 10 ítems cumplidos.
	31. Observaciones sobre las atareas de la visita domiciliar:
Sección VI	32. Vacunación y vigilancia epidemiología: Marque los ítems relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en todos los escenarios en cuanto a los procesos de vacunación y vigilancia epidemiológica, que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.
	Selección múltiple: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Evidencia registros de control de la cobertura de vacunación del periodo por grupos de edad de la población a su cargo.<input type="radio"/> Coordina al menos una vez al mes con el encargado local de inmunizaciones para identificar y dar seguimiento a las personas con rezago vacunal.<input type="radio"/> Revisa y actualiza esquemas de vacunación a todos los miembros del núcleo familiar durante las visitas domiciliarias.<input type="radio"/> Participa en actividades de vacunación extraordinarias en los diferentes escenarios según la micro planificación local.<input type="radio"/> Anota las vacunas aplicadas en el registro diario de inmunizaciones y en SIVA con calidad y oportunidad.<input type="radio"/> Aplica los biológicos usando las técnicas adecuadas de vacunación segura.<input type="radio"/> Mantiene una adecuada conservación de la cadena de frío, en equipos de almacenamiento, preparación y limpieza de hieleras, transporte de vacunas y registros asociados.<input type="radio"/> Participa en las sesiones de capacitación relacionadas con vacunación ante la introducción de una nueva vacuna, cambios de esquemas o vacunaciones extraordinarias.<input type="radio"/> Participa en búsquedas de casos y contactos en los diferentes escenarios recolectando la información en los formularios oficiales y ofreciendo recomendaciones según evento.



- Realiza toma de muestras de esputo a los sintomáticos respiratorios identificados, y transporta, entrega y registros de manera segura y oportuna.
- Supervisa tratamientos de Tuberculosis o enfermedad de Hansen, ofreciendo educación y registrando la información correspondiente.
- Participa en movilizaciones comunales organizadas por la institución u otros actores sociales para la prevención de enfermedades.
- Participa en sesiones de capacitación relacionadas con el rol del ATAP en el abordaje de eventos epidemiológicos, endémicos, brotes o epidemias.
- Participa en las actividades indicadas por su coordinación, o bien por autoridades locales, relacionadas con atención de emergencias y desastres.

Identifique según los ítems valorados en la pregunta anterior el rango de cumplimiento en el que se ubica el funcionario.

33. Rango de cumplimiento selección única:

- Cumplimiento óptimo: 14 ítems cumplidos.
- Cumplimiento parcial: 10 a 13 ítems cumplidos.
- Cumplimiento no satisfactorio: menos de 10 ítems cumplidos.

34. Observaciones sobre las tareas de vacunación y vigilancia epidemiológica:

Sección VII

Producción Haciendo uso del cubo de indicadores de visita domiciliar para los numeradores, y la programación anual del ATAP para los denominadores, calcule los resultados de los indicadores solicitados correspondientes al funcionario. (tomar como referencia el periodo de 6 meses previos a la supervisión)

35. Porcentaje de ejecución de las visitas efectivas presenciales programadas, fórmula: $\text{Número de visitas efectivas presenciales totales ejecutadas (cubo) / Número de visitas efectivas presenciales programadas (programación anual) por 100}$. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido.

Selección única:

- Óptimo 80% o más
- Parcial de 70 a 79%
- No satisfactorio menor a 70%

36. Porcentaje de ejecución de las atenciones efectivas remotas programadas, fórmula: $\text{Número de atenciones efectivas remotas totales ejecutadas (cubo) / Número de atenciones efectivas remotas programadas (programación anual) por 100}$. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido.



Selección única: <input type="radio"/> Óptimo 80% o más <input type="radio"/> Parcial de 70 a 79% <input type="radio"/> No satisfactorio menor a 70%
37. Porcentaje de ejecución de las visitas de seguimiento presenciales programadas, fórmula: $\text{Número de visitas de seguimiento presenciales ejecutadas (cubo)} / \text{Número de visitas de seguimiento presenciales programadas (programación anual)}$ por 100. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido.
Selección única: <input type="radio"/> Óptimo 80% o más <input type="radio"/> Parcial de 70 a 79% <input type="radio"/> No satisfactorio menor a 70%
38. Porcentaje de ejecución de las atenciones de seguimiento remotas programadas (tomar como referencia el periodo de 6 meses previos a la supervisión), fórmula: $\text{Número de atenciones de seguimiento remotas ejecutadas (cubo)} / \text{Número de atenciones de seguimiento remotas programadas (programación anual)}$ por 100. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido.
Selección única: <input type="radio"/> Óptimo 80% o más <input type="radio"/> Parcial de 70 a 79% <input type="radio"/> No satisfactorio menor a 70%
39. Promedio diario de visitas efectivas presenciales ejecutadas. Este dato por funcionario lo ofrece el cubo de forma automatizadas. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido. (Valorar casos excepcionales en los que el promedio diario de visitas óptimo es menor)
Selección única: <input type="radio"/> Óptimo 7 o más <input type="radio"/> Parcial de 5 a 6 <input type="radio"/> No satisfactorio menor a 5
40. Promedio diario de atenciones efectivas remotas ejecutadas. Este dato por funcionario lo ofrece el cubo de forma automatizadas. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido. (Valorar casos excepcionales en los que el promedio diario de visitas óptimo es menor)
Selección única: <input type="radio"/> Óptimo 7 o más <input type="radio"/> Parcial de 5 a 6 <input type="radio"/> No satisfactorio menor a 5



	<p>41. Promedio diario de visitas seguimiento presenciales ejecutadas. Este dato por funcionario lo ofrece el cubo de forma automatizadas. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido. (Valorar casos excepcionales en los que el promedio diario de visitas óptimo es menor)</p> <p>Selección única:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Óptimo 10 o más<input type="radio"/> Parcial de 7 a 9<input type="radio"/> No satisfactorio menor a 7
	<p>42. Promedio diario de visitas seguimiento remoto ejecutadas. Este dato por funcionario lo ofrece el cubo de forma automatizadas. Seleccione el rango en que se ubica el resultado obtenido. (Valorar casos excepcionales en los que el promedio diario de visitas óptimo es menor)</p> <p>Selección única:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Óptimo 10 o más<input type="radio"/> Parcial de 7 a 9<input type="radio"/> No satisfactorio menor a 7
	<p>43. Observaciones sobre la Producción:</p>
Sección VIII	<p>44. Escenario laboral: Marque los ítems relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario laboral que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.</p> <p>Selección múltiple.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Tiene listado actualizado de establecimientos del escenario adscritos a su sector, categorizados según manual y con número de contacto y localización geográfica.<input type="radio"/> Tiene programadas visitas a escenarios laborales en su planificación anual.<input type="radio"/> Tiene plan de trabajo a realizar en las visitas a los escenarios laborales individuales o en conjunto con el EBAIS.<input type="radio"/> Realiza coordinaciones previas con los encargados de los establecimientos para realizar las visitas.<input type="radio"/> Los establecimientos visitados están georreferenciados en SIFF Móvil.<input type="radio"/> Su interacción, comunicación y acercamiento con las personas atendidas en el establecimiento es apropiada y respetuosa.



	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Realiza atenciones individuales según norma (presión arterial, glicemia, vacunación, tratamientos profilácticos, referencia)<input type="radio"/> Ofrece educación individual o grupal según necesidades identificadas.<input type="radio"/> Mantiene registro de atenciones en escenario laboral actualizado por visita.<input type="radio"/> Realiza revisión de saneamiento ambiental en el establecimiento.<input type="radio"/> Completa la agenda diaria de actividades del ATAP en otros escenarios. <p>45. Rango de cumplimiento Selección única:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cumplimiento óptimo: 10 o más ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento parcial: 7 a 9 ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento no satisfactorio: menos de 7 ítems cumplidos. <p>46. Observaciones sobre las tareas en el escenario laboral:</p>
<p>Sección IX</p>	<p>47. Escenario comunal: Marque los ítems relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario comunal que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.</p> <p>Selección múltiple:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Inventario de actores sociales en físico o base de datos digital con al menos un año de verificación de información de contacto. (ONG, Asociaciones de desarrollo, ASADAS, Comités).<input type="radio"/> Tiene listado de recursos comunales (Iglesias, salones comunales, centros recreativos, grupos organizados incluyendo redes sociales) identificados como potenciales sitios estratégicos de vacunación o actividades relacionadas con la salud con al menos un año de verificación de información de contacto.<input type="radio"/> Tiene inventario de sitios que usan como potenciales albergues en caso de desastres, con al menos un año de verificación de información de contacto.<input type="radio"/> Tiene georreferenciadas las ubicaciones de la infraestructura de los actores sociales, recursos comunales, y sitios de albergue, mediante SIFF móvil.<input type="radio"/> Tiene planes de trabajo con estos actores y recursos, de gorma particular o en conjunto con el EBAIS.<input type="radio"/> Tiene listado de centros que albergan población vulnerable: Hogares de larga estancia, centros de rehabilitación, centros penitenciarios, con al menos un año de verificación de información de contacto.



- Tiene programadas visitas a centros que albergan población vulnerable: Hogares de larga estancia, centros de rehabilitación, centros penitenciarios.
- Realiza atenciones individuales según norma en centros que albergan población vulnerable (presión arterial, glicemia, vacunación, tratamientos profilácticos, referencia) con oportunidad y calidad.
- Ofrece educación individual o grupal en la comunidad según necesidades identificadas.
- Participa en actividades comunales convocadas por EBAIS, Equipo de apoyo o actores sociales.

48. Rango de cumplimiento Selección única:

- Cumplimiento óptimo: 8 o más ítems cumplidos.
- Cumplimiento parcial: 5 a 7 ítems cumplidos.
- Cumplimiento no satisfactorio: menos de 5 ítems cumplidos.

49. Observaciones sobre tareas en el escenario comunal:

Sección X

50. **Escenario educativo:** Marque los ítems relacionados con la calidad del desempeño del ATAP en el escenario educativo que considera que cumple satisfactoriamente, basado en revisiones de registros, acompañamiento en el campo, o rondas de verificación realizadas por el profesional de enfermería y anotadas en su bitácora durante el período de supervisión. Los elementos no marcados, corresponden por defecto a las áreas por mejorar.

Selección múltiple:


- Tiene listado de centros educativos adscritos a su sector con al menos un año de verificación de información de contacto. (Incluye escuelas, colegios y universidades, públicas, privadas, CECUDI, CENCINAI)
- Tiene georreferenciados los centros educativos adscritos a su sector con al menos un año de verificación de información de contacto. (Incluye escuelas, colegios y universidades, públicas, privadas, CECUDI, CENCINAI)
- Tiene programadas visitas a las escuelas del sector según manual normativo vigente (cita bibliográfica), en su planificación anual.
- Tiene listados de niños a vacunar en los escuelas de su sector.
- Participa con el EBAIS y Comités educativos en la planificación del trabajo a realizar en los centros educativos.
- Realiza atenciones individuales asignadas en el plan de trabajo del EBAIS en el centro educativo con las técnicas apropiadas.



	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Registra las atenciones asignadas en el plan de trabajo del EBAIS en el centro educativo con la calidad requerida en la herramienta vigente física o digital.<input type="radio"/> Realiza revisión del establecimiento y recomendaciones de saneamiento ambiental.
	51. Rango de cumplimiento selección única: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cumplimiento óptimo: 7 o más ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento parcial: 5 a 6 ítems cumplidos.<input type="radio"/> Cumplimiento no satisfactorio: menos de 5 ítems cumplidos.
	52. Observaciones sobre las tareas en el escenario educativo:
Sección XI	53. Recomendaciones para el ATAP del profesional que supervisa:
	54. Comentarios y compromisos del ATAP sobre la supervisión
Sección XII	Firmas
	Profesional de Enfermería ATAP

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 160 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Anexo 10: IT.GM.DDSS-ARSDT-CNENF-270223

Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento Coordinación Nacional de Enfermería							
1. Título	Instrucción de trabajo para el uso de formularios de contingencia en caso de no contar con SIFF móvil	2. Código	IT.GM.DDSS-ARSDT-CNENF-270223				
3. Documentación de referencia	<p>Manual Técnico y de del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, Código MT. GM. DDSS. ARSDT. ENF.2018.</p> <p>Gobierno de Costa Rica, Ley N° 9162, Expediente único en Salud, 2013.</p>	4. Fecha emisión	27 febrero 2023				
5. Objetivo y alcance	<p>Proveer una alternativa de registro de la información de las visitas domiciliarias de los ATAP, como contingencia ante la imposibilidad material del uso del SIFF web o móvil dando continuidad al servicio.</p> <p>Esta instrucción de trabajo aplica para todos los funcionarios de salud involucrados en la actividad de visita domiciliar en la estrategia de atención primaria del Primer Nivel de Atención, tanto para el ATAP en el registro y custodia, como para los profesionales de enfermería en el registro y supervisión de las visitas domiciliarias.</p>						
6. Responsable	<p>Jefes Regionales de Enfermería, Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>Profesionales de enfermería, Supervisores Regionales de Atención Primaria.</p> <p>Jefaturas de Enfermería Áreas de Salud.</p> <p>Profesionales de Enfermería, Coordinadores locales Atención Primaria.</p> <p>Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP)</p>						

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 161 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

7. Descripción de actividades

Los formularios de contingencia para el registro físico de la información de las fichas familiares serán utilizados por los ATAP durante las visitas domiciliars, ante circunstancias debidamente documentadas y autorizadas por el profesional de enfermería a cargo del programa en las áreas de salud.


Los ATAP llevarán al campo la cantidad de formularios requeridos para ejecutar las visitas domiciliars programadas, y algunos adicionales para el registro de información de visitas incidentales; serán transportados en su maletín, tomando las provisiones correspondientes para mantener la integridad del papel donde estas están impresas.

Una vez que el formulario se complete con la información de una familia, producto de una visita domiciliar, estos deben estar debidamente identificados, y deben transportarse en carpetas (folder) separados por familia visitada a la que corresponde la información.

A lo interno del servicio, debe mantenerse un procedimiento escrito que señale el lugar donde se archivarán los formularios que contienen la información de las visitas domiciliars, de manera que se restrinja el acceso a ellas por personal no autorizado, estando autorizados para su uso y consulta sólo el ATAP que realizó la visita y el profesional de enfermería a cargo del programa de visita domiciliar.

El ATAP que realizó las visitas, en coordinación con el profesional de enfermería a cargo del programa, debe agendar a la brevedad posible (en la misma semana de ejecución de la visita) el vaciamiento en el SIFF Web o móvil de la información recopilada en los formularios en las fichas familiares correspondientes. En caso de estar los sistemas inhabilitados por periodos prolongados, debe elaborarse una programación de la digitación de la información de manera inmediata al rehabilitarse los sistemas, en orden cronológico de fecha de ejecución de las visitas, de la más antigua a la más reciente. De esa forma, la información será almacenada en los repositorios institucionales, bajo las normas de seguridad establecidas por la Dirección de Tecnologías Información y Comunicaciones, y para el uso que la normativa relacionada con EDUS regula.

Los formularios al igual que las fichas electrónicas, pueden ser usados por los profesionales de enfermería a cargo del programa, para ejercicios de supervisión de calidad del dato, seguimientos de necesidades y atenciones requeridas por los miembros del núcleo familiar, y otros usos estipulados en el Manual Técnico y de del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, Código MT. GM. DDSS. ARSDT. ENF.2018.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 162 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Una vez que la información ha sido digitalizada en las fichas familiares correspondientes en el SIFF web o móvil, los formularios dejan de ser funcionales, dada su naturaleza temporal y de contingencia.

A razón de ser una fuente primaria de información de las familias y las personas, a más tardar un mes después de haber sido digitada la información en el SIFF, el profesional de enfermería deberá gestionar ante la CISED (Comisión institucional para la selección y eliminación de documentos) que a la fecha de emisión de este documento tiene como funcionario de referencia al Lic. Gerardo Salazar González, de la Dirección de Servicios Institucionales, Archivo gerencial y correspondencia institucional, para la autorización y procedimientos para la destrucción de los formularios que ya fueron ingresados a los sistemas, conservando la evidencia correspondiente de la gestión realizada y anotando en la bitácora del servicio la fecha de la destrucción y los formularios eliminados.

En cuanto a las cantidades requeridas, al ser un formulario de contingencia que se mantendría en las unidades para su uso en caso necesario, cada unidad debe disponer de una reserva inicial a nivel local. Se registra un total de 1400 ATAP en la institución entre funcionarios fijos y sustitutos, distribuidos en 105 áreas de salud, por lo que una cantidad viable para el tiraje inicial se estima en 1 cien de cada formulario para cada ATAP (1 ciento del formulario “Datos de Vivienda y familia” y 1 cien del formulario “Datos del Miembro”), es decir 1400 cientos de cada formulario. De manera que cada unidad solicitaría 1 ciento de cada formulario por cada ATAP en el establecimiento, y las solicitudes subsecuentes se realizarían a demanda, en donde cada unidad solicitaría a Bienes y Servicios que realice el pedido a la imprenta institucional.

8. Vigencia

Los formularios de contingencia para el registro de la información de la ficha familiar tendrán una vigencia de 5 años a partir de su oficialización, salvo que se realice una modificación de las variables del Sistema Integrado de Ficha Familiar, para lo que la Coordinación Nacional de Enfermería realizará revisiones periódicas en caso de que se requiera realizar una actualización.

9. Herramientas de aplicabilidad

Definiciones o terminología:

En el caso de las visitas de seguimiento, sólo se deberán completar las secciones de ubicación y datos de familia en el formulario “Datos de Vivienda y familia” indicando en el campo de “actividades que justifican el tipo de visita” la descripción de lo realizado. No se deberá completar el formulario “Datos del Miembro”.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 163 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Por su parte en el caso de las visitas efectivas, se completarán todas las variables requeridas según el objetivo de la visita, los miembros presentes y si es requerido encuestar la vivienda, sea por no estar actualizada en los últimos dos años o bien, por tratarse de una visita de primera vez en la vida. Su uso aplica tanto para visitas presenciales como remotas.

Al igual que en el SIFF, se han señalado con un asterisco (*) las variables que son requeridas al momento de digitar la información en el sistema. Debe completarse un formulario por vivienda (Visita efectiva y seguimiento) y un formulario por miembro de la familia (visita efectiva).

9.1 Disposiciones Generales

A continuación, se describe como completar cada uno de los campos que conforman cada formulario, en el orden de aparición de cada una de las variables. Se recomienda sea llenado con bolígrafo de tinta azul o negra.

9.2 Formulario Datos de Vivienda y Familia.

Sección Ubicación

Fecha de visita: Corresponde a la fecha en que se ejecuta la visita, formato día, mes, año independientemente del tipo de visita.

Código de vivienda: Las iniciales bajo las casillas identifican el código que corresponde a cada una, provincia, cantón, distrito, barrio, manzana, lote, vivienda. Apoyados en croquis o registros anteriores debe completar estos campos pues son críticos para identificar la vivienda en el SIFF cuando se digiten los formularios al regresar los sistemas. En caso de viviendas nuevas, si se le imposibilita enumerar el lote y la vivienda, por no tener claro el consecutivo, lo ingresará al volver los sistemas apoyado en la base de datos para la manzana. Tanto para viviendas nuevas como subsecuentes, al realizar la digitación en el sistema, se recomienda realizar la búsqueda de la vivienda mediante la identificación del jefe de familia o uno de sus miembros como primera opción y verificar el código de vivienda. En caso de dudas es importante trazar un croquis en la parte posterior del formulario que le ayude a identificar la ubicación de la vivienda.

Región: Anote nombre o código de unidad programática de la región.

Área de Salud: Anote nombre o código de unidad programática del área de salud.

Sector: Anote nombre o código de unidad programática del sector o EBAIS.

Dirección por Señas: Indique puntos de referencia para ubicación exacta



Caja Costarricense de Seguro Social. Datos vivienda y familiar Código:

Ficha Familiar (Formulario contingencia). Fecha de visita*:

h	m	a
---	---	---

Código de vivienda*						
P	C	D	B	M	L	V

Región*	Área de Salud*	Sector*	Dirección por señas*:
Teléfono	Clasificación*:	Correo electrónico	

Datos de familia

Prioridad: ① ② ③	Tipo de familia:	Jefe de familia posee ingresos económicos:					
Tipo ID	N° ID	Nombre	Edad	Sexo	Relación con jefe familia	Presente	Atendido

Características de vivienda

Condición de residencia*	Tenencia*	N° dormitorios*	N° aposentos*	Tipo vivienda*	Aposentos compartidos			
Material piso*	Estado piso*	Material techo*	Estado techo*	Estado cielo raso*	Material paredes*	Estado paredes*		
Ub. Serv. Sanit*	Ub. baño*	Ub. Cocina*	Iluminación*	Ventilación*	C. Genera*	Acceso vivienda*	Acceso zona*	Zona Riesgo*

Equipos

Tel. fijos*	Tel. móvil*	N° Cocinas	Energía cocina	Refrigeradora	Microondas	Equipo sonido	N° Radios	Energía Radios
Lavadora	Energía Lav.	Televisión	Computadora	Secadora	Energía Secadora	Vehículos	Tabletas	Router

Servicios

Prov. Agua*	Prov. Electricidad*	TV cable	TV Satélite	Internet	Transp. Público	Tipo energía vivienda	Tanque agua caliente
Tipo de abastecimiento de agua*		Calidad abast. agua*		Procedencia del agua*		Disp. Excretas*	Disp. Basura*

Focos de contaminación

Clasificación de la Visita

Agua estancada	Tipo contaminación	Animales no permitidos	Animales c. insalubres	Tipo visita + periodicidad*	Modalidad*
Actividades que justifican el tipo de visita*					

Observaciones

Sobre familia	Sobre vivienda

Teléfono: No ingrese guiones, verifique formato de 8 dígitos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 165 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Clasificación: Se refiere a la ubicación de la vivienda en una zona urbana, rural, rural marginal o urbana marginal.

Correo electrónico: Dirección de correo electrónico del jefe de familia o alguno de sus miembros, que pueda ser utilizado por el equipo de salud para comunicarse con la familia.

Sección Datos de Familia

Prioridad: Indicar la clasificación del riesgo familiar 1, 2 o 3, a partir de la valoración del ATAP de acuerdo con los criterios del manual versión 2018, páginas 66 a 69.

Tipo de Familia: De acuerdo con la conformación del núcleo familiar clasificar en nuclear simple, nuclear, extensa, mixta, otra.

Jefe de familia posee ingresos económicos: Solo anotar SI o NO.

Tipo de ID: Tipo de identificación anotar cédula, temporal Interno, extranjero con identificación CCSS, según corresponda.

N° ID: Anotar el número de identificación según tipo, recordar para cédula de identidad incluir los ceros para un formato de 9 dígitos.

Nombre: Anote nombre y dos apellidos.

Edad: Anotar el número de años en los mayores de 1 año y los meses en menores de 1 año.

Sexo: Usar M para masculino, F para femeninos; I para indefinido.

Relación con el jefe de familia: Este jefe de familia debe de anotarse de primero en el cuadro e identificarlo como tal, para el resto de los miembros anotar el parentesco para con el jefe, recordar que el sistema solo admite un jefe de familia.

Presente: Indique con una marca los miembros presentes durante la visita.

Atendido: Indique con una marca si en la visita se realizó cualquier actividad con la persona miembro de la familia en registro, educación o atención directa.

Sección características de la vivienda

Condición de residencia: Indicarlos valores habitual, no habitual, casa de recreo según corresponda.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 166 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT- ENF-080323

Tenencia: Anotar según corresponda, precario, alquilada, propia totalmente pagada, propia comprada con préstamo en proceso de pago, cedida o prestada.

N° de dorm: Número de aposentos para dormir, cuartos.

N° de apos: Número de aposentos incluyendo dormitorios, sala, cocina, entre otros.

Tipo de Vivienda: Anotar según corresponda casa independiente, en edificio, tugurio, colectiva, en fila o contigua, en cuartería, rancho, baches, otro.

Aposentos compartidos: Indicar cuáles aposentos se comparten con otra familia, no el número de aposentos.

Material piso: Indicar si es de tierra, cemento/block, sintético, madera, mosaico/terrazo, cerámica, caña, material de desecho, otro material.

Estado de piso, techo, paredes, cielo raso y condición general de la vivienda (Cond general), Calidad de iluminación y calidad de ventilación: Calificar el estado de cada elemento con alguno de estos valores excelente, bueno, regular, malo, pésimo. En caso de Cielo Raso cuando no tiene o es parcial, anotarlo ahí mismo, de sí tenerlo anotar solo el estado.

Material techo: Indicar si es de teja, cemento/block, cartón, sintético/plástico, madera, paja, zinc, entrepiso, palma, caña, material de desecho, otro material.

Material Paredes: Indicar si es de cemento/block, cartón, sintético/plástico, madera, mosaico/terrazo, paja, zinc, ladrillo, concreto, prefabricado, pared forrada (madera, fibrolit, metal), pared sin forro (madera, fibrolit, metal), zócalo, adobe, bahareque, palma, bambú, caña, material de desecho, mixta, otro material, no tiene.

Ubicación del Servicio Sanitario, Ubicación del baño, Ubicación de la cocina: Indicar si es Interno, Externo o no tiene.


Acceso a vivienda: Calificar como cómodo o incómodo.

Acceso Zona: Anotar sólo si existen dificultades de acceso geográfico, servicios públicos o de vías públicas para la zona en general.

Zona riesgo: Anotar sólo si se identifican riesgos en la zona, indicar el tipo, inundación, deslizamiento, influencia volcánica, otro.

Sección equipos

Tel. Fijos: Anotar número de líneas telefónicas fijas en la vivienda.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 167 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Tel. Móviles: Anotar número de líneas telefónicas móviles en la vivienda.

N° cocinas, refrigeradora, microondas, equipo sonido, N° radios, lavadora, televisión, computadora, secadora, vehículos, tabletas, router (enrutador de internet): Anotar el número de equipos con que cuenta la familia en la vivienda.

Energía cocina, energía radios, energía lavadora, energía secadora: Indicar el tipo de energía con que operan estos equipos, anotando según corresponda gas, electricidad, leña u otros.

Sección Servicios

Prov. Agua: Se refiere a la empresa proveedora del servicio. ASADA, AyA, entre otros.

Prov. Electricidad: Se refiere a la empresa proveedora del servicio. ICE, Coopeguanacaste, ESPH, CNFL, JASEC, empresa privada, cooperativa, otra, no tiene.

TV Cable, TV Satélite: Respuestas SI o NO si la familia cuenta con el servicio.

Internet: Respuestas SI o NO, si en la familia se han conectado con internet en los últimos 3 meses.

Transp. Público: Si o No, indicando si la familia tiene acceso al servicio en caso necesario.

Tipo energía de la vivienda: Anotar la energía predominante con la que se abastece la vivienda: Electricidad, gas, paneles solares, leña, querosene, batería, carbón.

Tanque agua caliente: SI o NO si la vivienda cuenta con un sistema que abastece la mayoría de las tuberías de la vivienda.

Tipo de Abastecimiento de agua: Indicar según corresponda, tubería dentro de la vivienda, fuera de la vivienda, mixta o no tiene agua por tubería.

Cal. Abastecimiento agua: Se refiere a la calidad del abastecimiento del agua, calificar según corresponda excelente, bueno, regular, malo, pésimo.

Procedencia del agua: Según corresponda anote, fuente pública, pozo, río quebrada o naciente, lluvia, embotellada, otro.

Disposición de excretas: Según corresponda anote, campo, tanque séptico, mar, letrina o pozo negro, cloaca o alcantarilla, sistema público, otra, no tiene.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 168 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Disposición de basura: Según corresponda anote recolección pública (municipal) o recolección privada, enterrada, campo, mar, río, quemada, la botan en hueco, la botan en lote baldío, la botan en quebrada, otro.

Sección focos de contaminación

Agua estancada: Si o No, según observe depósitos de agua en la vivienda o alrededores que puedan ser criaderos de mosquitos transmisores de enfermedades.

Tipo de contaminación: Si la vivienda está en un área expuesta a algún foco de contaminación, indique el o los tipos, sónica, industrial, ionizante, polución, gases, fecal, hídrica, desechos, basurero a cielo abierto, desagüe, caño, quemas, lecherías, porquerizas, granjas, otros.

Animales no permitidos: Indicar el número de animales de especies no permitidas para el uso doméstico.

Animales en condiciones insalubres: Independientemente si son domésticos o no, indicar el número que tienen esta condición en la vivienda.

Sección Clasificación de la visita:

Tipo de visita y periodicidad: En el caso de las efectivas anotar efectiva primera vez vida, primera vez año o subsecuente. En el caso de Seguimiento anotar esa clasificación y el tipo (vacunación, búsqueda de casos, investigación de campo, supervisión de tratamientos).

Modalidad: Indicar como se realizó la visita presencial o remota.

Actividades que justifican el tipo de visita: Anotar las actividades realizadas en la visita de forma general que justifican la clasificación, tanto para efectivas como para visitas de seguimiento.

Sección observaciones:

Sobre la familia: Anotar cualquier ampliación de información referente a la familia, su conformación, identificar miembros con presencia temporal en la familia, miembros adicionales que no se anotaron en el cuadro entre otros, miembros referidos o con riesgos identificados en visitas de seguimiento.

Sobre la vivienda: Anotar cualquier ampliación de información referente al inmueble, sus equipos, los servicios o sus características.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 169 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Firma responsable ATAP que ejecuta la visita: Nombre completo y firma del funcionario.

Prof. Enfermería supervisor: Sólo aplica si la visita registrada fue supervisada en cualquier modalidad por el profesional de enfermería

9.3 Formulario Datos miembro y ficha de control individual

Como se indicó previamente, este formulario será utilizado sólo en las visitas efectivas, no será usado en las visitas de seguimiento. Además, se usará solo para registrar la información de los usuarios presentes, incluye sólo las variables que son de resorte del ATAP, excluyendo aquellas que son de lectura en SIFF pero que son recolectadas por SIAC.

Sección datos generales: Estos datos deben coincidir con los registrados en el formulario “Datos de vivienda y familia, correspondientes a la misma visita, en la cual se atiende el usuario.

Fecha de visita: Corresponde a la fecha en que se ejecuta la visita, formato día, mes, año independientemente del tipo de visita.

Código de vivienda: Las iniciales bajo las casillas identifican el código que corresponde a cada una, provincia, cantón, distrito, barrio, manzana, lote, vivienda. Apoyados en croquis o registros anteriores debe completar estos campos pues son críticos para identificar la vivienda en el SIFF cuando se digiten los formularios al regresar los sistemas. En caso de viviendas nuevas, si se le imposibilita enumerar el lote y la vivienda, por no tener claro el consecutivo, lo ingresará al volver los sistemas apoyado en la base de datos para la manzana. Tanto para viviendas nuevas como subsecuentes, al realizar la digitación en el sistema, se recomienda realizar la búsqueda de la vivienda mediante la identificación del jefe de familia o uno de sus miembros como primera opción y verificar el código de vivienda. En caso de dudas es importante trazar un croquis en la parte posterior del formulario que le ayude a identificar la ubicación de la vivienda.

Sección datos del miembro

N° Identificación: Anotar el número de identificación según tipo, recordar para cédula de identidad incluir los ceros para un formato de 9 dígitos.

Nombre: Anote nombre y dos apellidos.

Religión: En este campo anotará uno de los siguientes valores, católica, cristiana (para evangélica, pentecostal, mormona, otras), no cristiana (para amnista, judía, islámica, otra), otras religiones, no tiene religión, no sabe.



Nacionalidad: Indicar la referida por el usuario, si es posible verificar con documento de identificación, si es nacionalizado costarricense indicar de esa forma.

Ficha Familiar (Formulario contingencia). Fecha de visita*:

d	m	a
---	---	---

Código de vivienda*

P	C	O	B	M	L	V	

Datos del miembro

N Identificación	Nombre completo	Religión	Nacionalidad	Etnia	Tipo pensión	Régimen
------------------	-----------------	----------	--------------	-------	--------------	---------

Hechos vitales

Fecha nacimiento	Edad Gestacional	Peso al nacer	País	Provincia	Cantón	Distrito	Establecimiento
d m a							

Defunción

Fecha de defunción	Lugar de defunción	Causa de muerte	Asistencia médica al morir
d m a			

Educación

Alfabetismo	Asiste actualmente a la educación	Motivo de no asistencia a la educación

Datos laborales

Condición laboral actual	Estabilidad	Duración del desempleo	Sector institucional	N° empleados

Ficha control individual

Antec. Delincuencia	Intento Suicidio	Hábitos de riesgo	Indicios de violencia	Tipos de discapacidad
Sint. Respiratorio	Condición salud actual	Enfermedades conocidas	Establecimiento de control	

Anticoncepción (hombre y mujer)

Método	Fecha inicio	Forma de Prescripción
	d m a	

Antecedentes mujer

Gestas	Partos	Cesáreas	Óbitos	Nacidos vivo	Muertes <1 a	Hijos vivos	Embarazada	FUR	Ex Riesgo
								d m a	
Última Citología	Lugar última citología	Resultado	Motivo no se hace PAP	Última mamografía	Auto examen mamas				
d m a				d m a					

Atenciones hombre

Tamizaje Cáncer Próstata <2 años	Sospechas de riesgo	Adolescente	Adulto mayor

Atenciones

Presión arterial	Peso Kg	Talla cm	Circ. Cefálica	Control Crec y Des	Asiste CENCINA	Asiste Red cuid	Glicemia
Agudeza visual	Agudeza auditiva	Rec. espulso	Esquema de vacunas	Vacunación	Antiparasitario	Preventivos	

Referencias

Lugar al que se refiere	Motivo de Referencia
Hallazgos y Recomendaciones	
Nombre de ATAP que ejecuta la visita	Nombre del Prof. Enfermería supervisor

Etnia: Según lo refiera el usuario, indicar una de las siguientes opciones; negro o afrodescendiente, indígena (especifique: Bribri, Brunca o Boruca, Cabécar, Chorotega,

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 171 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Huetar, Malek, Ngäbe-Buble, Teribe-Terraba o Borán, Miskito, ningún pueblo, otro), Mulato, chino o de origen chino, Mestizo, Blanco, otro.

Tipo de pensión: Anotar de acuerdo con lo que indique el usuario.

Régimen: Si el usuario está pensionado indicar el tipo de régimen contributivo o no contributivo.

Sección Hechos vitales (menores de 5 años):

Fecha de nacimiento: Registrar en formato día, mes, año.

Edad Gestacional: Registrar solo para menores de un año en el momento de la visita, indicar número de semanas.

Peso al nacer: Registrar solo para menores de un año en el momento de la visita, indicar peso en gramos.

País: Se refiere al país de nacimiento.

Provincia, cantón, distrito: Se refiere al lugar de nacimiento, completar solo para los nacidos en Costa Rica.

Establecimiento: Se refiere al tipo de establecimiento donde nació. Indicar, hospital público, hospital privado, clínica pública (I nivel), clínica privada, en casa, en vehículo de emergencia, vehículo particular, otro.

Sección defunción:


Fecha de defunción: Registrar en formato día, mes, año.

Lugar de defunción: Se refiere al tipo de establecimiento donde falleció. Indicar, hospital público, hospital privado, clínica pública (I nivel), clínica privada, en casa, en vehículo de emergencia, vehículo particular, en vía pública, hogar larga estancia, otro.

Causa de muerte: Indicar si se anota por referencia del familiar o por certificado de defunción.

Asistencia médica al morir: Indicar sí o no.

Sección educación:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 172 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Alfabetismo: Anotar (sí) para quienes saben leer y escribir y (no) para quienes no lo hacen.

Asiste actualmente a la educación: Respuesta de SI o NO.

Motivo de no asistencia a la educación: Escriba lo referido por el usuario, al digitar encuentre el valor que más coincide con su respuesta.

Sección datos laborales:

Condición laboral actual: No se refiere a la ocupación si no a una condición ejemplo trabaja tiempo completo, tiempo parcial, desempleado, estudiante, pensionado, se dedica a quehaceres de su propio hogar, rentista, trabaja por cuenta propia, otros.

Estabilidad: Según corresponda anote permanente, ocasional.

Duración del desempleo: Sólo aplica para quienes en el 2.6.1 indicaron esa condición. Escriba lo referido por el usuario, al digitar encuentre el valor que más coincide con su respuesta.

Sector institucional: Anote para quienes, si laboran, público o privado.

N° empleados: Escriba un número, se refiere al número de personas que laboran con el entrevistado en su lugar de trabajo.

Sección Ficha control individual

Antec. Delincuencia: Respuestas Si o No, refiriéndose a los antecedentes de delincuencia de la persona entrevistada.

Intento suicidio: Respuestas Si o No, refiriéndose a los antecedentes de intentos suicidas en la persona entrevistada.

Hábitos de riesgo: Anotar según se explore la presencia de fumado, alcoholismo u otras drogas, otros hábitos de riesgo para la salud, en caso de no presentar riesgos indicar “ninguno”.

Indicios de violencia: Anotar según se explore la presencia de indicios de violencia sexual, abandono, patrimonial, física, en caso de no presentar indicios anotar “sin indicios”.

Tipos de discapacidad: Ver (incluso con ateojos), oír (incluso con dispositivo), caminar o subir escaleras, recordar o concentrarse, realizar tareas de cuidado personal (bañarse, vestirse), comunicarse. Anotar el o las áreas en que presenta la condición, indicando el grado no puede

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 173 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

hacerlo, tiene mucha dificultad, tiene alguna dificultad. En caso negativo solo anotar, no tiene dificultad.

Sintomático Respiratorio: Anotar si o no.

Condición de salud actual: Anotar enfermedad aguda, crónica o sin patología.

Enfermedades conocidas: en este apartado se deben incluir las enfermedades que el miembro presente. Esta variable se registra sólo en los casos en que en la variable anterior se eligió enfermedad aguda o crónica, de lo contrario no se registra.

Establecimiento de control: Se refiere al tipo de establecimiento donde se controla su condición de salud, hospital público, hospital privado, clínica pública (I nivel), clínica privada, en casa, en vehículo de emergencia, vehículo particular, sin control, otro.

Sección anticoncepción (tanto para hombre como para mujer).

Método: Indicar el método anticonceptivo referido por el o la usuaria, incluyendo los naturales, o bien “No usa ningún método”, tanto para hombres y mujeres en edad reproductiva.

Fecha inicio: Formato día, mes y año. En que inició a usar el método.

Forma de prescripción: Prescripción médica CCSS, prescripción médica privada, auto prescrito.

Sección antecedentes mujer

Gestas (embarazos), Partos V(vaginales), cesáreas: Anotar el número para cada categoría. Se refiere a los embarazos y forma de terminación.

Óbitos, nacidos vivos, muertes <1 año, hijos vivos: Anotar el número para cada categoría. Se refiere a los nacimientos.

Embarazada: Anotar sí o no referente a su estado de embarazo actual.

FUR: Campo a llenar solo para las mujeres embarazadas al momento de la visita. Fecha de última menstruación, ingresar en formato día, mes año.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 174 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

FX Riesgo: Factores de riesgo, de la mujer en su condición de embarazada actualmente, si requiere ampliar, utilice el espacio de hallazgos y recomendaciones. Incluir como factor de riesgo aquellas que no tienen control prenatal.

Última citología: Anotar la fecha de la realización de la última citología vaginal o Papanicolau, en formato día, mes, año. Obligatoria explorar en mujeres mayores de 20 años.

Lugar última citología: Anotar el establecimiento donde se realizó su última citología, hospital público, hospital privado, clínica pública (I nivel), clínica privada, laboratorio privado, otro.

Resultado: Se refiere al resultado de la última citología vaginal si la usuaria lo refiere o si cuenta con el documento. Si cuenta con el resultado específico anotar tal cual, o bien clasificar como normal o alterado.

Motivo de no realizarse el PAP: Para la mujeres mayores de 20 años, con la última citología mayor a dos años de habérsela realizado, o bien para quienes un tiempo mayor a dos años o desconocido, o bien que refiere que no se lo realiza. Indicar tal cual lo responde la usuaria, si accede a proporcionar la información, de lo contrario omitir.

Última mamografía: Se refiere a la fecha de la última realización de este examen, anotar en formato día, mes, año. Crítico recolectar dato desde los 30 años.

Auto examen de mamas: Respuesta de si o no a la consulta si se practica el autoexamen de mamas de manera regular.

Sección atenciones al hombre.

Tamizaje Cáncer Próstata < 2 años: Pregunta de si o no, si se ha practicado el tamizaje de cáncer de próstata en los últimos 2 años. Obligatorio explorar en mayores de 40 años.

Sección sospechas de riesgo. Grupos específicos.

Sospecha de riesgo adolescente: De acuerdo con el manual de usuario del SIFF, según los factores de riesgo observados (ampliar en hallazgos y recomendaciones) anotar, sin riesgo, bajo riesgo, alto riesgo.

Sospecha de riesgo adulto mayor: Según lo observado o la información proporcionada por la familia durante la visita, anotar una o varias áreas identificadas con riesgo en el adulto mayor, en lo físico, psíquico, funcional, patrimonial, social, otros.

Sección atenciones:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 175 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT- ENF-080323

Presión arterial: Anotar el valor de la presión sistólica y diastólica en milímetros de mercurio mmHg. Ejemplo 120/80.

Peso en Kg: Anotar el valor en kilogramos. Variable se conserva por unidades que por organización local y acceso de la población a los servicios de salud, esta medición antropométrica continua registrándose en el escenario domiciliario en niños menores de 6 años. Incluir si no se hace medición, el peso referido por el paciente o su cuidador.

Talla en cm: Anotar el valor en centímetros. Variable se conserva por unidades que por organización local y acceso de la población a los servicios de salud, esta medición antropométrica continua registrándose en el escenario domiciliario, en niños menores de 6 años. Incluir si no se hace medición la talla referida por el paciente o su cuidador.

Circunferencia cefálica: Medición para niños menores de 2 años, en centímetros.

Control Crecimiento y Desarrollo: Anotar para menores de 6 años si asiste a Crecimiento y Desarrollo a nivel público o privado.

Asiste a CENCINA!: Variable a recolectar en menores de 6 años, pregunta de si o no, se refiere a la asistencia de los niños a ese recurso del ministerio de salud.

Asiste a red de cuido: Variable a recolectar en menores de 6 años, pregunta de si o no, se refiere a la asistencia de los niños a ese recurso del Ministerio de Salud.

Glicemia: Se anota el valor de la glicemia en miligramos por decilitro mg/dL, si se realiza la medición mediante el micro método.

Agudeza visual: Si se ha realizado la valoración mediante las cartillas institucionales, anotar la clasificación obtenida, como normal o alterada.

Agudeza auditiva: Si se ha realizado la valoración mediante las cartillas institucionales, anotar la clasificación obtenida, como normal o alterada.

Recolección de esputos: Respuesta si o no, en caso de haber realizado la recolección de muestras a sintomáticos respiratorios.

Esquema de vacunación: Anotar si se encuentra al día o atrasado, en este segundo caso anotar en hallazgos y recomendaciones la vacuna pendiente.

Vacunación: Respuesta de si o no, si el individuo ha recibido una o más vacunas en la visita. No se consulta por cuáles vacunas han sido aplicadas, dado que ese dato es registrado en el

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 176 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

formulario “Registro diario de inmunizaciones”, y desde allí será reingresado al SIVA una vez restablecidos los sistemas.

Antiparasitarios: Respuesta de si o no, si el individuo ha recibido la profilaxis antiparasitaria durante la visita.

Preservativos: Respuesta de si o no, si el individuo ha recibido esta profilaxis durante la visita.

Sección Referencias:

Lugar al que se refiere: Indicar el servicio al que se refiere el usuario, entre EBAIS, Equipo de Apoyo, otro.

Motivo de referencia: Describir las razones por la que se ha emitido la referencia al usuario.

Hallazgos y recomendaciones: De forma breve, utilice este espacio para ampliar cualquier situación de riesgo u observación que requiera alguna de las variables analizadas en el formulario, así como las recomendaciones emitidas para esa o esas variables en específico.

Nombre del ATAP que ejecuta la visita: Nombre y dos apellidos del ATAP responsable de la ejecución de la visita en la que se llenó este formulario.

Nombre del Prof. Enfermería supervisor: Nombre y dos apellidos del profesional de enfermería que supervisa la visita domiciliar, en caso de que esta ficha en particular se haya supervisado directa o indirectamente.

10. Contacto para consultas

Dra. Jacqueline Monge Medina, Jefe, Coordinación Nacional de Enfermería.
jmongem@ccss.sa.cr

Dra. María Elena Artavia Mora, Sub Jefe, Coordinación Nacional de Enfermería
meartavi@ccss.sa.cr

Dr. Gabriel Ugalde Rojas, Asistente, Coordinación Nacional de Enfermería.
gugalde@ccss.sa.cr

11. Referencias

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 177 de 246
MANUAL DE GESTIÓN	ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.	CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323

Manual Técnico y de del proceso de atención a las personas en diversos escenarios (domiciliar, escolar, laboral y comunal) en el primer nivel de atención para el profesional de Enfermería y el Asistente Técnico de atención primaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, Código MT. GM. DDSS. ARSDT. ENF.2018.

Gobierno de Costa Rica, Ley N° 9162, Expediente único en Salud, 2013.

12. Anexos

Anexo 1. Oficio GM-AES-7-1189-2022



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Gerencia Médica
 Área de Estadística en Salud
 Teléfono 2539-000 Ext 8805 / 2539-1102, Email: gcorraes@ccss.sa.cr

GM-AES-7-1189-2022
 11 de octubre de 2022

Doctora
 Jacqueline Monge Medina, Coordinación Nacional de Enfermería
 DIRECCION DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD - UP2904

ASUNTO: Respuesta oficio ARSDT-ENF-0303-2022. Asunto: Solicitud de oficialización de formularios para uso de contingencia en Ficha Familiar.

Estimada Dra. Monge.

Se ha revisado por parte del Comité Institucional del Expediente de Salud el formulario que se cita en el epígrafe donde se justifica que dadas las actualizaciones realizadas en el Sistema Información Ficha Familiar (SIFF) en los últimos años, han experimentado un desfase tanto en variables como en sus catálogos de valores, por lo que es necesaria una alternativa, de menor costo y con compatibilidad con los sistemas actuales.

Aclaradas las dudas presentadas en el proceso de revisión no hay objeción para solicitar la oficialización de los formularios, aclarar que estos no llevan código, no hay reproducción a nivel central y además la custodia de estos registros los hará enfermería, por lo cual deben de definir los tiempos de conservación, según lo conversado en las reuniones que se realizaron previo a la revisión de los registros con los Dres. Marielena Artavia y Gabriel Ugalde, de la Coordinación Nacional de Enfermería

Sin otro particular, suscribe;

Leda Alfaro Morales
 Coordinadora
 Comité Institucional
 Expediente de salud Gerencia Médica
 Área de Estadística en Salud


LEDA
 ALFARO
 MORALES
 (FIRMA)

Firmado digitalmente por
 LEDA ALFARO
 MORALES (FIRMA)
 Fecha: 2022.10.11
 09:57:03 -06'00'

C/c Comité Institucional de Expediente de Salud
 Área de Estadística en Salud



Anexo 2: Agenda diaria actividades en otros escenarios.

 Agenda diaria actividades en otros escenarios Estrategia Atención Primaria, Programa Visita Domiciliar del ATAP.					
Área de Salud:	Sector:	Localidad o barrio	Nombre del ATAP:		
Escenario: () Laboral () Comunidad () Educativo () Establecimiento de salud		Nombre del sitio o establecimiento	Hora de inicio	Hora final	
Nombre del contacto en el sitio o establecimiento		N° Teléfono	Correo electrónico @		
Actividad	Fecha >				
Vacunación en sitio estratégico (NO DOMICILIAR) (Personas vacunadas)					
Control de signos vitales (Personas atendidas)					
Toma y registro de Peso y Talla (Personas atendidas)					
Ploteo de gráficas de estado nutricional (Personas atendidas)					
Medición de agudeza visual (Personas atendidas)					
Medición de agudeza auditiva (Personas atendidas)					
Toma de presión arterial a personas no hipertensas mayores de 20 años (Personas atendidas)					
Entrega de preservativos (Personas atendidas)					
Entrega de Tratamientos profilácticos (Personas atendidas)					
Educación para la salud, atención individual (Personas atendidas)					
Educación para la salud, atención grupal (Personas atendidas)					
Atención individual, en proyecto de promoción de la salud (Personas atendidas)					
Atención grupal, en proyecto de promoción de la salud (grupos atendidos)					
Revisión de condiciones de saneamiento ambiental (Número de lotes o edificios)					
Reunión en la comunidad (Número de participantes)					
Reunión con el equipo de salud (Número de participantes)					
Otra.					

Anexo 3: Generador Informe mensual otros escenarios, módulo ATAP.


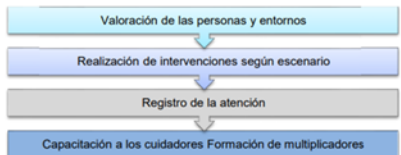
En las unidades que, desde la gestión local, se pueda habilitar para los ATAP un recurso informático para utilizar herramientas de Excel, esta es una alternativa para consolidar las actividades en otros escenarios de cada mes. Se trata de un archivo con macros, en donde cada ATAP podrá identificar en una portada los datos que corresponden a:

- Región de Salud.
- Área de Salud:
- Sectores asignados.

Desde esta portada mediante vínculos, podrá acceder a cada mes del año para hacer el vaciamiento de sus agendas.


Una vez que se encuentra en el mes correspondiente, la pantalla le presentará una tabla con la misma información de la agenda física. En el área gris, no deben registrarse datos, pues es en la que se sumarán automáticamente los totales del mes. En el área blanca, se ingresan los datos de un día de actividades en otros escenarios, en la columna que corresponde al escenario en que se ejecutaron. Si se requieren ingresar más días, se hace clic en el cuadro verde con la leyenda “agregar fecha” y la hoja agregará una tabla adicional para el nuevo día, y así sucesivamente para las fechas que requiera. Al final del mes, se oprime el recuadro naranja con la leyenda “sumar mes”, para que se totalicen las actividades mensuales, que entregará al profesional de enfermería para el informe del área de salud.


Figura 17. Generador Informe mensual otros escenarios, módulo ATAP. Portada.

 Herramienta para consolidación mensual de las actividades del ATAP en los EFES				
Región de Salud:				
Área de Salud:				
Nombre del Funcionario				
Sectores asignados				
<div style="text-align: center;"> <p><small>Figura 9. Pasos del Componente de Atención en EFES.</small></p>  </div>	enero	febrero	marzo	I Trimestre
	abril	mayo	junio	II Trimestre
	julio	agosto	septiembre	III Trimestre
	octubre	noviembre	diciembre	IV Trimestre
		I Semestre	II Semestre	Anual

Fuente: PFPSS. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. 2019

Anexo 8: Referencia a los servicios de salud. (Duplicado para dejar copia al usuario)

	Referencia a los servicios de salud Estrategia Atención Primaria, Programa Visita Domiciliar del ATAP.	
<i>Original para uso del ATAP.</i>		
Fecha:	Área de Salud:	Sector
Número identificación:	Fecha nacimiento	Nombre y apellidos del usuario:
Teléfono móvil:	Correo Electrónico@:	Dirección por señas:
Lugar o servicio al que se refiere: <input type="checkbox"/> EBAIS <input type="checkbox"/> Equipo de apoyo, Especifique _____ <input type="checkbox"/> Seguimiento domiciliario profesional enfermería <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____		Motivo de referencia:
Acciones realizadas en la visita:		Nombre del ATAP que refiere Número telefónico para consultas en el establecimiento de salud (Central – EBAIS)

	Referencia a los servicios de salud Estrategia Atención Primaria, Programa Visita Domiciliar del ATAP.	
<i>Original para uso del ATAP.</i>		
Fecha:	Área de Salud:	Sector
Número identificación:	Fecha nacimiento	Nombre y apellidos del usuario:
Teléfono móvil:	Correo Electrónico@:	Dirección por señas:
Lugar o servicio al que se refiere: <input type="checkbox"/> EBAIS <input type="checkbox"/> Equipo de apoyo, Especifique _____ <input type="checkbox"/> Seguimiento domiciliario profesional enfermería <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____		Motivo de referencia:
Acciones realizadas en la visita:		Nombre del ATAP que refiere Número telefónico para consultas en el establecimiento de salud (Central – EBAIS)

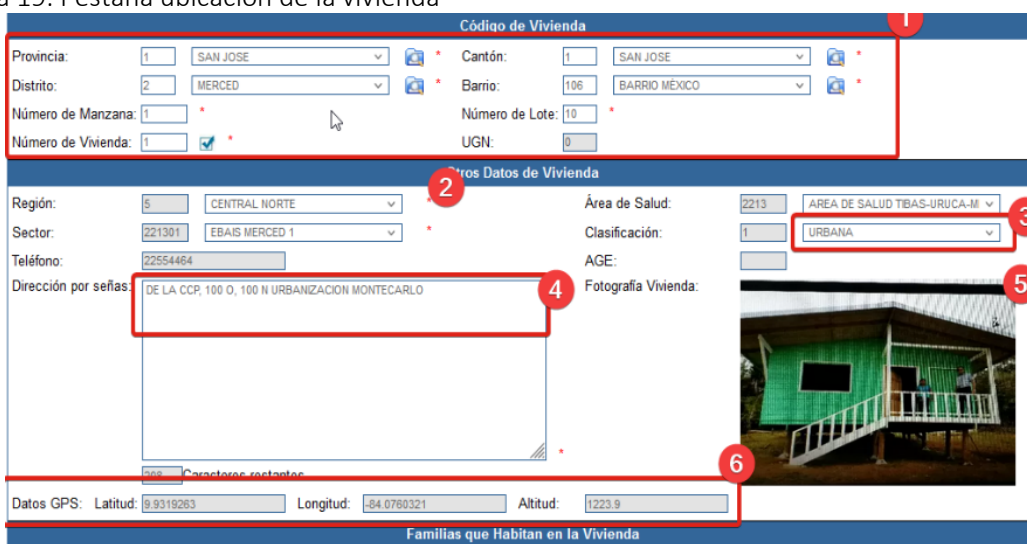
Anexo 10: Guía de monitoreo de la calidad del dato en SIFF

Siguiendo las instrucciones que se describen, la supervisión de la calidad del dato de cada ficha en el SIFF implica la verificación de que los funcionarios estén registrando la información según lo señalado en este documento para cada Tab y de identificarse prácticas o interpretaciones diferentes, a partir de estas instrucciones capacitar o inducir respecto al registro correcto.

Pestaña de ubicación

Para el registro de los datos de ubicación de la vivienda en el SIFF debe considerarse que:

Figura 19. Pestaña ubicación de la vivienda



The screenshot shows the 'Ubicación de la vivienda' form in the SIFF system. Red boxes and numbers 1 through 6 highlight specific fields:

- 1:** A red box around the 'Código de Vivienda' section, which includes Province (SAN JOSE), Canton (SAN JOSE), District (MERCED), Barrio (BARRIO MEXICO), Manzanilla (1), Lot (10), and House Number (1).
- 2:** A red box around the 'Otros Datos de Vivienda' section, including Region (CENTRAL NORTE), Sector (EBAIS MERCED 1), Area of Health (AREA DE SALUD TIBAS-URUCA-MI), and Classification (URBANA).
- 3:** A red box around the 'Clasificación' dropdown menu, which is set to 'URBANA'.
- 4:** A red box around the 'Dirección por señas' text area, containing the address 'DE LA CCP, 100 O, 100 N URBANIZACION MONTECARLO'.
- 5:** A red box around the 'Fotografía Vivienda' image, which shows a house with a green porch.
- 6:** A red box around the 'Datos GPS' section, including Latitude (9.9319263), Longitude (-84.0780321), and Altitude (1223.9).

(1) La numeración de la vivienda corresponda a la ubicación correcta según división política y numeración local de manzanas, lotes y viviendas de acuerdo con la metodología de elaboración de croquis descrita en el Manual de visita domiciliar vigente; al mismo tiempo esta numeración debe estar relacionada correctamente con la fotografía de la vivienda y con la familia que habita en la vivienda (en caso de estar habitada). Los datos correspondientes a la Provincia, cantón, distrito y barrio corresponden a un catálogo oficial, más número de manzana, lote y vivienda corresponde a una numeración local que debe verificarse. Hay que recordar que se enumeran ubicaciones con vivienda, no así lotes baldíos o comercios.

(2) Que la ficha familiar esté correctamente asociada al área de salud y al sector de adscripción que pertenece.

(3) Que la clasificación de la ubicación de la vivienda según zona sea correcta de acuerdo con las definiciones de urbana o rural.

(4) En el campo de “Dirección por señas” esta debe de ser clara y amplia, cualquier persona debe de ser capaz de poder ubicar dicha vivienda, guiándose por esa dirección, con el uso apropiado de puntos de referencia y puntos cardinales.

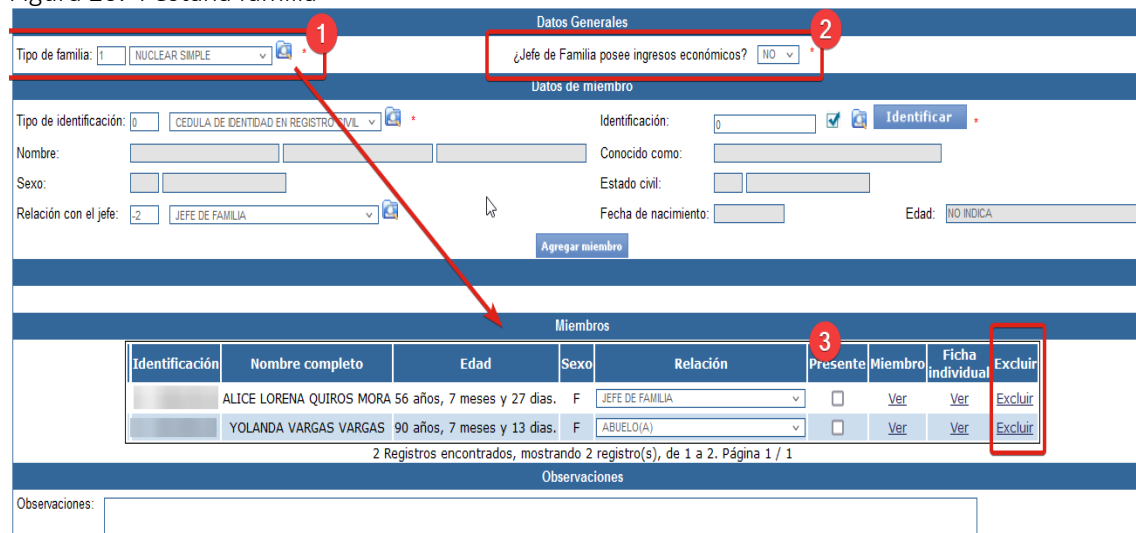
(5) La foto de vivienda debe estar capturada de ser posible al frente de la vivienda, mostrándolo de manera completa (no tomar fotografías de puertas, o partes de la vivienda, por ejemplo).

(6) Si la vivienda ya fue georreferenciada, debe verificarse que el registro contenga los datos de coordenadas GPS (no todas las viviendas mostrarán datos de altitud, pero si la longitud y latitud).

Pestaña de familia:

Apartado en el cual se registra la información de cada familia que habita en la vivienda referente a su conformación.

Figura 20. Pestaña familia



Datos Generales

Tipo de familia: 1 NUCLEAR SIMPLE 1

¿Jefe de Familia posee ingresos económicos? NO 2

Datos de miembro

Tipo de identificación: 0 CEDULA DE IDENTIDAD EN REGISTRO CIVIL *

Identificación: 0 Identificar *

Nombre:

Conocido como:

Sexo:

Estado civil:

Relación con el jefe: -2 JEFE DE FAMILIA

Fecha de nacimiento:

Edad: NO INDICA

Agregar miembro

Miembros

Identificación	Nombre completo	Edad	Sexo	Relación	Presente	Miembro	Ficha individual	Excluir
	ALICE LORENA QUIROS MORA	56 años, 7 meses y 27 días.	F	JEFE DE FAMILIA	<input type="checkbox"/>	Ver	Ver	Excluir
	YOLANDA VARGAS VARGAS	90 años, 7 meses y 13 días.	F	ABUELO(A)	<input type="checkbox"/>	Ver	Ver	Excluir

2 Registros encontrados, mostrando 2 registro(s), de 1 a 2. Página 1 / 1

Observaciones:

(1) En este Tab se debe verificar que el tipo de familia corresponda con el grupo de personas que conforman el núcleo familiar y los vínculos respecto al jefe de Familia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 188 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

(2) Es importante que se seleccione adecuadamente si el jefe de familia posee ingresos económicos, dado que esto repercute en la clasificación de la prioridad de la familia.

(3) Para registrar visitas efectivas o de seguimiento en el Tab de actividades, debe registrarse cuáles miembros estaban presentes desde el Tab de familia.

La funcionalidad de excluir miembros sólo se utiliza cuando la persona ya no forma parte del núcleo familiar. No se debe utilizar para excluir familias completas, miembro por miembro para luego sustituirlos por otros y conformar una nueva familia, esto genera errores en base de datos en la cual cada núcleo familiar está asociada a un número interno. Para los casos en que una familia ya no vive en dicha ubicación, se debe utilizar la funcionalidad de inactivar ficha familiar.

Los miembros fallecidos se deben excluir hasta que se completen los datos de su defunción, tanto los que ingresa el ATAP como los que se generan automáticamente.

Pestaña de Características de la vivienda:

Apartado en el que se registra información del inmueble, no obstante, algunos datos hacen referencia a la familia que habita en la vivienda. (Figura 21)

Sub- Pestaña de características de la familia en la vivienda:

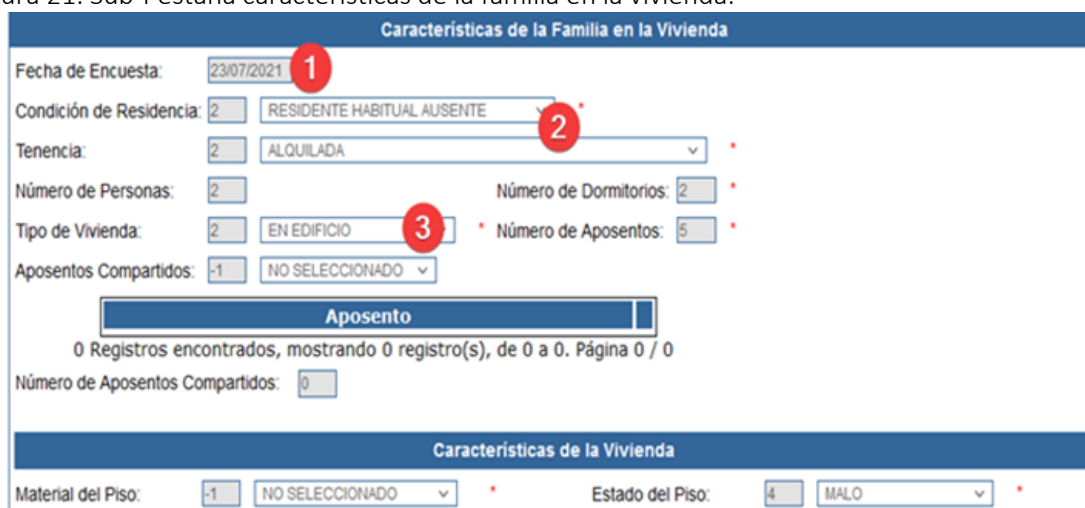
(1) La fecha de encuesta debe actualizarse al menos cada 2 años, sin limitar la posibilidad de actualizar la información en tiempos menores a dos años. Por lo que, pese a las alertas del sistema, debe verificarse la fecha de última actualización y observar que variables requieren ser revisadas en función de lo observado durante la visita. O bien, si en el histórico de visitas se observan visitas no efectivas, podrá evidenciarse el esfuerzo por actualizar la información en el tiempo establecido.

(2) Se debe verificar que la condición de residencia de la familia en la vivienda sea la correcta para cada familia que habita la vivienda. En los casos que varias familias habitan una misma vivienda estos datos varían para cada una de ellas. Las inconsistencias en esta variable requieren conocimiento del ámbito local, por tanto, se recomienda detenerse y revisar situaciones como el caso en donde una residencia permanente esté reportada como casa de recreo, para citar un ejemplo.

(3) Verificar que el tipo de vivienda (en edificio, fila o contigua, independiente, etc.) sea congruente con la clasificación común para la zona, salvo excepciones. Ejemplos de incongruencias, que justamente requieren del conocimiento de campo de quien supervise el dato, son aquellos casos de residenciales cuyas casas son de planta baja y cada una en su lote, por tanto, son viviendas individuales, y estén registradas erróneamente como en fila o contigua o bien en edificio.

Los aposentos compartidos deben cuantificarse e identificarse únicamente cuando varias familias cohabitan en una misma vivienda.

Figura 21. Sub-Pestaña características de la familia en la vivienda.



Características de la Familia en la Vivienda

Fecha de Encuesta: 23/07/2021 **1**

Condición de Residencia: 2 RESIDENTE HABITUAL AUSENTE **2**

Tenencia: 2 ALQUILADA *

Número de Personas: 2 Número de Dormitorios: 2 *

Tipo de Vivienda: 2 EN EDIFICIO **3** * Número de Aposentos: 5 *

Aposentos Compartidos: -1 NO SELECCIONADO

Aposento

0 Registros encontrados, mostrando 0 registro(s), de 0 a 0. Página 0 / 0

Número de Aposentos Compartidos: 0

Características de la Vivienda

Material del Piso: -1 NO SELECCIONADO * Estado del Piso: 4 MALO *

Sub-Pestaña Características de la vivienda:

Características físicas del inmueble. Debe verificarse que aquellas variables que son de selección múltiple se utilicen de esa forma para una mejor descripción y no se omitan datos por ingresar solo una respuesta, o bien por omitir activar el botón agregar.

(1) Los materiales del piso, techo y paredes son datos requeridos y deben registrarse en concordancia con lo observado en la vivienda durante la visita. Además, dado que pueden estar compuestos de varios materiales es necesario verificar que el predominante sea identificado. En estas variables, además, se debe completar el “estado”, que deberá ser tomado en cuenta para la clasificación final del estado general de la vivienda. Las viviendas pueden tener varios materiales de pared, piso o techo y todos pueden ser incluidos utilizando el botón “agregar”, esto es frecuente por lo que se debe alertar en caso de que se omita registrar materiales no predominantes.



(2) Las variables de vivienda en zona de difícil acceso y viviendas en zona de riesgo (3), deben corresponder a la realidad de la zona en la que se encuentra ubicado el inmueble. Estas variables tienen un decisor, es decir, para poder registrar los tipos de dificultades de acceso o tipos de riesgo, es necesario previamente registrar un “SI” en la variable que consulta si la vivienda tiene esas características.

Es importante que, para tener el dato actualizado, si en visitas posteriores, la dificultad de acceso fue resuelta o bien el riesgo cambió, no solo se debe cambiar el decisor a un NO si no también excluir las dificultades o riesgos que ya no corresponden a la vivienda.

Figura 22. Sub-Pestaña características de la vivienda

Características de la Vivienda							
Material del Piso: -1 NO SELECCIONADO * 1	Estado del Piso: 4 MALO *						
Otro Material:							
	<table border="1"><thead><tr><th>Predominante *</th><th>Material</th></tr></thead><tbody><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>CERAMICA</td></tr></tbody></table>	Predominante *	Material	<input checked="" type="checkbox"/>	CERAMICA		
Predominante *	Material						
<input checked="" type="checkbox"/>	CERAMICA						
Material del Techo: -1 NO SELECCIONADO *	Estado del Techo: 3 REGULAR *						
Otro Material:							
	<table border="1"><thead><tr><th>Predominante *</th><th>Material</th><th>Excluir</th></tr></thead><tbody><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>SINTETICO/PLASTICO</td><td></td></tr></tbody></table>	Predominante *	Material	Excluir	<input checked="" type="checkbox"/>	SINTETICO/PLASTICO	
Predominante *	Material	Excluir					
<input checked="" type="checkbox"/>	SINTETICO/PLASTICO						
¿Tiene Cielo Raso?: 3 TOTAL *							
Estado del Cielo Raso: 1 EXCELENTE *							
Material de Paredes: -1 NO SELECCIONADO *	Estado de Paredes: 3 REGULAR *						
Otro Material:							
	<table border="1"><thead><tr><th>Predominante *</th><th>Material</th><th>Excluir</th></tr></thead><tbody><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>MOSAICO/TERRAZO</td><td></td></tr></tbody></table>	Predominante *	Material	Excluir	<input checked="" type="checkbox"/>	MOSAICO/TERRAZO	
Predominante *	Material	Excluir					
<input checked="" type="checkbox"/>	MOSAICO/TERRAZO						
Servicio Sanitario: 1 INTERNO *	Ubicación de la Cocina: 2 EXTERNO *						
Baño: 2 EXTERNO *	Iluminación en General: 3 REGULAR *						
Ventilación: 1 EXCELENTE *	Condición General de la Vivienda: 2 BUENO *						
Acceso a Vivienda: 1 COMODO *							
Vivienda en Zona Difícil de Acceso: SI * 2							
Dificultad de Acceso: -1 NO SELECCIONADO							
	<table border="1"><thead><tr><th>Dificultad de Acceso</th><th>Excluir</th></tr></thead><tbody><tr><td>Geografico</td><td></td></tr></tbody></table>	Dificultad de Acceso	Excluir	Geografico			
Dificultad de Acceso	Excluir						
Geografico							
Vivienda en Zona de Riesgo: SI * 3							
Tipo de Riesgos: -1 NO SELECCIONADO							
	<table border="1"><thead><tr><th>Riesgo Natural</th><th>Excluir</th></tr></thead><tbody><tr><td>Inundacion</td><td></td></tr></tbody></table>	Riesgo Natural	Excluir	Inundacion			
Riesgo Natural	Excluir						
Inundacion							

Sub-Pestaña de equipos de la familia en la vivienda:

En este sub Tab cuando se tiene una ficha familiar con una visita efectiva, debe haber datos registrados en todas las variables. En caso de haber varias familias en una sola vivienda;

cada familia debe tener su propio registro de equipos, acorde con lo observado e indicando cual pertenece a cada familia en su ficha familiar por separado.

En caso de que la familia no posea ningún equipo, debe anotarse una observación indicando la ausencia de equipos, esto indicará que si se verificó esta información y no se trata de una omisión en el registro.

Figura 23. Sub-Pestaña equipos de la familia en la vivienda

Equipos de la Familia en la Vivienda

Líneas Telefónicas Fijas: * Líneas Telefónicas Móviles: *

Nombre Equipo	Cantidad	Tipo de Energia
COCINA	<input type="text" value="1"/>	ELECTRICIDAD
REFRIGERADORA	<input type="text" value="0"/>	
MICROONDAS	<input type="text" value="0"/>	
EQUIPO DE SONIDO	<input type="text" value="0"/>	
RADIO/GRABADORA	<input type="text" value="1"/>	ELECTRICIDAD
LAVADORA	<input type="text" value="0"/>	NO SELECCIONADO
TELEVISION	<input type="text" value="0"/>	
COMPUTADORA	<input type="text" value="0"/>	
SECADORA	<input type="text" value="0"/>	NO SELECCIONADO
VEHICULO	<input type="text" value="0"/>	
TABLET	<input type="text" value="0"/>	
ROUTER	<input type="text" value="0"/>	

Sub-Pestaña de Servicios

(1) En este sub Tab, siempre y cuando esté registrada una visita domiciliar efectiva; deben estar completos los datos requeridos, marcados con un asterisco (*), esta observación es importante dado que, aunque lo sean, si el usuario se salta el Tab, podrá guardar la visita sin registrar esta información. Debe corroborarse que tanto la empresa proveedora de agua, como la de electricidad, correspondan con las empresas que brindan servicios en el sector. Ejemplo de incongruencia Proveedor “Coopeguanacaste” en la Región Brunca.

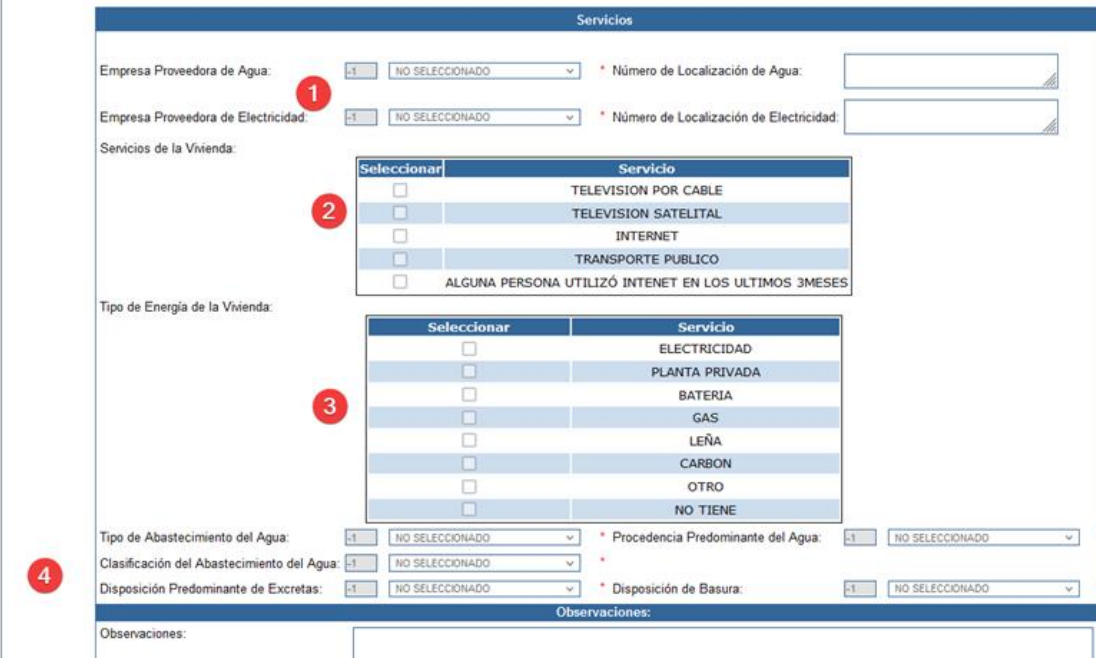
(2) En servicios de la vivienda, debe verificarse que esta cuenta con alguno de estos servicios y marcarlo en la cajita correspondiente y si cuenta con varios, lo cual es frecuente, que se marquen todos los observados.

(3) Con respecto al tipo de energía de la vivienda; si en la vivienda no se contara con alguna de las categorías que se tienen en el listado, es importante que se seleccione la opción de

“no tiene” y en el caso que la opción seleccionada sea “otro” se debe de detallar en observaciones la descripción del tipo energía al que se refiere.

(4) Verificar los tipos de abastecimiento, clasificación y procedencia del agua, así como el método de disposición de excretas y basura sean congruentes con los predominantes en la zona. Un ejemplo de incongruencia a revisar es el caso de una vivienda en un Área Metropolitana con disposición de basura “La tira al mar”.

Figura 24. Sub-Pestaña servicios



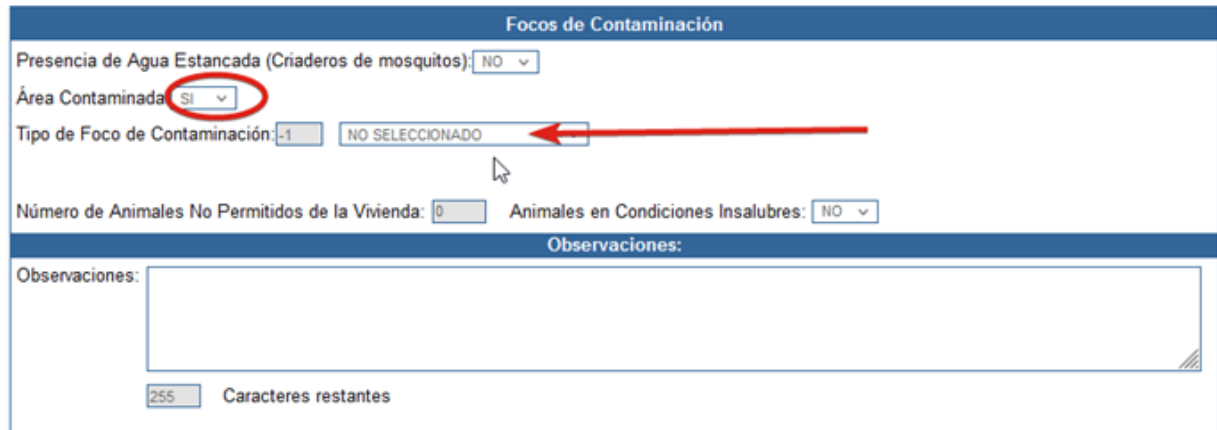
Sub-Pestaña Focos de contaminación

Siempre que en la opción de área contaminada se tenga la opción “si” debe de tener seleccionado cual o cuales son los focos de contaminación a los que se expone la familia que habita en la vivienda. Es importante que, para tener el dato actualizado, si en visitas posteriores, el foco de contaminación cambió o bien se eliminó, no solo se debe cambiar el decisor a un NO si no también excluir los focos de contaminación que ya no corresponden a la vivienda.

Es posible tener el valor 0 en la variable animales no permitidos, pero el valor “si” en animales en condiciones insalubres, esta condición es importante aclararla en el campo de observaciones, pues puede corresponder con animales domésticos, pero en condición de

descuido. Es importante también dadas las legislaciones actuales anotar en observaciones cuando se advierte algún tipo de abuso contra los animales.

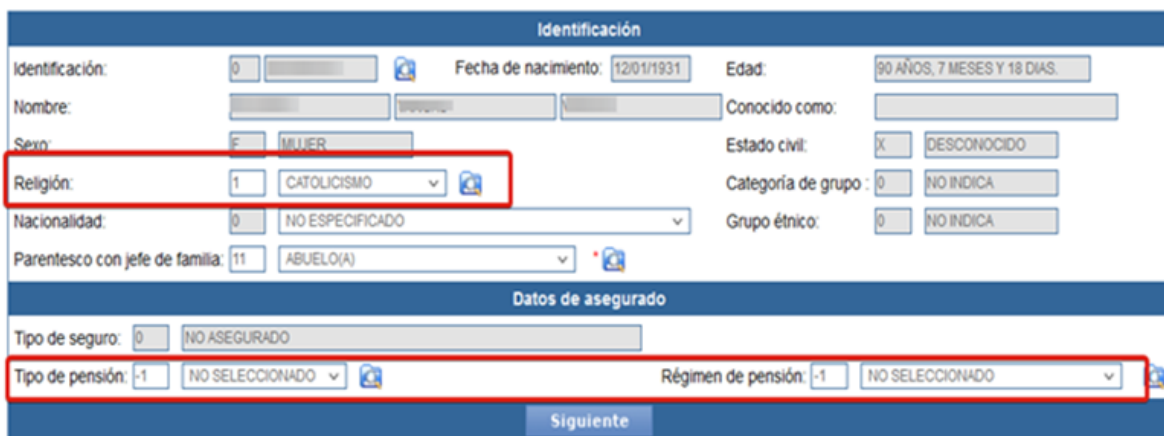
Figura 25. Sub-Pestaña Focos de contaminación



Pestaña miembro.

Si bien es cierto que la información de los sub Tabs de datos personales, hechos vitales, educación y datos laborales se registran desde otros sistemas como el Sistema Integrado de agendas y citas (SIAC) visualizándose en SIFF, es importante siempre verificar estos datos y advertir por la vía formal mediante correos electrónicos u oficios para los colaboradores de REDES, cuando se identifican errores. Así mismo, en el caso de que el miembro se encuentre presente durante la visita o algún otro miembro presente pueda brindar la información, proceder a completar los datos del Tab que son de recolección por el ATAP.

Figura 26. Sub-Pestaña de datos personales



Sub-Pestaña de datos personales

En este sub Tab el ATAP debe registrar los datos de religión, nacionalidad, revisar el parentesco de cada miembro con el jefe de familia y además registrar el tipo y régimen de pensión.

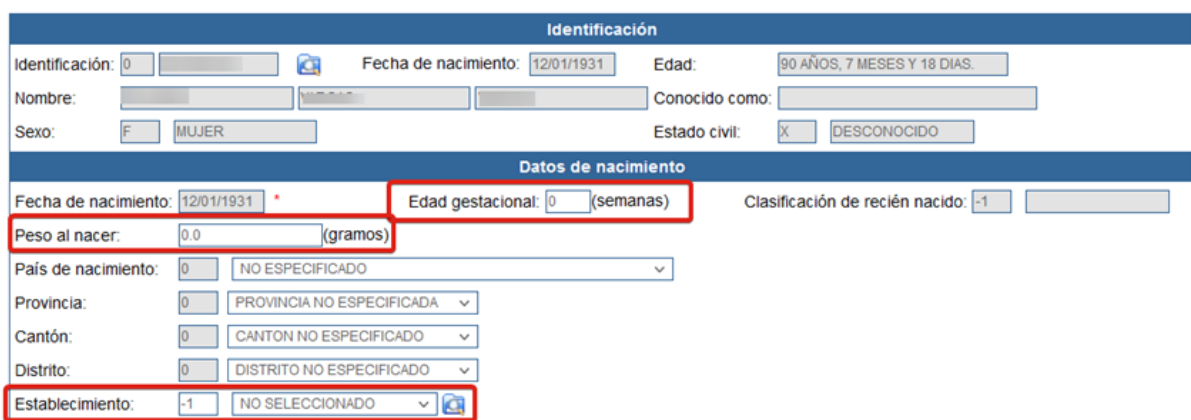
Sub-Pestaña de hechos vitales

En este sub Tab el ATAP debe registrar los datos de edad gestacional, peso al nacer (este dato es en gramos. Ejemplo: 4500 g) y establecimiento en el que nació; esto especialmente en menores de 6 años, pero si se tiene disponible el dato de miembros de cualquier edad es posible incluirlo.

En caso de miembros fallecidos; el ATAP puede registrar los datos de defunción; lugar de defunción, causa de muerte (si se conoce) y asistencia médica al morir, esta última sólo requiere indicar SI o NO.

Una vez que completan estos datos sobre la defunción deben guardarse oprimiendo el botón siguiente o bien el ícono guardar en la parte superior de la pantalla y luego se debe excluir al miembro del núcleo en el Tab de Familia, reorganizando las relaciones de parentesco en caso de que el fallecido sea el jefe de familia.

Figura 27. Sub-Pestaña Hechos vitales y datos de defunción.



Identificación

Identificación: 0 Fecha de nacimiento: 12/01/1931 Edad: 90 AÑOS, 7 MESES Y 18 DIAS.

Nombre: Conocido como:

Sexo: F MUJER Estado civil: DESCONOCIDO

Datos de nacimiento

Fecha de nacimiento: 12/01/1931 * Edad gestacional: 0 (semanas) Clasificación de recién nacido: -1

Peso al nacer: 0.0 (gramos)

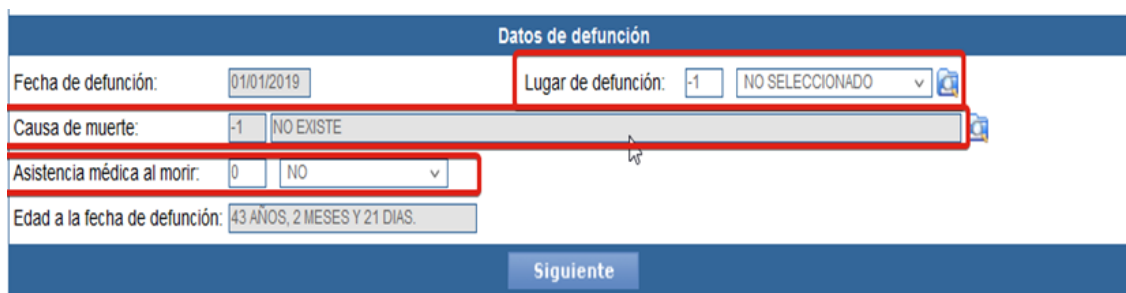
País de nacimiento: 0 NO ESPECIFICADO

Provincia: 0 PROVINCIA NO ESPECIFICADA

Cantón: 0 CANTON NO ESPECIFICADO

Distrito: 0 DISTRITO NO ESPECIFICADO

Establecimiento: -1 NO SELECCIONADO



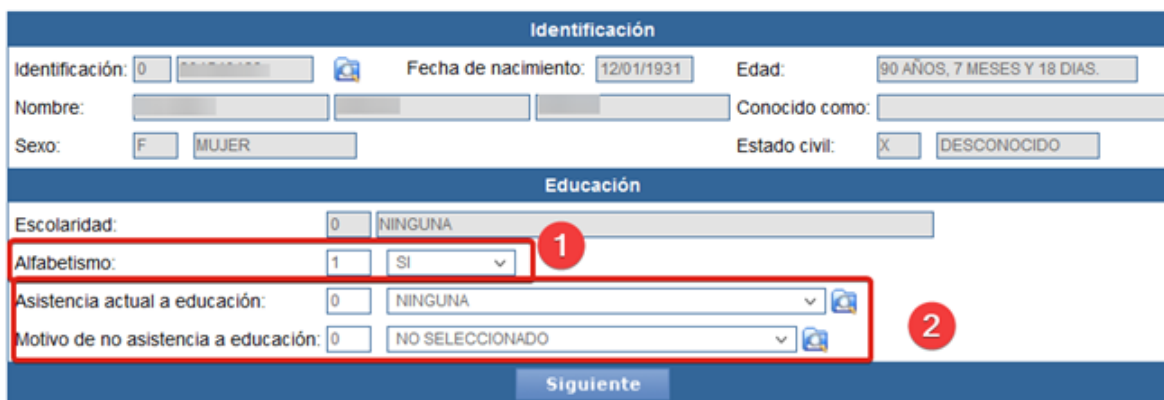
Sub-Pestaña de educación

Verificar el dato de:

(1) Alfabetismo: Observando que la variable explora si la persona sabe leer y escribir, en ese caso el valor más común es el SI, en caso de que se registre NO es para personas SIN alfabetización, por lo que hay que corroborar que se está interpretando correctamente la variable.

(2) Para las variables “asistencia actual a la educación” y el “motivo de no asistencia” debe verificarse que hay valores o categorías que, si se seleccionan, ameritará revisar su concordancia con otros campos del mismo capítulo de información del miembro. Ejemplo, si a un niño en edad escolar se le registra que “No asiste a la escuela”, entonces será necesario completar el “motivo de asistencia a educación” asimismo ampliar las razones en el Tab de hallazgos y recomendaciones más adelante, dependiendo de la situación este miembro deberá ser referido para seguimiento en el Tab de referencias.

Figura 28. Sub-Pestaña educación.



Sub-Pestaña de datos laborales

En este sub Tab el ATAP debe registrar los datos de condición laboral actual, estabilidad, categoría ocupacional, sector institucional, entre otros. Es importante que los datos sean coherentes. Por ejemplo, si su condición laboral actual es “Trabaja en lo propio”, y su

estabilidad laboral es “Pensionado”, esto requiere una aclaración en el Tab de “hallazgos y recomendaciones” a menos que sea un error. O bien, observar incongruencias tales como el registro de un tiempo de duración del desempleo en una persona que no se haya registrado como desempleada.

En el caso del número de empleados en el lugar de trabajo, es un dato No requerido u obligatorio de registro, pero esto no significa que no sea importante de censar, por lo que se debe advertir cuando personas con empleo en empresas repetidamente este dato sea 0, lo que indicaría una omisión en la recolección de información.

Otra consideración importante de valorar es cuando se registran datos de condición laboral en menores de edad que deberían estar escolarizados, esta información debe ampliarse en hallazgos y recomendaciones de manera obligatoria y en referencias cuando sea requerido. Es importante también vigilar el adecuado registro de las personas cuya condición laboral es conocida como “amas de casa” cuya categoría de registro adecuado es “Se dedica a quehaceres de su propio hogar”.

Figura 29. Sub-Pestaña de datos laborales



Pestaña ficha individual.

En los miembros presentes, todos los datos requeridos (los que tienen asterisco*) deben estar registrados. En el caso que el miembro no quiera brindar la información se debe hacer una observación en el sub Tab de “Hallazgos y Recomendaciones”, indicando que el miembro no dio la información, además verificar en los botones de histórico si la información fue consignada anteriormente.

Sub – Pestaña de historial de inmunizaciones

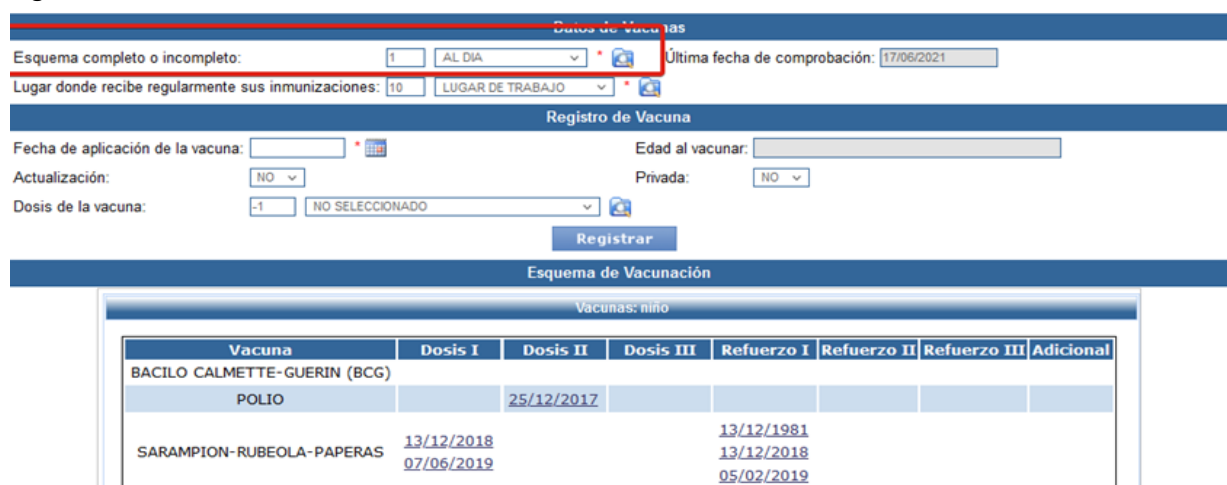
(Fase previa a integración del SIFF con Sistema Integrado de Vacunas SIVA)

Cuando un miembro de la familia está presente, como mínimo debería tener anotado en SIFF los datos de estado completo o incompleto de su esquema de vacunas y del lugar donde recibe las inmunizaciones. Se debe verificar la concordancia de las fechas de vacunación de acuerdo con el esquema para la edad del usuario, el intervalo entre dosis, las vacunas que se colocan de forma simultánea, entre otros.

La variable actualización se utiliza para identificar cuando se está registrando una vacuna que no ha sido aplicada en la visita domiciliar actual, sino que sólo se están actualizando los datos de vacunas aplicadas previamente, por lo que se debe registrar SI en esos casos. Por otra parte, en los que se aplica la vacuna en la visita actual, son los registros que llevarán en este campo un “NO”.

Finalmente, la variable PRIVADO solo lleva la respuesta “SI” cuando la dosis que se están registrando fueron aplicada en nivel privado, en servicios externos a la CCSS.

Figura 30. Sub-Pestaña de datos de vacunas



Vacuna	Dosis I	Dosis II	Dosis III	Refuerzo I	Refuerzo II	Refuerzo III	Adicional
BACILO CALMETTE- GUERIN (BCG)							
POLIO		25/12/2017					
SARAMPION- RUBEOLA- PAPERAS	13/12/2018			13/12/1981			
	07/05/2019			13/12/2018			
				05/02/2019			

Los errores de registro identificados deben gestionarse como procede desde SIFF, editando la fecha de vacuna en caso de error de fecha o eliminando el registro en caso de error en el tipo de vacuna para luego ingresar el correcto.

En el momento que se integre el SIFF con el SIVA, se revisará lo correspondiente a la gestión de los datos de vacunas en SIFF en una instrucción específica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 198 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

Sub – Pestaña de atención a la mujer:

(1) En caso de estar el miembro de familia presente, debe verificarse siempre la coincidencia de cantidad de embarazos con el número de partos, cesáreas y abortos y considerar la variabilidad en caso de embarazos múltiples.

(2) Con los datos anticoncepción, en caso de que la mujer no utilice ningún método anticonceptivo se debe de seleccionar la opción de “ninguno”, esto para que no quede duda de que el dato se verificó. Así mismo, debe consignarse la evidencia de las recomendaciones en el Tab correspondiente en los casos de usuarias con combinaciones de registros que denotan riesgo, ejemplos: Multiparidad en edad reproductiva y no uso de métodos anticonceptivos; formas de prescripción “auto prescrito” independiente de la paridad, deben complementarse con una recomendación de consultar para control médico y realizar la respectiva referencia; es importante la revisión del histórico de registros previos y en caso de que se consignent múltiples métodos sin el control correspondiente, es meritorio una referencia y recomendaciones.

(3) Con los datos de exámenes se debe verificar siempre la fecha de última citología, en caso de que se mantenga el dato de la última visita, no es necesario volver a consignarlo. Nuevamente en esta sección, deben identificarse combinaciones de variables que denotan riesgos que ameritan recomendaciones y referencias, tales como: No realización de la citología por más de 2 años o nunca; resultado alterado de la citología sin control médico posterior; edad mayor a 45 años sin registro de mamografías; no realización del autoexamen de mama.

(4) En datos de embarazo actual, en caso de que se tenga registro de esa condición, se debe actualizar la información respecto a la gestación o, en caso de que el embarazo llegara a su fin, se debe completar los datos faltantes y finalizar el registro del embarazo ingresando la fecha de terminación y el resultado del evento.

Sub – Pestaña de condición actual

La fecha de última actualización de cada miembro presente debe coincidir con la fecha de la visita.



La variable: “presencia de delincuencia”, como característica de condición de riesgo para su salud, se refiere a si la persona propiamente tiene antecedentes o prácticas delictivas, no se refiere a si es víctima de delincuencia. Esta variable junto al antecedente de suicidio, representan información sensible, es necesario que en “Hallazgos y recomendaciones”, se amplíe como se obtuvo el dato en caso de que una o ambas respuestas sean positivas, si fue por observación del ATAP o si fue auto referido por el miembro entrevistado o fue expresado por otro miembro de la familia.

Figura 31. Sub - Pestaña de atención a la mujer

Datos Personales

Identificación: 0 [input] [input] Fecha de nacimiento: [input] Edad: 4 [input]
Nombre: [input] [input] [input] Conocido como: [input]
Sexo: F [input] MUJER Estado civil: X [input] DESCONOCIDO

Antecedentes Obstétricos

Número de Embarazos: 3 *
Número de partos vaginales: 2 * Número de partos cesárea: 1 *
Número de Abortos: 0 * Número de hijos nacidos vivos: 3 *
Número de hijos nacidos vivos que mueren antes del primer año de vida: 0 * Número de óbitos: 0 *
Número de hijos que viven actualmente: 3 *

Verifique la coincidencia de los partos, nacimientos y embarazos antes de guardar la información

Datos Anticoncepción

Método de Anticoncepción: INYF [input] INYECTABLE [input] * [input] Histórico [input] 2
Fecha de Inicio: 8 [input] NOVIEMBRE [input] 2019 * (dd mes aaaa) Forma de Prescripción: 1 [input] CCSS [input] *
[input] Registrar [input]


Datos Exámenes

Fecha de última citología [input] MARZO [input] 2020 (dd mes aaaa) 3
¿Se ha realizado citología vaginal en los últimos dos años? SI [input] * Histórico [input]
Motivo de no realizarse la citología [input] 255 Caracteres restantes
Resultado [input] INADECUADO [input]
Lugar [input] LUGAR DE TRABAJO [input]
¿Se ha realizado mamografía en los últimos dos años? NO [input] *
¿Se realiza autoexamen de mamas regularmente? SI [input] *
[input] Registrar [input]

Datos Embarazo Actual

Embarazo Actual: NO [input] 4
Fecha de la última Regla: NO SELECCIONADO [input] (dd mes aaaa) Fecha probable del parto: [input]
Factores de riesgo: -1 [input] NO SELECCIONADO [input]

En la variable de “hábitos de riesgo”, en caso de que el miembro de familia no tenga registrado ninguno, debe seleccionarse justo esa opción y agregarla. No debe tener la incongruencia de tener seleccionado la opción “ninguno” y además tener algún otro riesgo consignado en la lista, si es que anteriormente tuvo la condición o el hábito y ya no lo tiene, entonces estos se deben excluir.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 200 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

En la variable indicios de violencia, si el miembro no tiene señales de ser, ahora sí, víctima de violencia debe seleccionarse la opción “sin indicios” y agregarla. No puede tener seleccionada la opción “sin indicios” y al mismo tiempo tener algún tipo de violencia registrado (tal y como se muestra en la imagen); si es que anteriormente tuvo la condición o el indicio y ya no lo tiene, entonces se debe excluir.

En la variable “sintomático respiratorio” para miembros mayores de 10 de años, se debe seleccionar la opción SI o No, cuando el miembro este presente, dado que si es así y tiene marcado la opción “no seleccionado” se interpreta como una omisión del dato.

La variable condición de discapacidad está integrada con el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES) de manera que, si el miembro de familia ya ha sido atendido y le han completado esta información, en SIFF se verá reflejado. Por lo cual el ATAP siempre debe verificar que la condición registrada corresponda con el miembro y actualizar en caso necesario que se deba agregar nueva información. En caso de no contar con datos registrados sobre discapacidad, el ATAP debe completar cada una de las condiciones que se identifican como presentes, como parte de las valoraciones integrales que se realizan al miembro al momento de la visita.

En la variable “condición de salud” se debe verificar si el miembro presenta o no alguna patología; en caso de que así sea se debe registrar el diagnóstico de la lista desplegable; es importante señalar que la condición “Sin patología diagnosticada” para personas sanas, debe ser registrada de igual forma en los miembros presentes si esta es su condición.

En caso de tener enfermedades registradas previamente con el catálogo anterior de la CIE-10, se deben inactivar y registrarlas nuevamente según el catálogo de enfermedades referidas al ATAP.

Se debe registrar también el lugar donde la persona lleva el control de salud o de su enfermedad, lo cual aplica para personas sanas o con alguna patología.

Una vez más, cada una de estas variables, explora condiciones de riesgo que, en caso de respuestas positivas y falta de control de salud, deben coincidir con una referencia en el Tab correspondiente y estas deben ser ampliadas en el Tab Hallazgos y recomendaciones, o bien justificar porque no fue referido.



Tener presente que al final de este sub Tab se encontrará la sección de datos de anticoncepción y la prueba de detención de cáncer de próstata para el caso de miembros de sexo masculino. En cuanto a la anticoncepción debe valorarse el riesgo en función del número de hijos, forma de prescripción, prácticas o preferencias sexuales entre otros, estado civil, tal cual se valora en la misma variable para los miembros de sexo femenino. Además, en caso de no utilizar ningún método anticonceptivo se debe anotar la opción de “ninguno”.

Figura 32. Sub – Pestaña de condición actual

Condición Actual

Fecha de última actualización: Histórico

¿Presenta delincuencia?

¿Presenta antecedentes de Suicidio?

Hábitos: Agregar

Código	Descripción	Excluir
99	NINGUNO	Excluir
1	FUMADO	Excluir
98	OTROS HABITOS DE RIESGO PARA LA SALUD	Excluir

Indicios de violencia: Agregar

Código	Descripción	Excluir
1	FISICA	Excluir
99	SIN INDICIOS	Excluir

Condiciones de Discapacidad

Ver, incluso si usa anteojos
 NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Oír, incluso si usa un dispositivo auditivo
 NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Caminar o subir escaleras
 NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Recordar o concentrarse
 NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Realizar tareas de cuidado personal (bañarse, vestirse)
 NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Comunicarse en su idioma habitual
 NO PUEDE HACERLO TIENE MUCHA DIFICULTAD TIENE ALGUNA DIFICULTAD NO TIENE DIFICULTAD

Guardar Histórico

Sintomático respiratorio:

Condición de salud:

Enfermedades:

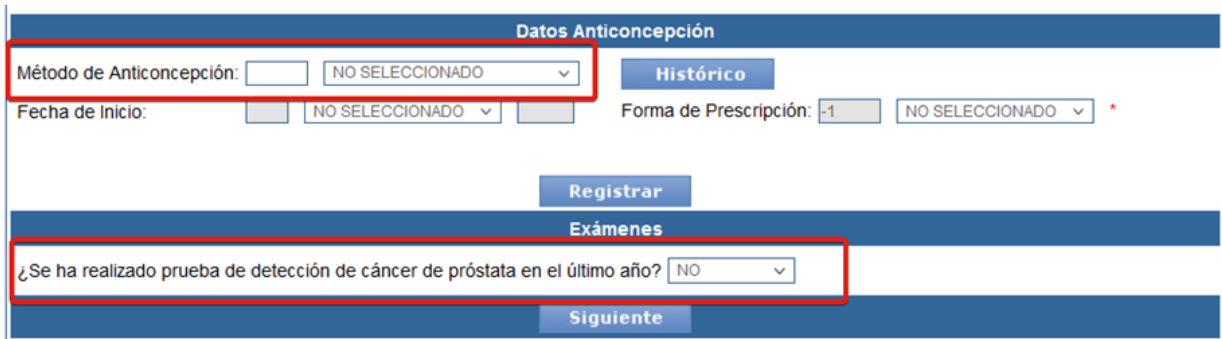
Enfermedades Referidas al ATAP

Código	Descripción	Excluir
3	ACIDO URICO	Excluir
5	ALZHEIMER	Excluir

Establecimiento de control de salud: Agregar

Por su parte en cuanto a la prueba de detección para el cáncer de próstata, considerar la importancia de explorar y registrar para los miembros mayores de 40 años y que fuman o bien si es mayor a 50 años sin factores de riesgo, en cuyos casos no haberlo realizado se consideraría una condición de riesgo y criterio de referencia.

Figura 33. Sub – Pestaña Datos de Anticoncepción




Sub - Pestaña de atenciones:

La fecha de atenciones de cada miembro presente debe coincidir con la fecha de la visita.

(1) Todo miembro de familia presente en una visita domiciliar, que sea mayor de 3 años debe de contar con una toma de presión arterial y los valores registrados deben ser verificados y congruentes con los rangos de referencia. Omisiones de valores en los campos de Presión Arterial cuando el funcionario indica que, si los registró, pueden deberse a que se digitan los valores y no se oprime el botón registrar.

(2) Las medidas antropométricas peso y talla, deben estar registradas y los valores incluidos deben ser congruentes con los históricos, valorar las diferencias importantes en los valores en periodos cortos puede ser indicador de error en el registro.

En niños hasta los 3 años se debe de anotar la circunferencia cefálica y los valores registrados deben ser verificados y congruentes con los rangos de referencia, la clasificación debe ser de acuerdo con la medida. En los casos de Microcefalia o Macrocefalia es importante la verificación del histórico para descartar errores de registro, en caso de supervisión si la enfermera tiene usuario de SIES puede consultar la congruencia del registro, en tal caso de confirmarse la anomalía debe corroborarse la referencia correspondiente. La asistencia al CENCINAI o a Redes de cuidado no son campos obligatorios, pero su registro es de gran importancia, más aún cuando se trata de niños con problemas nutricionales que no están usando esos recursos, por lo que su llenado debe ser verificado ante todo en menores de 6 años, y asociado con variables relacionadas como el estado nutricional.

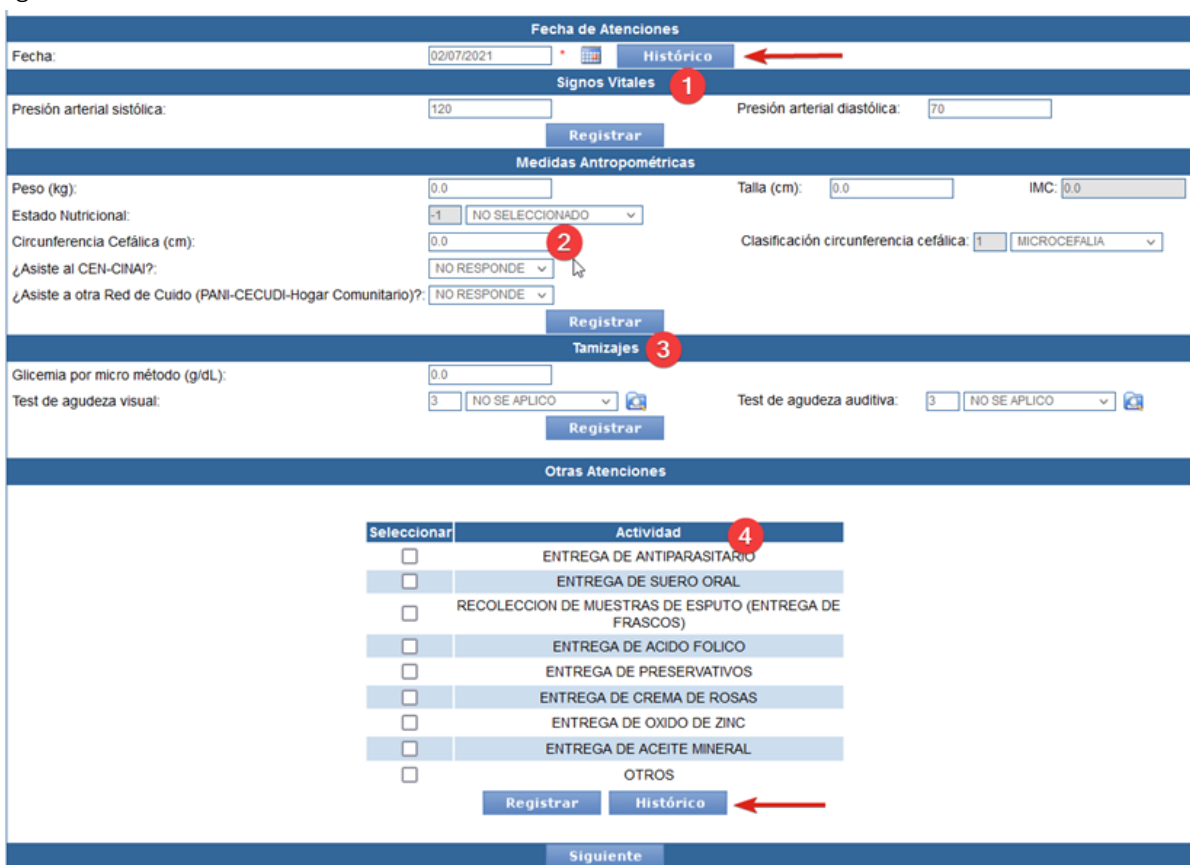
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 203 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

(3) Con respecto a los tamizajes de agudeza visual y auditiva en caso de no aplicarse debe de seleccionarse la opción de que no se aplicó. Igualmente, en caso de realizarlo, y obtener resultados alterados, consignar la referencia correspondiente.

(4) La sección de actividades debe tener seleccionada aquellas que correspondan con lo normado en atención integral a las personas según la edad, el sexo o el hallazgo identificado. Cuando se tiene un registro de glicemia o presión arterial por arriba de los parámetros normales, verificar que se registre una referencia asociada a la misma visita o una nota en el Tab de “Hallazgos y recomendaciones”, de igual forma debe hacerse para los tamizajes de agudezas o las medidas antropométricas, cuando estas tienen valores alterados o no es posible realizarlos, así mismo, las condiciones de riesgo que se identifiquen en variables combinadas tales como: Malnutrición sin uso de CENCINAI en menores de 6 años, identificación de riesgos adolescentes o adulto mayor sin control médico, entre otras.

En los botones de históricos se pueden ver los datos de otras visitas para ese miembro.

Figura 34. Sub - Pestaña Datos de Atenciones



The screenshot shows a web-based form for recording patient data. It includes fields for date, vital signs (blood pressure), anthropometric measurements (weight, height, BMI, head circumference), and screening tests (glucose, vision, hearing). There is also a list of activities to be performed, such as delivering antiparasitic drugs, oral fluids, and other supplies. The form has 'Registrar' (Record) and 'Historico' (History) buttons throughout, and a 'Siguiente' (Next) button at the bottom.

En este mismo sub Tab, en la sección de tamizajes, se van a encontrar los riesgos tanto para adolescente y adulto mayor, cuando por edad corresponde registrarlos, dicha información debe de ser consignada durante la visita para los miembros presentes, se debe tomar en cuenta que el adulto mayor puede tener varios riesgos consignados a la vez. Para ambos grupos de edad debe haber congruencia entre la clasificación del riesgo y las variables consignadas tanto en datos del miembro, como condición de salud y atenciones, incluso la conformación del núcleo familiar se debe considerar para esta clasificación del riesgo, y debe ampliarse todo lo requerido en el Tab de Hallazgos y recomendaciones. (Figura 37)

Finalmente es necesario indicar que la revisión de todos estos criterios de calidad del dato de Ficha Individual debe realizarse en cada uno de los miembros presentes durante la visita.

Figura 35. Sub - Pestaña Datos de Sospechas de riesgos.

Sospecha de riesgo adulto mayor:

Seleccionar	Riesgo
<input type="radio"/>	FISICO
<input type="radio"/>	PSIQUICO
<input type="radio"/>	SOCIAL
<input type="radio"/>	FUNCIONAL

Tamizajes

Glicemia por micro método (g/dL):

Test de agudeza visual:

Sospecha de riesgo adolescente:

Registrar

Test de agudeza auditiva:

Sub - Pestaña de Referencias

Verificar que la referencia corresponda con la necesidad de atención y seguimiento del miembro del núcleo familiar, así como con las alteraciones registradas (agudezas, pesos, glicemias, PA, condición de salud, citología) y que sea acorde con lo que el funcionario está en competencia de referir. En el campo de observaciones se debe registrar todo el detalle necesario del motivo de referencia. Las fechas de referencia deben coincidir con las fechas de visita y las fechas en donde se haya consignado el riesgo en los diferentes Tab de vivienda, familia o miembro a la que se hace alusión. La omisión de referencias cuando se han identificado condiciones de riesgo representa una inconsistencia en la calidad del dato. Pueden existir más de una referencia en la misma visita en el mismo miembro o familia.

Figura 36. Sub - Pestaña Referencias.

Datos Personales					
Identificación:	<input type="text" value="0"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text" value=""/>	Edad:	<input type="text" value=""/>
Nombre:	<input type="text" value=""/>	Conocido como:	<input type="text" value=""/>		
Sexo:	<input type="text" value="F"/> MUJER	Estado civil:	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONOCIDO		
Referencia					
Fecha:	<input type="text" value="27/08/2021"/>	Lugar al que se refiere:	<input type="text" value="NO SELECCIONADO"/>		
Tipo de referencia:	<input type="text" value="NO SELECCIONADO"/>				
Observaciones:	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
	255 Caracteres restantes				
Referencias Anteriores					
Responsable	Fecha	Lugar	Tipo	Observaciones	
CLCALVO	27/08/2021	SEDE DE EBAIS	CITOLOGIA VAGINAL	SE REFIERE USUARIA PARA CONTROL DE ANTICONCEPCIÓN, DADO QUE SE OBSERVA MULTIPARIDAD Y EL MÉTODO QUE UTILIZA ES AUTOPRESCRITO	
Siguiente					

Sub - Pestaña de Hallazgos y recomendaciones

Se deben consignar todos los datos que se consideren importantes derivados de la atención e intervención a cada miembro de la familia, esto puede ser tanto para miembros presentes como para los ausentes. Así mismo, para las omisiones de información por renuencia del usuario. Este campo debe convertirse en una base de datos, que aclare, amplíe y explique las condiciones de riesgo registradas, así mismo sirve de consulta para observar la planificación del seguimiento que se le dará a cada miembro en la familia en próximas visitas.

Figura 37. Sub- Pestaña Hallazgos y recomendaciones.



Datos Personales			
Identificación:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Conocido como:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> MUJER
Estado civil:	<input checked="" type="checkbox"/> DESCONOCIDO		
Anotación			
Fecha:	<input type="text" value="27/08/2021"/>		
Descripción:	<input type="text"/>		
<input type="button" value="Agregar"/>			
Hallazgos y Recomendaciones			
Fecha	Responsable	Descripción	Acción
27/08/2021	CLCALVO	SE RECOMIENDA SEGUIR TOMANDO TRATAMIENTO PARA CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. SE LE BRINDA EDUCACION SOBRE IMPORTANCIA DE DIETA BAJA EN SODIO Y ELIMINAR EL FUMADO.	Excluir
<input type="button" value="Ver Familiares"/> <input type="button" value="Siguiete"/>			

Pestaña prioridad.

En este Tab se debe verificar que los factores de riesgo marcados automáticamente correspondan con la realidad de la familia y con la percepción del ATAP o de la enfermera que supervisa la actividad, sobre el riesgo familiar. Debe verificarse que la fecha de actualización corresponda con la fecha de última visita, efectiva o de seguimiento. Si los factores de riesgo presentes en la familia pre marcados no reflejan la realidad familiar o su condición de riesgo o prioridad, entonces deben actualizarse manualmente por el ATAP.

Figura 38. Pestaña Prioridad.

Prioridad	
Clasificación:	PRIORIDAD 3
Fecha de Última Actualización:	12/08/2020
Seleccionar	Factores de riesgo presentes en la Familia
<input type="checkbox"/>	EMBARAZADAS SIN CONTROL
<input type="checkbox"/>	EMBARAZO EN ADOLESCENTES
<input type="checkbox"/>	NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS SIN CONTROL
<input type="checkbox"/>	NIÑOS DETECTADOS CON ANEMIA O DESNUTRICION U OBESIDAD
<input type="checkbox"/>	PATOLOGIA PSIQUIATRICA, DROGADICCION Y/O ALCOHOLISMO
<input type="checkbox"/>	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
<input type="checkbox"/>	PADRES ANALFABETOS
<input type="checkbox"/>	NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
<input type="checkbox"/>	TUGURIOS
<input type="checkbox"/>	OTRAS FAMILIAS QUE NO CALIFIQUEN EN RIESGO 1 Y 2
<input type="checkbox"/>	EMBARAZADAS CON CONTROL

Pestaña Actividades

En este Tab es importante tener en cuenta que, para ver la cantidad de miembros presentes atendidos, la clasificación de la visita y las observaciones debe tener cargada la fecha en la que se realizó la visita domiciliar.

Toda visita efectiva o de seguimiento debe tener miembros presentes y atendidos; además, puede tener miembros ausentes y atendidos, dados los casos en que se puede actualizar información de miembros cuando la fuente de información son otros familiares o convivientes o bien, mediante documentos como el carné de salud de niño. Debe tener registrada la modalidad de ejecución de la visita si fue presencial o atención remota. En el caso de las visitas efectivas deben además clasificarse por periodicidad sean de primera vez en la vida o en el año o subsecuentes; basados en el histórico pueden identificarse incongruencias como el registro de una visita efectiva subsecuente sin una visita efectiva de primera vez en el mismo año, o bien una visita de primera vez cuando la familia ya tiene visitas registradas en el mismo año o; finalmente, una familia con registro de visita de primera vez sin ninguna visita registrada previamente, por lo que correspondería la categoría primera vez en la vida.

En el caso de las visitas no efectivas debe registrarse sólo miembros ausentes y no atendidos, existe una única excepción en que una visita no efectiva puede tener un miembro presente y sin atenciones, esta se da cuando la familia no acepto la visita domiciliar. Se sugiere que se revisen los históricos de visitas en la familia y la vivienda para explorar la frecuencia con la que se visita la familia y posibles razones de falta de información. Se deben registrar las observaciones necesarias que cierran el registro de la visita.



Las actividades generales de la visita deben tener concordancia con los registros, hallazgos y recomendaciones registradas en la ficha para la visita revisada y, observar que no se limiten a marcar solo las suficientes para que la visita sea efectiva, si no que se reflejen todas las acciones ejecutadas.

Figura 39. Pestaña Actividades (Datos operativos).

Datos Operativos

Ver histórico de visitas: **Histórico Familia** **Histórico Vivienda**

Fecha de visita: 25/08/2021 *

Tipo identificación: 0 * Número identificación: 201230557 *

Nombre Responsable: QUISELLE * Primer Apellido: BARRANTES * Segundo Apellido: BRENES *

Miembros		
	Atendidos	No Atendidos
Presentes	0	0
Ausentes	0	0

Clasificación de la visita: EFECTIVA

- PRIMERA VEZ EN LA VIDA
- PRIMERA VEZ EN EL AÑO
- SUBSECUENTE
- TELEFONICO PRIMERA VEZ EN EL AÑO
- TELEFONICO SUBSECUENTE

Actividades Generales de la Visita Domiciliar

Seleccionar	Tipo	Descripción
<input type="checkbox"/>	PROMOCION DE LA SALUD	LACTANCIA MArTERNA
<input type="checkbox"/>	PROMOCION DE LA SALUD	EDUCACION AL NUCLEO FAMILIAR PARA EL AUTO CUIDADO DE LA SALUD
<input type="checkbox"/>	PROMOCION DE LA SALUD	PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
<input type="checkbox"/>	PROMOCION DE LA SALUD	PARTICIPACION SOCIAL
<input type="checkbox"/>	PROMOCION DE LA SALUD	OTRAS ACCIONES O ACTIVIDADES (VER HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES)
<input type="checkbox"/>	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	APLICACION Y REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Anexo 20: Guía para el análisis de los indicadores de producción de actividades del ATAP en el escenario domiciliar.

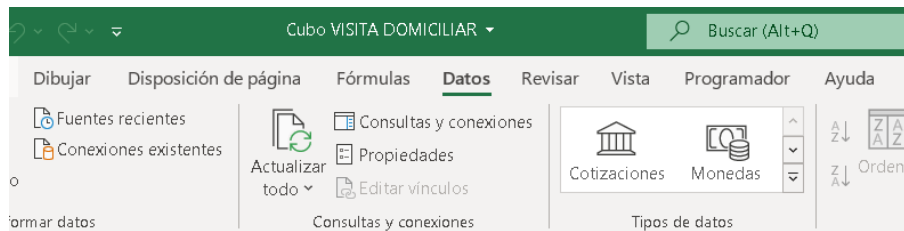
Generalidades

Una vez que el usuario tiene los permisos para el uso de los cubos del Sistema Integrado de Ficha Familiar, cuyo instructivo y sitio electrónico para la gestión puede encontrarlos en el

siguiente enlace ([Solicitar Permisos para cubos SIFF](#)), debe seguir los siguientes pasos para actualizar la información del cubo:

- Verifique que esté conectado a la Intranet institucional
- Diríjase a la barra de herramientas del Excel
- Ubique la herramienta Datos y elija la opción “Actualizar todo”.

Figura 40. Pasos para actualizar cubo de visita domiciliar



Con esa acción el cubo realizará una actualización de los datos cargados al SIFF de las últimas 24 horas y lo nuevo que se haya registrado en los últimos 3 meses más el histórico.

El cubo NO DEBE trabajarse el Excel web, para ello se ha facilitado este archivo descargado, el cual, al abrirlo desde una unidad conectada a la intranet institucional, en una sesión de un usuario autorizado para el uso de cubos, se actualizará con los datos según su perfil. Es decir, si es un usuario del nivel regional, mostrará los datos de las áreas adscritas a su región, y si es un usuario de área de salud, los correspondientes a sus sectores.

Hoja de cálculo: Visitas domiciliarias.

Este Cuadro presenta los datos de visitas registradas por categoría: Efectiva, seguimiento o no efectiva. Para ver las subcategorías se debe expandir oprimiendo el signo (+) al lado de cada categoría, mostrando las columnas para: Primera vez en la vida, primera vez en el año, subsecuentes, telefónica primera vez y subsecuente, para las efectivas; casa cerrada, no acepta la visita, vivienda en construcción, casa deshabitada, vivienda no existe, telefónica no contesta, para las no efectivas; finalmente, búsqueda de casos, investigación de campo, vacunación, supervisión de tratamiento y seguimiento telefónico para las de seguimiento. Cada categoría tendrá un subtotal, y todos los valores estarán clasificados en las filas según la prioridad 1, 2 o 3 de las familias.

En la sección de filtros deberá seleccionarse el período consultado y el centro de salud correspondiente. Adicionalmente se podrá incluir en filas, la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” para obtener el detalle por funcionario.

Figura 41. Hoja de cálculo visita domiciliar

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2019					
CENTRO SALUD - FULL	All					
Etiquetas de columna						
	<input type="checkbox"/> EFECTIVA	<input type="checkbox"/> NO EFECTIVA	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/> VISITA	Total general	
CANTIDAD VISITAS	406521	354236	498172	5610	1256698	
PRIORIDAD 1						
PRIORIDAD 2						
PRIORIDAD 3						

Hoja de cálculo Referencias

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis, así mismo puede ver el detalle por sector del dato solicitado, expandiendo las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Se presentan dos datos, “Cantidad de Referencias” que es el número de referencias emitidas, el cual es el dato que se solicita estadística y el dato de Miembros referidos, el cual sirve de referencia, pues este debe ser igual o menor al número de referencias emitidas, dado que un usuario puede ser referido más de una vez a diferentes servicios.

La cantidad de miembros referidos también puede compararse con la cantidad de miembros atendidos y observar las PROPORCIONES para crear una línea de base de seguimiento de esta tarea, también en números relativos. De la misma forma se puede relacionar con el número de visitas realizadas para obtener una RAZON de miembros referidos por visita.

Figura 42. Hoja de cálculo Referencias

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA 2019		
Etiquetas de fila	CANTIDAD REFERENCIAS	MIEM_ATENCION_REF
+ 1-BRUNCA	10797	10261
+ 2-CHOROTEGA	2777	2683
+ 3-HUETAR NORTE	8496	8357
+ 4-HUETAR ATLANTICO	8508	8171
+ 5-CENTRAL NORTE	34208	33210
+ 6-CENTRAL SUR	41210	40217
+ 7-PACIFICO CENTRAL	2338	2258
Total general	108334	105140

Hoja de cálculo Tamizaje HTA

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis, así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera. Para efectos del informe estadístico debe conservarse el filtro de todas las categorías de visitas. Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Se muestran 3 columnas, en la primera “Miem_Atención_20ymas” se cuentan todos los miembros de 20 y más años a quienes se les seleccionó la opción presente durante la visita realizada. La siguiente columna “Miem_Atención_Sin_HTA_PA” cuenta los miembros del mismo rango de edad, no hipertensos, a quienes se le registró toma de la Presión Arterial, por tanto, considerados como Tamizajes, el cual es el dato requerido a reportar en el informe estadístico. Finalmente se muestra la columna con el indicador: “PORC_TAMIZAJE_HTA” este representa la proporción de las dos columnas anteriores, pero no es requerido que estas estén visibles pues el indicador se calcula automáticamente en función de los filtros activos, sin embargo, se muestran los valores absolutos para tener la referencia de la producción realizada.

Entre las inconsistencias que se pueden identificar para mejorar el registro, es cuando los tamizados son más que los atendidos, por lo cual se hace necesario observar el adecuado registro en el SIFF de la variable presente a los miembros que se encuentran en el domicilio y son atendidos o actualizados sus datos durante la visita.

Figura 43. Hoja de cálculo Tamizaje HTA

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021		
CATEGORIA VISITA	All		
Etiquetas de fila	MIEM_ATENCION_20yMAS	MIEM_ATENCION_SIN_HTA_PA	PORC_TAMIZAJE_HTA
+ 1-BRUNCA	2555	4364	170,80%
+ 2-CHOROTEGA	1887	416	22,05%
+ 3-HUETAR NORTE	5014	2433	48,52%
+ 4-HUETAR ATLANTICO	5530	644	11,65%
+ 5-CENTRAL NORTE	22570	826	3,66%
+ 6-CENTRAL SUR	23919	222	0,93%
+ 7-PACIFICO CENTRAL	7028	606	8,62%
Total general	68496	9511	13,89%

Hoja de cálculo Sintomáticos respiratorios

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis, así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera y en este cuadro en particular puede seleccionar el grupo de edad específico en que interesaría analizar. Para efectos del informe estadístico debe conservarse el filtro de todas las categorías de visitas y edades. Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Para efectos del informe estadístico la columna requerida es la de Miem_Atención_SR, sin embargo, para análisis local, se visualizan los miembros atendidos para observar la proporción de Sintomáticos Respiratorios entre los atendidos, cuyo porcentaje se expresa en la tercera columna.

Figura 44. Hoja de cálculo Sintomáticos respiratorios

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021		
EDAD QUINQUENAL	All		
CATEGORIA VISITA	All		
Etiquetas de fila	MIEM_ATENCION	MIEM_ATENCION_SR	PORC_DETECCION_SR
+ 0-SIN DEFINIR		4025	#¡NUM!
+ 1-BRUNCA	6783	1892	27,89%
+ 2-CHOROTEGA	5845	1728	29,56%
+ 3-HUETAR NORTE	13070	1157	8,85%
+ 4-HUETAR ATLANTICO	13501	2798	20,72%
+ 5-CENTRAL NORTE	46633	4393	9,42%
+ 6-CENTRAL SUR	50900	7888	15,50%
+ 7-PACIFICO CENTRAL	15671	1490	9,51%
Total general	152378	20896	13,71%

Hoja de cálculo Personas atendidas

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis, así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera y en este cuadro en particular puede agregar a filtros el grupo de edad y filtrar el específico que le interesaría analizar. Para efectos del informe estadístico debe conservarse el filtro de todas las categorías de visitas y edades pues ese es el dato que debe anotarse en el cuadro para REDES.

Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Figura 45. Hoja de cálculo Personas atendidas

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021	<input type="button" value="Y"/>
CATEGORIA VISITA	All	<input type="button" value="v"/>
Etiquetas de fila <input type="button" value="v"/> MIEM_ATENCION		
+ 1-BRUNCA	6783	
+ 2-CHOROTEGA	5845	
+ 3-HUETAR NORTE	13070	
+ 4-HUETAR ATLANTICO	13501	
+ 5-CENTRAL NORTE	46633	
+ 6-CENTRAL SUR	50900	
+ 7-PACIFICO CENTRAL	15671	
Total general	152378	

Hoja de cálculo Porcentaje de ejecución en días programados.

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis, el cual debe ser el mismo para los días programados para visita y los días en que se realizaron visitas (cada uno tiene su filtro), así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera.

Para los cuadros que incluyen en sus filtros las fechas de programación, o bien el conteo de días o visitas programadas, se recomienda que el filtro de tiempo corresponda al último mes, debido a la recomendación que se han dado de eliminar los históricos de programaciones con más de un mes de antigüedad, con el fin de limpiar las pantallas del módulo de programación. De manera que su utilidad sea para verificar que realmente se cumple con la planificación previa del recorrido y la visita.

Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Para interpretar este cuadro responde a la pregunta: ¿Cuántos de los días, en un periodo determinado, que se programó en el SIFF (módulo programación) que se realizarían visitas, se registraron posteriormente como días con visita realizada? Se muestran en números absolutos los días programados para visita, y los días en que se realizaron visitas, y en la tercera columna el porcentaje obtenido de los dos factores anteriores. Obteniendo el porcentaje de ejecución de lo programado.

Este indicador permite construir líneas de base para observar la actividad programación en términos de días.

Importante, hay que señalar que este porcentaje de ejecución no corresponde al que se ingresa en Plan Presupuesto, pues en ese análisis se usa como referencia la programación anual de visitas.

Figura 46. Hoja de cálculo porcentaje de ejecución en días programados

FECHA PROGRAMADO.ANIO-TRIM-MES-DIA	2019		
FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2019		
CATEGORIA VISITA	All		
Etiquetas de fila	CANTIDAD DIA PROG	CANTIDAD DIA REALIZ	PORC_EJECUCION DIAS_PROG
+ 1-BRUNCA	1 408	588	41,79%
+ 2-CHOROTEGA	139	77	55,25%
+ 3-HUETAR NORTE	739	259	35,07%
+ 4-HUETAR ATLANTICO	208	95	45,42%
+ 5-CENTRAL NORTE	341	230	67,55%
+ 6-CENTRAL SUR	560	270	48,19%
+ 7-PACIFICO CENTRAL	125	67	53,86%
Total general	3 520	1 586	45,07%

Hoja de cálculo Porcentaje de ejecución en días programados o no.

Este cuadro se usan las mismas variables de la anterior sección con excepción del filtro “Fecha Programado”. El usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis en cuanto al rango de fechas en el que se realizaron visitas, así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera.

Para los cuadros que incluyen en su filtro las fechas de programación, o bien el conteo de días o visitas programadas, se recomienda que el filtro de tiempo corresponda al último mes, debido a la recomendación que se han dado de eliminar los históricos de programaciones con más de un mes de antigüedad, con el fin de limpiar las pantallas del módulo de programación. De manera que su utilidad sea para verificar que realmente se cumple con la planificación previa del recorrido y la visita.

Para efectos del informe estadístico, el dato requerido es el de cantidad días realizado, para lo cual debe filtrar en primera instancia sólo la categoría de visita efectiva y reportar el dato y luego solo la categoría seguimiento y reportar el dato.

Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario, dato necesario también para obtener el número de ATAP que realizaron visitas de seguimiento y visitas efectivas a reportar en el informe estadístico.

Figura 47. Hoja de cálculo porcentaje de ejecución en días programados para visita

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2019			
CATEGORIA VISITA	All			
Etiquetas de fila	CANTIDAD DIA PROG	CANTIDAD DIA REALIZ	PORC_EJECUCION_DIAS_PROG	
⊕ 1-BRUNCA	1 420	13 624	959,75%	
⊕ 2-CHOROTEGA	140	9 706	6934,03%	
⊕ 3-HUETAR NORTE	751	6 883	915,94%	
⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	209	10 637	5092,80%	
⊕ 5-CENTRAL NORTE	341	24 224	7103,11%	
⊕ 6-CENTRAL SUR	564	31 972	5672,43%	
⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	126	6 186	4909,49%	
Total general	3 550	103 231	2907,50%	

Para interpretarlo este cuadro responde a la pregunta: ¿Cuántos días se registraron en el SIFF como fechas con visitas realizadas, con independencia de haber sido programados o no en el sistema? Se muestran como referencia, todos los días programados para hacer visitas en el periodo filtrado y los días en los que se realizaron visitas, aunque esos días no se programaran en el sistema, ambos en números absolutos, y en la tercer columna, se muestra el porcentaje obtenido de los dos factores anteriores. Obteniendo el porcentaje de ejecución de lo programado. Si en el análisis se observa un desbalance, mostrando porcentajes muy por encima del 100%, debido a que los días con visitas realizadas son mayores que los días

programados, entonces no se está cumpliendo con la tarea de programar previamente los recorridos.

Hoja de cálculo Porcentaje de ejecución de visitas programadas.

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis, el cual debe ser el mismo para las visitas programadas y para las visitas realizadas (cada una tiene su filtro), así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera.

Para los cuadros que incluyen en su filtro las fechas de programación, o bien el conteo de días o visitas programadas, se recomienda que el filtro de tiempo corresponda al último mes, debido a la recomendación que se han dado de eliminar los históricos de programaciones con más de un mes de antigüedad, con el fin de limpiar las pantallas del módulo de programación. De manera que su utilidad sea para verificar que realmente se cumple con la planificación previa del recorrido y la visita.

Este cuadro NO se utiliza para el informe estadístico ni para el plan presupuesto.

Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Figura 48. Hoja de cálculo porcentaje de ejecución en visitas programadas.

FECHA PROGRAMADO.ANIO-TRIM-MES-DIA	2019		
FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2019		
CATEGORIA VISITA	All		
Etiquetas de fila	CANTIDAD PROGRAMADAS	CANTIDAD VISITAS	PORC_EJECUCION_VISITAS
+ 1-BRUNCA	3729	3729	100,00%
+ 2-CHOROTEGA	328	328	100,00%
+ 3-HUETAR NORTE	1740	1740	100,00%
+ 4-HUETAR ATLANTICO	521	521	100,00%
+ 5-CENTRAL NORTE	2023	2023	100,00%
+ 6-CENTRAL SUR	2332	2332	100,00%
+ 7-PACIFICO CENTRAL	259	259	100,00%
Total general	10932	10932	100,00%

Para interpretarlo este cuadro responde a la pregunta: ¿Cuántos de las visitas programadas en el SIFF, en un periodo determinado en el módulo programación, se registraron posteriormente como visitas realizadas? Se muestran en números absolutos las visitas

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 217 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

programadas, y las visitas realizadas, y en la tercera columna el porcentaje obtenido de los dos factores anteriores. Obteniendo el porcentaje de ejecución de lo programado.

Este cuadro tiende a presentar una relación de 1 a 1 entre las visitas programadas y realizadas.

Hoja de cálculo porcentaje de ejecución de visitas programadas o no.

Este cuadro se usan las mismas variables de la anterior sección con excepción del filtro “Fecha Programado”.

En este cuadro el usuario sólo debe seleccionar en filtros el periodo requerido para el análisis en cuanto al rango de fechas en el que se realizaron visitas, así mismo puede filtrar el dato por categoría de visita (Efectiva o de seguimiento o ambas) según se requiera.

Para los cuadros que incluyen en sus filtros las fechas de programación, o bien el conteo de días o visitas programadas, se recomienda que el filtro de tiempo corresponda al último mes, debido a la recomendación que se han dado de eliminar los históricos de programaciones con más de un mes de antigüedad, con el fin de limpiar las pantallas del módulo de programación. De manera que su utilidad sea para verificar que realmente se cumple con la planificación previa del recorrido y la visita.

El dato de la columna “cantidad de visitas” es la requerida para los cortes de meta para el Plan Presupuesto, donde para cada indicador debe realizar una selección de categoría de visitas:

- Número de atenciones efectivas totales ejecutadas por el ATAP bajo la modalidad remota (incluye primera vez y subsecuentes)
 - Seleccionar en Categoría de visita sólo Efectiva y de ella marcar sólo: Telefónico Primera vez, Telefónico subsecuente.
- Número de atenciones efectivas de primera vez ejecutadas por el ATAP bajo la modalidad remota (Sólo incluye primera vez)
 - Seleccionar en Categoría de visita sólo Efectiva y de ella marcar sólo: Telefónico Primera vez.
- Número de visitas efectivas totales ejecutadas por el ATAP bajo la modalidad presencial (incluye primera vez y subsecuentes)
 - Seleccionar en Categoría de visita sólo Efectiva y de ella marcar sólo: Primera vez en el año, Primera vez en la vida y subsecuente.

- Número de visitas efectivas de primera vez ejecutadas por el ATAP bajo la modalidad presencial.
 - Seleccionar en Categoría de visita sólo Efectiva y de ella marcar sólo: Primera vez en el año, Primera vez en la vida.
- Número de atenciones de seguimiento ejecutadas por el ATAP en la Modalidad Remota en el año:
 - Seleccionar en Categoría de visita sólo Seguimiento y de ella marcar sólo: Seguimiento / Telefónico.
- Número de visitas de seguimiento ejecutadas por el ATAP en la Modalidad presencial en el año
 - Seleccionar en Categoría de visita sólo Seguimiento y de ella marcar todas las categorías excepto: Seguimiento / Telefónico.

Para ver el detalle por sector del dato solicitado, se debe expandir las etiquetas de las filas, haciendo clic en el signo (+) hasta visualizar el nivel de sector, así mismo si agrega en filas la variable “Usuario que realiza la visita / Nombre” podrá obtener el detalle por funcionario.

Para interpretarlo este cuadro responde a la pregunta: ¿Cuántas visitas se registraron en el SIFF como realizadas, con independencia de haber sido programadas o no en el sistema? Se muestran como referencia, todas las visitas programadas para el periodo filtrado y las visitas realizadas en el mismo periodo, aunque estas no se programaran en el sistema, ambas en números absolutos, y en la tercera columna, se muestra el porcentaje obtenido de los dos factores anteriores. Obteniendo el porcentaje de ejecución de lo programado. Si en el análisis se observa un desbalance, mostrando porcentajes muy por encima del 100%, debido a que las visitas realizadas son mayores que las programadas, entonces no se está cumpliendo con la tarea de programar previamente las visitas.

Figura 49. Hoja de cálculo porcentaje de ejecución de visitas programadas o no.

FECHA REALIZADA, ANIO-TRIM-MES-DIA 2019				
CATEGORIA VISITA		All		
Etiquetas de fila	CANTIDAD PROGRAMADAS	CANTIDAD VISITAS	PORC. EJECUCION_VISITAS	
1-BRUNCA	3769	105330	2794,64%	
2-CHOROTEGA	364	105859	29082,14%	
3-HUETAR NORTE	1778	72574	4081,78%	
4-HUETAR ATLANTICO	552	116584	21120,29%	
5-CENTRAL NORTE	2228	367734	16505,12%	
6-CENTRAL SUR	2988	425052	14225,30%	
7-PACIFICO CENTRAL	281	63565	22621,00%	
Total general	11960	1256698	10507,51%	

Hoja de cálculo promedio de visitas por día ATAP.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Para los cuadros que incluyen en su filtro las fechas de programación, o bien el conteo de días o visitas programadas, se recomienda que el filtro de tiempo corresponda al último mes, debido a la recomendación que se han dado de eliminar los históricos de programaciones

con más de un mes de antigüedad, con el fin de limpiar las pantallas del módulo de programación. De manera que su utilidad sea para verificar que realmente se cumple con la planificación previa del recorrido y la visita.

Según los filtros seleccionados, las variables que presentan el dato gestionado en este cubo son Promedio_Visitas_Prog y Promedio_Visitas_Realiz; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede revisar el cálculo.

- Promedio de visitas programadas: Expresa la razón del número de visitas que cada ATAP programó en el sistema por cada día destinado a realizar visitas. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro. Este promedio se esperaría que sea mayor al de las ejecutadas, puesto que se programa un mayor número de visitas, al considerar la frecuencia con las que se dan las no efectivas, en otras palabras, responde a la pregunta ¿Cuántas visitas debo programar para alcanzar mi meta de visitas efectivas del día?
- Promedio de visitas realizadas: Expresa la razón del número de visitas que cada ATAP ejecutó y registró en el sistema por cada día destinado a realizar visitas. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro.

Figura 50. Hoja de cálculo promedio de visitas por día ATAP.

Etiquetas de fila	CANTIDAD PROGRAMADAS	CANTIDAD DIA PROG	PROMEDIO_VISITAS_PROG	CANTIDAD VISITAS	CANTIDAD DIA REALIZ	PROMEDIO_VISITAS_REALIZ
1-BRUNCA	3769	1 420	2,655036435	105330	13 624	7,731020478
2-CHOROTEGA	364	140	2,600510182	105859	9 706	10,90684782
3-HUETAR NORTE	1778	751	2,36610866	72574	6 883	10,54433184
4-HUETAR ATLANTICO	552	209	2,642954144	116584	10 637	10,96055874
5-CENTRAL NORTE	2228	341	6,593141352	367734	24 224	15,18070803
6-CENTRAL SUR	2988	564	5,301285707	425052	31 972	13,29453553
7-PACIFICO CENTRAL	281	126	2,230319648	63565	6 186	10,27643469
Total general	11960	3 550	3,368540675	1256698	103 231	12,1736824

Cada unidad de acuerdo con su contexto, en términos de fechas, localidades visitadas, condición de salud del ATAP, entre otras podrá analizar la pertinencia de estos promedios en cuanto a su variabilidad respecto a la norma.

Hoja de cálculo concentración de visitas por familia registrada en SIFF

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presentan el dato gestionado en este cubo es Visitas_Realiz_Familia; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede revisar el cálculo.

Expresa la razón del número de visitas se realizaron en el periodo consultado por cada familia registrada en el sistema. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro.

Este dato conforme se acerque a ser igual o mayor que 1, representará una producción con potencial acceso y cobertura para todas las familias del sector.

Para efectos de análisis e interpretación, si se filtran sólo las visitas efectivas o las de seguimiento, o ambas, se tendrá el indicador de las familias con que el programa ha podido establecer contacto. Si se deja el filtro en TODAS las categorías de visita, incluyendo las no efectivas, se tendrá la perspectiva del número de INTENTOS de visita realizados por los ATAP por familia registrada en el sistema.

Figura 51. Hoja de cálculo concentración de visitas por familia registrada en SIFF.

Etiquetas de fila	CANTIDAD VISITAS	CANTIDAD_FAMILIAS	VISITAS_REALIZ_FAMILIA
0-SIN DEFINIR		222477	
1-BRUNCA	105330	116363	0,905184638
2-CHOROTEGA	105859	114418	0,925195336
3-HUETAR NORTE	72574	75924	0,95587693
4-HUETAR ATLANTICO	116584	132119	0,882416609
5-CENTRAL NORTE	367734	287970	1,276987186
6-CENTRAL SUR	425052	461675	0,920673634
7-PACIFICO CENTRAL	63565	87035	0,73033837
Total general	1256698	1292755	0,972108404

Hoja de cálculo porcentaje de miembros atendidos.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presentan el dato gestionado en este cubo Porc_Atención_Miembros; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede revisar el cálculo (Miem_Registrado, Miem_Atención) y la cantidad de visitas, por si se desean hacer cálculos adicionales como la razón de miembros atendidos por visita.

Expresa el porcentaje de miembros atendidos (Presentes) en relación con los miembros registrados, es decir es una cobertura de atención a personas y no a familias en el escenario domiciliario. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro.

Figura 52. Hoja de cálculo porcentaje de miembros atendidos.

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021			
CATEGORIA VISITA	All			
Etiquetas de fila	CANTIDAD VISITAS	MIEM_REGISTRADO	MIEM_ATENCION	PORC_ATENCION_MIEMBROS
0-SIN DEFINIR		601387		
1-BRUNCA	28194	323119	6783	2,10%
2-CHOROTEGA	23168	355889	5845	1,64%
3-HUETAR NORTE	22228	227242	13070	5,75%
4-HUETAR ATLANTICO	44617	357767	13501	3,77%
5-CENTRAL NORTE	102112	892608	46633	5,22%
6-CENTRAL SUR	100744	1413197	50900	3,60%
7-PACIFICO CENTRAL	37534	242266	15671	6,47%
Total general	358597	3751352	152378	4,06%

Hoja de cálculo porcentaje de miembros Referidos.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presentan el dato gestionado en este cubo Porc_Miembros_REF; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede revisar el cálculo (Miem_Registrado, Miem_Atención_REF) y la cantidad de visitas y

Miembros atendidos, por si se desean hacer cálculos adicionales como el porcentaje de miembros referidos de los atendidos o la razón de miembros referidos por visita.

Expresa el porcentaje de miembros referidos del total de miembros registrados en el sistema, es decir es una cobertura de referencia de en el escenario domiciliario. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro. Y se usa como denominador el total de registrados, dado que el ATAP puede hacer referencias incluso de miembros no presentes durante la visita.

Figura 53. Hoja de cálculo porcentaje de miembros Referidos.

Etiquetas de fila	CANTIDAD VISITAS	MIEM_REGISTRADO	MIEM_ATENCION	MIEM_ATENCION_REF	PORC_MIEMBROS_REF
FECHA REALIZADA, ANIO-TRIM-MES-DIA	2021				
CATEGORIA VISITA	All				
0-SIN DEFINIR		601340			
1-BRUNCA	28194	323119	6783	4707	1,46%
2-CHOROTEGA	23168	355889	5846	705	0,20%
3-HUETAR NORTE	22228	227242	13066	2093	0,92%
4-HUETAR ATLANTICO	44620	357767	13494	2397	0,67%
5-CENTRAL NORTE	102112	892608	46633	22353	2,50%
6-CENTRAL SUR	100742	1413197	50905	17474	1,24%
7-PACIFICO CENTRAL	37532	242266	15671	2866	1,18%
Total general	358596	3751352	152373	52589	1,40%

Hoja de cálculo porcentaje de miembros adolescentes atendidos.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presentan el dato gestionado en este cubo Porc_Adolescentes; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede revisar el cálculo (Miem_Adolescentes, Miem_Atención_Adolesc). Expresa el porcentaje de miembros adolescentes atendidos (Presentes) en relación con los miembros adolescentes registrados, es decir es una cobertura de atención a personas adolescentes y no a familias en el escenario domiciliario. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro.

Figura 54. Hoja de cálculo porcentaje de miembros adolescentes atendidos.

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021			
CATEGORIA VISITA	All			
Etiquetas de fila	MIEM_ADOLESCENTES	MIEM_ATENCION_ADOLESC	PORC_ADOLESCENTES	
1-BRUNCA	2777	1412	50,85%	
2-CHOROTEGA	2517	78	3,10%	
3-HUETAR NORTE	5364	101	1,88%	
4-HUETAR ATLANTICO	7065	563	7,97%	
5-CENTRAL NORTE	15537	60	0,39%	
6-CENTRAL SUR	18078	533	2,95%	
7-PACIFICO CENTRAL	7483	78	1,04%	
Total general	58821	2825	4,80%	

Hoja de cálculo porcentaje de miembros adultos mayores atendidos.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presentan el dato gestionado en este cubo Porc_Adolescentes; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede revisar el cálculo (Miem_Adulto_mayor, Miem_Atención_Adultomay).

Expresa el porcentaje de miembros adultos mayores atendidos (Presentes) en relación con los miembros adultos mayores registrados, es decir es una cobertura de atención a personas adultos mayores y no a familias en el escenario domiciliario. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita que se selecciona en el filtro.

Figura 55. Hoja de cálculo porcentaje de miembros adultos mayores atendidos.

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021			
CATEGORIA VISITA	All			
Etiquetas de fila	MIEM_ADULTO_MAYOR	MIEM_ATENCION_ADULMAY	PORC_ADULTO_MAYOR	
1-BRUNCA	2644	457	17,28%	
2-CHOROTEGA	2770	236	8,52%	
3-HUETAR NORTE	5569	113	2,03%	
4-HUETAR ATLANTICO	4780	232	4,85%	
5-CENTRAL NORTE	22255	558	2,51%	
6-CENTRAL SUR	24750	2315	9,35%	
7-PACIFICO CENTRAL	4982	238	4,78%	
Total general	67733	4149	6,13%	

Hoja de cálculo agudezas.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros y además se incorpora la variable edad quinquenal para observar la medición de agudezas

visual y auditiva en el escenario domiciliario para grupos poblacionales en edades específicas; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, las variables que presentan el dato gestionado en este cubo son Porc_miembros_Auditiva y Porc_miembros_Visual; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede observar el valor absoluto de las mediciones realizadas (Miem_Atendidos visual, Miem_Atención_auditiva).

Expresa el porcentaje de miembros (Presentes) a los que se les practicó la medición de su agudeza visual o auditiva, sin el detalle del resultado del examen pues es una estadística de producción. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita o el grupo de edad que se seleccione en el filtro.

Figura 56. Hoja de cálculo agudezas.

FECHA REALIZADA, AÑO-TRIM-MES-DÍA	2021				
EDAD QUINQUENAL	All				
CATEGORÍA VISITA	All				
Etiquetas de fila	MIEM_ATENCION_AUDITIVA	PORC_MIEMBROS_AUDITIVA	MIEM_ATENCION_VISUAL	PORC_MIEMBROS_VISUAL	
1-BRUNCA	608	8,96%	615	9,07%	
2-CHOROTEGA	178	3,04%	38	0,65%	
3-HUETAR NORTE	7	0,05%	8	0,06%	
4-HUETAR ATLANTICO	176	1,30%	178	1,32%	
5-CENTRAL NORTE	20	0,04%	11	0,02%	
6-CENTRAL SUR	46	0,09%	53	0,10%	
7-PACIFICO CENTRAL	8	0,05%	8	0,05%	
Total general	1043	0,68%	911	0,60%	

Hoja de cálculo glicemias.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros y además se incorpora la variable edad quinquenal para observar la medición de glicemias en el escenario domiciliario para grupos poblacionales en edades específicas; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presenta el dato gestionado en este cubo es Porc_miembros_Glicemia; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede observar el valor absoluto de las mediciones realizadas (Cantidad Glicemias) dato

útil para planificar cantidad de insumo requerido y Miem_Atención si se desea revisar el cálculo.

Expresa el porcentaje de miembros (Presentes) a los que se les practicó la medición de glicemia con micro método en el escenario domiciliario, sin el detalle del resultado del examen pues es una estadística de producción. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita o el grupo de edad que se seleccione en el filtro.

Figura 57. Hoja de cálculo glicemias.

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021		
EDAD QUINQUENAL	All		
CATEGORIA VISITA	All		
Etiquetas de fila	MIEM_ATENCION	CANTIDAD GLICEMIAS	PORC_MIEMBROS_GLICEMIA
⊕ 1-BRUNCA	6783	158	2,33%
⊕ 2-CHOROTEGA	5846	36	0,60%
⊕ 3-HUETAR NORTE	13066	1634	12,39%
⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	13494	142	1,05%
⊕ 5-CENTRAL NORTE	46633	172	0,37%
⊕ 6-CENTRAL SUR	50905	166	0,32%
⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	15671	46	0,29%
Total general	152373	2354	1,53%

Hoja de cálculo entrega de preservativos.

En este cuadro se usan las variables fecha de realización y categoría de visita como filtros y además se incorporan las variables edad quinquenal y sexo_FULL para observar la entrega de preservativos en el escenario domiciliario para grupos poblacionales específicos; en filas se coloca la variable Centro de Salud, con la cual se puede tener el detalle del dato hasta el nivel de Sector o EBAIS y este puede ser sustituido por la variable “Usuario que realiza la visita”, para el detalle por funcionario.

Según los filtros seleccionados, la variable que presenta el dato gestionado en este cubo es Porc_miembros_Preserv; sin embargo, se incluyen las variables de referencia con las cuales se puede observar el valor absoluto de las personas a quienes se les entregó el dispositivo (Miem_Atencion_Preserv) dato útil para planificar cantidad de insumo requerido y Miem_Atención si se desea revisar el cálculo.

Figura 58. Hoja de cálculo preservativos.

FECHA REALIZADA.ANIO-TRIM-MES-DIA	2021			
SEXO - FULL	All			
EDAD QUINQUENAL	All			
CATEGORIA VISITA	All			
Etiquetas de fila		MIEM_ATENCION	MIEM_ATENCION_PRESERV	PORC_MIEMBROS_PRESERV
+ 1-BRUNCA		6783	32	0,47%
+ 2-CHOROTEGA		5845	27	0,46%
+ 3-HUETAR NORTE		13070	27	0,21%
+ 4-HUETAR ATLANTICO		13501	15	0,11%
+ 5-CENTRAL NORTE		46633	21	0,05%
+ 6-CENTRAL SUR		50900	16	0,03%
+ 7-PACIFICO CENTRAL		15671	18	0,11%
Total general		152378	156	0,10%

Expresa el porcentaje de miembros (Presentes) a los que se les entregó preservativos en el escenario domiciliario. Esta cifra variará de acuerdo con la categoría de visita, el sexo o el grupo de edad que se seleccione en el filtro.

“Cubos estadísticos” prediseñados.

Esta sección ha sido creada con el fin de ofrecer un archivo automatizado de tablas dinámicas con la información estadística de variables clave del Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF), que sirvan de insumo para el diagnóstico de necesidades en salud y la supervisión de la calidad del dato registrado en los expedientes familiares.

Cubo miembro. Pirámide poblacional

La población que muestra el cubo corresponde a las personas que componen núcleos familiares asociados a fichas familiares adscritas al área de salud y activas en el período de tiempo consultado. Para efectos de análisis situacional de salud, a partir de esta tabla se puede graficar la pirámide poblacional, y usar los datos como referencia (denominadores) para cálculo de indicadores demográficos según datos del SIFF.



Figura 59. Hoja de cálculo Pirámide poblacional.

ANIO-MES-DIA	2019					
CANTIDAD MIEMBROS	Etiquetas de columna					
Etiquetas de fila	F-MUJER	I-INDEFINIDO	M-HOMBRE	X-INTERSEXO	Total general	
0-SIN DEFINIR	192344	25	180053	3	372425	
SIN DEFINIR	23	1	26		50	
MENORES DE UN AÑO	418		433		851	
01 - 04 AÑOS	7496	1	7910		15407	
05 - 09 AÑOS	17033	2	17856		34891	
10 - 14 AÑOS	15863	2	17131		32996	
15 - 19 AÑOS	15243		15372		30615	
20 - 24 AÑOS	17967	1	15678		33646	
25 - 29 AÑOS	18751	3	16158	1	34913	
30 - 34 AÑOS	18317	5	16185		34507	
35 - 39 AÑOS	15323	1	13596	2	28922	
40 - 44 AÑOS	12174	3	10967		23144	
45 - 49 AÑOS	10365	1	9519		19885	
50 - 54 AÑOS	9804	1	8925		18730	
55 - 59 AÑOS	8712		7981		16693	
60 - 64 AÑOS	7220		6607		13827	
65 - 69 AÑOS	5505		5022		10527	
70 - 74 AÑOS	3953	2	3706		7661	
75 - 79 AÑOS	3036	1	2786		5823	
80 - 84 AÑOS	2227		1960		4187	
85 - 89 AÑOS	1662	1	1284		2947	
90 - 94 AÑOS	885		675		1560	
95 - 99 AÑOS	292		222		514	
MAYORES DE 100 AÑOS	75		54		129	

Cubo miembro. Miembros según escolaridad

Para el uso de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el nivel de escolaridad y el grupo de edad que desea sea mostrado en la tabla. Para efectos de calidad del dato se pueden identificar datos incongruentes, como niveles educativos superiores para el grupo de edad. En caso de identificarse esas posibles inconsistencias, es necesario identificar las familias y miembros específicos y coordinar con REDES la respectiva corrección. Esto es posible agregando a las filas la variable UBICACIÓN SIFF, la cual puede expandirse hasta ver el número de vivienda y así se podrá obtener el código de la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Figura 60. Hoja de cálculo Miembros según escolaridad.

ANIO-MES-DIA	2019					
EDAD EPIDEMIOLOGICO	All					
ESCOLARIDAD - FULL	(Varios elementos)					
CANTIDAD MIEMBROS	Etiquetas de columna					
Etiquetas de fila	F-MUJER	I-INDEFINIDO	M-HOMBRE	X-INTERSEXO	Total general	
⊕ 0-SIN DEFINIR	148708	19	131377	2	280106	
⊕ 1-BRUNCA	119727	3	105728	1	225459	
⊕ 2-CHOROTEGA	107705	5	89584	2	197295	
⊕ 3-HUETAR NORTE	76726	1	70901	1	147629	
⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	116458	2	107214		223673	
⊕ 5-CENTRAL NORTE	330466	12	283051	4	613533	
⊕ 6-CENTRAL SUR	529285	35	463223	10	992552	
⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	86863	3	79315	3	166184	
Total general	1411108	80	1242746	22	2653955	

Cubo miembro. Miembros según condición laboral

Para el análisis de la información de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el grupo de edad que desea sea mostrado en la tabla, puede agregar la variable GENERO FULL para una mayor estratificación y análisis para poblaciones específicas. Así se podrán identificar datos en categorías de condición laboral que podrían ser incongruentes con la edad, de manera que se puedan depurar los datos antes de usar la información en procesos de análisis de situación de salud. Ejemplo encontrar condiciones laborales de trabajo activo en niños pequeños. Para identificar las fichas específicas del dato que se presume incongruente, es necesario incorporar a filas la variable UBICACIÓN SIFF, esta puede expandirse hasta ver el número de vivienda y así se podrá obtener la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Figura 61. Hoja de cálculo Miembros según condición laboral.

ANIO-MES-DIA	2019				
EDAD QUINQUENAL	All				
CANTIDAD MIEMBROS		Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	F-MUJER	I-INDEFINIDO	M-HOMBRE	X-INTERSEXO	Total general
<input checked="" type="checkbox"/> 0-SIN DEFINIR	192344	25	180053	3	372425
BUSCA TRABAJO (HA TRABAJADO ANTES)	263		890		1153
BUSCA TRABAJO POR PRIMERA VEZ	51		110		161
ESTUDIANTE	38556	2	38476	1	77035
NO INDICA	46243	11	42792		89046
NO TRABAJA	4929		6779	1	11709
OTRA CONDICION LABORAL	3206		6047		9253
PENSIONADO	8852	1	10811		19664
RENTISTA	35		63		98
SE DEDICA A QUEHACERES DE SU PROPIO HOGAR	60963	2	1051		62016
TRABAJA O AYUDA A UN FAMILIAR SIN RECIBIR PAGO	95		86		181
TRABAJA TIEMPO COMPLETO	25305	8	63184	1	88498
TRABAJA TIEMPO PARCIAL	3846	1	9764		13611

Cubo miembro. Población no asegurada.

Para el análisis de la información de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el grupo de edad que desea sea mostrado en la tabla y analizar los datos de manera estratificada. Así mismo podrá cambiar la selección de la modalidad de aseguramiento por la de interés, para identificar riesgos. Se pueden hacer ejercicios de selección de poblaciones vulnerables, por ejemplo: Adultos mayores de 65 años y observar los que no tienen condición de aseguramiento, o bien agregar a Filtros la Variable EMBARAZO ACTUAL, Adultos mayores con riesgo, adolescentes con riesgo y ver aquellas poblaciones con alguna condición de vulnerabilidad y que además están sin seguro.

Figura 62. Hoja de cálculo Población no asegurada.

ANIO-MES-DIA	2019				
EDAD QUINQUENAL	All				
MODALIDAD ASEGURAMIENTO - FULL	0-NO ASEGURADO				
EMBARAZO ACTUAL.DSC DECISION	All				
CANTIDAD MIEMBROS		Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	F-MUJER	I-INDEFINIDO	M-HOMBRE	X-INTERSEXO	Total general
<input checked="" type="checkbox"/> 0-SIN DEFINIR	26741	25	31031	2	57799
<input checked="" type="checkbox"/> 1-BRUNCA	10271	3	18211		28485
<input checked="" type="checkbox"/> 2-CHOROTEGA	18831	5	24811		43646
<input checked="" type="checkbox"/> 3-HUETAR NORTE	15731	3	18507		34241
<input checked="" type="checkbox"/> 4-HUETAR ATLANTICO	17896	5	21000	1	38901
<input checked="" type="checkbox"/> 5-CENTRAL NORTE	47574	15	55240	4	102833
<input checked="" type="checkbox"/> 6-CENTRAL SUR	78403	41	92642	3	171088
<input checked="" type="checkbox"/> 7-PACIFICO CENTRAL	9942	3	12898	1	22844
Total general	214659	100	261537	11	476306

Para identificar las fichas específicas del dato que se presume incongruente o de riesgo, es necesario incorporar a filas la variable UBICACIÓN SIFF, esta puede expandirse hasta ver el

número de vivienda y así se podrá obtener la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Cubo miembro. Mujeres con citología vaginal por periodo

Para el análisis de la información de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el grupo de edad que desea sea mostrado en la tabla (Si es diferente al seleccionado) y analizar los datos de manera estratificada, para identificar errores de registro, por ejemplo, el reporte de Citologías realizadas en niñas pequeñas. También se pueden realizar pruebas seleccionando en filtros la variable Genero FULL= Hombre, para observar citologías reportadas en hombres. Para identificar las fichas específicas del dato que se presume incongruente o de riesgo, es necesario incorporar a filas la variable UBICACIÓN SIFF, esta puede expandirse hasta ver el número de vivienda y así se podrá obtener la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Figura 63. Hoja de cálculo Mujeres con citología vaginal por periodo.

ANIO-MES-DIA	2019			
EDAD QUINQUENAL	(Varios elementos)			
SEXO - FULL	F-MUJER			
CANTIDAD MIEMBROS	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	NO	SI	Total general	
⊕ 0-SIN DEFINIR	80639	30774	111413	
⊕ 1-BRUNCA	40077	43913	83990	
⊕ 2-CHOROTEGA	76780	15516	92296	
⊕ 3-HUETAR NORTE	34914	20720	55634	
⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	62143	29473	91616	
⊕ 5-CENTRAL NORTE	168575	76449	245024	
⊕ 6-CENTRAL SUR	245731	133956	379686	
⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	47722	14864	62586	
Total general	711753	333865	1045617	

Cubo miembro. Adultos mayores según riesgo.

Para el análisis de la información de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el grupo de edad que desea mostrar en la tabla y el Género para poblaciones específicas y analizar los datos de manera estratificada, para identificar errores de registro.

Para identificar las fichas específicas del dato que se presume incongruente o de riesgo, es necesario incorporar a filas la variable UBICACIÓN SIFF, esta puede expandirse hasta ver el número de vivienda y así se podrá obtener la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Figura 64. Hoja de cálculo Adultos mayores según riesgo.

ANIO-MES-DIA	2019						
EDAD QUINQUENAL	(Varios elementos)						
SEXO - FULL	All						
CANTIDAD MIEMBROS	Etiquetas de columna						
Etiquetas de fila	FISICO	FUNCIONAL	NINGUNO	PSIQUICO	SOCIAL	Total general	
0-SIN DEFINIR	674	492	241	102	196	33348	
1-BRUNCA	297	343	1320	45	117	29151	
2-CHOROTEGA	291	146	11	21	73	35359	
3-HUETAR NORTE	229	83	276	43	58	16450	
4-HUETAR ATLANTICO	401	278	322	34	126	27115	
5-CENTRAL NORTE	547	924	148	77	71	94966	
6-CENTRAL SUR	1832	1004	1518	186	216	148685	
7-PACIFICO CENTRAL	195	225	82	73	137	22782	
Total general	4116	3222	3636	522	890	383024	

Cubo miembro. Adolescentes según riesgo

Para el análisis de la información de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el grupo de edad que desea mostrar en la tabla o el género y analizar los datos de manera estratificada, para identificar errores de registro por ejemplo reportes de riesgo adolescente en edades menores o mayores.

Es importante verificar si los totales coinciden con la sumatoria de personas en el grupo de edad en la pirámide poblacional, incluyendo los clasificados SIN DEFINIR.

Figura 65. Hoja de cálculo adolescentes según riesgo.

ANIO-MES-DIA	2019						
EDAD QUINQUENAL	(Varios elementos)						
SEXO - FULL	All						
CANTIDAD MIEMBROS	Etiquetas de columna						
Etiquetas de fila	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO	NINGUNO	SIN DEFINIR	Total general		
0-SIN DEFINIR	134	288	2257	60932	63611		
1-BRUNCA	182	899	3047	47398	51526		
2-CHOROTEGA	23	260	163	52305	52751		
3-HUETAR NORTE	195	143	1102	33600	35040		
4-HUETAR ATLANTICO	50	198	2569	56061	58878		
5-CENTRAL NORTE	45	87	1554	118471	120157		
6-CENTRAL SUR	208	717	9312	172263	182500		
7-PACIFICO CENTRAL	154	138	536	35101	35929		
Total general	862	2478	18559	535488	557387		

Para identificar las fichas específicas del dato que se presume incongruente o de riesgo, es necesario incorporar a filas la variable UBICACIÓN SIFF, esta puede expandirse hasta ver el

número de vivienda y así se podrá obtener la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Cubo miembro. Miembros según exposición a violencia

Para el análisis de la información de este cubo, es importante que el usuario utilice las variables incluidas en filtros, seleccionando el grupo de edad o sexo que desea mostrar en la tabla y analizar los datos de manera estratificada, para identificar poblaciones de interés o vulnerabilidad. Recordando que más de un indicio de violencia puede contabilizarse en una misma persona.

Para identificar las fichas específicas de algún dato que se presume incongruente o de riesgo, es necesario incorporar a filas la variable UBICACIÓN SIFF, esta puede expandirse hasta ver el número de vivienda y así se podrá obtener la ficha familiar correspondiente para hacer la verificación.

Figura 66. Hoja de cálculo Miembros según exposición a violencia.

ANIO-MES-DIA	2019								
EDAD QUINQUENAL	All								
SEXO - FULL	All								
CANTIDAD MIEMBROS	Etiquetas de columna								
Etiquetas de fila	ABANDONO	FISICA	MULTIPLE	PATRIMONIAL	PSICOLOGICA	SEXUAL	SIN INDICIOS	Total general	
0-SIN DEFINIR		204	183	1123	59	362	34	275516	372425
1-BRUNCA		116	45	453	13	158	21	224649	298651
2-CHOROTEGA		95	115	1265	25	218	9	208688	323163
3-HUETAR NORTE		90	47	580	12	182	14	149119	198169
4-HUETAR ATLANTICO		140	102	1003	14	143	27	253969	322688
5-CENTRAL NORTE		304	140	2729	52	695	37	535202	821262
6-CENTRAL SUR		579	325	4363	127	896	71	909029	1264425
7-PACIFICO CENTRAL		112	97	682	22	372	11	143945	217491
total general		1506	918	11406	280	2755	200	2492253	3566941

Cubo miembro. Familias según prioridad

La distribución de las familias según prioridad corresponde a aquellas activas en el periodo consultado, pueden existir diferencias entre las cantidades de familias y cantidad de fichas o viviendas, este cubo contabiliza unidades familiares asociadas a un solo jefe de familia.

Como recomendación general para la revisión de calidad de dato, en el análisis de estos cubos se necesita conocimiento del contexto local, más que valores que parezcan anómalos desde lo estadístico propiamente. Un ejemplo que ilustre lo anterior puede representarse con una comunidad donde NO EXISTE servicio de recolección pública de basura y que aparezcan contabilizadas viviendas en ese rubro, lo que podría tratarse de un error en el registro, o caso contrario una zona urbana del área metropolitana con viviendas que

disponen su basura en el mar. Desde esa perspectiva deben analizarse todas las demás variables.

Figura 67. Hoja de cálculo familias según prioridad.

ANIO-MES-DIA	2019					
UBICACION	All					
CANTIDAD FAMILIAS	Etiquetas de columna					
Etiquetas de fila	PRIORIDAD 1	PRIORIDAD 2	PRIORIDAD 3	SIN DEFINIR	Total general	
⊕ 0-SIN DEFINIR				134739	134739	
⊕ 1-BRUNCA	5530	8748	92498		106320	
⊕ 2-CHOROTEGA	5248	17146	84049		106110	
⊕ 3-HUETAR NORTE	4549	8481	53730		66094	
⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	6426	15135	95185		115882	
⊕ 5-CENTRAL NORTE	9913	32435	230041		271447	
⊕ 6-CENTRAL SUR	21466	59969	344189		424010	
⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	4838	10837	61014		76227	
Total general	57943	152707	959524	134739	1299203	

Cubo vivienda. Clasificación de las viviendas según Ubicación y adscripción.

Con este cubo se pueden identificar viviendas MAL ADSCRITAS en cuanto a Región, Área o EBAIS según su ubicación de Provincia, Cantón, Distrito, Barrio. Permitiendo incluso, desplegando al máximo las variables, reconocer el número de ficha en la que debe revisarse la incongruencia. Si es necesario hacer correcciones de adscripción, deberán tramitarse según el nivel de resolución: Nivel Central realiza cambios entre regiones, Nivel Regional realiza cambio entre áreas, y Nivel local (área de salud) realiza cambios entre EBAIS.

Para un mejor análisis local, se deben desplegar las filas desde provincia hasta distrito y si fuera necesario hasta barrio.

Figura 68. Hoja de cálculo clasificación de las viviendas según Ubicación y adscripción.

ANIO-MES-DIA	2019							
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna							
Etiquetas de fila	⊕ 1-BRUNCA	⊕ 2-CHOROTEGA	⊕ 3-HUETAR NORTE	⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	⊕ 5-CENTRAL NORTE	⊕ 6-CENTRAL SUR	⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	Total general
⊕ ALAJUELA		16326	93317	1	218674	1	12019	340338
⊕ CARTAGO	1			1	4	191440		191446
⊕ GUANACASTE		114411		1				114412
⊕ HEREDIA		1			173911	839		174751
⊕ LIMON	1	1		173597	6	3	1	173609
⊕ PUNTARENAS	83106			2			99119	182227
⊕ SAN JOSE	56992		1		29877	386905		473775
Total general	140100	130739	93318	173602	422472	579188	111139	1650558

Es un ejercicio muy útil para identificar fichas que deben migrarse cuando se dan re-sectorizaciones o bien se crean nuevos cantones o distritos.

Hay que recordar que a diferencia de la ilustración el cubo mostrará las áreas de salud o sectores adscritos a la unidad del usuario que está realizando el análisis.

Cubo vivienda. Clasificación de las viviendas según ubicación (Rural o urbana)

Durante las visitas domiciliarias, en la encuesta las viviendas son clasificadas según su ubicación en zonas Rural, Rural Marginal, Urbana o Urbana Marginal. Este cubo permite visualizar esta distribución, y revisar si de acuerdo con la adscripción al Centro de Salud, o bien sustituyendo esa variable por la filas la variable UBICACIÓN SIFF, se puede verificar si la distribución es correcta o ha cambiado con la evolución de las comunidades en el tiempo.

Figura 69. Hoja de cálculo clasificación de las viviendas según ubicación (Rural o urbana).

ANIO-MES-DIA	2019						
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna						
Etiquetas de fila	RURAL	RURAL-MARGINAL	URBANA	URBANA-MARGINAL	Total general		
1-BRUNCA	93408	5	46678	9	140100		
2-CHOROTEGA	80111		50497	131	130739		
3-HUETAR NORTE	77296	8	15852	162	93318		
4-HUETAR ATLANTICO	112873	553	59453	723	173602		
5-CENTRAL NORTE	142066	23	280095	288	422472		
6-CENTRAL SUR	130151	610	441987	6440	579188		
7-PACIFICO CENTRAL	54451	178	55823	687	111139		
Total general	690356	1377	950385	8440	1650558		

Cubo vivienda. Distribución de las Viviendas por estado de Infraestructura.

Este cubo expresa distribución de las condiciones de infraestructura de las viviendas registradas en SIFF, que desde la lógica del sistema se comprenden como códigos de una ubicación, por lo que debe tenerse presente la columna SIN Especificar, en donde se cuentan ubicaciones sin vivienda (que deben ser depuradas), viviendas deshabitadas y viviendas no encuestadas.

Figura 70. Hoja de cálculo distribución de las Viviendas por estado de Infraestructura.

ANIO-MES-DIA	2019						
CLASIFICACION VIVIENDA	All						
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna						
Etiquetas de fila	BUENO	EXCELENTE	MALO	PESIMO	REGULAR	SIN ESPECIFICAR	Total general
1-BRUNCA	93379	3286	6078	324	9883	27150	140100
2-CHOROTEGA	86091	3827	4755	177	7484	28405	130739
3-HUETAR NORTE	56157	2476	3426	134	5714	25411	93318
4-HUETAR ATLANTICO	101558	959	5520	219	14129	51217	173602
5-CENTRAL NORTE	240167	5937	5688	218	16556	153906	422472
6-CENTRAL SUR	372925	10969	11365	355	30094	153480	579188
7-PACIFICO CENTRAL	69653	1504	3433	278	6360	29911	111139
Total general	1019930	28958	40265	1705	90220	469480	1650558

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Cubo vivienda. Distribución de las Viviendas por estado de abastecimiento de agua.

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el estado de abastecimiento del agua, que desde la lógica del sistema una vivienda es representada por códigos de una ubicación, por lo que debe tenerse presente la columna SIN Especificar, en donde se cuentan ubicaciones sin vivienda (que deben ser depuradas) , viviendas deshabitadas y viviendas no encuestadas.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Figura 71. Hoja de cálculo distribución de las Viviendas por estado de Infraestructura.

ANIO-MES-DIA	2019							
CLASIFICACION VIVIENDA	All							
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna							
Etiquetas de fila	BUENO	EXCELENTE	MALO	PESIMO	REGULAR	SIN ESPECIFICAR	Total general	
⊕ 1-BRUNCA	91117	8941	5879	108	6173	27882	140100	
⊕ 2-CHOROTEGA	90746	6162	1268	105	3346	29112	130739	
⊕ 3-HUETAR NORTE	61958	2523	1038	17	1641	26141	93318	
⊕ 4-HUETAR ATLANTICO	100296	1510	5387	340	13231	52838	173602	
⊕ 5-CENTRAL NORTE	244953	13477	1752	53	6240	155997	422472	
⊕ 6-CENTRAL SUR	381115	21327	5094	142	14174	157336	579188	
⊕ 7-PACIFICO CENTRAL	74580	2287	1218	57	2270	30727	111139	
Total general	1044765	56227	21636	822	47075	480033	1650558	

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas por método de disposición de basura

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el método de disposición de la basura, que desde la lógica del sistema una vivienda es representada por códigos de una ubicación, por lo que debe tenerse presente la columna SIN Especificar, en donde se cuentan ubicaciones sin vivienda (que deben ser depuradas), viviendas deshabitadas y viviendas no encuestadas.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.



Figura 72. Hoja de cálculo Distribución de las viviendas por método de disposición de basura.

ANIO-MES-DIA									
2019									
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna								
Etiquetas de fila	1-BRUNCA	2-CHOROTEGA	3-HUETAR NORTE	4-HUETAR ATLANTICO	5-CENTRAL NORTE	6-CENTRAL SUR	7-PACIFICO CENTRAL	Total general	
ALAJUELA		16326	93317		1	218674	1	12019	340338
CARTAGO	1				1	4	191440		191446
GUANACASTE		114411			1				114412
HEREDIA		1				173911	839		174751
LIMON	1	1		173597		6	3	1	173609
PUNTARENAS	83106			2				99119	182227
SAN JOSE	56992		1			29877	386905		473775
Total general	140100	130739	93318	173602	422472	579188	111139	1650558	

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas por método de disposición de excretas.

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el método de disposición de excretas, que desde la lógica del sistema una vivienda es representada por códigos de una ubicación, por lo que debe tenerse presente la columna SIN Especificar, en donde se cuentan ubicaciones sin vivienda (que deben ser depuradas), viviendas deshabitadas y viviendas no encuestadas.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Figura 73. Hoja de cálculo distribución de las viviendas por método de disposición de excretas.

ANIO-MES-DIA												
2019												
CLASIFICACION VIVIENDA	AII											
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna											
Etiquetas de fila	CAMPO	CLOACA O ALCANTARILLA	LETRINA O POZO NEGRO	MAR	NO TIENE	OTRA	RIO	SIN ESPECIFICAR	SISTEMA PUBLICO	TANQUE SEPTICO	Total general	
1-BRUNCA	567	2489	4327	119	202	33	27882			104481	140100	
2-CHOROTEGA	731	3938	4763	50	1	235	44	29112		91865	130739	
3-HUETAR NORTE	311	37	2741	74	5	69	62	26141	1	63877	93318	
4-HUETAR ATLANTICO	587	4104	6302	76	60	280	96	52838	1	109258	173602	
5-CENTRAL NORTE	1533	29892	1717	171		221	1219	155997		231722	422472	
6-CENTRAL SUR	2156	120828	4317	181	62	1406	2524	157336	8	290370	579188	
7-PACIFICO CENTRAL	529	10703	1080	103	33	153	62	30727		67749	111139	
Total general	6414	171991	25247	774	161	2566	4040	480033	10	959322	1650558	

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según presencia de agua estancada

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según se encuentre activa la presencia de aguas estancadas en la vivienda en el periodo consultado. Desde la lógica del sistema una vivienda es representada por códigos de una ubicación, por lo que debe tenerse presente la columna No Aplica, cuenta ubicaciones sin vivienda (que deben ser depuradas), viviendas deshabitadas y viviendas no encuestadas.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Figura 74. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según presencia de agua estancada.

ANIO-MES-DIA	2019				
CLASIFICACION VIVIENDA	All				
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna				
Etiquetas de fila	N/A	NO	SI	Total general	
1-BRUNCA	24556	114851	693	140100	
2-CHOROTEGA	23163	107203	373	130739	
3-HUETAR NORTE	24107	69006	205	93318	
4-HUETAR ATLANTICO	37239	134844	1519	173602	
5-CENTRAL NORTE	128568	293241	663	422472	
6-CENTRAL SUR	158061	417683	3444	579188	
7-PACIFICO CENTRAL	35897	74499	743	111139	
Total general	431591	1211327	7640	1650558	

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según procedencia del agua.

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según la procedencia del agua de la vivienda. Desde la lógica del sistema una vivienda es representada por códigos de una ubicación, por lo que debe tenerse presente la columna SIN Especificar, en donde se cuentan ubicaciones sin vivienda (que deben ser depuradas), viviendas deshabitadas y viviendas no encuestadas.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Figura 75. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según procedencia del agua.

ANIO-MES-DIA	2019									
CLASIFICACION VIVIENDA	All									
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna									
Etiquetas de fila	ACUEDUCTO	EMBOTELLADA	FUENTE PUBLICA	LLUVIA	OTRO	POZO	RIO/QUEBRADA/NACIENTE	SIN ESPECIFICAR	Total general	
1-BRUNCA	95269	25	1993	67	1239	3657		9968	27882	140100
2-CHOROTEGA	93502	25	1893	9	556	3038		2604	29112	130739
3-HUETAR NORTE	61807	13	897	4	132	3448		876	26141	93318
4-HUETAR ATLANTICO	93749	40	2234	116	875	16804		6946	52838	173602
5-CENTRAL NORTE	237366	26	19678	21	2910	5181		1293	155997	422472
6-CENTRAL SUR	386116	22	27811	25	1957	307		5614	157336	579188
7-PACIFICO CENTRAL	74944	93	1797	8	154	1849		1567	30727	111139
Total general	1042753	244	56303	250	7823	34284		28868	480033	1650558

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según tipo de contaminación.

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el tipo de contaminación identificado al que está expuesto la vivienda. Una misma vivienda puede estar expuesta a varias fuentes de contaminación, el sistema oculta las viviendas sin especificar.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Con el filtro Clasificación de vivienda, el usuario podrá realizar análisis estratificado de este determinante de la salud, por separado para las zonas rurales, urbanas, marginales, entre otras.

Con el filtro área contaminada, seleccionando solo el valor SI se podrá analizar el tipo de contaminación solo en las viviendas en las que se ha identificado que están en área contaminada en el periodo solicitado, eliminando el histórico, es decir aquellas que han cambiado el “si” por un “no” pero el tipo de contaminación quedó almacenado en base de datos.

Figura 76. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según tipo de contaminación.

AÑO-MES-DÍA 2019 ÁREA CONTAMINADA.DSC DECISION All CLASIFICACION VIVIENDA All																			
TOTAL VIVIENDAS Etiquetas de fila		Etiquetas de columna BASURERO A CIELO ABIERTO																	
		CAÑO	DESAGUE	DESECHOS	FECAL	GASES	GRANJAS	HIDRICA	INDUSTRIAL	LECHERIAS	NO TIENE	OTRO	POLUCION	PORQUERIZAS	QUEMAS	QUIMICA	SONICA	Total general	
#1-BRUNCA		122	580	983	747	958	23	331	434		28	195	338	20	246	562	11	31	140100
#2-CHOROTEGA		14	35	80	68	192	61	12	13		13	701	55	6	42	76	32	8	130739
#3-HUETAR NORTE		11	39	20	77	25	2	21	9		69	17	24	1	12	21	34	10	93318
#4-HUETAR ATLANTICO		594	646	481	164	115	81	50	35		18	1804	356	8	132	267	3289	710	173602
#5-CENTRAL NORTE		310	391	187	1383	451	44	94	646		37	1763	665	59	26	1231	29	155	422472
#6-CENTRAL SUR		1564	2282	703	2662	2006	418	192	1326	2	92	15292	2263	978	209	1472	140	3324	579188
#7-PACIFICO CENTRAL		95	323	254	97	36	92	32	158		29	4	377	348	19	23	7	30	111139
Total general		2710	4296	2708	5198	3793	721	732	2621	31	261	20149	4049	1085	690	3636	3565	4268	1650558

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según tipo de dificultad de acceso

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el tipo de dificultad de acceso identificado que afecta la vivienda. Una misma vivienda puede estar expuesta a dificultades de acceso por lo que la suma de las categorías no es igual al total; el sistema oculta las viviendas sin especificar.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Con el filtro Clasificación de vivienda, el usuario podrá realizar análisis estratificado de este determinante de la salud, por separado para las zonas rurales, urbanas, marginales, entre otras.

Con el filtro Dificultad de acceso, seleccionando solo el valor SI, se podrá analizar el tipo de contaminación solo en las viviendas en las que se ha identificado que están en área

contaminada en el periodo solicitado, eliminando el histórico, es decir aquellas que han cambiado el si por un No, pero el tipo de dificultad de acceso quedó en base de datos.

Figura 77. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según tipo de dificultad de acceso.

ANIO-MES-DIA	2019					
DIFICULTAD ACCESO.DSC DECISION	SI					
CLASIFICACION VIVIENDA	All					
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna					
Etiquetas de fila	GEOGRAFICO	SERVICIOS PUBLICOS	VIAS PUBLICAS	Total general		
1-BRUNCA	4136	1944	3283	6291		
2-CHOROTEGA	1584	360	1003	2468		
3-HUETAR NORTE	809	823	1132	2326		
4-HUETAR ATLANTICO	5166	3309	3162	7488		
5-CENTRAL NORTE	3876	1299	1185	6215		
6-CENTRAL SUR	15078	8153	8989	23245		
7-PACIFICO CENTRAL	1213	256	992	2062		
Total general	31862	16144	19746	50095		

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según tipo de riesgo

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el tipo de riesgo identificado en la zona y que afecta la vivienda. Una misma vivienda puede estar expuesta a varios tipos de riesgo por lo que la suma de las categorías no es igual al total; el sistema oculta las viviendas sin especificar.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Figura 78. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según tipo de riesgo.

ANIO-MES-DIA	2019					
VIVIENDA EN ZONA RIESGO.DSC DECISION	SI					
CLASIFICACION VIVIENDA	All					
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna					
Etiquetas de fila	DESLIZAMIENTO	INFLUENCIA VOLCANICA	INUNDACION	OTRO	SOCIAL	Total general
1-BRUNCA	1940	8	4037	687	375	6573
2-CHOROTEGA	434	29	2086	434	99	2907
3-HUETAR NORTE	488	2105	699	105	415	3860
4-HUETAR ATLANTICO	870	16	7207	1496	4125	13342
5-CENTRAL NORTE	1721	142	1799	1603	4588	8525
6-CENTRAL SUR	10455	25219	3694	2343	37712	71448
7-PACIFICO CENTRAL	638	1	4221	215	438	5394
Total general	16546	27520	23743	6883	47752	112049

Con el filtro Clasificación de vivienda, el usuario podrá realizar análisis estratificado de este determinante de la salud, por separado para las zonas rurales, urbanas, marginales, entre otras. Con el filtro Vivienda en zona de riesgo, seleccionando solo el valor SI, se podrá analizar

el tipo de contaminación solo para las viviendas en las que se ha identificado que están en área contaminada en el periodo solicitado, eliminando el histórico, es decir aquellas que han cambiado el si por un No, pero el tipo de riesgo quedó en base de datos.

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según tipo de riesgos agregados a la condición de infraestructura.

Este cubo tiene la finalidad de que el usuario pueda combinar diferentes filtros, para identificar viviendas que tengan varias condiciones de riesgo adicionales a su estado de infraestructura, que amerite priorizar su visita, o bien identificar incongruencias entre riesgos.

Figura 79. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según tipo de riesgos agregados.

ANIO-MES-DIA	2019								
CLASIFICACION VIVIENDA	All								
CLASIF ABASTECIMIENTO AGUA.ESTADO INFRAESTRUCTURA	All								
DISPOSICION BASURA	All								
DISPOSICION EXCRETAS	All								
ESTADO DE PISO.ESTADO INFRAESTRUCTURA	All								
PROCEDENCIA AGUA	All								
TIPO ENERGIA	NO TIENE								
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna								
Etiquetas de fila	BUENO	EXCELENTE	MALO	PESIMO	REGULAR	SIN ESPECIFICAR	Total general		
1-BRUNCA	84	7	128	8	65	6	298		
2-CHOROTEGA	47	4	54	9	28	2	144		
3-HUETAR NORTE	125	2	53	7	43	8	238		
4-HUETAR ATLANTICO	462	2	180	11	106	10	771		
5-CENTRAL NORTE	68	2	19	2	18	11	120		
6-CENTRAL SUR	107	6	57	15	81	10	276		
7-PACIFICO CENTRAL	48		23	3	14	2	90		
Total general	941	23	514	55	355	49	1937		

Cubo vivienda. Distribución de las viviendas según tipo de energía.

Este cubo expresa distribución de las viviendas registradas en SIFF según el tipo de energía identificado con el que cuenta la vivienda. Una misma vivienda puede tener varios tipos de energía a la vez, por lo que la suma de las categorías no es igual al total; el sistema oculta las viviendas sin especificar.

El detalle de la distribución por sector expandiendo al máximo las filas de la columna Centro de Salud, permitirá identificar posibles inconsistencias desde el conocimiento de lo local.

Con el filtro Clasificación de vivienda, el usuario podrá realizar análisis estratificado de este determinante de la salud, por separado para las zonas rurales, urbanas, marginales, entre otras. Es un cubo que es de utilidad para diagnósticos situacionales en desastres, para lo que

puede ser útil agregar en filtros la variable UBICACIÓN VIVIENDA y filtrar los datos por localidad.

Figura 80. Hoja de cálculo distribución de las viviendas según tipo de energía.

ANIO-MES-DIA	2019
TOTAL VIVIENDAS	Etiquetas de columna									
Etiquetas de fila	#1-BRUNCA #2-CHOROTEGA #3-HUETAR NORTE #4-HUETAR ATLANTICO #5-CENTRAL NORTE #6-CENTRAL SUR #7-PACIFICO CENTRAL Total general									
# ALAJUELA		16326	93317	1	218674	1		12019	340338	
# CARTAGO	1			1	4		191440		191446	
# GUANACASTE		114411		1					114412	
# HEREDIA		1			173911	839			174751	
# LIMON	1	1		173597	6	3		1	173609	
# PUNTARENAS	83106			2				99119	182227	
# SAN JOSE	56992		1		29877	386905			473775	
Total general	140100	130739	93318	173602	422472	579188	111139	1650558		

Reportes de bitácora como fuente de datos para supervisión.

En esta sección final se orienta en cómo usar los reportes de bitácora para generar listados desde donde se seleccionarán fichas para aplicar supervisiones por parte del profesional de enfermería al ATAP.

Monitoreo de la actividad programar recorrido y programar visita

Para supervisar la ejecución de programación de recorridos y visitas como objetivo único de supervisión o bien como un elemento de una jornada de supervisión directa a un ATAP en la ejecución de visitas, debe seguir los siguientes pasos:

- Ir a reportes.
- Seleccionar una de las opciones reportes de bitácora u operativas.
- El rango de fechas va a depender del periodo que desea consultar, puede ser un día, una semana o un mes. El sistema permite como máximo de búsqueda de un año.
- En el código de usuario se debe colocar el “usuario” al cual se le va a realizar la supervisión.

Una vez que seleccionadas las variables al dar clic sobre el botón de generar reporte, el sistema muestra el siguiente documento (Figura 81):

Con esta acción podrá observar cuántas y cuáles fichas el ATAP incluyó en su programación de recorrido, sea para desplazarse hacia donde este se encuentra en el campo, o para determinar la pertinencia del número de fichas programadas para su jornada, o bien para verificar que este paso de planificación y descarga de fichas se esté cumpliendo.

Figura 81. Pasos para generar reportes de bitácora en SIFF.

Reporte Bitácora

Módulo:

Tipo de evento:

Origen evento:

Código de usuario:

Observación incluye:

Rango de fechas: Desde hasta

Formato:

Figura 82. Reportes de bitácora en SIFF.



Caja Costarricense del Seguro Social
 Subárea de Enfermería
 Sistema Integrado de Ficha Familiar
 EBAIS MERCED 1-221301

Fecha: 01/28/2022
Hora: 15:40:16
Página: 1 de 1

Reporte de Bitácora

Detalle de la Consulta

Módulo:	15-PROGRAMACION DE RECORRIDO	Código de usuario:	-
Tipo de evento:	1-REGISTRO	Rango de fechas:	13/01/2022 al 13/01/2022
Tipo de origen:	1-APLICACION WEB	Observaciones:	-

Ficha Familiar	Fecha	Usuario	Observación
	13/01/2022	cicalvo	Se genera el recorrido con el nombre: pruebas para las fichas: 1-1-2-106-1-1-2/1-1-2-106-1-10-1/1-1-2-106-1-36-1/1-1-2-106-1-2-11/1-1-2-106-1-6-1/1-1-2-106-1-1-4/1-1-2-106-1-40-1/1-1-2-101-1-6-1

Monitoreo de las visitas ejecutadas.


Para monitorear las visitas que se ejecutaron en una fecha anterior, se debe de realizar lo siguiente:

- Si la visita fue registrada en SIFF web se deben seleccionar las siguientes opciones en los reportes de bitácora:
 - Módulo: Visita domiciliar.
 - Tipo de evento: Registro
 - Origen del evento: Aplicación web.
 - Código de usuario: Según corresponda al ATAP que realizó la visita.

- Rango de fechas: De ejecución de las visitas.
- Formato: PDF por defecto.

Una vez seleccionadas las variables al dar clic al botón generar reporte el sistema mostrará el siguiente documento.

Figura 83. Reportes de bitácora en visitas registradas en SIFF web.



Caja Costarricense del Seguro Social
Subárea de Enfermería
Sistema Integrado de Ficha Familiar
EBAIS MERCED 1-221301

Fecha: 01/28/2022
Hora: 15:49:25
Página: 1 de 1

Reporte de Bitácora

Detalle de la Consulta

Módulo:	8-VISITA DOMICILIAR	Código de usuario:	cicalvo
Tipo de evento:	1-REGISTRO	Rango de fechas:	01/01/2022 al 28/01/2022
Tipo de origen:	1-APLICACION WEB	Observaciones:	-

Ficha Familiar	Fecha	Usuario	Observación
1-1-2-106-1-34-1	18/01/2022	cicalvo	Se registra una realizacion de visita con id 39477
1-1-2-106-22-10-1	18/01/2022	cicalvo	Se registra una realizacion de visita con id 39478

Una vez con ese reporte puede ir a la funcionalidad de gestionar ficha familiar y buscar las fichas a supervisar revisando la pertinencia de los registros en la ficha, o bien utilizarlas como referencia para desplazarse y hacer la verificación en el campo.

- Si la visita fue registrada en el dispositivo móvil (tableta) se deben de seleccionar las siguientes variables en Reportes de Bitácora:
 - Módulo: Carga y descarga de datos.
 - Tipo de evento: Carga Centralizada
 - Origen del evento: Dispositivo móvil.
 - Código de usuario: Según corresponda al ATAP que realizó la visita.
 - Rango de fechas: De ejecución de las visitas.
 - Formato: PDF por defecto.

En este reporte es importante tomar en cuenta que la fecha que indica el reporte es la fecha en la que la ficha se sincronizó en el sistema y que en algunas ocasiones puede no coincidir con la fecha de la visita.

Figura 84. Reportes de bitácora en visitas registradas en SIFF móvil.


Sistema Integrado de Ficha Familiar
EBAIS MERCED 1-221301

Reporte de Bitácora

Detalle de la Consulta

Módulo:	11-CARGA Y DESCARGA DE DATOS	Código de usuario:	-
Tipo de evento:	6-CARGA CENTRALIZADA	Rango de fechas:	28/01/2022 al 28/01/2022
Tipo de origen:	2-DISPOSITIVO MOVIL	Observaciones:	-

Ficha Familiar	Fecha	Usuario	Observación
1-1-2-106-2-25-1	28/01/2022	cicalvo	Se registra una vivienda con id: 01010201060020025
			Se actualiza una visita con id -1
			Se registra una realizacion de visita con id 39523

Monitoreo de uso apropiado del almacenamiento de visitas programadas.

Idealmente en la pantalla de recorrido no debieran existir fichas familiares con más de un mes de antigüedad en su programación, sin embargo, va a depender de la situación particular de cada EBAIS. Es importante recordar que toda visita que se programa y se agrega a un paquete va a desaparecer de la pantalla de programar recorrido de Web. Y ésta es la forma correcta de proceder: Visita que se programa en recorrido, debe cargarse en el paquete de móvil.

Debe recordarse que a la hora de excluir una visita ya programada se está inactivando dicha programación por lo que es importante que se evalúe si esta acción es requerida según dinámica local.

Referencias

Alma-ata, U. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Ballesteros, H., Verde, J., Costabel, M., Sangiovanni, R., Dutra, I., Rundie, D., Cavaleri, F., & Bazán, L. (2010). Artículos científicos / Scientific Articles / Artigos científicos 8 | ANÁLISIS FODA (FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS). En Revista Uruguaya de Enfermería (Vol. 5, Issue 2).

Barbara Starfield, U. (1994). Primary care Is primary care essential?

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 245 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

CCSS_Gerencia Modernización. (1998). Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud.

CCSS_GG, & Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. (2022). Metodología para la Identificación de Necesidades de Salud de la Población.

CCSS_GG, & Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. (2021). Plan de reducción de brechas en el Primer Nivel de Atención en el corto y mediano plazo.

CCSS_GM_DDSS. (2019). Plan Institucional de Promoción de la Salud 2019-2024.

CCSS_GM_DDSS, & Área de atención integral a las personas. (2021). Manual de procedimientos de atención de niños en el escenario educativo, Red de Servicios CCSS.

CCSS_GM_DDSS, & CENDEISS. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Caja.

CCSS_GM_DDSS_ARSDT. (2014). Lineamiento para la aplicación de los conceptos “Supervisión Directa”, “Supervisión Indirecta” y “Monitoreo” en la Caja Costarricense de Seguro Social.

CCSS_GM_DDSS_ARSDT, & Coordinación Nacional de Enfermería. (2003). Manual Normativo de visita domiciliar de atención primaria primer nivel de atención.

CCSS_GM_DDSS_ARSDT, & Coordinación Nacional de Enfermería. (2018). Manual técnico y de Gestión del programa de visita domiciliar I nivel de atención.

CCSS_PE_Comisión Salud de Junta Directiva, & Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. (2019). Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

GM_DDSS. (2021). Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Gestión en la DDSS.

Gómez Rubén Darío, & González Edwin Rolando. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción: factores que deben considerarse. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol.22. No. 1.

IMAS, & CCSS. (2017). Convenio de cooperación entre el IMAS y la CCSS y el SINIRUBE.

MEP, MS, CCSS, & Dirección Nacional de CEN-CINAI. (2019). Manual de procedimientos: Integración y gestión del equipo Regional Intersectorial Coordinador de la RISA en el marco SAIID.

Morfi Samper, R. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. <http://scielo.sld.cu>

OMS. (1998). Promoción de la Salud Glosario Organización Mundial de la Salud Ginebra.

OMS, & OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 246 de 246
<i>MANUAL DE GESTIÓN</i>	<i>ATENCIÓN DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</i>	<i>CÓDIGO: CÓDIGO MG-GM-DDSS-ARSDT-ENF-080323</i>

OPS. (2008). Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud - Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.

Presidencia de La República. (2015). Reglamento de comisiones y oficinas o departamentos de salud ocupacional.

Presidencia de la República, & Ministerio de Salud. (2019). DIRECTRIZ: DIRIGIDA AL MINISTERIO DE SALUD Y A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL “IMPLEMENTACIÓN DE LA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA MALARIA Y TOMA DE GOTA GRUESA”.

Sarli, A. O., Ruth, R., González, P. O., & Inés, S. (2015). Análisis FODA. Una herramienta necesaria.

Sevilla; Denise Aube; John, F., & Lumpkin, R. (2004). ATENCIÓN PRIMARIA Y RESPONSABILIDADES DE SALUD PÚBLICA EN SEIS PAÍSES DE EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE: UN ESTUDIO PILOTO *. En Per Hjortdahl (Issue 1). Johns Hopkins School of Public Health.

Solís Cordero, K., & Guevara Frances, G. (2015). Programa de visita domiciliaria del sistema de salud costarricense: lineamientos para su mejora. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 29. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19671>

Vargas González, William. (2006). Atención primaria de salud en acción : su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. EDNASS, CCSS.