

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ACCIÓN

**SU CONTEXTO HISTÓRICO, NATURALEZA
Y ORGANIZACIÓN EN COSTA RICA**

**Lo que todo trabajador de salud debe saber para su
buen desempeño en el primer nivel de atención**

DR. WILLIAM VARGAS GONZÁLEZ

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE ACCIÓN SOCIAL
2006**



362.1 Vargas González, William
v297a Atención primaria de salud en acción : su contexto
histórico, naturaleza y organización en Costa Rica /
William Vargas González -- San José, C. R. : EDNASSS-
CCSS, 2006
232 p. ; il.

ISBN 9968-916-30-7

1. SERVICIOS DE SALUD 2. ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD 3. SALUD PUBLICA 4. COSTA RICA 5. NIVELES DE
ATENCIÓN DE SALUD 6. REFORMA EN LA ATENCIÓN DE LA
SALUD I. Título

La publicación de esta obra fue aprobada por el Consejo Editorial, en la Sesión
102 del 2 de mayo del año 2006.

Levantado de texto: El autor

Arte e impresión: Soluciones Litográficas S.A.

Dirección Editorial: Licda Virginia Siles Rojas

Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2006

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)

Caja Costarricense de Seguro Social

Apdo. 10105-1000 San José, Costa Rica

Teléfono 221-6193 ext. 217

Fax 233-8359

Email: ednasss@ns.binasss.sa.cr

EDNASSS: Una editorial comprometida con el desarrollo de la Seguridad
Social

ACERCA DEL AUTOR

William Vargas González, MD, posgrado en pediatría y MSc. en Nutrición Humana (Universidad de Londres). Exdirector de: Servicio de Nutrición y Departamento de Pediatría Social (Hospital Nacional de Niños), Programa de Salud Rural (Ministerio de Salud), Departamento de Medicina Preventiva (CCSS), Escuela de Salud Pública (UCR) y Programa de Atención Integral de Salud (UCR). Laboró con UNICEF en el Programa de Supervivencia Infantil para Centroamérica (1984-1989). Inició su labor académica con la UCR en 1970 hasta su retiro en el 2003. Tiene publicados más de 65 trabajos en manuales y revistas científicas nacionales e internacionales. Reconocimientos por su destacada labor: Escuela de Salud Pública-UCR (1998), Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (2002), Programa de Atención Integral de Salud-UCR (2004). La Universidad de Costa Rica le confiere el título de catedrático en 1995 y la categoría de Profesor Emérito en mayo del 2005.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
LISTADO DE ABREVIATURAS	10
GLOSARIO DE TÉRMINOS IMPORTANTES	11
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO 1: CONTEXTO HISTÓRICO	17
La salud en zonas rurales en los años treinta. Las unidades sanitarias. Las unidades móviles. Evolución de los indicadores de salud de 1930-1970.	
CAPÍTULO 2: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS	25
DÉCADAS DE LOS 70 Y LOS 80: PRIMERA GRAN REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA	
La primera reforma del sistema de salud. El Programa de Salud Rural. El Programa de Salud Comunitaria Urbano. El Programa Hospital sin Paredes de San Ramón. El Programa Rural de Salud de San Antonio de Nicoya. Los sistemas locales de salud (SILOS). Evolución de indicadores de salud de 1970-1990.	
CAPÍTULO 3: LA SEGUNDA REFORMA DE SALUD DE LOS 90	39
O EL MODELO READECUADO	
El proyecto de reforma del sector salud. Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. Readequación del modelo de atención. Características del nuevo modelo de atención. Los primeros pasos de la reforma. Evolución de los indicadores de salud en los años de 1990-2003.	
CAPÍTULO 4: ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?	57
Definición de Alma Ata. Evolución del concepto de Atención Primaria de Salud. La Atención Primaria en los países industrializados occidentales. Las ocho funciones de la Atención Primaria de Salud: 1) Proceso administrativo: planificación, organización, dirección y liderazgo, monitoreo y evaluación. 2) Mantenimiento de la salud. 3) Prevención de enfermedades. 4) Diagnóstico y tratamiento. 5) Rehabilitación. 6) Certificación. 7) Cuidado pastoral. 8) Promoción de la salud y participación social.	

CAPÍTULO 5: ¿CUÁLES SON LOS ALCANCES Y LOS OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?65

Accesibilidad. Aceptable a toda la población. Responder a las necesidades de las personas en las diferentes edades. Máximo uso de tecnologías apropiadas y de recursos para atender las necesidades. Personal bien capacitado y motivado. Disponibilidad de los equipos y suministros para sus labores. Tener objetivos claros, sobre la base de las metas pactadas anualmente en los Compromisos de Gestión. Ejemplo de Compromiso de Gestión año 2004.

CAPÍTULO 6: ¿DÓNDE SE REALIZA LA ATENCIÓN PRIMARIA?75

Los escenarios de trabajo: las viviendas, los centros de salud, los centros educativos, los centros de trabajo y la comunidad.

CAPÍTULO 7: ¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?83

El trabajo en equipo. **El equipo básico de atención integral de salud (EBAIS):** el médico general, la auxiliar de enfermería, el asistente técnico de atención primaria de salud (ATAPS), el auxiliar de registros de salud, el técnico de farmacia y la conserje. Actividades comunes del EBAIS. **El Equipo de Apoyo:** médico especialista en administración de servicios de salud, en salud pública o el médico de familia, enfermera profesional, trabajadora social, nutricionista, administrador, odontólogo, farmacéutico, microbiólogo, psicólogo y sociólogo. Actividades comunes del Equipo de Apoyo. **La comunidad:** asociaciones de desarrollo, comités de salud, grupos de autoayuda, las redes, las juntas de salud. **Comisiones y grupos de trabajo.**

CAPÍTULO 8: LA ORGANIZACIÓN DE LA OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS. NIVELES DE TRABAJO Y DE RESPONSABILIDAD105

El sistema nacional de salud. Los niveles de atención. Los niveles administrativos. Política nacional de salud 2002-2006 y APS. La oferta básica de servicios de salud.

CAPÍTULO 9: LA ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE SALUD: CLÍNICAS CON ESPECIALIDADES Y LOS HOSPITALES113

Relación entre niveles del sistema de salud. Sistema de referencias y contrarreferencias. Las hospitalizaciones, la atención de emergencias y de los partos. Referencias y contrarreferencias que sí funcionan.

CAPÍTULO 10: LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD:.....119

DERECHOS Y DEBERES, NECESIDADES Y SATISFACCIÓN

Los usuarios del servicio de salud. Los derechos y deberes de los usuarios. Contralorías de servicios de salud. Necesidades de los usuarios. Medición de satisfacción de los usuarios.

CAPÍTULO 11: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE.....125

SALUD. SUPERVISIÓN, APOYO LOGÍSTICO Y SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

Gestión de la Atención Primaria de Salud. Funciones administrativas del coordinador del EBAIS. El proceso administrativo. La planificación local en un servicio de salud. Supervisión y apoyo logístico en los EBAIS. El sistema de información en salud.

CAPÍTULO 12: ¿CÓMO CONOCEMOS QUE EL PROGRAMA.....137
FUNCIONA?

Evaluación de estructura, procesos y resultados. Evaluación del Compromiso de Gestión. Encuestas de satisfacción de los usuarios. Evaluación de costos. Evaluación de la atención integral de salud. Metodología de condiciones trazadoras.

CAPÍTULO 13: FINANCIAMIENTO Y COSTOS145

El financiamiento de los servicios de salud. Los costos en los servicios de salud. Los costos en un EBAIS y en un Área de Salud. Asignación de presupuestos por Áreas de Salud. Evolución de indicadores del gasto público en salud, de los tipos de aseguramiento y de las coberturas del seguro de salud.

CAPÍTULO 14: FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL.....153
PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La formación y la educación continuada. La formación profesional de grado. La formación de los técnicos. La formación en posgrados. La educación continuada. Cursos especiales para personal del primer nivel.

CAPÍTULO 15: LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN.....175
PRIMARIA DE SALUD

La investigación en Atención Primaria. Investigación clínica. Investigación epidemiológica. Investigación en servicios y en políticas de salud. Investigación de la docencia.

CAPÍTULO 16: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD183

Definición y orígenes de la promoción de la salud. Estrategias de promoción de la salud. El marco de la promoción de la salud.

CAPÍTULO 17: LA PARTICIPACIÓN DE LA UNIVERSIDAD191
DE COSTA RICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
CONVENIO UCR – CCSS

La integración academia-servicios de salud. Programa de Atención Integral de Salud (PAIS). Elementos del Modelo de Atención Integral de Salud. Fases del Proyecto. Adquisición y desarrollo de la infraestructura. Actividades académicas de acción social, investigación y docencia. La organización y la administración del Programa. Lecciones aprendidas.

CAPÍTULO 18: ¿HACIA DÓNDE VAMOS? LOS PROBLEMAS205
DE SALUD ACTUALES Y EMERGENTES. NUEVOS RETOS
Y NUEVAS ESTRATEGIAS

Los problemas de salud del presente y emergentes. Nuevos retos y nuevas estrategias. La respuesta institucional a los nuevos retos. Las amenazas de la seguridad social. Los retos actuales y futuros del seguro social. La nueva medicina. Nuevas estrategias: la tercera reforma de los servicios de salud.

CONSULTAS BIBLIOGRÁFICAS219

ANEXOS:

ANEXO 1: Lista de exámenes de laboratorio para el primer nivel.225

ANEXO 2: Lista de medicamentos para el primer nivel.226

ANEXO 3: Lista de mobiliario y equipo para un EBAIS.232

AGRADECIMIENTOS

Seguramente son muchas las personas que me han impulsado y estimulado a escribir este libro. Principalmente un importante grupo de profesionales y técnicos con quien tuve el privilegio de trabajar durante cinco años en el Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), Convenio UCR-CCSS, así como el trabajo realizado con líderes comunales y personas que son atendidas por el PAIS. Muchas conversaciones personales y reuniones de análisis, permitieron construir conjuntamente un modelo de trabajo para el primer nivel con el enfoque de la APS, dentro del marco del Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica.

Paralelamente al modelo de salud, se fue construyendo un modelo académico de docencia, investigación y de acción social, articulado con el programa de salud. La peculiaridad de la participación de centenares de estudiantes de la Universidad de Costa Rica cada semestre, de todos los niveles de enseñanza y de las más diversas carreras, amerita que ellos dispongan de la información actualizada del modelo de salud en Costa Rica. Esta situación se constituyó también en una importante fuente de motivación.

Debo agradecer y destacar la enorme contribución y el apoyo siempre presente durante esos años del Sr. Rector, Dr. Gabriel Macaya Trejos y de la Vicerrectora de Acción Social de la Universidad de Costa Rica, Dra. Leda Muñoz García, quienes con su compromiso y decisión hicieron realidad el programa.

Agradezco a la Dra. Gabriela Salguero López, quien trabajó en un EBAIS por varios años y actualmente es coordinadora del Área de Salud de Montes de Oca, sus valiosas observaciones y detallada revisión de los diferentes capítulos. Al Dr. Álvaro Salas Chaves, expresidente de la CCSS, quien aportó diversas y muy atinadas indicaciones a los primeros capítulos. Al Dr. Mario León Barth, actual Director del PAIS por la revisión completa de los borradores y sus importantes observaciones, y al Lic. Fernando Chavarría Lizano, Coordinador Académico del PAIS, también le agradezco sus importantes observaciones al capítulo 17 en el cual se analiza la participación de la UCR. A Oscar Aguilar Sandí, filólogo, por su excelente contribución para que este trabajo tenga una mejor presentación idiomática. Finalmente, agradezco muy en particular a mi esposa Rosi Carballo Picado (socióloga) quien labora en el Ministerio de Salud y es docente de la Universidad de Costa Rica, por el estímulo permanente a seguir adelante con el proyecto, sus acertadas observaciones y la revisión completa del texto.

LISTADO DE ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

ASIS: Análisis de la Situación Integral de Salud

ATAPS: Asistentes Técnicos de Atención Primaria de Salud

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

CONESUP: Consejo Nacional de Educación Superior

DINADECO: Dirección Nacional de Desarrollo Comunitario

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral de Salud

FUNDEVI: Fundación para el Desarrollo de la Investigación

GAM: Grupos de ayuda mutua

INAA: Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados

INS: Instituto Nacional de Seguros

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAIS: Programa de Atención Integral de Salud, Convenio UCR-CCSS

PAO: Plan Anual Operativo

SEP: Sistema de Estudios de Posgrado

SIG: Sistema de Información Gerencial

SILOS: Sistemas Locales de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

TCU: Trabajo Comunal Universitario

UCR: Universidad de Costa Rica

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

GLOSARIO DE TÉRMINOS IMPORTANTES

1. Ambiente: Medio físico, biológico, químico, psicosocial y cultural en que se desenvuelven los seres vivos; sistemas de relaciones sociales y ecológicos que permiten la vida en la Tierra. El ambiente es un poderoso determinante de la salud-enfermedad.

2. Atención integral de salud: Debe partir de la concepción de la salud como un proceso de construcción social, y por lo tanto debe tomar en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial y otros, de los diferentes grupos sociales. Exige, además, tomar en consideración a todos los actores sociales en un proceso de participación democrática, dirigido al desarrollo de las potencialidades y responsabilidades tanto individuales como colectivas. Incluye actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

3. Comunidad: Grupo de población en que los miembros están o pueden estar en contacto directo unos con otros, tienen intereses sociales comunes, y están ligados a objetivos comunes. En el contexto de la atención de salud, la comunidad tiene un ámbito geográfico y se refiere a un barrio, a un pueblo o a un caserío.

4. Demanda: Se expresa en la solicitud de atención o servicios de salud por la población adscrita al centro de salud. La demanda no siempre refleja las necesidades reales de las personas. Hay una demanda inducida por el personal de salud en las consultas de tipo preventivo (control prenatal, de crecimiento y desarrollo), o en las consultas de control de enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos y otras).

5. Desarrollo social: Desarrollo humano, cultural y social de las colectividades humanas y del hombre, como individuo.

6. Educación para la salud: Actividad educativa diseñada para ampliar los conocimientos individuales y de la población en relación con la salud. En el pasado ha estado ligada a la prevención de la enfermedad; más recientemente se vincula a la promoción de la salud para fomentar conductas saludables personales, a grupos, organizaciones y comunidades.

7. Equipo de salud: Conjunto de profesionales, técnicos y personal administrativo, quienes participan en forma colaborativa, cada uno según sus funciones, en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de un programa de salud.

8. Estrategias: Vías de acción que la organización elige para alcanzar los objetivos y las metas, considerando tanto los recursos disponibles o posibles, las fortalezas, debilidades y oportunidades, como la viabilidad técnica, financiera, política, administrativa y legal para alcanzarlos.

9. Medicina comunitaria: Rama de la medicina concerniente a poblaciones o grupos, más que a pacientes individuales. Requiere de conocimientos de epidemiología, organización y evaluación de la atención médica y de aspectos de administración de servicios de salud (S. L. Kart).

10. Oferta de servicios de salud: Conjunto de recursos organizados para satisfacer las necesidades de salud de una determinada comunidad.

11. Promoción de la salud: “Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social en un individuo o grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”. Carta de Ottawa, 1986.

12. Prevención de enfermedad: Estrategias para atenuar o aminorar los factores de riesgo de enfermedades específicas; estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad. Se habla entonces de **prevención primaria** para evitar la aparición inicial de una enfermedad (ej. vacunaciones); de **prevención secundaria**, para detener o retardar una enfermedad existente mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (ej. diagnóstico y manejo adecuado del paciente hipertenso, el diagnóstico del cáncer cérvico-uterino mediante el PAP); y de **prevención terciaria**, que se refiere a la rehabilitación y a impedir el avance de la enfermedad (ej. la rehabilitación de un accidentado de tránsito o la detención del daño de las complicaciones de la diabetes).

13. Participación social en salud: Se da cuando grupos organizados de personas en una comunidad se involucran activamente en los procesos de análisis de situación de salud, en la planificación de los programas locales, la ejecución de proyectos y actividades encaminadas a la promoción de la salud. También participan en los grupos de autoayuda y otras formas de intervención social.

14. Plan nacional de salud: Documento que recoge las políticas, programas y proyectos de salud de un país en un periodo determinado; generalmente en cuatro años.

15. Planificación estratégica en salud: “Se entiende como la forma de relacionar los problemas y necesidades de salud que presentan los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal modo que sea posible definir prioridades,

considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema” (OPS/OMS, 1999).

16. Programa de salud: Grandes conjuntos que articulan los objetivos, metas, actividades y recursos a ejecutar en un periodo determinado; generalmente se desagregan en proyectos.

17. Proyecto: Conjunto de tareas organizadas para la consecución de un producto verificable, caracterizado por tener un inicio y un término claramente definidos. Por su complejidad e importancia algunas veces un proyecto no depende de un programa.

18. Salud y enfermedad: El concepto de salud-enfermedad ha evolucionado a lo largo de los siglos y el mismo tiene implicaciones en las estrategias de la atención y en los servicios de salud. Un primer acercamiento fue el enfoque monocausal y biológico: cada enfermedad se debía a un agente causal y la salud se entendía como la ausencia de enfermedad. Posteriormente, con la descripción de la triada ecológica, la salud se entiende como un equilibrio entre el agente, el huésped y el ambiente. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta su famosa definición: “La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Posteriormente aparece el concepto de riesgo que da origen al diagnóstico situacional. Más recientemente se ha generalizado el enfoque multicausal: la salud-enfermedad como proceso (Lalonde, Macmahon, M. Terris). Finalmente, la salud-enfermedad se conceptualiza como producto del desarrollo armónico de la sociedad. La salud no es un “estado”; la salud es una situación relativa, dinámica, variable, producto de la vida social de la población y del individuo, influenciada por un conjunto de factores determinantes.

19. Salud comunitaria: “El mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad, incluyendo la rehabilitación y reinserción social, además de actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular; todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad. Salud comunitaria es entendida como la estrategia local de salud pública” (H. San Martín y V. Pastor).

20. Salud pública: “Es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de higiene personal; organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la

comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (M.Terris). Las acciones de salud pública se concentran en la población más que en los individuos. Están directamente relacionadas, por ejemplo, con el mejoramiento del ambiente, la higiene de los alimentos y la seguridad alimentaria, las condiciones de vida y de trabajo, la vigilancia de la salud, entre otros.

21. Sistema nacional de salud: Conjunto de instituciones y establecimientos que conforman el sector público y privado. Su fin es procurar la salud de las personas, de las familias y de la comunidad. (Reglamento General del SNS, Costa Rica, 1989).

22. Trabajo en equipo: Participación activa y consciente del equipo de salud en las distintas fases de un programa. Los integrantes de un equipo de salud tienen una misma visión y misión, así como objetivos y metas comunes.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es un aporte de valor agregado del Programa de Atención Integral de Salud (PAIS) de la Universidad de Costa Rica (UCR), como contribución al fortalecimiento de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Durante los primeros cinco años de la ejecución del PAIS tuve el privilegio de trabajar en la Vicerrectoría de Acción Social, desde su planificación y la negociación del convenio con la CCSS, hasta las etapas de implementación. Durante estos años pude observar directamente las restricciones a que se enfrenta el personal de salud en cuanto a conceptos, conocimientos y prácticas de la Atención Primaria de Salud (APS), así como para reconocer en detalle sus funciones.

Fue en 1978 cuando nace el concepto y la definición de la APS, en una reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Alma Ata (antigua URSS), en donde participan todos los países miembros de esas organizaciones, entre ellos Costa Rica. Para ese año, Costa Rica ya tenía una importante experiencia en programas de extensión de cobertura con el enfoque de la APS, en las zonas rurales y en las ciudades. Los programas que se estaban desarrollando en el país se constituyeron en modelos que fueron motivo de estudios y de visitas por gran número de observadores, procedentes de muchos países y organizaciones. Veinticinco años después (2003), la OMS y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) hacen un relanzamiento de la Atención Primaria e instan a todos los países a que retomen con mayor fuerza este tema, ya que la meta: Salud para Todos en el Año 2000, estuvo muy alejada de sus objetivos en numerosos países del orbe. En Costa Rica, ya en 1993 se había aprobado un importantísimo proyecto de reforma del sector salud, con un énfasis particular en la Atención Primaria, el cual inició su implementación en 1995. Este libro retoma esas experiencias, con el objetivo de que el personal profesional y técnico del primer nivel de atención disponga de una herramienta informativa y actualizada sobre el tema, con lo que pretendemos aumente la eficiencia y la calidad de la atención. Se pretende además, que este libro sea de utilidad a profesionales y técnicos que laboran en otros niveles del sistema de salud, para que comprendan con mayor acierto la complejidad y la diversidad de funciones en el primer nivel. Los estudiantes de las diversas áreas de la salud y otras relacionadas también pueden ser beneficiados.

Generalmente el personal de salud dispone de las Normas Técnicas de Atención de Salud a las Personas y un buen número de documentos y circulares, muchas veces perdidos en los archivos. Gran parte de estos profesionales dispone de los módulos del curso “Gestión Local de Salud” de la Escuela de Salud Pública de la UCR, aunque no siempre se utilizan las enseñanzas de sus contenidos en la práctica cotidiana. En las librerías del país y las ventas de textos, relacionados con salud y medicina, lo que se ofrece son libros cuyos contenidos se refieren a las especialidades médicas, y uno que otro sobre epidemiología y salud pública. Textos

sobre medicina general no existen, y menos aún, libros para el personal de salud que labora en el primer nivel de atención. En consecuencia, esta ausencia de material sobre APS restringe su formación y el proceso de educación continuada. Las universidades, por otra parte, forman a los futuros profesionales de salud en centros hospitalarios especializados, en donde ingresan los enfermos con patologías poco comunes y con complicaciones; se utilizan medios de diagnóstico y de tratamiento de gran complejidad, y los docentes son especialistas en sus diversos campos. Estos profesionales, así formados, deberán trabajar en un contexto completamente diferente y enfrentarse a la solución de problemas de salud y administración de los servicios que les son desconocidos.

De acuerdo con estudios que se han realizado en varios países, el 80% de los problemas de salud de la población puede resolverse en el primer nivel de atención, si se dispone de los recursos y de tecnologías apropiadas; del 12 al 15% necesita la atención de especialistas en forma ambulatoria, en un segundo nivel o en las consultas externas de los hospitales; y sólo de un 5 al 8 % requiere de hospitalización (4.4). En el primer nivel de atención es donde primordialmente se llevan a cabo todas las actividades de prevención y de promoción de la salud.

Este trabajo no pretende ser un texto de medicina general, ni una revisión exhaustiva de lo que es la APS en otros países. Es una conceptualización de la Atención Primaria de Salud y es una recopilación de contenidos de documentos muy diversos y dispersos, de experiencias y de conocimientos que pueden contribuir a mejorar el desempeño del personal de salud del primer nivel. Y, como bien lo señala recientemente la persona más influyente en materia de la seguridad social y servicios de salud de los últimos 35 años en Costa Rica, el Dr. Guido Miranda Gutiérrez: “El programa de atención primaria es el objetivo fundamental de los servicios de salud hoy en día” (entrevista de La Nación 17/07/2005).

Finalmente, debo señalar que una parte considerable de las ideas aquí expuestas se inspira en dos importantes libros sobre Atención Primaria: “Manual of Primary Health Care” de Peter Pritchard (1978) y “Atención Primaria” de Bárbara Starfield (2001). De ambos se hacen las respectivas referencias en los capítulos que corresponden.

El autor

CAPÍTULO 1

CONTEXTO HISTÓRICO

LA SALUD EN ZONAS RURALES EN LOS AÑOS TREINTA

Era el año 1934 cuando una joven de apenas 16 años llegó a un pequeño poblado del cantón de San Carlos con su flamante título de Maestra de Educación Primaria otorgado por la Escuela Complementaria de San Ramón, Alajuela: importante centro educativo para la formación de maestros en esa época. La mayoría de estos maestros se desplazaba a las zonas rurales de todo el país, como era el caso de esta joven educadora. El pueblo se llamaba Los Caños y la conformaban entonces unas 30 familias dispersas en pequeñas fincas, las cuales vivían de la agricultura de subsistencia y de pequeños hatos de ganado vacuno para la producción de leche y queso, así como el engorde de toretes y vacas para la comercialización en la plaza de la ciudad de Alajuela.

Estas familias también cuidaban y engordaban uno o dos cerdos, con bananos y yuca que cultivaban en el “cerco” o huerta familiar, situada alrededor de la vivienda. Tanto el cerdo como una pequeña camada de gallinas ponedoras y de pollos circulaban libremente por los alrededores de la vivienda e incluso dentro de ella. Uno o más perros completaban los inquilinos habituales del grupo familiar.

En la huerta, generalmente crecían algunas matas de plátanos y de banano, de ayote y de chayote, y de tubérculos, tales como yuca, tiquizque y ñampí; una pequeña parcela de maíz y de frijoles, y tres o cuatro árboles de naranja y de limón ácido. En consecuencia, la dieta de la familia respondía a este esquema de producción agropecuaria familiar.

La estructura de las casas era entonces de madera rústica obtenida en sus propias parcelas o fincas; el agua se extraía de una acequia o quebrada, o bien, llegaba a una pileta en la casa por medio de una canoa de bambú o de palmilera (de la que se extrae el palmito), abundante en esta zona del país. Los techos se hacían con hojas de la caña de azúcar o de tablillas de madera de la zona. El piso era de madera y muy frecuentemente, de tierra apelmazada; o combinaban ambas estructuras. La mayoría de las casas no poseía servicio sanitario para la disposición de las excretas, y cuando existía, era una letrina de hueco en las inmediaciones de la vivienda. Las basuras de los restos alimentarios y otros desperdicios se esparcían en el cerco como abono y para la alimentación de los cerdos y las gallinas; no existían los plásticos.

En estos pueblos rurales, una porción importante de la población no usaba zapatos, en especial los niños, quienes generalmente caminaban descalzos. Las lluvias eran abundantes durante nueve meses del año, los zapatos se utilizaban en los sitios públicos cerrados, tales como la escuela y la iglesia; en cualquier otra situación los andaban colgados al cuello, y para muchos de ellos esta prenda era totalmente desconocida.

En estas condiciones sanitarias y de un estilo de vida restringido y de pobreza, las enfermedades prevalentes eran las diarreas y las parasitosis intestinales, las infecciones respiratorias y de la piel, los accidentes con las herramientas agrícolas y las mordeduras de serpientes, las enfermedades prevenibles por vacunas (sarampión, tosferina, difteria y tétanos), así como las vinculadas al parto y posparto. La desnutrición en los niños era muy frecuente a partir de los seis meses; se hacía más evidente a partir del año de edad y durante todo el periodo preescolar. La lactancia materna se prolongaba por un año o más.

Según relatos de la época, los niños eran muy delgados, con el abdomen prominente y con una gran palidez debido a la anemia por deficiencia de hierro. La anquilostomiasis y las diarreas por amebiasis intestinal, así como la malaria dejaban como secuela este tipo de anemia. Cuando un niño tenía fiebre alta por la ocurrencia de procesos infecciosos agudos, era frecuente que a la vez sufriera un “ataque de lombrices”, lo cual significaba la expulsión masiva de áscaris lumbricoide por la boca, nariz y ano, de docenas y a veces centenas de estos parásitos. Algunos niños morían por asfixia a consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias por los áscaris. También podía observarse con alguna frecuencia el prolapso del recto por la infestación masiva de tricocéfalos.

A mediados y finales de la década de los sesenta, todavía era relativamente común observar tales episodios de expulsión masiva de cien o más áscaris después de un tratamiento antihelmíntico y el prolapso rectal, en niños de procedencia rural en el Hospital Nacional de Niños.

A finales de 1936 aquella joven maestra contrajo matrimonio, y en 1942 ya era madre de cuatro niños. En ese año, los dos hijos mayores contrajeron la difteria; en uno de ellos se manifiesta levemente y logra sobrevivir con los cuidados que se le otorgan en el hogar; el otro niño, de cuatro años, presenta la sintomatología grave de asfixia respiratoria y los signos de intoxicación propios de esa enfermedad. Fue posible trasladarlo en una avioneta desde un aeropuerto cercano, hacia la ciudad de San José, para su tratamiento en el Hospital San Juan de Dios; sobrevivió. Otro de los niños, de un año de edad, murió de diarrea aguda y deshidratación. El cuarto hijo, recién nacido, se mantuvo sano con lactancia materna exclusiva.

En los siguientes diez años esta joven madre procrea otros seis hijos; uno de ellos muere de sarampión a los dos años de edad, otro muere al final del embarazo tras una crisis de eclampsia. Ella misma logra sobrevivir a un estado de coma prolongado debido a la eclampsia, y concluye su vida reproductiva con un último embarazo gemelar a los 36 años. Cabe señalar que esta historia es real; el niño que sobrevivió a la difteria en 1942 es quien ahora la relata.

Situaciones como la referida se repetían una y otra vez en las familias rurales; diez o más embarazos eran lo usual y, para algunas familias, quedaban en el camino tres, cuatro o más niños. En otras ocasiones, no tan infrecuentes, fallecía la madre. Para 1940, la mortalidad infantil en Costa Rica era de 132/1000; o sea que de cada mil niños nacidos vivos morían 132 durante el primer año de vida.

Los medios de comunicación en estas localidades eran caminos vecinales de tierra, transitables únicamente por caballo o mula, y durante la época seca por carreta tirada con bueyes. Quedaban a muchas horas de distancia de los poblados de mayor desarrollo. Los ríos, algunos de ellos de caudal importante, carecían de puentes e impedían con frecuencia, en la época de las lluvias, la salida o llegada de personas a estos parajes. Por esa época ya se disponía del telégrafo en algunos pueblos rurales, y por muchos años éste fue un valioso medio de comunicación con el resto del país.

El servicio de salud más cercano a Los Caños se ubicaba en Villa Quesada (hoy Ciudad Quesada), en donde estaba destacado un médico, contratado por la Secretaría de Salud y Bienestar Social. Este médico era el único recurso profesional en salud para la población de todo lo que hoy se conoce como la Región Huetaar Norte, que incluye los cantones de San Carlos, Los Chiles, Guatuso y el distrito de Río Cuarto del cantón de Grecia.

Los pequeños asentamientos rurales disponían entonces de parteras tradicionales o matronas, quienes atendían los partos de las mujeres que año a año quedaban embarazadas. Generalmente al acercarse la fecha del parto, o con los primeros síntomas del mismo, estas señoras se desplazaban a la casa de la parturienta y permanecían allí una semana o más, dependiendo de la demanda, de clientes que requirieran de sus servicios. Ellas atendían las necesidades de la mujer en trance, la de los niños pequeños, y con frecuencia se encargaban de preparar la alimentación para toda la familia. Varios pollos y gallinas se sacrificaban para mejorar la dieta de la parturienta y también de la partera, quien exigía un buen trato en la alimentación. Por lo general, la partera dejaba transcurrir el parto naturalmente y solo ayudaba a la parturienta apoyándola con palabras de aliento. Una vez nacido el niño, la partera lo limpiaba de los restos de sangre y meconio, y procedía a cortar el cordón umbilical, ya fuera con una tijera de uso en el hogar para cortar telas en la confección de ropa, o con un cuchillo de cocina. Estos instrumentos se “esterilizaban” friccionándolos con alcohol o con guaro de caña, y a veces hirviéndolos. El cordón umbilical se amarraba con un hilo de coser, con un cáñamo de algodón si estaba disponible, o con un “burío”: cuerda elaborada de la corteza machacada y seca de un árbol del mismo nombre, muy utilizadas por los pobladores de ciertas zonas en esa época.

En los días posteriores al nacimiento del niño se le aplicaba “licopodio” al ombligo, hasta que se desprendiera, ocho o diez días después. La mujer, en el periodo de posparto permanecía en la cama por ocho o más días como si estuviera enferma, no se le permitía bañarse, recibía una atención especial durante la “cuarentena” y no debía tener acercamientos sexuales. Dedicaba mucho tiempo al cuidado del niño. A todos los bebés se les alimentaba exclusivamente con lactancia natural por más de seis meses.

Algunos poblados también disponían de servicios dentales, otorgados por dentistas empíricos o tradicionales, cuyas funciones principales eran la extracción de piezas dentales severamente dañadas y que producían dolor, así como la confección de

dentaduras postizas. Uno o dos curanderos y algunas “sobadoras” formaban parte de la oferta de los servicios de salud de estos pueblos.

Durante los siguientes treinta años, a finales de los sesenta e inicios de los setenta, los servicios de salud en Costa Rica habían evolucionado y se extendieron a las zonas rurales concentradas. Las Unidades Sanitarias de entonces estaban ubicadas en las cabeceras de los cantones, al igual que algunas clínicas de la CCSS, pero la población rural dispersa, que entonces era un tercio de la población total, seguía desprotegida de los servicios de salud.

De acuerdo con la información de las encuestas familiares, que se iniciaron en 1972 por el personal recién capacitado para el Programa de Salud Rural, las condiciones sanitarias de la vivienda, la prevalencia de enfermedades y el acceso a los servicios de salud, no diferían mucho de los descritos al inicio de los años cuarenta. Para la mayoría de poblados de la península de Nicoya, de Upala y Los Chiles, de la provincia de Limón, de la costa del Pacífico y la zona sur del país, de los cantones de Acosta, Puriscal y la zona de Los Santos, el 50% de las casas tenían piso de tierra; carecían de letrina y agua potable; la mayoría de los niños crecía sin haberse vacunado y morían de sarampión, de tosferina, de diarreas con deshidratación y de infecciones respiratorias; la desnutrición en menores de cinco años era muy elevada, igual que la parasitosis intestinal y la anemia por carencia de hierro. La mortalidad infantil se mantenía sobre 100/mil nacidos vivos en esos cantones. El acceso a los servicios de salud estaba tan restringido por diversas circunstancias, por lo que los pobladores no tenían más opción que recurrir a las medicinas caseras y las de los curanderos; la mayoría de los partos eran atendidos por parteras tradicionales.

LAS UNIDADES SANITARIAS

La Secretaría de Salud y Bienestar Social inició la atención ambulatoria de salud a la población en forma organizada e institucionalizada a mediados de la década de los treinta, mediante la instalación de lo que se llamaron entonces las “Unidades Sanitarias”. La primera Unidad Sanitaria fue creada e inaugurada por el Dr. Solón Núñez Frutos en 1934 en la ciudad de Turrialba; entre 1942 y 1947 se pusieron en operación diez más, y para 1950 ya estaban en funcionamiento 33, además de 12 Centros Rurales de Asistencia. Para 1970 funcionaban 62, y en 1976, 74 (1.1).

Las Unidades Sanitarias se ubicaron en las cabeceras de cantón. El recurso humano en estos establecimientos de salud lo integraba un médico general, una o dos enfermeras profesionales, generales u obstétricas, de una a tres auxiliares de enfermería, un conserje, un inspector sanitario, un técnico de farmacia y un técnico de laboratorio.

Algunas de las Unidades Sanitarias evolucionaron y alcanzaron la categoría de Centros Rurales de Asistencia, los cuales disponían de dos médicos y dos o tres enfermeras profesionales, además del personal técnico y auxiliar. Estos Centros, ubicados en las cabeceras de cantón de las zonas rurales más alejadas, disponían

de un servicio de maternidad, con cuatro a seis camas para la atención de partos, de abortos incompletos y de algunas emergencias.

En 1970 se alcanzó un número máximo de 17 de estos centros y para 1976 sólo estaban en funcionamiento 6 de ellos; esta reducción se debió a la apertura de los hospitales rurales de la CCSS (1.1). A partir de 1985, a las Unidades Sanitarias se les denominó “Centros de Salud”, los cuales alcanzaron un número máximo de 80 por esa época; este número de centros se mantuvo hasta su cierre técnico a mediados de los años noventa.

La Unidades Sanitarias y los Centros de Salud vinieron a desempeñar un importantísimo papel en la oferta de servicios de salud ambulatorios a la población durante cinco décadas. Además de la atención de los enfermos de todas las edades, en estos centros se desarrollaron los programas preventivos de salud para el niño y la mujer: el control de crecimiento y desarrollo, las vacunaciones, el control prenatal y de posparto, planificación familiar y el programa de salud escolar, entre otros. En estos centros también se fortalecieron y se impulsaron las cuatro “luchas”: antivenérea, antituberculosis, antiparasitaria y antimalárica. Los servicios de odontología también se destacaron en la oferta de servicios desde los Centros de Salud, con particular acento en la población escolar.

En los Centros de Salud se practicaron desde el principio los exámenes básicos de laboratorio: hemograma, hemoglobina y hematocrito, orina, heces por parásitos, VDRL (para la detección de la sífilis), esputo para tuberculosis y frotis para malaria. También se expendían los medicamentos que el médico prescribía; los médicos extendían además los certificados de nacimiento, de defunción y las incapacidades.

Las enfermeras profesionales y en particular las enfermeras obstétricas se desempeñaban con gran eficiencia en las actividades de las consultas preventivas del programa de salud materno-infantil y en la educación para la salud. Las enfermeras participaron también muy activamente en la atención de los partos en los Centros Rurales de Asistencia, así como en la capacitación de las parteras tradicionales.

LAS UNIDADES MÓVILES DE SALUD

Como respuesta a las necesidades de salud de las poblaciones rurales dispersas, se desarrolló a inicios de los sesenta (1963) el Programa Móvil de Salud para Poblaciones Rurales, el cual se financió principalmente por fuentes externas a través del programa Alianza para el Progreso. Al final del decenio de los sesentas se disponía de nueve Unidades Móviles terrestres y una marítima; con esta última se visitaban los poblados ribereños del sur de la Península de Nicoya. Para 1970 había 12 en funcionamiento, y ese número se mantuvo durante la década (1.1).

El equipo de salud de las Unidades Móviles constaba de: un médico general, un auxiliar de enfermería, un inspector sanitario y un chofer, quien conducía el vehículo de doble tracción en que se movilizaba el personal y a la vez, participaba en la entrega de los medicamentos a los pacientes.

El equipo de salud tenía como centro de operaciones el Centro de Salud que les correspondía a las comunidades que se visitaban. Cada unidad móvil atendía entre 8 y 12 comunidades, adonde también acudían personas de los poblados adyacentes, siempre a una distancia entre 5 y 20 kilómetros del Centro de Salud. Las visitas del equipo móvil de salud se prolongaban por uno o dos días a cada comunidad, de acuerdo con la programación mensual.

Entre las principales funciones asignadas a este equipo de salud estaban: la consulta médica para personas de todas las edades, las acciones sanitarias ambientales (mejora de fuentes de agua, promoción en la construcción de letrinas sanitarias y de higiene de la vivienda), promoción de la producción de alimentos en huertos familiares o comunales, y la creación de comités de salud.

El Programa de Unidades Móviles Médicas contaba con un fuerte respaldo político y con recursos externos sólidos, pero a la vez encontraba varios factores limitantes: el recorrido del vehículo de doble tracción se tornaba imposible durante algunos meses de la estación lluviosa y las precarias condiciones de los caminos afectaban seriamente a los vehículos, obligando al equipo de salud a interrumpir su calendario de visitas cada vez que el vehículo se dañaba o éste tenía que remplazarse (cada dos o tres años). Por otro lado, las comunidades que no disponían de caminos transitables para ese tipo de vehículos simplemente no tenían acceso al programa. Además, el programa tuvo un enfoque predominantemente curativo: el equipo de salud tenía que atender una enorme demanda de 60, 80 o aun más pacientes en un día, lo cual limitó su tiempo para llevar a cabo otras acciones de salud.

El impacto en la salud de la población fue limitado, pero las poblaciones que recibían este servicio estaban satisfechas y contribuían con locales para la consulta médica, un aporte monetario para el pago del combustible y para la compra de algunos medicamentos, con lo cual se aumentaba su disponibilidad para la entrega a los enfermos. El Programa de Unidades Móviles se mantuvo en el Ministerio de Salud durante tres décadas aproximadamente.

En resumen, para 1970 los servicios de salud que el país disponía se ubicaban principalmente en las ciudades y en las poblaciones rurales concentradas, cabeceras de los cantones; además de un pequeño contingente de Unidades Móviles, como se mencionó, que cubrían una porción de la población rural dispersa. La CCSS inició un importante programa de construcción de clínicas ubicadas principalmente en el Área Metropolitana de San José, en las cabeceras de provincia y en algunos otros cantones. La población rural dispersa, que entonces era de alrededor de un millón de habitantes, permanecía muy desprotegida.

A continuación las **tablas 1.1 y 1.2** ilustran la evolución de la mortalidad infantil y la mortalidad en menores de cinco años entre 1930 y 1970.

EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE MORTALIDAD DE MENORES DE CINCO AÑOS ENTRE 1930-1970

TABLA 1.1

**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
COSTA RICA 1930-1970**

Año	Número	Tasa por mil
1930	3788	160.2
1940	3707	132.4
1950	3358	90.2
1960	4034	74.0
1970	3533	61.5

Fuente: L. Sáenz *Salud sin riqueza* (1985)

TABLA 1.2

**MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS
COSTA RICA 1930-1970**

Año	Menores de cinco años fallecidos Número	% niños fallecidos del total de defunciones
1930	5.864	52.2
1940	5.811	51.8
1950	4.946	50.6
1960	5.371	53.4
1970	4.708	40.9

Fuente: L. Sáenz. *Salud sin riqueza* (1985)

Nota: en las décadas desde 1930 y hasta 1960, la mitad de las personas fallecidas en Costa Rica eran niños menores de cinco años; para 1970 todavía representaban el 40.9% (ver tabla 1.2) lo cual significaba una tragedia humana. Las familias perdían una buena parte de sus hijos pequeños.

CAPÍTULO 2

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS DÉCADAS DE LOS 70 Y LOS 80: PRIMERA GRAN REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN COSTA RICA

LA PRIMERA GRAN REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

La mayoría de los países en el mundo se han fijado la meta de extender los servicios de salud a toda su población. Sin embargo, pocos han logrado siquiera un progreso considerable. Costa Rica es uno de estos pocos países privilegiados, que ya en los años setenta avanza hacia una cobertura de servicios de salud en todo el territorio nacional.

Las decisiones políticas y administrativas que se tomaron en los primeros años de esa década, se pueden caracterizar como la **primera gran reforma de los servicios de salud en Costa Rica**.

Las decisiones políticas pusieron en ejecución los programas de extensión de cobertura, con metodologías y con personal auxiliar de salud, formado por primera vez en el país y con funciones nuevas y novedosas: el Asistente de Salud Rural y el Asistente de Salud Comunitaria Urbano. A la vez, se fortalecieron los programas nutricionales con la expansión de los centros de nutrición, los programas de alimentación complementaria y de nutrición escolar. Se impulsó fuertemente la participación comunitaria en salud, involucrando a las Asociaciones de Desarrollo en proceso de formación y a los Comités de Salud, y se acrecentó la coordinación interinstitucional para el desarrollo de los programas intersectoriales de desarrollo rural.

Paralelamente a las acciones que estaba desarrollando el Ministerio de Salud, el 16 de abril de 1971 se aprueba la ley 4750, que permite lograr la cobertura universal de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y eliminar los topes salariales para la cotización de los seguros, permitiendo el ingreso de toda la población asalariada, lo cual fortaleció económicamente a la institución. El 24 de setiembre de 1973 se promulgó la ley 5349, llamada “de traspaso de hospitales”, por medio de la cual el Ministerio de Salud traslada a la CCSS los recursos físicos, humanos y financieros de los hospitales bajo su responsabilidad; este proceso dura algunos años.

Por su parte, el Ministerio de Salud logra la aprobación de dos importantes leyes: la N° 5395 (octubre de 1973) o Ley General de Salud, que declara la salud como un bien de interés público, bajo la responsabilidad del Estado y la rectoría del Ministerio de Salud; y la Ley 5412 (noviembre de 1973) que le da el nombre de

“Ministerio de Salud” (anteriormente “Ministerio de Salubridad Pública”) y define su estructura y sus funciones.

Finalmente, en diciembre de 1974, se aprueba la ley N° 5662, de “Desarrollo Social y Asignaciones Familiares” que ofrece un soporte económico muy importante para fortalecer los programas de nutrición en el Ministerio de Salud y de Educación en todo el país y los programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria Urbano.

Otras de las acciones sobresalientes de esos años fueron el impulso a la planificación en salud; se inició la regionalización, la articulación entre los distintos niveles, la construcción de establecimientos de salud en las zonas más aisladas y desprotegidas y la coordinación entre el Ministerio de Salud y la CCSS. En 1974 aparece el primer Plan Nacional de Salud 1974-1978 (2.4).

En las siguientes páginas de este capítulo se expondrán en forma resumida los principales programas de APS que caracterizaron esta primera gran reforma.

EL PROGRAMA DE SALUD RURAL

En 1971 las autoridades del Ministerio de Salud tomaron la decisión política de implementar un programa de extensión de cobertura de salud para las comunidades rurales; en 1972 se llevó a cabo su planificación, se identificaron y se asignaron recursos para su desarrollo y se capacitó el primer personal para ejecutarlo (2.6). En 1973 se inicia su ejecución alcanzando una cobertura del 10% de la población rural (concentrada y dispersa), y se fue incrementando paulatinamente hasta alcanzar el 60 % de esta población en 1979 (alrededor de 718 000 personas) y con 290 Puestos de Salud en funcionamiento (2.10). El Programa de Salud Rural continuó su expansión paulatina, de tal forma que en 1985 atendía una población de 834.000 habitantes con 318 puestos de salud en operación; y para 1989, la cobertura alcanzó a 968.000 habitantes con 371 puestos de salud (2.10).

La decisión de implementar un programa de salud para la población rural tuvo como motivación al menos cuatro situaciones coyunturales que coincidieron en esa época: **Primero**, el gobierno socialdemócrata de entonces, presidido por D. José Figueres Ferrer, consideró una política de alta prioridad mejorar las condiciones y el desarrollo de la población rural. **Segundo**, existía un movimiento latinoamericano impulsado por la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/ OMS) para que los países implementaran programas de extensión de cobertura a poblaciones rurales y urbanas postergadas, empleando tecnologías “simples” y personal auxiliar de salud o voluntario. **Tercero**, el éxito obtenido en el programa de erradicación de la malaria, gracias al cual para 1970 había grandes zonas del país en “fase de consolidación”, en donde muchos trabajadores de este programa ya no se requerían pero tenían gran experiencia en labores de campo en la población rural dispersa. Y **cuarto**, el análisis de la situación de salud del país señalaba que un 35% de la población se ubicaba en poblados de menos de 500 habitantes y un 17% en poblaciones entre 500 y 2000 habitantes.

Asimismo, había grandes dificultades de acceso a servicios de salud, muy bajos ingresos económicos, nivel de escolaridad reducido, viviendas insalubres, sin acceso a agua potable, alta contaminación por materia fecal, niveles de vacunación ínfimos; la desnutrición afectaba a un alto porcentaje de niños y adultos. En una palabra, la miseria estaba presente en la mayoría de esta población campesina, y esta condición, asociada a otros factores sociales, favorecía el alcoholismo y otros desajustes (2.10).

El programa de salud para comunidades rurales dispersas de Costa Rica se elaboró en el marco del programa de control de malaria. En su primera fase, el personal seleccionado y capacitado se había desempeñado en las actividades antimaláricas. La estructura administrativa y metodológica del programa de salud rural también tuvo como fundamento la organización y la disciplina del programa de malaria (2.12).

Los objetivos del Programa de Salud Rural se orientaron a mejorar las condiciones de salud de esta población, a desarrollar una infraestructura donde ejecutar las acciones, a promover la participación y la coordinación de varios sectores sociales y de las comunidades, y a desarrollar una metodología propia, posible de extender a otras áreas geográficas del país y sostenible en el tiempo (2.14).

Efectivamente, el Programa de Salud Rural desarrolló una metodología singular, la cual quedó debidamente consignada en documentos y se perfeccionó en los primeros años del programa, con base en una praxis debidamente supervisada y evaluada. Los elementos conceptuales y metodológicos del Programa de Salud Rural se aplicaron posteriormente al programa de Salud Comunitaria Urbano (1976), y en muchos aspectos, se les tomó en consideración para los fundamentos de la segunda reforma del sector salud de los años noventa.

Los principales rasgos metodológicos del **modelo** de atención de salud para comunidades rurales fueron los siguientes (2.13 y 2.14):

- **Diagnóstico de la situación de salud:** Para esto se elaboraba la **ficha familiar**, documento tipo “carpetas” donde se consignan los datos demográficos de los miembros de la familia (nombre, edad, sexo, estado civil y escolaridad); los principales datos del estado de la vivienda (material del techo, paredes y piso, número de aposentos y la condición del servicio sanitario y del agua para consumo). Incluye otra sección para describir la presencia o no de enfermedades y el estado de las vacunas en los niños. Al final, la “ficha familiar” tiene un espacio para anotar el resultado de las futuras visitas al hogar por parte del auxiliar de salud rural o el auxiliar de enfermería. Esta ficha se mantiene vigente en la actualidad para el uso en los EBAIS, con escasas variaciones al documento original.
- Paralelamente, se elaboró el formulario de **datos básicos por localidad**, en donde se consigna la información principal del perfil de la comunidad y se

elabora un croquis de la misma, ubicando las viviendas, los otros establecimientos y recursos físicos con su numeración respectiva. Todas las viviendas en donde se ejecutaron los programas de salud rural y salud comunitaria disponían de ese tipo de información (este documento también lo sigue utilizando regularmente el ATAPS).

Se definió como **Área de Salud** (lo que en la actualidad corresponde a “sector de salud” con una población mayor, de 100 familias aproximadamente) un conjunto de 400 a 500 viviendas, ubicadas en 10 a 15 pequeños asentamientos en un radio no mayor de 10 km y con acceso a una comunidad en donde se ubica un Puesto de Salud; esta fue la unidad básica operativa del programa y estuvo a cargo de un técnico de salud y de un auxiliar de enfermería.

- **Programación local:** La información consolidada de las fichas familiares y del formulario “Datos básicos por localidad” permitió elaborar la programación para cada una de las áreas de salud del programa.
- **Capacitación de personal:** Se diseñó un programa específico para formar al personal de campo del programa, denominado el “Asistente de Salud Rural”, que al inicio tuvo una duración de cuatro meses; posteriormente se extendió a seis meses. Los primeros cursos se impartieron para el personal del programa de control de malaria, el cual tenía una escolaridad media de sexto grado de primaria; para el año de 1974 se definió un nivel mínimo de escolaridad de segundo año de enseñanza secundaria, y a partir de 1976 se seleccionaron los futuros Asistentes de Salud Rural con un grado de escolaridad básico de bachiller de secundaria.
- **Supervisión:** Se establecieron dos modalidades: la supervisión operativa de gestión y la supervisión técnica. La primera, a cargo de un supervisor de campo, con responsabilidad sobre 6 a 8 áreas de salud, y responsable del apoyo logístico de los suministros, incluyendo las vacunas. La supervisión técnica estuvo a cargo de la enfermera profesional del Centro de Salud.
- **Módulos de equipos y suministros:** Se diseñó un listado del tipo y cantidad de los equipos, así como de los suministros de medicamentos, papelería, artículos de oficina, vacunas y otros insumos para cada Puesto de Salud. El personal los solicita en periodos de dos semanas, un mes o un trimestre. Estos módulos de equipos y suministros permitieron proveer oportunamente lo que requerían y la expansión del programa, sin que este rubro de insumos significara un factor limitante.
- **Diseño de un sistema de información:** El diseño e implementación de formularios para la recolección del tipo y número de actividades por parte del personal, así como los formularios para su consolidación semanal y

mensual, permitió disponer de la información necesaria para la supervisión y el control de las actividades que ejecutaba cada trabajador de salud.

- **Participación y organización comunitaria:** La participación comunitaria fue un elemento esencial en el Programa de Salud Rural. A partir de 1970 el Gobierno de la República apoyó plenamente las organizaciones comunales para el desarrollo integral de las poblaciones urbanas y rurales de todo el país. El apoyo gubernamental se canalizó mediante la Dirección Nacional de Desarrollo Comunal (DINADECO). Los promotores de DINADECO trabajaban en centenares de comunidades, promoviendo su organización, la identificación de problemas y en el apoyo a proyectos para la solución de los asuntos de mayor prioridad.

En los años setenta se formaron centenares de Comités y Asociaciones de Desarrollo, estas últimas con personería jurídica, las cuales tuvieron acceso a una asignación del presupuesto del Gobierno para el financiamiento de sus proyectos. Salud ocupó siempre la más alta prioridad. Los Promotores de DINADECO y los Asistentes de Salud Rural trabajaban en coordinación estrecha en todas estas actividades. Todas las áreas donde se ubicó un Puesto de Salud contaban con una Asociación de Desarrollo, o bien uno o más Comités de Salud. DINADECO desarrolló una metodología propia para la ejecución de las reuniones, la identificación de las debilidades comunales por parte de los pobladores, su priorización y la elaboración de proyectos para la resolución de los principales problemas de salud y sus determinantes.

- **Visitas a las viviendas:** Esta fue una estrategia central del Programa de Salud Rural, así como del de Salud Comunitaria Urbano. Cada técnico de salud o auxiliar de enfermería debía visitar entre ocho y diez viviendas cada día, cuatro o cinco días por semana según su programación. De tal forma que cada vivienda era visitada tres o cuatro veces por año. El personal de salud se movilizaba a pie, a caballo, en motocicleta o en lanchas con motor fuera de borda, según las circunstancias. Estas visitas estaban debidamente programadas para cada comunidad y para cada familia, de manera que se podía conocer el día y la fecha que le correspondía a cada familia la respectiva visita del técnico de salud. Si por razones de incapacidad u otra circunstancia no era posible efectuar la visita, se continuaba con la programación y esa vivienda se dejaba para la próxima ronda de visitas.

Este modelo de programación, bastante rígido resultó crucial en el proceso de supervisión en las viviendas rurales dispersas. El supervisor podía conocer con exactitud en cuál comunidad y en cuáles viviendas podía estar trabajando el técnico de salud en una fecha específica.

La visita domiciliaria fue muy bien aceptada por la población y tuvo sin duda enormes repercusiones en la mejora de las condiciones sanitarias de las viviendas, en la detección de problemas crónicos de salud, en la detección de mujeres embarazadas sin control y la de niños sin vacunar, en la

aplicación de vacunas a los niños en los hogares y en un proceso permanente de educación y promoción de la salud. La visita domiciliaria se mantiene como una actividad relevante en la Segunda Reforma del Sistema de Salud de la década de los 90.

PRINCIPALES ACTIVIDADES EN EL PROGRAMA

A los Asistentes de Salud Rural y los Auxiliares de Enfermería se les capacitó y se les otorgaron equipos y suministros para ejecutar prioritariamente las siguientes actividades (2.14):

- Vacunación a niños (DPT, antipolio y antisarampión); a escolares (DT); a mujeres embarazadas (toxoides tetánico) y a la población adulta (toxoides tetánico). Muchas de estas vacunas se aplicaban en el domicilio y se transportaban en termos especiales para este propósito.
- Control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 6 años.
- Control prenatal en el domicilio y promoción del parto en las maternidades. Identificación de signos de alarma (edemas, hipertensión y sangrado vaginal) para referencia a la consulta médica.
- Orientación en planificación familiar a mujeres en edad fértil.
- Desparasitación periódica (cada 6 meses) a toda la población en el domicilio y en los centros educativos, con prioridad a niños menores de seis años, escolares y mujeres embarazadas. Se utilizó un antihelmíntico de amplio espectro.
- Uso de sales de rehidratación oral, para la prevención y el tratamiento de la deshidratación por diarrea aguda. También se promovió el uso de soluciones rehidratantes de producción casera para este fin.
- Promoción de la organización comunitaria: comités de salud y asociaciones de desarrollo.
- Promoción de huertas escolares y familiares.
- Participación de la población en la eliminación de criaderos de vectores de malaria y dengue.
- Promoción de la higiene en la vivienda, el consumo de agua limpia y la construcción y uso de las letrinas sanitarias.
- El personal de salud rural disponía aproximadamente de 20 medicamentos de uso común: antihelmínticos y sales de rehidratación oral, un anti-histamínico, un antitusivo, medicamentos analgésicos, medicamentos para el tratamiento de la escabiasis, la pediculosis y antimaláricos, entre otros.

Como se mencionó, para finales de los años ochenta el Programa de Salud Rural brindaba una cobertura de alrededor de un millón de personas, o sea, más de un tercio de la población total del país. Sin embargo, los aportes financieros para su mantenimiento y su modernización se restringieron significativamente.

A lo largo de varios años, se lograron algunos cambios cuyo propósito fue la integración del Programa de Salud Rural con el Programa de Salud Comunitaria

Urbano. Así, en 1984 dio inicio un solo curso de formación de técnicos para ambos programas, lo que permitió incrementar la disponibilidad de docentes, los materiales educativos y las áreas de prácticas en servicio.

En 1987, mediante un decreto del Ministerio de Salud, se integran los dos programas en una sola Dirección y se le asigna el nombre de “Programa de Atención Primaria de Salud” (y a los técnicos, “Asistentes de Atención Primaria de Salud”). A partir de 1993, en el documento del Proyecto de Reforma, a este personal se le conoce como Asistente Técnico de Atención Primaria de Salud (ATAPS).

Otro cambio de gran relevancia (pero negativo) para el futuro del Programa de Salud Rural surge en 1989, al eliminar los supervisores de campo (Jefes de Sector), quienes se responsabilizaban de la supervisión administrativa y del apoyo logístico a los técnicos de 6 a 8 áreas de salud. Esta función la asumieron las enfermeras Profesionales de los Centros de Salud, quienes ya ejercían responsabilidades profesionales en esos Centros, lo que les impidió ejercer esta nueva función satisfactoriamente; esto provocó que la supervisión fuera muy escasa o inexistente (2.13).

Las restricciones en la asignación de recursos financieros para la operación del Programa (a pesar de los aportes de recursos de la cooperación externa), la ausencia de un proceso de modernización y de una supervisión aceptable, así como el escaso apoyo político, son los factores que incidieron en la decadencia del más revolucionario y fructífero Programa del Ministerio de Salud, de las décadas de los años setenta y ochenta.

El Programa de Salud Rural contribuyó de manera significativa y eficiente a impulsar los grandes cambios positivos en los indicadores de salud que se observaron en Costa Rica en esas dos décadas, y muy en particular en el medio rural (2.9-2.12).

EL PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA URBANO

La planificación del Programa de Salud Comunitaria Urbano se elaboró en 1975 y en el siguiente año se iniciaron las actividades (2.5). Para 1979 la cobertura alcanzó el 56% de la población urbana del país, o sea alrededor de 557.000 habitantes; en los años siguientes su cobertura descendiendo aproximadamente al 40% de la población urbana del año 1983 (2.10).

Para inicios de la década del setenta se produjo en Costa Rica un proceso de urbanización acelerado, con familias de áreas rurales que se ubicaban en zonas periurbanas e instalaban viviendas improvisadas, con altas tasas de desempleo y una marcada patología social; en muchas familias el padre estaba ausente y el nivel educativo era insatisfactorio. Como resultado de la pobreza, el hacinamiento y la contaminación ambiental, los problemas de infecciones y desnutrición eran muy elevados, principalmente en los niños. Estas particularidades se daban en todos los núcleos urbanos del país y el sistema tradicional de salud no fue capaz de ofrecer soluciones aceptables para esta población.

El modelo de atención y las estrategias que se utilizaron en el Programa de Salud Comunitaria Urbano fueron muy similares a lo ya descrito en el Programa de Salud Rural, con algunas modificaciones, adaptadas para las poblaciones concentradas de áreas urbanas y periurbanas. La base del Programa de Salud Comunitaria Urbano lo constituyó la visita domiciliaria por auxiliares de enfermería, las cuales tenían como sede los Centros de Salud. Un Centro de Salud podía abarcar de cinco a ocho “sectores” (nótese que en el Programa de Salud Urbano ya se utilizó la nomenclatura actual de “sector” para definir la unidad base de programación) con una población entre 2000 y 2500 habitantes (400 a 500 viviendas). Cada sector era atendido por una auxiliar de enfermería, quien tenía una programación diaria de 8 a 10 visitas domiciliarias.

El Programa de Salud Comunitaria Urbano ve su decadencia a finales de los años ochenta y concluye en forma definitiva a mediados de los noventa, por las mismas razones que se describieron para el Programa de Salud Rural.

PROGRAMA HOSPITAL SIN PAREDES DE SAN RAMÓN

En 1971 el director de un hospital rural ubicado en el cantón de San Ramón, Alajuela (Hospital Carlos Luis Valverde Vega), decidió poner en marcha un programa de extensión de cobertura a la población rural del cantón, con la participación de personal, principalmente médicos del propio hospital y de auxiliares de enfermería, ubicadas en los Puestos de Salud. A partir de ese año el programa se fue ampliando paulatinamente, primero a todo San Ramón, después al cantón de Palmares y posteriormente a los cantones de Alfaro Ruiz y Naranjo, todos bajo el área de influencia del hospital. En 1976 funcionaban 44 Puestos de Salud con una cobertura de alrededor de 80.000 habitantes de las áreas rurales de dichos municipios; para 1986, funcionaban 50 Puestos de Salud (2.8-2.9).

Los principales rasgos que caracterizaron el Programa Hospital sin Paredes fueron:

- Ubicación de Puestos de Salud en pequeñas comunidades rurales, casi siempre construidos con la participación de la población organizada.
- Ubicación de una auxiliar de enfermería en cada Puesto de Salud, debidamente capacitada para ese trabajo.
- Definición de áreas geográficas (áreas de salud): pequeñas comunidades con una población entre 1000 y 1500 habitantes, la cual estaba a cargo de la auxiliar de enfermería.
- Diagnóstico de la condición salud, de cada área, tomando como base una encuesta aplicada a todas las familias y sobre los problemas comunales. Además se elaboraba un croquis de cada comunidad y del área de salud con la ubicación de las viviendas debidamente numeradas.

- Visita médica semanal a cada Puesto de Salud, por médicos generales y algunos especialistas (pediatras y ginecólogos) que trabajaban en el hospital.
- Enfoque global de los problemas de salud: el programa identifica los problemas comunales de la más diversa índole y busca la solución mediante la integración y participación de todos los sectores sociales.
- Participación comunal organizada: este es uno de los rasgos sobresalientes del Programa Hospital sin Paredes, que movilizó ampliamente grandes sectores de la población en comités de salud, asociaciones de desarrollo y la formación de voluntarios de salud, llamados “Responsables de Salud”, que participaban estrechamente al lado del personal auxiliar y profesional. Para cada cantón se organizó y se eligió mediante voto popular la Junta Cantonal de Salud. El más alto nivel de representación popular del programa lo constituía la Asociación Regional de Medicina Comunitaria (2.8).
- Coordinación entre instituciones públicas y privadas: la participación de organismos del Estado, de iglesias y otras organizaciones estuvo presente a lo largo de los años y se manifestó en proyectos comunales con participación de dos o más de estas organizaciones.

El Programa Hospital sin Paredes tuvo su auge hasta el año 1986 en que la administración del Hospital Carlos Luis Valverde Vega fue transferida del Ministerio de Salud a la CCSS. A partir de entonces y con el retiro de su fundador y líder, que caracterizó y dinamizó el Programa por más de 15 años, se produce su decadencia progresiva hasta mediados de los años noventas, en que se revitaliza con la puesta en marcha de la Segunda Reforma.

EL PROGRAMA RURAL DE SALUD DE SAN ANTONIO DE NICOYA

San Antonio es un distrito del cantón de Nicoya, en la zona noroeste del país, provincia de Guanacaste. En 1974, coincidiendo con la apertura del Hospital de la Anexión en la ciudad de Nicoya, dos pediatras -uno de ellos vinculado a la Escuela de Medicina de la UCR-, emprenden la tarea de organizar y desarrollar un programa de salud comunitaria en dicho distrito (2.1). En ese año, San Antonio tenía una población de 7.500 habitantes y alrededor de 1.200 familias, distribuidos en pequeños poblados y viviendas dispersas.

El Programa de San Antonio se inspiró en el modelo del Hospital sin Paredes de San Ramón. Se ubicaron cinco puestos de salud, en las principales comunidades del distrito, atendidos permanentemente por una auxiliar de enfermería debidamente capacitada, y supervisadas por una enfermera profesional. En este programa se prioriza la visita rotatoria a las familias de todo el distrito, la salud materno-infantil,

la educación para la salud, la participación social organizada en comités de salud y asociaciones de desarrollo, la capacitación de voluntarios y el impulso a proyectos productivos. Cada puesto de salud era visitado por un médico general del hospital o por un residente de pediatría del Hospital México o del Hospital Nacional de Niños, quienes en su formación como pediatras incluían una rotación durante dos meses por el programa. También realizaban prácticas de salud comunitaria estudiantiles de medicina y de otras disciplinas de la Universidad de Costa Rica (UCR).

El Programa Rural de Salud de San Antonio de Nicoya tiene relevancia nacional porque fue el primer programa de salud comunitaria desarrollado y financiado por la CCSS. Además, por el importante componente docente y de demostración para estudiantes de medicina y de la especialidad de pediatría de la UCR.

Como bien señaló el Dr. Guido Miranda, entonces Gerente Médico de la CCSS: “Sabíamos también las dificultades que confrontarían (los gestores del programa), pero estaban impulsando cambios en las tradicionales estructuras del ambiente sanitario, que en todos los países, y el nuestro no puede ser la excepción, han constituido verdaderos círculos cerrados de muy fuertes intereses, que tradicionalmente se han opuesto a estos cambios. Quizás más fascinante todavía fue ver al equipo de salud, asociado con otras disciplinas, proponer y encontrar respuesta en la comunidad para el florecimiento de la pequeña artesanía y de proyectos agrícolas de mayor rendimiento agrícola-nutricional” (2.1).

El programa de salud de San Antonio de Nicoya tuvo su auge en los últimos años de la década de los setenta y los primeros de los ochenta. Los residentes de pediatría y los estudiantes de medicina fueron suspendidos progresivamente las rotaciones de práctica comunitaria, y el programa languidece a finales de los años ochenta.

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Entre 1985 y 1995 aproximadamente se produjo un importante movimiento en el campo de la planificación, gestión y organización de los servicios de salud, en América Latina y el Caribe, impulsado por la OPS/OMS, con el fin de reorganizar los servicios de salud. La propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) tuvo una importante acogida en Costa Rica y se dimensionó desde el Ministerio de Salud. Sin embargo, para esa época los recursos del Ministerio de Salud ya tenían una tendencia decreciente y los programas de Salud Rural, Salud Comunitaria Urbana, la extensión comunitaria del Hospital sin Paredes y la atención en los Centros de Salud estaban en evidente decadencia, por la carencia de recursos, el escaso apoyo político y una falta de innovación. Por otra parte, ya se estaba gestando el proceso de la Segunda Reforma del Sector Salud.

De acuerdo con los documentos consultados, “los SILOS son unidades básicas de organización del sistema de salud, que constituyen un punto focal para la planificación y la gestión de las acciones de salud; están bajo la influencia integradora y normativa de una coordinación nacional, para desarrollar nuevas formas de trabajo en salud que permitan una atención integral con participación

comunitaria y de acuerdo con las necesidades locales. La unidad geográfica de un SILOS en Costa Rica es el cantón (municipio)”.

Las principales características definidas para un SILOS fueron las siguientes:

- La descentralización y la desconcentración.
- La participación social.
- La intersectorialidad.
- La readecuación de mecanismos de financiación.
- La atención integral de la salud al individuo la familia y la comunidad.
- La programación local de acuerdo con necesidades identificadas.
- Un sistema de información en salud para SILOS.
- Desarrollo de nuevos enfoques de atención.
- Desarrollo de la capacidad administrativa del nivel local.

Las premisas que se enunciaron para el desarrollo exitoso de los SILOS fueron, entre otros: la reorganización del nivel central y la conducción del sector, la integración de los programas preventivos y de la atención de enfermos, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud.

En Costa Rica cabe señalar la participación de la UCR a través de la sección de Tecnologías en Salud de la Escuela de Medicina, para el desarrollo de un sistema modular con metodologías presenciales y a distancia, de capacitación de Técnicos en Administración de Sistemas Locales de Salud, como una manera de fortalecer el funcionamiento de los SILOS.

Con el desarrollo de los SILOS se avanza en un nuevo concepto de salud y en una nueva organización del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, se requería de un cambio estructural mucho más profundo en las dos principales organizaciones del sector con responsabilidad de la atención a las personas: el Ministerio de Salud y la CCSS. Este cambio se comienza a gestar en 1990, y se concreta con la elaboración de un Proyecto, el cual tiene el aval técnico de las dos organizaciones y el aval político de los dos partidos políticos mayoritarios. En 1993 se aprueba como el Proyecto de Reforma del Sector Salud.

En las siguientes **tablas 2.1 y 2.2** se indican las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y en niños de 1 a 4 años en las décadas de los años 70 y los 80.

EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE SALUD DE 1970-1990

TABLA 2.1

TASA DE MORTALIDAD POR EDADES EN MENORES DE CINCO AÑOS COSTA RICA AÑOS 1970-1980

Tasa por mil				
Años	Infantil	Neonatal	Posneonatal	1-4 años
1970	68.2	27.9	40.3	5.1
1971	62.1	27.6	34.5	3.8
1972	60.3	25.2	35.1	3.8
1973	46.8	21.7	25.1	2.8
1974	41.3	19.5	21.8	1.9
1975	41.5	19.8	21.7	2.1
1976	36.3	19.1	17.2	1.7
1977	30.7	16.4	14.3	1.3
1978	24.3	14.2	10.1	1.0
1979	23.9	13.6	10.3	1.1
1980	19.0	11.1	7.9	1.0

Fuente: INCAP/UNICEF/CELADE: La mortalidad en la niñez. Costa Rica 1980-1989; setiembre 1990.

Nota: En la década de 1970 a 1980 se lograron extraordinarios progresos en el descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. La tasa descendió de 68 a 19 por mil nacidos vivos. La razón principal fue el éxito en la reducción de las muertes por enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y las prevenibles por vacunación (principalmente el sarampión y la tosferina), las cuales representaban en 1970 el 61% del total de muertes infantiles (2.16). La mortalidad en el periodo neonatal también descendió en forma importante, de 28 a 11 por mil nacidos vivos, como consecuencia de un incremento del parto hospitalario y de los cuidados del recién nacido. La mortalidad en los niños de 1 a 4 años descendió en forma significativa: de 5.1 a 1.0 por mil niños de 1 a 4 años, cuyas causas principales eran también las diarreas, las infecciones respiratorias y las prevenibles por vacunación.

TABLA 2.2**TASA DE MORTALIDAD POR EDADES
EN MENORES DE CINCO AÑOS
COSTA RICA 1980-1989**

Tasa por mil				
Años	Infantil	Neonatal	Posneonatal	1-4 años
1980	19.0	11.1	7.9	1.0
1981	17.9	10.7	7.2	0.9
1982	18.8	11.0	7.8	0.8
1983	18.6	11.3	7.3	1.0
1984	18.6	11.6	7.0	0.7
1985	17.6	11.2	6.4	0.7
1986	17.7	10.5	7.2	0.8
1987	17.4	10.1	7.3	0.8
1988	14.9	9.4	5.5	0.8
1989	13.9	8.8	5.1	0.7

Fuente: INCAP/UNICEF/CELADE: La mortalidad en la niñez. Costa Rica 1980- 1989; setiembre, 1990.

Nota: En los años ochenta la mortalidad infantil se mantiene estable en los primeros ocho años y se inicia un nuevo descenso a partir del año 1988, en sus dos componentes: la neonatal y la posneonatal. Las defunciones en niños de 1 a 4 años muestran escasos cambios en este periodo.

CAPÍTULO 3

LA SEGUNDA GRAN REFORMA DE SALUD DE LOS 90 O EL MODELO READECUADO DE ATENCIÓN

En los años noventa todos los países de América Latina emprenden algún tipo de reforma de su sector salud, con mayor o menor profundidad y con diferentes matices, según las características del sistema de salud (3.4). En términos generales se ha señalado una serie de situaciones que estaban ocurriendo en los países, que eran coincidentes y que se constituyen en argumentos poderosos para emprender estas reformas; entre ellas: los cambios epidemiológicos de la morbimortalidad, los costos crecientes de los sistemas de salud, las bajas coberturas de los servicios, la inequidad e ineficiencia y el desequilibrio entre los servicios hospitalarios y los de atención primaria, así como la presión de los organismos financieros internacionales para la privatización de los servicios de salud como fórmula para lograr mayor eficiencia y eficacia en la prestación de servicios.

Además de las anteriores, una razón de gran relevancia fue la evolución del concepto de salud (la salud como producto social y no como un estado de bienestar...), concepto que deberá repercutir en la organización y en las funciones de los sistemas de salud; otra razón: los profundos cambios políticos, sociales, económicos y tecnológicos que experimentaban los países en los albores del siglo XXI.

A finales de los años ochenta había una sensación en los dirigentes políticos y en los técnicos del sistema de salud de Costa Rica de que “el modelo ya está agotado”. Por esa época se realizaron varios estudios y evaluaciones del sistema cuyas conclusiones demostraban graves deficiencias. En 1989 se organizó el Primer Foro Nacional de Salud, con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud, la CCSS y representantes gremiales. En este Foro se concluye que existe la necesidad de iniciar una profunda reforma del modelo de atención de salud, dada la ineficiencia del sistema y la insatisfacción de los usuarios y de los prestatarios de los servicios (3.1).

En 1990, la nueva Administración política del país retoma el tema y convoca a un Segundo Foro Nacional de Salud y Desarrollo, en el cual participan funcionarios de instituciones vinculadas a la salud, representantes gremiales y de la Universidad de Costa Rica. Se establece la necesidad de redefinir el rol de las entidades que conforman el sector, las estructuras de la CCSS y del Ministerio de Salud, consolidar los programas de atención integral y redefinir la estructura financiera (3.1).

EL PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

El Proyecto de Reforma del Sector Salud abarca actualizaciones institucionales y operacionales de los servicios de salud, enmarcado dentro de las políticas de reforma del Estado costarricense, el cual busca introducir modificaciones profundas en la organización y el funcionamiento del sector salud. El Proyecto busca fortalecer las instituciones del sector salud mejorando la calidad, efectividad y eficiencia de los servicios, acorde con las nuevas necesidades de la población y la capacidad económica del país (3.2). En este nuevo modelo se incorporan las experiencias y elementos conceptuales y organizativos de los Programas de Atención Primaria de Salud y de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que se desarrollaron en las décadas anteriores y que se describen en el Capítulo 2 de este trabajo.

La elaboración del Proyecto estuvo bajo la responsabilidad de la Unidad Preparatoria del Proyecto, constituida con técnicos del más alto nivel del Ministerio de Salud y la CCSS. En 1992 este grupo técnico emite el primer informe para su análisis y discusión por las autoridades políticas y técnicas de las dos Instituciones. El documento se publica en mayo de 1993. El Proyecto contiene los siguientes componentes (3.2):

- Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud
- Readecuación del Modelo de Atención
- Fortalecimiento institucional de la CCSS
- Financiamiento del Sistema Nacional de Salud
- Modalidades de organización y administración de los servicios de salud
- Sistema de información sectorial
- Sistema sectorial de suministros
- Recursos humanos

Para los propósitos de este trabajo, se resumen a continuación los principales elementos de los dos primeros componentes, con base en el documento *Proyecto de Reforma del Sector Salud* (3.2).

RECTORÍA Y FORTALECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD

El objetivo de este componente es hacer énfasis en la función rectora del Ministerio de Salud para garantizar los principios fundamentales de universalidad, solidaridad en el financiamiento, integralidad en la atención de salud y equidad en el acceso a los servicios.

Esta función rectora se hace operativa mediante cuatro funciones estratégicas:

- Dirección, coordinación y conducción

- Vigilancia y planificación de la salud
- Regulación, control y evaluación
- Investigación y desarrollo tecnológico

Además, por su trascendencia social y política el Ministerio de Salud desarrollará tres programas de salud pública:

- Alimentación y nutrición
- Salud ambiental
- Promoción social de la salud

Se entiende el ejercicio de la Rectoría como la “capacidad política que deberá tener el Ministerio de Salud para dirigir y conducir el desarrollo de la salud” (3.2).

Dirección: “La definición de objetivos viables y metas factibles de alcanzar en salud”; se relaciona el concepto de *Dirección* al proceso de formulación, formalización y evaluación de la Política de Salud.

Conducción: “La capacidad del Ministerio de Salud para concertar intereses y articular recursos y acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas, para el cumplimiento de la Política de Salud, mediante la formulación, control y evaluación de planes estratégicos en salud y los procedimientos de coordinación, fundamentados en los mecanismos de coordinación preestablecidos” (3.2). El proceso político y técnico de Dirección y Conducción se ejerce en los niveles central, regional y local. Se inicia con la formulación de la Política Nacional de Salud y la elaboración del Programa Sectorial de Salud.

Vigilancia de la salud: En este contexto trasciende el concepto tradicional de *vigilancia epidemiológica* y se define como “el proceso de identificación, medición y seguimiento de las fortalezas y debilidades en salud de la población” (3.2).

Regulación: “Proceso permanente de formulación y actualización de normas y su aplicación por la vía del control y evaluación en áreas de importancia estratégica como la calidad de la atención, economía y el financiamiento de la salud, desarrollo de los recursos humanos y el desarrollo tecnológico, entre otros” (3.2).

La investigación y el desarrollo tecnológico se definen como: “ejercer la rectoría de la investigación científica y la innovación tecnológica en salud, en el marco de una estrategia de desarrollo nacional, con el propósito de integrar esfuerzos, garantizar la calidad y controlar situaciones que puedan poner en riesgo la salud de la población” (3.2).

En referencia a los programas prioritarios del Ministerio de Salud, el documento del Proyecto señala:

Promoción de la salud: Es “el desarrollo óptimo de las potencialidades de la población y de las instituciones públicas y privadas, para lograr salud y ejercer control sobre los factores que la determinan. En este proceso, la educación para la salud, la comunicación y la participación social son sus componentes fundamentales y constituyen el núcleo para generar cambios en las diferentes áreas y niveles, para la definición y ejecución de políticas públicas saludables, la creación de ambientes sanos, la orientación de modelos de atención en salud y la adquisición de comportamientos individuales y grupales favorables a la salud” (3.2).

Salud ambiental: Constituye una responsabilidad fundamental del Ministerio de Salud; su misión es la de “garantizar la protección y mejoramiento del ambiente humano, mediante el ejercicio de la rectoría sobre las personas físicas y jurídicas que intervienen en el control de los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que constituyen riesgo para la salud...” (3.2).

Alimentación y Nutrición: Corresponde al Ministerio de Salud continuar con los programas de alimentación complementaria, el desarrollo infantil psicomotor afectivo y la educación nutricional.

En los siguientes años hasta el presente, el Ministerio de Salud toma una serie de medidas orientadas a responder a estas funciones, algunas de ellas novedosas como lo es el ejercicio pleno de la Rectoría. Esto ha significado una organización diferente y un enorme esfuerzo de capacitación de su personal, con el propósito de asumir los nuevos roles y abandonar el rol de atención de las personas, que pasa en su totalidad a la CCSS. Esta situación es extraordinariamente importante como modelo de salud, ya que es excepcional que el Ministerio de Salud de un país no tenga ingerencia directa en la atención de salud de la ciudadanía.

READECUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina que ha tenido éxito en el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud con niveles aceptables en la prestación de los servicios, de universalidad, solidaridad y equidad, así como en el impacto obtenido en el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Al referirnos *modelo de atención en salud*, subyace una gran complejidad e interacción de factores sociales, políticos, técnicos y administrativos que deberán adecuarse en sus contenidos para asegurar su reproducción. El nuevo modelo propuesto toma como base la organización y las estrategias adoptadas en las dos décadas anteriores, en donde se desarrolló la atención a la salud basada en la prevención de la enfermedad, un enfoque de riesgo y una movilización y organización de recursos para extender la cobertura a la población rural y de áreas periurbanas marginadas.

Entre los macrofactores que se tomaron en consideración para el planteamiento de la readecuación del modelo, tenemos (3.2):

- **La reforma del Estado** y, dentro de ella, la del sistema de salud. Como política trazada busca una racionalización de las funciones del Estado, mayor impacto de los programas sociales, una adecuada racionalización de los recursos y mayor capacidad competitiva del sector público, entre otros.
- **Los cambios cualitativos en la demanda**, que se caracterizan por las modificaciones en el perfil de la morbi-mortalidad, con un aumento significativo de las enfermedades crónicas y las de origen psicosocial, la reducción de las infecciosas y el incremento de ciertas enfermedades emergentes.
- **Los cambios cuantitativos en la demanda:** El envejecimiento de la población, la urbanización creciente y el fenómeno migratorio en ciertas zonas del país, han rebasado la capacidad en la oferta de los servicios de salud.

Por otra parte, el modelo actual resulta insuficiente para adaptarse a estos cambios; la organización y administración del sistema resultan obsoletos y no logran responder a los cambios ni a la creciente demanda. Se señalaron como debilidades del sistema las siguientes (3.2):

- Insuficiencia en la administración del sector y de los recursos para la salud.
- Brecha de cobertura en grupos postergados de áreas urbanas y rurales.
- Deficiencia en la estructura y la organización; excesiva centralización en el manejo de los recursos, que dificulta la operación.
- Dificultades en el financiamiento tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud.
- Insatisfacción de la población principalmente por los servicios ambulatorios: largos plazos para citas, falta de cupo, problemas en la relación médico-paciente, entre otros.
- Enfoque de atención predominantemente biologista, centrado en la enfermedad.

El modelo de atención de salud que prevalecía hacia 1990, centrado en la atención de las enfermedades, se organizaba para alcanzar esos objetivos, así como en la formación y la capacitación del recurso humano en salud y la asignación presupuestaria. Había entonces una fuerte tendencia de formación de especialistas y de organizar los servicios por disciplinas y especialidades médico-quirúrgicas. Con este tipo de abordaje se dejaba de lado el medio familiar y laboral, y mucho menos se consideraban los determinantes psicológicos, sociológicos y del medio ambiente físico en el proceso de salud-enfermedad.

Además, la organización altamente centralizada (tanto del Ministerio como de la CCSS) negaba la posibilidad de adecuaciones que facilitarían un efectivo abordaje de los problemas locales de salud, según el perfil epidemiológico de las distintas zonas geográficas del país.

Principios del nuevo modelo

El enfoque del nuevo modelo se orienta hacia una **Atención Integral de Salud**, que logre de manera eficiente y humanizada hacer frente a las nuevas necesidades y exigencias de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener y fortaleciendo los principios de la seguridad social.

El modelo de atención propuesto pretende mantener y reafirmar los principios que han privado en la prestación de servicios de salud en el país, incorporando el logro de las garantías sociales como un derecho de todos los costarricenses. Estos principios son los siguientes (3.2):

-Universalidad: El Sistema Nacional de Salud deberá cubrir y proteger a todos los ciudadanos de manera integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes, sin barreras geográficas, sociales, económicas ni culturales.

-Solidaridad: El nuevo modelo será altamente solidario, para lo cual necesitará implementar cambios en la obligatoriedad de los seguros sociales, así como sistemas más eficientes en los controles de recaudación y aseguramiento.

-Equidad: El nuevo modelo deberá reducir las diferencias en los niveles de salud entre las distintas regiones del país y los grupos poblacionales, así como asegurar la igualdad de oportunidades al acceso de la atención integral de salud de buena calidad para iguales necesidades de los usuarios.

CARACTERÍSTICAS DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

El nuevo modelo de atención de salud exhibe numerosas características relevantes, diferentes al modelo que se venía aplicando. En particular, son aplicables al primer nivel de atención (3.2):

- **Integralidad y continuidad:** El modelo se caracteriza por un enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad, que se traducen en una atención integral y continua al individuo, la familia y la comunidad, con énfasis a la prevención y promoción de la salud, sin omitir la atención a la enfermedad y la rehabilitación.
- **Sujetos de atención:** El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla además a la familia, la comunidad y el ambiente.

- **Planificación basada en necesidades y prioridades de salud:** Este proceso se ejecuta mediante el análisis de la situación de salud y en la programación local.
- **Asignación de familias a equipos de salud:** Un equipo de salud es responsable exclusivo de un número de familias, para evitar la discontinuidad y fragmentación en la atención.
- **Capacitación y educación permanente de los recursos humanos:** Con base en los nuevos principios del modelo y los contenidos de salud familiar y comunitaria.
- **Desarrollo de un proceso de gerencia estratégica local:** Incluye la gerencia de las áreas y de los sectores de salud.
- **Integración de equipos básicos y de equipos de apoyo:** Los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) son la base del sistema y estarán a cargo de un sector de salud; los Equipos de Apoyo están en las Áreas de Salud, conformadas por varios sectores y tienen a cargo las funciones directivas, coordinadoras y supervisoras.
- **Participación social:** El nuevo modelo propiciará un cambio de actitud en la población con respecto a la salud, para construir juntos algo que atañe a todos. Se identificaron tres áreas relevantes para la participación social: autocuidado de la salud, ejecución de actividades y gestión de los servicios, incluyendo esta última los procesos de análisis de situación de salud, la programación y la evaluación. La participación social no se visualiza como un apoyo en conseguir recursos de instalaciones físicas ni para la adquisición de materiales y suministros, como en el pasado.
- **Sistema de información:** Es requisito para asegurar el desarrollo del nuevo modelo un sistema nacional de información en salud, unificado y desconcentrado, que brinde información oportuna y confiable.
- **Garantía de calidad:** Es indispensable para lograr que el usuario de los servicios reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo. Se debe diseñar e implementar un sistema que permita garantizar la calidad en todos los niveles de servicios de salud.
- **Financiamiento del modelo:** El sostén económico del sistema de salud de atención a las personas en Costa Rica se basa en el sistema de seguridad social y está a cargo de la CCSS, con un aporte patronal del 12% de los salarios, un aporte de los trabajadores del 9% y un aporte del Estado del 7%.

Existen y deben fortalecerse otros tipos de aseguramiento (que se analizan en el Capítulo 14 de este trabajo). El Ministerio de Salud, por su parte, recibe recursos de diferentes fuentes, principalmente la asignación presupuestaria del Estado.

- **Descentralización administrativa:** El viejo modelo es altamente centralizado; el nuevo modelo requiere un agresivo proceso de descentralización para lograr fortalecer la gestión en las Áreas de Salud y en el nivel local.
- **Regionalización:** El país se organizará en regiones administrativas, para lo cual se aplicará la división regional del Ministerio de Planificación. Cada Región se dividirá en Áreas de Salud partiendo de la división político-administrativa del país. Cada una de estas unidades geográficas tendrá una población de 15 mil a 40 mil en zonas rurales y 30 mil a 60 mil en zonas urbanas; hasta donde sea posible, respetando la división cantonal y distrital del país. Cada Área de Salud se subdivide en sectores de 3500 a 4000 habitantes.
- **Niveles de atención:**

Primer nivel: En el cual se ofrecen servicios básicos de atención integral de salud mediante los EBAIS en las sedes de los mismos (puestos o centros de salud y clínicas I y II de la CCSS).

Segundo nivel: Brinda apoyo al primer nivel mediante intervenciones ambulatorias y hospitalarias de las especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría y cirugía general (clínicas III y IV y hospitales periféricos).

Tercer nivel: Proveerá servicios ambulatorios y de internamiento de todas las demás especialidades medico-quirúrgicas, así como servicios de diagnóstico y tratamiento que requieren de alta tecnología (hospitales regionales, hospitales nacionales generales y especializados).

- **Programas prioritarios:** Para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de la población se definen cinco programas de atención integral a las personas y uno de atención al ambiente, que deben desarrollarse en forma coordinada en la red de servicios de salud en todos los niveles de atención:
 - **Programa de atención integral del niño (0 a 9 años)**
 - **Programa de atención integral del adolescente (10 a 19 años)**
 - **Programa de atención integral de la mujer**
 - **Programa de atención integral del adulto**
 - **Programa de atención integral del adulto mayor (65 años y más)**

- **Programa de atención al ambiente**
- **Actividades generales para todos los grupos:**
 - Educación y promoción de la salud**
 - Vigilancia epidemiológica**
 - Referencia y contrarreferencia de pacientes**
 - Promoción de la salud y participación social**
 - Promoción de la participación intersectorial**
 - Docencia e investigación**

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

LOS PRIMEROS PASOS DE LA REFORMA

La primera Área de Salud con 10 EBAIS se inauguró el 11 de febrero de 1995 en el cantón de Barranca, Puntarenas, y para mediados de 1997 ya estaban en operación 335 EBAIS en 45 Áreas de Salud (3.3).

La decisión de llevar a cabo una reforma total del sistema de salud en el primer nivel, así como el éxito de la misma, tuvieron como origen una concertación política de las máximas autoridades de la CCSS y del Ministerio de Salud. También se requirió de una enorme fortaleza y convicción de estas autoridades, para afrontar todas las adversidades y los intereses individuales y de los grupos que se oponían a la Reforma.

En este sentido, los dos principales protagonistas en el nivel político, el Viceministro de Salud, Dr. Fernando Marín Rojas y el Presidente Ejecutivo de la CCSS, Dr. Álvaro Salas Chaves, impulsaron la implementación del Proyecto de Reforma al asumir sus funciones en el nuevo gobierno del periodo 1994-1998, pero también habían participado intensamente en la preparación del mismo en los últimos dos o tres años. El Dr. Fernando Marín fue el coordinador del componente: “readecuación del modelo de atención” y el principal ideólogo de la Reforma en este campo.

Para el Ministerio de Salud significó, entre otros aspectos, ceder en su totalidad la atención de salud de las personas (principalmente los programas preventivos) a la CCSS; trasladar a la CCSS centenares de trabajadores del primer nivel, en particular los ATAPS y las auxiliares de enfermería; asumir nuevos roles para los cuales no estaba preparado (la Rectoría); y, convencer a su personal, en todos los niveles de la organización, para que aceptaran la realidad que la atención de salud a las personas ya no sería parte de sus funciones, aunque haya sido la principal función con que nació, creció y se fortaleció el Ministerio de Salud a lo largo de toda su historia. Pareciera que este último aspecto aún a la fecha no se ha incorporado en todos sus funcionarios, ya que, por ejemplo, algunas unidades rectoras locales todavía mantienen el rótulo de “Centro de Salud”.

Para la CCSS los retos fueron enormes: Asumir la atención absoluta de la salud de las personas, en todo el país y en todos los niveles del sistema. Incorporar las actividades de prevención y promoción de la salud y el concepto de atención integral en todo el personal, y en particular en el personal del primer nivel. Adoptar las funciones de planificación de la salud y de vigilancia epidemiológica. Establecer un sistema de información, de monitoreo y de evaluación por Áreas de Salud (los Compromisos de Gestión). Construir o remodelar, equipar y contratar el personal para centenares de pequeños centros de salud, las sedes de los EBAIS, en todo el territorio nacional. Capacitar a cientos de funcionarios integrantes de los EBAIS y de los Equipos de Apoyo en la nueva modalidad de atención integral, con énfasis en la prevención, la promoción, la educación para la salud y la participación social en salud.

En los últimos meses del año 1996, un equipo de trabajo de la Sección de Investigación (de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, CCSS) hizo la primera evaluación del proceso de implementación de los EBAIS en Costa Rica (3.3). Para ello se estudiaron los 314 EBAIS que operaban en ese momento. Los resultados de esta evaluación muestran que hay problemas en todas las áreas estudiadas, tales como infraestructura, personal, abastecimiento, aplicación del concepto de atención integral, la programación local, la participación social, el transporte, la supervisión y otras. Sin embargo, los investigadores señalan claramente que el proceso está en marcha y resaltan los diez logros más importantes que identificó el personal de los EBAIS, los Equipos de Apoyo y los Directores de las Áreas de Salud:

- Mayor cobertura de servicios y captación del usuario.
- Seguimiento y control de los pacientes.
- Mayor énfasis en aspectos de prevención.
- Atención integral como práctica usual.
- Mayor accesibilidad a los servicios de salud.
- Participación e integración de la comunidad a los servicios de salud.
- Capacitación a la comunidad y a los mismos usuarios.
- Detección de problemas de la población, mejor conocimiento de sus necesidades.
- Mejor atención al paciente y la población, mayor agilidad en la atención.
- Identificación con la comunidad y los pacientes, proyección a la comunidad.

Es decir, un año y medio después de iniciado el Proyecto de Reforma ya se estaba en un proceso de cumplimiento la mayor parte de sus postulados, y también los postulados intrínsecos de la APS. En el Capítulo 13 de este trabajo se va a retomar los elementos de evaluación, para valorar si el Proyecto de Reforma funciona.

Las tablas que se indican a continuación señalan algunos indicadores importantes de la **cobertura** de los servicios: **Tablas 3.1 a 3.6**, e indicadores de **resultados**:

Tablas 3.7 a 3.13. En estas tablas se incluyen series de indicadores de una década, a partir de 1994 hasta el 2003. Cabe resaltar el incremento sostenido de la población cubierta por EBAIS hasta alcanzar el 87% en el 2002 (Tabla 3.1); esto se relaciona con la Tabla 3.2 en donde se observa un incremento de las consultas generales de 2.3 millones entre 1994 y el 2003. Otro importante indicador de cobertura es el incremento de las consultas prenatales que es del 52% en 1994 y alcanza el 91.5 en el 2003. La tasa de natalidad se reduce de 23.8/mil a 17.5 en esos años (tabla3.7). Los indicadores de resultados más sobresalientes son: El descenso de las tasas por tumor maligno de cuello de útero que pasa de 9.1/10000 habitantes en 1994, a 4.8 en el 2002; la tasa de mortalidad infantil que desciende de 15.7/mil niños nacidos vivos a 10.1 y la tasa de defunción por enfermedades cardiovasculares que descienden de 15.5/10000 habitantes en 1996 a 10.4 en el 2003. Estos resultados son muy reveladores en cuanto a la efectividad del nuevo modelo de atención.

EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES DE COBERTURA Y DE RESULTADOS EN LOS AÑOS 1994-2003

INDICADORES DE COBERTURA

TABLA 3.1

POBLACIÓN CUBIERTA POR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (EBAIS) MODELO READECUADO

Años	Total de población cubierta	Porcentaje del total de población
1995	868.483	25.0
1996	1.275.304	35.8
1997	1.687.089	46.1
1998	2.283.206	60.9
1999	2.657.878	69.2
2000	2.717.959	69.2
2001	3.252.531	81.1
2002	3.570.941	87.3
2003	3.599.939	86.3

Fuente: Estado de la Nación, 10º Informe; octubre, 2004.

Nota: El programa de APS con la estructura de los EBAIS se inició en el cantón de Barranca, en 1995. Se extendió a todas las poblaciones de zonas rurales y finalmente a las ciudades. La población aún no cubierta con esta modalidad pertenece a una parte del Área Metropolitana de San José.

TABLA 3.2**EVOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS GENERALES Y ESPECIALIZADAS
CCSS 1995-2003**

Años	Consultas médicas generales (en miles)	Consultas médicas de especialidades (en miles)	Totales (en miles)
1994	3.995	2.291	6.286
1995	4.233	2.384	6.617
1996	4.568	2.459	7.027
1997	4.858	2.634	7.492
1998	5.352	2.465	7.817
1999	5.582	2.476	8.058
2000	5.367	2.369	7.736
2001	5.505	2.473	7.978
2002	6.014	2.581	8.595
2003	6.328	2.595	8.926

Fuente: Estado de la Nación, 10° Informe; octubre de 2004

Nota: Las consultas médicas generales se incrementaron en algo más de 2.3 millones entre 1994 y 2003, o sea en un 50%; las consultas de especialidades se mantienen en un número similar en esos años, con un leve incremento de cien mil consultas en los últimos dos años. En 1994 las consultas de especialidades representaron el 36.4% de las consultas médicas totales; en el año 2003 representaron el 29%.

TABLA 3.3**COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON DPT Y POLIO
COSTA RICA 1994-2003**

Años	DPT (3 dosis)	Polio (3 dosis)
1994	86.9	87.5
1995	86.7	85.7
1996	84.9	84.7
1997	93.9	96.7
1998	86.7	88.9
1999	86.7	85.5
2000	88.0	79.6
2001	92.8	94.0
2002	87.8	94.0
2003	90.1	88.0

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud

TABLA 3.4

**COBERTURA DE VACUNACIÓN
BCG, SARAMPiÓN-RUBEOLA-PAPERAS (SRP)
COSTA RICA 1994-2003**

Año	BCG (1 dosis)	SRP (1 dosis)
1994	93.5	88.1
1995	100.0	92.8
1996	92.1	83.2
1997	88.9	99.9
1998	90.9	86.1
1999	89.7	89.3
2000	92.3	82.1
2001	88.0	93.1
2002	84.7	93.0
2003	89.5	88.8

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud.

Nota: La vacuna BCG (antituberculosis) se aplica al recién nacido de un día de vida en las maternidades y la de SRP (sarampión, rubeola, paperas) entre los 15-18 meses de edad del niño. Esta última se repite durante el primer año escolar del niño, a los 6-7 años de edad. En 1997 se produce un incremento en la cobertura de SRP, como producto de una campaña de vacunación, pero se registra un descenso en el año 2000 debido a la carencia de vacunas a nivel mundial.

TABLA 3.5

**COBERTURA DE VACUNACIÓN
HEPATITIS B Y HEMÓPHILUS INFLUENZA B
COSTA RICA 1997-2003**

Años	Hepatitis B (3 dosis)	H. Influenza b (3 dosis)
1997	75.8	-
1998	90.5	26.4
1999	84.8	66.9
2000	89.2	93.7
2001	82.0	91.1
2002	85.4	86.3
2003	88.4	88.9

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud.

Nota: La vacuna contra la hepatitis B inicia su aplicación en niños en 1997 y la de hemóphilus influenza B en 1998.

TABLA 3.6
PORCENTAJE DE PARTOS CON ATENCIÓN PRENATAL
COSTA RICA 1994-2003

Años	Atención prenatal (1)
1994	51.8
1995	56.4
1996	56.6
1997	62.7
1998	72.1
1999	78.5
2000	82.2
2001	87.8
2002	90.0
2003	91.5

Al menos una atención prenatal durante el embarazo.

Fuente: CCSS, Estadísticas generales de servicios de salud 1980-2003; septiembre, 2004.

INDICADORES DE RESULTADOS

TABLA 3.7
NACIMIENTOS TOTALES Y TASA DE NATALIDAD
COSTA RICA 1990-2003

Años	Nacimientos totales	Tasa de natalidad por mil habitantes
1990	81.939	26.9
1991	81.110	26.0
1992	80.164	25.1
1993	79.714	24.3
1994	80.391	23.8
1995	80.306	23.1
1996	79.203	22.2
1997	78.019	21.3
1998	76.982	20.5
1999	78.526	20.5
2000	78.178	19.9
2001	76.401	19.1
2002	71.144	17.4
2003	72.938	17.5

Fuente: Estado de la Nación, 10º Informe; octubre, 2004.

Nota: El número total de nacimientos se mantiene estable en los primeros cinco años de la década de los noventa; en los siguientes cinco años se observa un leve descenso, hasta el año 2000, con un descenso más marcado en los primeros tres años del nuevo milenio; es decir, nacen alrededor de diez mil niños menos por año en el transcurso de una década.

TABLA 3.8**ESPERANZA DE VIDA AL NACER
COSTA RICA 1994-2003**

Años	Total	Hombres	Mujeres
1994	76.4	74.2	78.8
1995	76.2	74.0	78.6
1996	76.7	74.7	79.0
1997	76.9	74.5	79.5
1998	77.0	74.8	79.3
1999	77.3	75.0	79.8
2000	77.7	75.3	80.2
2001	77.6	75.4	80.0
2002	78.5	76.2	81.0
2003	78.4	76.3	80.6

Fuente: Estado de la Nación, 10º Informe; octubre 2004

Nota: En el último decenio la esperanza de vida se incrementó en dos años para los hombres y dos años para las mujeres; hay un incremento de un año a partir del 2002. La diferencia entre sexos se mantiene entre 4 y 5 años en favor de las mujeres. Muy pocos países en el mundo sobrepasan los 80 años, como es el caso de las mujeres en Costa Rica. La esperanza de vida para los costarricenses en 1940 fue de 46.9 años y en 1950 de 55.6. (Estado de la Nación, 10º Informe).

TABLA 3.9**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
COSTA RICA 1994-2003**

Año	Número	Tasa /mil n.v.
1994	1045	15.7
1995	1064	15.4
1996	937	14.4
1997	1108	14.9
1998	970	12.5
1999	925	11.8
2000	798	10.2
2001	827	10.8
2002	793	11.1
2003	737	10.1

Fuente: Memorias Anuales del Ministerio de Salud, Costa Rica.

TABLA 3.10
TASA DE MORTALIDAD MATERNA
COSTA RICA 1994-2003

Años	Número	Tasa/ mil n.v.
1994	31	3.9
1995	16	2.0
1996	23	2.9
1997	29	3.7
1998	12	1.6
1999	15	1.9
2000	28	3.6
2001	24	3.1
2002	27	3.8
2003	24	3.3

Fuente: Memorias Anuales del Ministerio de Salud, Costa Rica.

Nota: En un estudio sobre muertes maternas entre 1994 y 1997 (R. Vargas, *Factores de riesgo asociados a muerte materna*, Tesis de Maestría, Escuela de Salud Pública, UCR), sólo el 60% tenía algún tipo de seguro de salud; en un 66% no se reportan controles prenatales y el 54% falleció en hospitales nacionales. En el análisis de multivariantes los factores asociados más frecuentes fueron: hipertensión arterial, sufrimiento fetal, cinco o más embarazos y la condición de no asegurada. El estudio recalca que muchas muertes maternas son evitables.

TABLA 3.11
TASA DE MORTALIDAD DE MUJERES CON TUMOR MALIGNO
DE CUELLO DE ÚTERO, COSTA RICA 1994-2003

Años	Número	Tasa/ 10.000 habitantes
1994	148	9.1
1995	150	9.0
1996	145	8.5
1997	147	8.1
1998	144	7.7
1999	135	7.1
2000	128	6.7
2001	150	7.6
2002	97	4.8
2003	112	5.5

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud. Informes Anuales.

Nota: A partir de 1995 se observa una tendencia a la reducción en las tasas de mortalidad por cáncer de cuello de útero y en el número de mujeres que fallecen cada año por esa causa. Esta situación estaría en relación con el aumento de las coberturas del PAP y la detección temprana del cáncer in situ (Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud).

TABLA 3.12**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES
DEL SISTEMA CIRCULATORIO
COSTA RICA 1995-2003**

Años	Número	Tasa/10.000 habitantes
1995	4174	14.0
1996	4308	15.5
1997	4087	12.8
1998	4225	12.8
1999	4578	13.4
2000	4739	12.4
2001	4884	13.1
2002	4514	11.3
2003	4390	10.4

Fuente: Ministerio de Salud. Memorias Anuales.

Nota: La gran mayoría de las enfermedades del sistema circulatorio son prevenibles, reduciendo o eliminando los factores de riesgo asociados a estos padecimientos: el fumado, el ejercicio físico, la reducción de peso, una dieta saludable y el control de la presión arterial. En el periodo 2001-2003 las tasas se reducen significativamente.

TABLA 3.13**DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS
COSTA RICA 1995-2003**

Años	Número	Tasa/ 10.000 habitantes
1995	2819	8.4
1996	2902	8.4
1997	2856	7.8
1998	2998	8.0
1999	3129	8.7
2000	3105	8.1
2001	3416	8.5
2002	3213	7.9
2003	3405	8.2

Fuente: Ministerio de Salud. Memorias Anuales.

Nota: Las tasas de defunciones por tumores malignos no se han modificado en los últimos diez años, pese a la enorme inversión del Servicio Nacional de Salud para atender estos padecimientos.

CAPÍTULO 4

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

DEFINICIÓN DE ALMA ATA

El concepto de Atención Primaria de Salud (APS) logró un alcance mundial a partir de la Conferencia Internacional, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en la que participaron todos los países miembros, entre ellos Costa Rica. Dicha Conferencia se celebró en Alma Ata (antigua URSS) en 1978 y su definición fue la siguiente (4.7):

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

“La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Uno de los términos de la literatura médica y de salud que más se ha prestado a confusión e interpretaciones es el de “Atención Primaria de Salud”. Como mínimo ha habido dos vertientes para esta confusión:

- Desconocer el origen de los términos de la definición, su adopción política universal y la orientación técnica dada a la misma.
- La semejanza entre los términos “atención primaria” y “primer nivel de atención”.

Consecuentemente se ha empleado el término para denotar al personal auxiliar del primer nivel de atención, o bien para señalar unidades o programas del primer nivel con personal auxiliar de salud.

La definición emanada de la Conferencia Internacional de Alma Ata es la forma de entender la salud como un concepto no ligado únicamente a los servicios de salud, sino en un sentido mucho más amplio, donde se interrelaciona con los aspectos ambientales y socioeconómicos.

A continuación se destacan algunos de los enunciados en la definición original de APS, que consideramos vigentes en su aplicación:

- **“...asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos”**... esto sugiere la introducción de una variedad de tecnologías actualmente disponibles para que el personal de salud las aplique en actividades de prevención, de diagnóstico y tratamiento; por ejemplo, la toma de glicemia mediante la cinta colorimétrica, o un electrocardiograma por un técnico en electrocardiografía.
- **“...puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación...”** Los servicios de salud deberán atender a toda la población según sus necesidades, tanto a individuos como a familias y a la comunidad. “La plena participación” de la comunidad ha sido una de las mayores limitaciones en la aplicación del enfoque de APS en los servicios de salud. Es decir, los servicios de salud sin participación comunitaria no son atención primaria, según esta definición. Este concepto será desarrollado en uno de los capítulos posteriores.
- **“...a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”**. Los servicios de salud deben evolucionar progresivamente según evolucionen los problemas de salud y las necesidades de la población. La asignación de los recursos para la salud siempre es una acción política de las autoridades del sector, y va a depender de la prioridad entre los recursos asignados a hospitales cada vez con mayor especialización y de costos más elevados, o bien, a los servicios del primer nivel, en donde se desarrollan efectivamente las actividades de prevención y de promoción de la salud.
- **“...con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”**, lo cual introduce el concepto de la responsabilidad personal y del autocuidado en la prevención y mantenimiento de la salud, autonomía y consentimiento informado.
- **“La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal...”** La APS no funciona sin el apoyo del segundo y el tercer nivel de salud; un buen sistema de referencias y contrarreferencias es esencial. Este tema se analizará en un capítulo posterior de este trabajo.
- **“...así como del desarrollo social y económico global de la comunidad...”** Con su enfoque de participación social en salud, el personal que labora en APS promueve fuertemente la organización comunitaria y el desarrollo de proyectos de muy diversa índole. El Programa Hospital sin Paredes, de San Ramón, constituye un buen ejemplo de este concepto.
- **“Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud...”** El primer nivel de contacto es en otros términos la “puerta de entrada” al sistema de salud. Cabe resaltar en esta definición de la APS, que la atención de salud se amplía a la familia y a la comunidad y no sólo al individuo o “paciente”, como tradicionalmente se ha entendido.
- **“...llevando lo más cerca posible la salud al lugar donde residen y trabajan las personas...”** Esto significa la inserción de servicios de salud en pequeñas comunidades rurales y en los barrios de las zonas urbanas, lo cual facilita el acceso a los servicios de salud de los niños, las mujeres embarazadas y los adultos mayores, como grupos de alta prioridad.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Vuori (1985) señala cuatro formas o enfoques de entender la APS: como un conjunto de actividades, como un nivel de atención, como una filosofía que impregna la atención de salud y como una estrategia organizativa de la atención. Las dos primeras son inapropiadas en el contexto que se ha venido analizando. En cambio, la APS como estrategia organizativa y como filosofía que impregna la atención de salud son conceptos interrelacionados. Estos conceptos se aplican y se ejecutan en el primer nivel de atención. La APS sólo es posible desarrollarla desde el primer nivel de atención.

La APS no es un conjunto de actividades clínicas particulares en un centro de salud. La APS aborda los más variados y frecuentes problemas de salud y sus determinantes, proporcionando los servicios preventivos, de diagnóstico y tratamiento, de rehabilitación y de promoción de la salud, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Integra la atención para los diversos grupos de población según sus necesidades y ejecuta actividades en diferentes escenarios: centros de salud, centros educativos, centros de trabajo, la familia y la comunidad. La APS organiza y racionaliza los recursos del sistema de salud, de otras organizaciones y de la comunidad en función del bienestar físico y mental de la población.

En las últimas décadas, las profesiones relacionadas con la salud tienden a fraccionarse; surgen las especialidades y subespecialidades médicas, de los odontólogos, de la enfermería y otros campos, cada vez con intereses más específicos y en competencias profesionales, centradas en las enfermedades específicas de un órgano y de un sistema del ser humano. Esta proliferación de especialidades exige con frecuencia más recursos en el despliegue de tecnologías más complejas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para mantener a las personas con vida. En esta carrera tecnológica especializada, orientada al tratamiento de las enfermedades, se minimizan las actividades de prevención y promoción de la salud, cuyo abordaje requiere una perspectiva diferente a la del especialista.

Un sistema de salud moderno requiere de buenos equipos de profesionales especialistas y de técnicos, generalmente ubicados en un segundo nivel de atención ambulatoria y en el tercer nivel de hospitalización; a la vez, requiere de excelentes equipos de profesionales generalistas y de técnicos para el primer nivel de atención. Se ha señalado que un sistema de salud en base a especialistas pone en peligro la equidad del sistema (4.5). No existe ningún país en el mundo que disponga de recursos ilimitados para la atención de la salud. La atención especializada es mucho más cara que la atención primaria, y los recursos orientados a sufragar los costos de la enfermedad compiten generalmente a favor de la atención especializada, en detrimento de la APS (4.5).

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES INDUSTRIALIZADOS

A partir de la conferencia de Alma Ata en 1978, la mayoría de los países occidentales industrializados puso en marcha los criterios enunciados en dicha conferencia en sus sistemas de salud. Sin embargo, el impulso tecnológico de la segunda mitad del siglo pasado es responsable de la tendencia a la especialización en detrimento de la atención general de salud. Existen diferencias notables entre los países. En un estudio de 12 países industrializados, se evidencia que aquellos con mayor orientación a la APS presentan un mejor estado de salud de la población y sus costos son menores (Starfield, 1994).

En este estudio se analizó un conjunto de características del sistema de salud y otras propias del ejercicio profesional; a su vez, se analizaron los costos y 14 indicadores de salud. El Reino Unido, Finlandia, Países Bajos y Dinamarca muestran una mayor fortaleza en APS, una mayor valoración en los resultados globales y más bajos costos; en el otro extremo están EE UU, Alemania y Bélgica. En una situación intermedia están Canadá, Suecia y España. Los países con políticas sanitarias orientadas hacia la APS reflejan características del ejercicio profesional con fuerte orientación a la APS (4.5).

En la mayoría de estos países se identifica la APS con el primer nivel de atención y el personal responsable son los médicos generales y los médicos de familia. En algunos países como Canadá, España y EE UU, los médicos pediatras se incluyen como profesionales de APS, así como los internistas generales en los EE UU. La orientación y la participación organizada de la comunidad tienen un magro fundamento histórico y una escasa aplicación en los países industrializados (4.5).

En 1985 H.Vouri (4.7) señaló las principales diferencias entre un servicio de salud tradicional y un servicio con el enfoque de APS que, a nuestro entender, están vigentes y así se indican en la tabla 4.1.

TABLA 4.1

DE LA ATENCIÓN MÉDICA CONVENCIONAL A LA ATENCIÓN PRIMARIA

	Convencional	Atención Primaria
Objetivo	Enfermedad Curación	Salud Prevención, atención, curación
Contenido	Tratamiento Atención discontinua Problemas específicos	Promoción de la salud Atención continuada Atención integral
Organización	Especialistas Médicos Trabajo individual	Médicos generales/ de familia Otro personal Trabajo en equipo
Responsabilidad	Sector salud solo Predominio de profesionales Recepción pasiva del servicio	Colaboración intersectorial Participación de la comunidad Autorresponsabilidad

Adaptado de H. Vuori, 1985.

LAS OCHO FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el primer nivel de un servicio de salud con enfoque de APS, se ejecutan una vasta variedad de actividades y en términos prácticos se identifican las siguientes ocho funciones (5.1):

- 1) **Proceso administrativo: planificación, organización, dirección y liderazgo, monitoreo y evaluación**
- 2) **Mantenimiento de la salud**
- 3) **Prevención de enfermedades**
- 4) **Diagnóstico y tratamiento**
- 5) **Rehabilitación**
- 6) **Certificación**
- 7) **Cuidado pastoral**
- 8) **Promoción de la salud y participación social**

1) El proceso administrativo:

Conocer las necesidades de salud de la población es un proceso arduo y complejo y es la primera etapa para elaborar un buen plan de salud local. A semejanza del diagnóstico que elabora el médico en su consultorio, mediante el interrogatorio al

paciente, la inspección y el uso de algunos instrumentos, el equipo de salud utiliza las encuestas, las visitas a familias; se reúne con los líderes, inspecciona las condiciones sanitarias y acumula datos sobre el estado de vacunación de los niños, de las mujeres que tienen el control prenatal, de las enfermedades más comunes y de aquellos problemas sociales que no son objeto de consulta en el centro de salud. Este análisis de la situación de salud (ASIS) requiere conocimiento y experiencia por parte del personal.

A partir del diagnóstico se procede a elaborar el plan local de salud, generalmente para un año calendario. Para la ejecución de este plan local, es indispensable que el personal disponga de los recursos en equipos, suministros y otros insumos necesarios.

El monitoreo y las evaluaciones se hacen en forma trimestral y anual. En Costa Rica este proceso se desarrolla en unidades geográficas donde habitan en promedio 4000 habitantes, o sea, alrededor de 1000 familias. La sumatoria de los planes locales con otras informaciones pertinentes se constituye en el Plan Anual de Salud para el Área de Salud. Actualmente las Áreas de Salud elaboran un plan estratégico para dos o tres años y un Plan Anual Operativo.

Mantenimiento de la salud:

Mantener la salud de una población es mucho más que el tratamiento de sus enfermedades. Generalmente es visualizada en forma diversa por diferentes individuos y profesionales de la salud, pero una buena nutrición en calidad y cantidad de alimentos, así como un adecuado nivel de actividad física y mental, son algunos de los aspectos básicos en la promoción de un estilo de vida saludable. Las relaciones personales y familiares satisfactorias para prevenir la violencia doméstica; la disponibilidad de áreas de recreación para grupos de edad diferentes, así como de ambientes agradables, limpios de desechos sólidos y sin exceso de ruidos, son algunos condicionantes que deben tomarse muy en cuenta en este proceso de preservación de la salud.

Los profesionales y técnicos de salud del primer nivel pueden contribuir, con su ejemplo y con actividades de educación y promoción, si se entiende claramente que la salud es un proceso dinámico y multifacético.

Prevención de enfermedades:

La prevención generalmente se entiende como actividades específicas otorgadas individualmente. Por ejemplo, la vacunación a los niños y los controles de crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años, el Papanicolao a mujeres cada dos años, el control prenatal y postnatal y las consultas de planificación familiar, la toma de presión arterial a todas las edades, la glicemia a personas con riesgo familiar, el análisis del esputo para tuberculosis en tosedores crónicos, la prueba de visión y audición en el programa de salud escolar... Todas apuntan a la prevención.

Otras actividades preventivas son de aplicación de salud pública; por ejemplo, la adición de yodo y flúor a la sal común, la adición de vitaminas A y D a la leche en polvo fortificada, el uso del cinturón en personas que viajan en vehículos motorizados, la calidad del agua y de los alimentos que consumimos regularmente.

Diagnóstico y tratamiento:

Esta es una actividad de mucha relevancia en un servicio de salud, centrada principalmente en el médico, con la participación estrecha de la auxiliar de enfermería. Otros profesionales del equipo de apoyo participan cada vez con mayor frecuencia en la atención individual de problemas de salud específicos, tales como el trabajador social, el psicólogo, la enfermera y el nutricionista. Este tema se desarrollará con amplitud en un capítulo posterior.

Rehabilitación:

Sentirse bien no llega sólo con la curación de una enfermedad. Sentirse bien implica la incorporación a las funciones físicas y sociales. Una persona que egresa de un hospital por una cirugía o por una neumonía está en un proceso de rehabilitación. El personal de salud en APS debe estar atento a estas situaciones: participar con frecuencia en el seguimiento de estos enfermos y vigilar que se completen los tratamientos. La rehabilitación también se practica en personas que han sufrido lesiones osteomusculares después de un accidente, o después de un infarto de miocardio.

Certificación :

El médico de APS está obligado a otorgar incapacidades para el trabajo, por enfermedad o por accidentes. Estas incapacidades tienen un carácter legal, por lo cual la persona no sólo justifica su ausencia en el trabajo, sino también recibe una prestación económica durante el periodo de su incapacidad. El médico también otorga certificados de salud y, al final de la vida, cierra el capítulo con un certificado de defunción.

Cuidado pastoral:

Algunas décadas atrás una actividad importante del médico era la visita a enfermos en su propio domicilio. Estos médicos disponían entonces de muy escasos recursos de diagnóstico y tratamiento, al grado de que muchas veces su función principal era el consuelo y el apoyo al enfermo y sus familiares. Los médicos de familia hacían gala de una espléndida capacidad para reconfortar a los enfermos en esta labor pastoral, lo cual les otorgaba un enorme prestigio social. Esta función se perdió con la despersonalización de las consultas en las grandes clínicas y en los hospitales, aunque se mantuvo en forma limitada en los consultorios médicos privados.

Actualmente, con el desarrollo de la APS y la integración de los equipos básicos de salud, se reestablece la continuidad en la atención y un contacto más personal entre el usuario y el trabajador en salud. De esta forma, ahora todo el personal del equipo básico de salud deberá retomar la labor de pastoreo, que fue exclusiva del médico años atrás.

Promoción de la salud y participación social:

El concepto de *promoción* de la salud toma relevancia a partir de la carta de Ottawa en 1986. La promoción de la salud está estrechamente vinculada a la participación comunitaria en salud y es una actividad relevante en APS, como ya se ha señalado. Este tema se tratará en el Capítulo 16 de este trabajo.

CAPÍTULO 5

¿CUÁLES SON LOS ALCANCES Y LOS OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

La APS trata de satisfacer la mayor cantidad de demanda de los usuarios en el primer nivel de atención. Para alcanzar este propósito, los servicios de salud deberán cumplir al menos con los siguientes requisitos:

- **Accesibilidad.**
- **Aceptación por parte de toda la población.**
- **Respuesta a las necesidades de las personas en las diferentes edades.**
- **Máximo uso de tecnologías apropiadas y de los recursos para atender esas necesidades.**
- **Personal bien capacitado y motivado.**
- **Disponibilidad de los equipos y suministros para sus labores.**
- **Objetivos claros, sobre la base de las metas pactadas anualmente en los Compromisos de Gestión.**

Asumiendo que los recursos son limitados, con frecuencia existirá un conflicto entre las necesidades individuales, las aspiraciones de salud de la sociedad y los objetivos del personal de salud. Como integrantes del personal de salud en el primer nivel, debemos aceptar que no podemos hacer todo para todos. Es evidente que cada equipo de salud local afronta presiones de demanda de servicios que va negociando y resolviendo. Sin que se tengan claros los objetivos, la manera de cómo medirlos y si se han alcanzado, es difícil valorar el impacto de la APS en la salud de la población. Los Compromisos de Gestión y su evaluación anual cumplen en parte esa importantísima función.

- **Accesibilidad:** ¿Qué significa que los servicios sean accesibles para toda la población? Idealmente, deben cumplirse algunos requisitos (5.2):

- a) Los pacientes deben ser capaces de ver a su médico u otro miembro del equipo de salud en el menor tiempo posible, dependiendo de la urgencia del problema: **emergencias**, dentro de los siguientes 30 minutos o en forma inmediata para ciertos casos; **moderadamente urgente**, en el transcurso de las siguientes 24 horas; **menos urgente**, dentro de los siguientes tres días.
- b) Los pacientes no deben esperar más de 15 minutos después de la hora de la cita.
- c) La distancia entre el hogar del usuario y el centro de salud debe ser lo más corta posible: por ejemplo, en áreas urbanas de 1 km a 1 1/2 km; en las áreas rurales se deberán tomar en cuenta los servicios de transporte público.

- d) No deben existir barreras de comunicación o administrativas entre los usuarios y el equipo de salud.

Ninguno de estos requisitos está exento de dificultades para su cumplimiento. Por ejemplo, ¿cómo medir las urgencias y quién? ¿El médico? ¿La recepcionista? ¿El auxiliar de enfermería? En cuanto a la distancia, en las áreas urbanas concentradas es posible la ubicación de pequeños centros de salud en los barrios de las ciudades; en las áreas rurales los medios de transporte público no están disponibles o circulan en horarios no adecuados para las citas de los usuarios.

- Aceptable para toda la población: ¿Qué características debe tener un servicio de salud para que la población lo acepte? En general las personas aprecian sobre todo el buen trato del equipo de salud, comenzando con la recepcionista, la auxiliar de enfermería en la preconsulta, y el médico, en su relación directa con los usuarios. Otros aspectos que se ponderan en la “encuesta de satisfacción de los usuarios” son los siguientes:

- El ambiente físico del centro de salud: espacio en la sala de espera, limpieza, iluminación, estado de los servicios sanitarios, entre otros.
- Los tiempos de espera para obtener la cita, para ser atendido por el médico y para la entrega de medicamentos.
- La resolución del problema que el usuario manifieste durante la visita al centro de salud.
- La adecuación del tratamiento según los problemas.
- La referencia oportuna al especialista y al hospital.
- La emisión oportuna de un certificado de incapacidad según las normas.
- La atención de quejas según su grado de importancia.
- La relación del personal con las comisiones de trabajo y los grupos organizados de las comunidades.

Aunque el servicio de salud tenga un buen nivel de aceptabilidad, algunos usuarios van a externar quejas, las cuales se deben atender en forma inmediata o mediante un mecanismo ya organizado, tal como la Contraloría de Servicios, que se analizará en el Capítulo 10 de este trabajo.

Las quejas más comunes están relacionadas con el trato persona, la falta de cupo en las consultas no programadas, la idoneidad del tratamiento y las referencias a un especialista o al hospital (5.2).

- Responder a las necesidades de las personas en las diferentes edades: El programa de atención de salud en Costa Rica tiene cinco componentes por grupos de edad, y para cada uno de ellos se define un conjunto de actividades mínimas, las cuales están programadas y las ejecuta el médico si corresponde, o los otros miembros del equipo. Al cambiar el eje de la atención de la enfermedad, por la atención integral a la persona, el personal toma en cuenta las peculiaridades de cada grupo según sus necesidades y los valores, en un proceso continuo de salud-enfermedad.

El equipo de salud deberá identificar aquellas necesidades de la población que pueden ser prevenidas, modificadas o tratadas (5.1). Este criterio es diferente del tradicional que se interesaba por la enfermedad solamente. Se asume que la demanda potencial de la población es ilimitada, lo cual no es del todo cierto; toda la población no desea estar enferma siempre. Existe un pequeño número de policonsultantes que el equipo de salud puede identificar y controlar. La demanda puede ser modificada mediante educación en todos los escenarios de trabajo, por los miembros del equipo y por actividades de promoción y educación para la salud. La atención a la demanda también puede ser influenciada por las listas de espera, la capacidad resolutoria o la calidad de la atención en el centro de salud.

El desarrollo de los procesos de planificación a nivel local, que se inician con el análisis de la situación sanitaria, ayuda a los equipos básicos a conocer las necesidades de salud de todos los grupos humanos, así como su condición en zonas de residencia de los grupos postergados.

- **Máximo uso de tecnologías apropiadas:** En los servicios de salud del primer nivel en Costa Rica, progresivamente se han incorporado tecnologías apropiadas de bajo y mediano costo, con el propósito de incrementar el nivel de resolución y la calidad del beneficio a los usuarios. Dichas tecnologías requieren también un proceso de capacitación al personal. La incorporación de estas tecnologías, anteriormente privativas de los servicios del segundo y del tercer nivel, favorece la autoestima del personal, refuerza su seguridad en los procesos de diagnóstico y tratamiento y aumenta la credibilidad y la confianza de los usuarios. Las siguientes tecnologías se aplican en la mayoría de los EB AIS:

- Equipos para toma de presión arterial, peso, talla y cálculo de la masa corporal.
- Material y equipos estériles para suturas y retiro de hilos de sutura, curaciones, extracción de uñas, lavado de oídos, colocación de DIU y de sondas Foley.
- Equipo estéril para partos de emergencia.
- Refrigeradora exclusiva para el mantenimiento de las vacunas.
- Equipos de resucitación básica para niños y adultos (*ambús*).
- Glucómetro portátil para medición de glicemia.
- Nebulizadores portátiles para el tratamiento asmáticos en fase aguda.
- Doppler, para auscultar el sonido del corazón fetal.
- Aspirador portátil para pacientes asmáticos y otros problemas respiratorios.
- Electrocardiograma portátil.
- Otras tecnologías: rehidratación oral, vacunaciones, educación y promoción de la salud, técnicas de visita domiciliar, de dinámica de grupos y otras.

- **Personal bien capacitado y motivado:** Es evidente que existe una incongruencia en la formación del personal médico y demás profesionales que laboran en el primer nivel de atención, en relación con muchas actividades y funciones que deben

desempeñar. La formación de estas categorías de personal se hace en los hospitales o en las aulas, con escaso contenido teórico y de práctica en servicios de salud del primer nivel.

Después de 10 años de iniciada la Segunda Reforma de los Servicios de Salud, esta situación aún no se ha corregido. En consecuencia, los servicios de salud han tenido que recurrir a desarrollar un fuerte programa de capacitación en servicio para los Equipos Básicos y para los Equipos de Apoyo del primer nivel, el cual exige un alto costo en términos financieros y de tiempo. Por otra parte, es de enorme relevancia establecer un proceso de motivación, con un programa de incentivos (no necesariamente económicos) y un programa atractivo de educación permanente, que eleven el nivel de satisfacción con el trabajo en el primer nivel de atención.

- **Disponibilidad de equipos y suministros para sus labores:** Uno de los problemas gigantescos a que se enfrenta el personal de salud en Atención Primaria es la carencia de materiales y equipos indispensables. Algunas veces se dispone de equipos pero estos no funcionan por la falta de un mantenimiento satisfactorio. En consecuencia, los administradores de los servicios de salud deben reconocer y estar concientes de la importancia de que un pequeño centro de salud disponga de los equipos y suministros programados para ejercer sus funciones. Asuntos tan simples como la disponibilidad de los equipos calibrados para la toma de presión arterial, para la toma de peso y para medir la talla de un niño, son cruciales en el primer nivel de atención; como también es importante la disponibilidad de papelería (formularios, carnés y otros), el material médico-quirúrgico esterilizado (equipo para curaciones y otros), los maletines y los implementos para la visita domiciliaria de los ATAPS. Los pequeños centros de salud también deben disponer de material didáctico para la educación a pequeños grupos y de material informativo para las actividades de promoción de la salud.

- **Tener objetivos claros sobre la base del Compromiso de Gestión:** El Compromiso de Gestión es un instrumento administrativo y jurídico (para los proveedores externos) que se firma después de una negociación entre los Directores y Administradores de un Área de Salud u Hospital y la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS, dependencia de la Gerencia de División Administrativa. Dicha negociación incluye los objetivos y las metas del año correspondiente, las principales actividades a realizar, los parámetros de evaluación y el monto global financiero anual para el Área de Salud o para el Hospital correspondiente.

El Compromiso de Gestión se negocia y se firma generalmente en los meses de mayo y junio de cada año, con el propósito que se incluyan en el presupuesto global de la CCSS del siguiente año. En los meses de enero y febrero se hace una evaluación de dichos Compromisos, por medio de un equipo externo al Área de Salud u Hospital, coordinado por la Dirección de Compras de Servicios de Salud. En esta evaluación se analiza el comportamiento global del Área u Hospital, el cumplimiento de las metas pactadas, la calidad de los servicios a las personas en

los cinco programas, mediante una muestra al azar de dos EBAIS por Área de Salud, así como una muestra de expedientes clínicos de estos mismos EBAIS. Además, se evalúa la ejecución de los planes estratégicos, del presupuesto y el costo financiero de algunos rubros.

Los resultados del Compromiso de Gestión se ponderan con una puntuación entre 1 y 100%; los resultados entre 80 y 90% son aceptables, y sobre 90% son muy buenos. Los resultados sobre 90% tienen implicaciones económicas: los Hospitales y las Áreas de Salud administradas directamente por la CCSS, obtienen una bonificación adicional del 2.5% en el presupuesto del siguiente año. Y para las Áreas de Salud que administra la UCR, las Cooperativas y la Clínica Bíblica, no se modifica el presupuesto negociado, pero sí se reduce en un 2.5% si la evaluación está por debajo del 90%. Actualmente se retiene por parte de la CCSS ese 2.5%, como garantía de calidad, y si obtiene un puntaje mayor del 90% se reintegra después de la evaluación.

La implementación de los Compromisos de Gestión se inició en 1997, en unos pocos centros, y se generalizó a todas las Áreas y los Hospitales en los tres años siguientes. Al día de hoy se aplica esta metodología en las 130 unidades programáticas de los servicios de salud de la CCSS en todo el país.

Las metas de los Compromisos de Gestión no son iguales para todas las Áreas de Salud: aquellas metas con más bajo nivel porcentual tienden a incrementarse año con año; sólo algunas metas, tal como el porcentaje de vacunación para todas las vacunas, tienen siempre un nivel mínimo de 95%. Por lo regular, cada año se agregan nuevas actividades, o bien, se elimina una o más, dependiendo de los criterios técnicos, de los resultados globales de las evaluaciones, con respecto al cumplimiento sostenido de algunos de los compromisos.

Anualmente la Dirección de Compras prepara y revisa un documento: **La Ficha Técnica**, que pone a disposición de los directores de las Áreas de Salud y de los Hospitales, en donde se definen los criterios para construir y evaluar los indicadores que se incluyen en los Compromisos de Gestión. Vale señalar que los Compromisos de Gestión no incluyen la totalidad de actividades programadas para el Área de Salud o para el Hospital; estas se contemplan en el Plan Anual Operativo, el cual se analizará en el Capítulo 11 de este trabajo.

EJEMPLO DE COMPROMISOS DE GESTIÓN: AÑO 2004

La producción en salud con calidad convenida entre la Dirección de Compras y las Áreas de Salud estará directamente relacionada con las intervenciones en salud que le fueren asignadas al Proveedor (Áreas de Salud) por el Comprador (CCSS). Para esto se parte del análisis de la política pública en salud, el perfil epidemiológico nacional y local, y las necesidades concretas de los servicios a cargo del Proveedor, lo cual constituye la base para la definición de los indicadores de organización, prestación y calidad esperados (5.1).

El Proveedor atenderá los indicadores de organización, prestación y calidad, sin perjuicio de su obligación en el cumplimiento del resto de prestaciones que le son exigibles en razón de su nivel de complejidad y capacidad resolutoria, a la luz del marco jurídico y normativo vigente en la Institución para la prestación del servicio público (5.1).

PROBLEMAS, OBJETIVOS, INDICADORES, PUNTAJES Y METAS DEL COMPROMISO DE GESTIÓN

Problema/Necesidad de salud relevante	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTAJE	META
1. Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular	1. Contribuir a mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de las personas con esta patología	Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año, con criterios de calidad	61	65%
		Cobertura de atención integral en personas de 65 años y más, con criterios de calidad.	61	50%
2. Diabetes mellitus	1. Mejorar la detección temprana y contribuir a mejorar la salud de los diabéticos y la calidad de vida de las personas con esta patología	Cobertura de detección temprana del diabético e hipertenso	30.3	3.5% diabéticos de población +20 años
			30.3	8 % hipertensos población +20 años
		Cobertura de personas diabéticas atendidas con calidad	65.7	60% Cobertura
	5% Hb A1c <=7			
3. Tumores malignos	1. Contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad prevenible por tumores malignos	Cobertura de mujeres con citología vaginal por grupos de edades	60.7	menores 35 años= 35 % mayores 35 años= 40%
4. Enfermedades re-emergentes	1. Disminuir los eventos de morbi-mortalidad generados por estas patologías	Vigilancia epidemiológica a nivel local	40.8	Sí
		Identificación y control de los pacientes con tuberculosis	25.3	Sí

Problema/Necesidad de salud relevante	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTAJE	META
5. Salud materno-infantil	1. Reducir la tasa de morbilidad y mortalidad materna e infantil	Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad	28.7	80%
		Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a menos de seis años, con criterios de calidad	28.7	70%
		Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis y H. Influenza	28.7	95%
		Cobertura de vacunación con SRP	9.6	95%
		Cobertura de atención de niños y niñas en escenario escolar	19.2	90%
		Cobertura de atención integral individual en adolescentes, con criterios de calidad	19.2	40%
		Cobertura de tamizaje de adolescentes	19.2	30%
		Cobertura de atención odontológica preventiva	19.2	0- 9 años 50% adolescentes 45% embarazadas 30%
		Cobertura de atención prenatal con criterios de calidad	28.7	80%
		Cobertura de atención post-parto con criterios de calidad	28.7	50%
6. Violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar	6. Mejorar la detección, notificación y el abordaje de la violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar	Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar	28.7	Sí

Problema/Necesidad de salud relevante	OBJETIVO	INDICADOR	PUNTAJE	META
8. Optimización de la red de servicios.	1. Optimizar la red de servicios de salud para brindar atención oportuna, aumentar la resolutivez, mejorar la continuidad de atención y optimizar los recursos	Red de servicios de salud	47.9	Sí
		Aumento de la capacidad resolutivez del primer nivel de atención	35.4	Sí
		Desarrollo de protocolos de manejo, interconsulta y referencia para el abordaje de las cinco patologías más frecuentes por especialidad	40.5	Sí
		Sistema local de vigilancia nutricional	40.5	Sí
		Investigaciones operativas y/o sistematizaciones de experiencias de campo sobre atención integral en salud	40.5	Sí
9. Evaluación de condiciones sanitarias generales y cumplimiento de la normativa institucional	1. Proteger la salud de las personas y del ambiente, así como fortalecer el cumplimiento de la normativa institucional.	Certificación de saneamiento básico y ambiental	10.1	Sí
		Certificación en gestión de la salud ocupacional	10.1	Sí
		Certificación de una oficina de contraloría de servicios de salud	10.1	Sí
		Certificación de monitoreo de satisfacción de usuarios	10.1	Sí
		Certificación del funcionamiento de una Junta de Salud	10.1	Sí
		Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística	10.1	Sí
10. Mejoramiento de la gestión local	1. Fortalecimiento del proceso de planificación local	Plan Estratégico local de servicios de salud	101.2	Sí
PUNTAJE TOTAL 1er NIVEL			1000	

La primera columna del cuadro anterior se refiere a los **problemas o necesidades de salud** identificados como prioritarios. Para cada problema o necesidad de salud se identifica un **objetivo**, el cual se describe en la segunda columna. En la tercera columna se identifican uno o más **indicadores** para cada objetivo. Los indicadores deberán ser perfectamente medibles, sin ambigüedades; por ejemplo, la cobertura de vacunación contra la polio es de 95%, o para el “plan estratégico local de servicios de salud” se deberá elaborar y aportar el documento. A cada indicador se le asigna un **puntaje** (cuarta columna), el cual es diferente según la importancia o el grado de dificultad para alcanzarlo. Finalmente, en la quinta columna se indican las **metas** para cada uno de los indicadores.

Como señalamos anteriormente, en la “Ficha Técnica” que acompaña al formulario de Compromisos de Gestión se ofrece la explicación de cómo obtener cada uno de los indicadores, con lo cual se estandariza la información de la respectiva Área de Salud; permite la objetividad de las evaluaciones y también hacer comparaciones entre las mismas. Cabe señalar nuevamente que los objetivos y las metas acordadas en el Compromisos de Gestión, no comprenden la totalidad de las acciones que se ejecutan en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO 6

¿DÓNDE SE REALIZA LA ATENCIÓN PRIMARIA?

La APS se realiza en cinco escenarios de trabajo, a saber: las viviendas, los centros de salud, los centros educativos y de cuidado infantil (CEN-CINAI, guarderías y otros), los centros de trabajo y la comunidad.

LAS VIVIENDAS:

Hace treinta años y más era común que los médicos generales que ejercían su profesión en forma privada visitaran a los enfermos en sus propios hogares. Por algunos años la CCSS estableció un programa de visita domiciliar ejecutado por médicos generales para atender los enfermos crónicos o en fase terminal. Dichas prácticas desaparecieron hace bastante tiempo por circunstancias diferentes, entre otras, las dificultades del tráfico urbano, el tiempo que se invierte en tales visitas, el costo de las mismas, la mejora en el sistema de ambulancias y de los servicios de emergencia de los hospitales. Sin embargo, se debe reconocer que la visita del médico al hogar es una situación privilegiada, para conocer de primera mano cómo y en qué circunstancias viven las personas; esto es aplicable a otros profesionales y técnicos de salud.

La visita familiar, en particular a familias de zonas rurales, en barrios marginados y en precarios, permite analizar las circunstancias para el seguimiento; por ejemplo, el apoyo familiar y las mínimas medidas higiénicas de un paciente diabético o de un enfermo terminal. Aunque las circunstancias actuales reducen las posibilidades de la visita médica a los hogares, es recomendable que los médicos generales de la APS tomen la iniciativa para efectuar algunas visitas como una norma de trabajo. En Costa Rica desde inicios de los años setenta, la visita domiciliar se estableció como una actividad importante del técnico de salud, en los Programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria Urbano. Esta actividad se mantiene y está bajo la responsabilidad del Asistente Técnico de Atención Primaria de Salud (ATAPS). Cada ATAPS programa en su labor diaria de ocho a diez visitas efectivas, de lunes a jueves; los días viernes programa las visitas de seguimiento con problemas especiales, que le solicite el médico o la trabajadora social; o bien, aplica las vacunaciones en el domicilio de aquellos niños que perdieron su cita en el centro de salud.

Clasificación de riesgo familiar: Es una técnica que se utiliza en el trabajo de los ATAPS desde hace varios años (6.1). Tiene por objetivo identificar las familias de mayor riesgo y así planificar la frecuencia de las visitas a las viviendas:

Familias de alto riesgo: tres o más visitas por año. Familias de riesgo medio: dos visitas por año. Familias de bajo riesgo: una visita por año (ver Tabla 6.1)

Tabla 6.1**CLASIFICACIÓN DE RIESGO FAMILIAR**

Familias Riesgo I	Familias Riesgo II	Familias Riesgo III
Valor 10 pts c/ítem	Valor 6 pts c/ítem	Valor 3 pts c/ítem
1. Embarazo sin control	1. Embarazo con control	1. Enfermos crónicos con control
2. Embarazo en adolescentes	2. Niños de 7 a 14 años con deserción escolar	2. Jefe de familia sin ingresos económicos
3. Niños de 0-6 años sin control	3. Enfermedades crónicas sin control	3. Multíparas sin planificar
4. Niños desnutridos sin control	4. Adolescentes con hijos	4. Familias uniparentales
5. Drogadicción y/o alcoholismo	5. Discapacidad en algún miembro familiar	5. Mal abastecimiento de agua
6. Violencia intrafamiliar excretas	6. Adulto mayor de 75 años que vive solo	6. Mala eliminación de
7. Padres analfabetos	7. Vivienda en zona de riesgo	7. Patología psiquiátrica
8. Niños menores de un año	8. PAP atrasado por más de 2 años	8. Delincuencia
9. Tugurios-precarios	9. Enfermos tuberculosos positivos.	9. Otras familias que no clasifiquen en riesgo I o II

Nota: Encierre en un círculo todo hallazgo señalado en cualquiera de las columnas. Cualquier familia que tenga positiva una variable de la columna de riesgo I, es prioridad I.

Puntaje obtenido:

25 puntos o más: familia riesgo I, prioridad I (alto riesgo)

15 a 24 puntos: familia riesgo II, prioridad II (riesgo medio)

2 a 14 puntos: familia riesgo III, prioridad III (bajo riesgo).

PRINCIPALES ACTIVIDADES EN EL ESCENARIO FAMILIAR (6.2):

- Visita domiciliar.
- Evaluación del medio físico y del ambiente humano.
- Detección y seguimiento de medios físicos o ambientes humanos de riesgo.
 - Atención básica a las personas.
 - Detección y captación temprana del recién nacido y madre posparto, embarazadas, población en edad fértil para anticoncepción.
 - Caracterización de adolescentes.
 - Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo.
 - Valoración antropométrica en adultos y adultos mayores.
 - Valoración de agudeza visual y auditiva.
 - Vacunación.
 - Atención, valoración y referencia en salud oral.
 - Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
- Detección, atención básica y capacitación de morbilidad prevalente.
- Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos.
- Promoción, información y educación para la salud.
- Promoción de la participación social y comunitaria en salud.
- Promoción, organización y capacitación de grupos específicos.
- Vigilancia y auditoría de muertes infantiles y maternas.
- Detección y seguimiento de familias en riesgo.
- Detección, registro y reporte de enfermedades de denuncia obligatoria.
- Registro de actividades.
- Investigación y control epidemiológico.

CENTROS DE SALUD:

La atención de salud a las personas en el primer nivel se ejecutaba en los centros y puestos de salud del Ministerio y en las clínicas de la CCSS, las cuales entraban dentro de cuatro categorías según su complejidad. Actualmente los centros pequeños se denominan **Sedes de EBAIS**, o simplemente **EBAIS**; las grandes clínicas de las ciudades continúan con el nombre original. Para efectos de este trabajo se utilizará el nombre genérico de **centro de salud** para las diferentes sedes de EBAIS, no importando su complejidad. La tendencia ha sido ubicar pequeños centros de salud con uno, dos o un máximo de tres EBAIS en cada centro (para la atención de 4000 a 12000 habitantes.); esto es lo usual en zonas rurales. En las ciudades se mantienen las grandes clínicas y en ellas se ubican desde tres hasta 10 EBAIS. Además, estas clínicas disponen de equipos y recursos de especialidades médicas de un segundo nivel de atención. En algunas de ellas, se desconcentra la atención ubicando sedes de EBAIS en los barrios; en algunas zonas urbanas de la ciudad de San José prevalecen los centros de salud para dos o tres EBAIS.

Los centros de salud se constituyen en el centro neurálgico y la presencia física para la atención de salud en los barrios citadinos y en las comunidades rurales. En dichos centros se ubica el equipo básico de salud y se ejecutan las diversas funciones programadas. Además, una o dos veces por semana un técnico de laboratorio recoge muestras (de sangre, orina, heces, esputos y otros) para procesarlas en un laboratorio central, cuyo resultado está disponible en los siguientes dos o tres días; si es urgente, se reporta casi siempre el mismo día vía fax. En algunas zonas urbanas, en estos pequeños centros de salud los medicamentos se entregan por mensajero el mismo día, en dos o tres entregas al día. En las zonas rurales cada centro de salud dispone de una farmacia con el cuadro básico de medicamentos para el primer nivel.

PRINCIPALES ACTIVIDADES EN LOS CENTROS DE SALUD (6.2):

- Atención integral a las personas:
 - Detección y captación temprana del recién nacido y mujeres posparto (o posaborto), embarazadas, mujeres en edad fértil para anticoncepción.
 - Anamnesis y examen físico.
 - Caracterización de adolescentes.
 - Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo.
 - Valoración antropométrica en adultos y adultos mayores.
 - Valoración del estado nutricional.
 - Valoración de agudeza visual y auditiva.
 - Vacunación.
 - Valoración, profilaxis y referencia en salud oral.
 - Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
 - Examen de laboratorio y gabinete.
 - Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos.
 - Atención a la morbilidad y necesidad específica de los diferentes grupos.
 - Estudios de casos.
 - Análisis selectivo de policonsulta, hospitalizaciones frecuentes y conocimientos de defunciones en adulto mayor.

CENTROS EDUCATIVOS:

Los centros de educación preescolar, las escuelas primarias y los colegios de secundaria se constituyen en escenarios importantes para la APS en Costa Rica. La Ley General de Salud es muy clara cuando señala: “Es obligación de los padres cumplir con las instrucciones y controles médicos que se les imponga para velar por

la salud de los menores a su cargo...” (Artículo 14); “Todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos y participar en los programas de educación para la salud y en nutrición complementaria que deberán ofrecer los establecimientos educativos públicos y privados” (Artículo 15) (6.3).

La atención integral de salud en el escenario escolar tiene tres ejes, a saber (6.3):

- **La evaluación integrada.**
- **La educación para la salud.**
- **La participación social.**

LA EVALUACIÓN INTEGRADA incluye las siguientes actividades:

- Entrevistas.
- Observación.
- Historia clínica.
- Examen físico y antropometría (peso, talla y masa corporal).
- Tamizaje de agudeza visual y auditiva.
- Salud oral.
- Exámenes de laboratorio (hemoglobina y frotis de heces).
- Inmunizaciones: sarampión, rubeola, paperas a los 7 años; DT a los 10 años.
- Desparasitación: antiparasitario antihelmíntico de amplio espectro.
- Evaluación psicosocial.
- Análisis de factores protectores y de riesgo.

En la oferta básica de la CCSS se incluye, además, la salud sexual y reproductiva, la atención de la morbilidad, alimentación y nutrición y el uso racional de medicamentos.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD es entendida como “un proceso social permanente de construcción de conocimiento, que fomenta la reflexión y el análisis para promover y favorecer la toma de decisiones con respecto a la salud” (6.2). En el escenario escolar se favorece la capacitación de docentes, alumnos y padres de familia para fortalecer estilos de vida saludables.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL en el escenario escolar busca incentivar a los diferentes grupos, tales como el patronato escolar, la asociación de padres, grupos estudiantiles, sindicatos y otros, en acciones de salud que incluyan a docentes, padres de familia y el estudiantado.

El programa de salud escolar lo ejecuta el EBAIS conjuntamente con los educadores. Definen las actividades de salud que deben realizarse anualmente en cada centro educativo. El *Manual de Atención Integral de Niños (as) en el Escenario Escolar*, contiene todos los elementos de normas y formularios para desarrollar el programa (6.3). Cabe señalar que el Programa de Salud Escolar ha tenido como prioridad a los escolares en el primero y segundo ciclos, es decir hasta los 12-13 años de edad del menor. Las actividades de salud para el tercer y cuarto

ciclos de enseñanza en la población adolescente deberán ampliarse y recibir una mayor prioridad, ya que se trata de una población muy numerosa, en donde pueden identificarse importantes problemas de salud y reforzarse muchos de los conceptos y enseñanzas de estilos de vida saludable.

PRINCIPALES ACTIVIDADES EN EL ESCENARIO EDUCATIVO (6.2):

- Visita al establecimiento.
- Evaluación del medio físico y el ambiente humano.
- Detección y seguimiento de medios físicos o ambientes humanos de riesgo.
- Atención de salud del niño y el adolescente:
 - Caracterización de adolescentes.
 - Control y vigilancia de crecimiento y desarrollo.
 - Valoración de agudeza visual y auditiva.
 - Vacunación.
 - Atención, valoración, profilaxis y referencia en salud oral.
 - Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
 - Exámenes de laboratorio.
- Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y problemas específicos.
- Promoción, organización y capacitación de grupos líderes.
- Promoción, información y educación dirigida a estudiantes, docentes y padres de familia.
- Estudios de casos de riesgo con los docentes.
- Espacios de reflexión para docentes, padres de familia y estudiantes.
- Organización de concursos que involucren a los centros educativos y a los estudiantes.
- Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria.
- Registro de actividades realizadas.

CENTROS DE TRABAJO:

La salud ocupacional o laboral ha tenido un escaso desarrollo en Costa Rica desde la APS. Sin embargo, desde el programa de Medicina de Empresa (CCSS), que nació como una iniciativa para la atención de la enfermedad de los empleados de empresas, en los últimos años se han impulsado actividades de salud ocupacional. La mayor responsabilidad en la salud laboral en el país la ha tenido el INS.

Los centros de salud, ejecutan tres acciones específicas: entrega de medicamentos que prescriben los médicos de empresa, exámenes de laboratorio y el trámite de incapacidades. Los beneficiarios deben estar inscritos en el respectivo centro de salud que solicita el servicio y vivir en el área geográfica cubierta por el EBAIS.

Las actividades de salud en los centros de trabajo deberán reforzarse,

principalmente en acciones de promoción de la salud, sobre estilos de vida saludables y sobre la salud en el trabajo.

PRINCIPALES FUNCIONES EN EL ESCENARIO LABORAL (6.2):

- Visita al establecimiento.
- Evaluación del medio físico y el ambiente humano.
- Evaluación y promoción de facilidades de alimentación y recreativas.
- Determinación de la fuerza laboral femenina.
- Detección y seguimiento del medio físico o ambientes humanos de riesgo.
- Atención básica de salud a las personas.
- Detección, captación, referencia y seguimiento de personas en riesgo y con problemas específicos.
- Promoción, información y educación en salud.
- Bolsa de empleo para adolescentes con recursos comunales.
- Promoción de la participación social.
- Promoción de condiciones laborales que faciliten la lactancia materna.
- Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria.
- Registro de actividades realizadas.

LA COMUNIDAD:

Este escenario reviste gran importancia en la APS y por ello se discutirá más extensamente en el Capítulo 7 de este trabajo.

PRINCIPALES ACTIVIDADES EN EL ESCENARIO COMUNITARIO (6.2):

- Visita a establecimientos públicos y privados.
- Visita a Hogares de Ancianos y de cuidado diario.
- Evaluación del medio físico y ambientes humanos.
- Detección y seguimiento de ambientes en riesgo.
- Atención básica de adultos mayores.
- Detección, captación, referencia y seguimiento de niños y jóvenes de la calle y de adultos mayores en riesgo o deambulantes.
- Detección y captación de mujeres gestantes, posparto y de riesgo.
- Análisis de la situación de salud.
- Promoción de la participación social y comunitaria.
- Promoción, organización y capacitación de grupos específicos.
- Detección, captación y capacitación de líderes, grupos comunales y ONG.
- Detección de medios locales de comunicación colectiva.

- Creación de casas de adolescentes.
- Investigación.
- Promoción y educación para la salud.
- Vigilancia y auditoria de muertes infantiles y maternas.
- Trabajo comunal.

CAPÍTULO 7

¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

Las personas que no demuestran signos o síntomas de enfermedad se consideran sanas. Sin embargo, un examen médico para un certificado de salud, por ejemplo, puede determinar sorpresivamente hipertensión arterial o diabetes. El asunto es por cuánto tiempo la persona padecía estas dolencias sin ningún síntoma aparente. Cuando la persona percibe algún síntoma o manifestación de desequilibrio con frecuencia no toma ninguna acción (7.7). Algunas veces comenta con su familia o con amigos, y puede ser que los síntomas o molestias desaparezcan espontáneamente; si persisten, la primera acción es tomar algún remedio casero, automedicarse con algún medicamento disponible en el hogar, o bien, una consulta con el dispensador de medicamentos o con el farmacéutico de cualquier farmacia. Muchas personas consultan con curanderos, "sobadores", dispensadores de medicina tradicional y, en los últimos años, con homeópatas y acupunturistas, empíricos o profesionales.

Las opciones son múltiples y complejas y dependerán del conocimiento que tenga la persona sobre la salud-enfermedad y de las facilidades de acceso a las diferentes opciones. Algunas de ellas pueden ser muy efectivas y otras, por el contrario, muy dañinas para la salud de la persona. El equipo de salud de APS siempre debe considerar estas situaciones porque, con frecuencia, cada usuario del servicio de salud ya ha probado diferentes opciones para tratar sus dolencias.

Lo anterior muestra uno de los aspectos de la complejidad y la responsabilidad del equipo de salud en el primer nivel de atención: satisfacer las necesidades de atención de salud en personas que generalmente han explorado otras opciones, válidas en su esquema de la concepción de la salud; la mayor responsabilidad casi siempre recae en el médico general.

EL TRABAJO EN EQUIPO

El modelo costarricense de APS que promueve la reforma del sector salud de los años noventa, hace énfasis en la organización y el trabajo de dos equipos de salud: el Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y el Equipo de Apoyo. Ambos tienen funciones diferentes y formación profesional diversa, pero se interrelacionan y contribuyen en alcanzar metas comunes. Aunque nadie duda de la importancia del trabajo en equipo, existe escasa información disponible a nivel de los equipos de salud que contribuya a su propio desarrollo.

Compartir la responsabilidad no es una tarea sencilla. Cada miembro del equipo debe trabajar fuertemente para superar las diferencias personales con sus compañeros, encontrar sus propias fortalezas y balancear los compromisos

particulares de su trabajo con los del equipo. El personal de salud con frecuencia subestima la necesidad del desarrollo grupal. Cuando un equipo trabaja bien, sus integrantes se pueden concentrar en resolver los problemas comunes y asumir los retos que se presentan. Cuando un equipo falla en la construcción de relaciones entre sus miembros, tendrá que consumir mucho de su tiempo en luchas internas y conflictos, en detrimento de sus objetivos y sus resultados en el trabajo.

Mucho se ha dicho acerca de las ventajas del trabajo en equipo. Aseveraciones tales como que el trabajo en equipo va más allá que la suma del trabajo de cada uno de sus miembros; los integrantes de un equipo sienten mayor satisfacción en su trabajo; cada miembro del equipo adquiere más eficiencia que si trabaja solo; el desarrollo personal se incrementa con nuevos conocimientos que transmite cada uno de los miembros. Sin embargo, ¿cuáles son las características esenciales del trabajo en equipo en la APS? Así se reconoce un equipo de salud (7.7):

- Los miembros comparten un propósito común que los une y les guía en sus acciones.
- Cada miembro tiene un claro entendimiento de sus propias funciones, aprecia y estima la contribución de los otros miembros y reconoce los intereses y objetivos comunes.
- El equipo trabaja compartiendo conocimiento, destrezas y recursos y todos los miembros comparten responsabilidades y méritos por los resultados.
- La efectividad de los equipos está relacionada con su capacidad para llevar a cabo su trabajo, con la potenciación de sus habilidades y en el manejo de sí mismos como un grupo independiente.

Los integrantes del equipo deberán definir juntos los problemas, crear un plan, decidir cuál es la tarea de cada uno, encontrarse nuevamente para discutir los resultados y elaborar un nuevo plan. Los factores esenciales son: **un plan común con objetivos claros, la coordinación de las acciones y la comunicación** (7.7).

Las reuniones de los integrantes del equipo deben ser frecuentes y fáciles, programadas y no programadas; los equipos pequeños alcanzan por lo general mejores resultados que aquellos con demasiados miembros. Cada miembro deberá tener suficiente libertad para tomar decisiones en su propio campo de trabajo. Los equipos trabajan mejor cuando las brechas en edad y en estatus de los integrantes no son muy amplias y cuando prevalece el respeto a las individualidades de logros comunes.

Los médicos están en una posición difícil como integrantes de los EBAIS y de los Equipos de Apoyo, por la primacía y la tendencia a una jerarquía vertical en relación con el personal técnico de salud y demás profesionales que conforman el equipo. Si despliega una actitud muy dominante tendrá serias dificultades para compartir y recibir retroalimentación y nuevas ideas de sus compañeros de equipo. Esto implica que deberá hacer un importante esfuerzo para mantener un nivel de trato igualitario con todos ellos dentro de un marco de respeto y tolerancia (7.7).

La organización del equipo de trabajo:

Un equipo debe definir desde el principio quién lo va a coordinar y quién va a tomar las notas de los acuerdos. Es común que existan problemas para acordar la hora de las reuniones; algunos miembros prefieren al mediodía, otros al final de la tarde (por las mañanas siempre existe la presión de los usuarios que requieren su atención). Es relevante la puntualidad de todos los integrantes tanto de la hora de empezar como a la hora de concluir las reuniones. En el Capítulo 11 se hace referencia de cómo conducir las reuniones de un equipo.

Nuevamente se hace énfasis en la importancia de la comunicación para el buen funcionamiento de un equipo, y la relación cara a cara es el mejor mecanismo. Uno de los factores que distorsionan su funcionamiento, es desconocer el rol propio de uno como integrante y el de los otros integrantes, con lo cual la cooperación es reemplazada por desconfianza y acciones defensivas. En consecuencia, es vital entender desde el principio cuál es el rol de cada uno de los que conforman el equipo.

Sobra decir que cada uno de los integrantes del EBAIS y Equipo de Apoyo tiene asignadas sus propias funciones y tareas, que contribuyen en el cumplimiento de la misión colectiva. En los apartados posteriores de este capítulo se identifica un aproximado de esta repartición; sin embargo, se debe reconocer que las funciones no son estáticas en el tiempo: algunas de ellas necesariamente se renuevan, se agregan o cambian, y además forman parte de un conjunto, por lo que no se pueden ver aisladamente sino como un proceso.

¿Cuáles pasos a seguir para que un equipo funcione? Probablemente no existe un equipo de trabajo que no enfrente problemas en algún momento de su evolución. Se acepta la necesidad de incorporar en ellos una cierta dinámica laboral interna para asegurar su éxito y ser más eficientes. Los siguientes elementos podrían ayudar a mejorar su funcionamiento (7.8):

- **Claridad en los objetivos:** Un equipo trabaja mejor cuando todos comprenden la razón de ser y los objetivos del equipo.
- **Tipo de liderazgo:** Democrático y situacional.
- **Un plan de mejoramiento:** Los planes de trabajo en continua revisión ayudan a los equipos a determinar sus necesidades, fortalezas, debilidades y limitaciones que los orienten a buscar posibles soluciones a las dificultades que van surgiendo. También les ayuda a determinar alguna asesoría, capacitación y otros recursos que puedan requerir.
- **Funciones claramente definidas:** Los equipos son más eficientes cuando logran identificar todos los talentos de sus miembros y cuando éstos comprenden que las funciones de los otros integrantes constituyen un límite a sus propias funciones.

- **Comunicación clara y precisa:** De ella depende la transferencia de información entre los integrantes. Hablar sin ambages, en forma directa y con respeto. Evitar las anécdotas y largos ejemplos. Escuchar con atención y evitar interrupciones cuando otro tiene la palabra. Compartir la información por diferentes canales y en diversos momentos.
- **Comportamientos beneficiosos de los integrantes del equipo:** Quienes se desenvuelven en un equipo deben iniciar discusiones, buscar opiniones e información, clarificar y elaborar ideas, respetar y ser leales a los acuerdos de la mayoría; evitar discusiones infructuosas o de enfrentamiento que desvíen el tema; ser creativos en la solución de problemas, ayudar a sobrellevar los asuntos difíciles y estimular la participación de todos. Es decir, ser proactivo y asertivo y no esperar que surjan las dificultades para señalarlas.
- **Disponer de procedimientos que estén bien definidos:** Se puede conocer mucho sobre el funcionamiento de un equipo si se analizan los métodos que utiliza en la toma de decisiones. Hay que sondear cómo se tomarán las decisiones, valorando las diversas formas de llegar a acuerdos; buscar el consenso hasta donde sea posible y, cuando se llega a un acuerdo, éste es “nuestro” acuerdo.
- **Participación balanceada:** Si todos los miembros tienen algo que ganar con los logros que alcance el equipo, todos deberán participar en las discusiones, en las decisiones que se tomen, y compartir los compromisos. El líder debe estimular la participación de todos según las fortalezas que posean en conocimientos y experiencias.
- **Elaboración de reglas internas del equipo:** Cada equipo debe establecer sus propias reglas internas para definir qué se va a tolerar y qué no dentro del equipo. Las normas deben ser conocidas y aceptadas por todos. Por ejemplo, la puntualidad, la duración de las reuniones, los temas que se incluirán en ellas y los medios de difusión interna. Estas normas deben estar escritas, y se pueden modificar si es necesario.
- **Tener conciencia de los procesos grupales:** Todos los integrantes deberán estar conscientes de los diversos procesos que atraviesa el equipo. Por ejemplo, ser sensibles a la comunicación no verbal, a los silencios o a los comentarios fuera de tono; e identificar los problemas personales que estén influyendo en el comportamiento de alguno de los integrantes. En los casos cuando el grupo no logra superar ciertos conflictos internos, es recomendable la participación de un agente externo, experto en dinámica de grupos, que ayude a amortizar la situación.

- **Aplicar un abordaje científico:** Los equipos que realizan un abordaje científico tienen mayores facilidades para resolver sus problemas y así contribuir al éxito de su trabajo. El abordaje científico excluye las corazonadas o el “yo pienso”; muy al contrario, las discusiones están validadas con información y datos verificables. Se deben evitar las conclusiones precipitadas; jamás se llega a acuerdos con datos cuestionables y de pobre sustento.

“¿Cómo sabemos que el equipo funciona?”: Esta es una pregunta que se hacen todos los dirigentes de los servicios de salud y los propios equipos. Por la magnitud y la relevancia que tienen los equipos humanos en el Sistema Nacional de Salud, este tema debería ser objeto de más atención y de investigaciones, para conocer con mayor precisión cuáles son las fortalezas y las debilidades de los Equipos Básicos y de los Equipos de Apoyo. El siguiente listado de preguntas, tipo “lista de chequeo”, puede ser útil para medir el funcionamiento de un equipo (7.7):

1. ¿Estamos todos en este grupo con un propósito común?
2. ¿Cuál es ese propósito?
3. ¿Estamos de acuerdo acerca de las tareas que nos corresponden a cada uno de nosotros?
4. ¿Hemos definido esas tareas adecuadamente?
5. ¿Se puede medir si estas tareas han sido completadas?
6. ¿Estamos todos claros acerca de nuestro propio rol en el equipo?
7. ¿Estamos todos claros acerca de los roles de los otros integrantes del equipo?
8. ¿Hay algo que nos incapacite para cumplir nuestro rol? (v. g. el exceso de trabajo).
9. En la toma de decisiones, ¿estamos concientes de estas dos realidades?:
 - ¿Quién domina la información relevante?
 - ¿Quién está tomando las decisiones?
10. ¿Cómo se toman usualmente las decisiones?:
 - Por unanimidad (por consenso).
 - Por mayoría.
 - Por el líder del grupo
11. Cuando surge un conflicto, nosotros:
 - Lo ignoramos.
 - Permitimos que una persona fuerce una decisión.
 - Buscamos alternativas de solución.
12. ¿Tenemos todos la oportunidad de participar o permitimos que uno o dos integrantes acaparen el control?
13. ¿Cada uno de los integrantes del grupo se siente libre de expresar sus ideas?
14. ¿Permitimos que algunos miembros insistan en sus propios puntos de vista y expresen ideas irrelevantes?
15. ¿Los miembros del grupo se concentran en sus objetivos o pierden el tiempo tratando de impresionar?

16. ¿Los miembros del grupo son sensibles a cómo otros miembros se sienten en la discusión?
17. Cuando se toma una decisión, ¿ésta se ejecuta o se olvida?
18. ¿Desperdiciamos el tiempo de las reuniones en temas secundarios o lo utilizamos en el análisis de prioridades?
19. ¿El equipo le da seguimiento a las decisiones y conoce de los éxitos, los errores y los fracasos?
20. ¿Puede el equipo tolerar los fallos y darse apoyo mutuo en vez de los reclamos?
21. ¿Puede cualquier miembro del equipo sugerir nuevas formas de trabajo y estrategias para su desarrollo?
22. ¿Tiene el equipo la moral alta? Si no, ¿por qué razones?

EI EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (EBAIS)

El EBAIS surge en Costa Rica a finales de la década de los ochenta y se consolida en el Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993). Actualmente (año 2005) funcionan alrededor de 860 EBAIS en el país (ver anexo I de este Capítulo). A continuación ofrecemos una descripción aproximada de lo que se espera de cada uno de los integrantes de un EBAIS y de las funciones comunes a los equipos.

MÉDICO GENERAL:

Asume la responsabilidad de coordinar y dirigir el equipo básico, así como participar con los otros miembros del equipo en la solución de los problemas de salud que manifiesten los usuarios del servicio. El médico de atención primaria debe ser un administrador de los recursos que le otorga el sistema de salud, un organizador de su propio trabajo y de los colaboradores inmediatos. También conocer las formas de organización social y cómo trabajar con grupos organizados. Debe comprender las técnicas de promoción y educación para la salud y la prevención de la enfermedad. Además, este médico tiene que participar activamente en la vigilancia de la salud y disponer de criterios para desarrollar investigaciones aplicadas a los servicios de salud locales, participar en comisiones y en grupos de análisis de la situación local. El médico de Atención Primaria debe ser un buen clínico y estar al día en el conocimiento de los nuevos criterios de diagnóstico y de tratamiento de las enfermedades comunes en su población.

El médico de Atención Primaria no podrá trabajar solo; necesita de la colaboración y el acompañamiento del personal auxiliar de salud y voluntarios de la comunidad; necesita también integrarse al quehacer de profesionales de otras disciplinas, tales como enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, comunicadores, odontólogos, farmacéuticos, sociólogos e ingenieros sanitarios, entre otros. La práctica de la medicina en la Atención Primaria no es un trabajo aislado. Los

médicos, el personal de salud y la comunidad organizada necesitan trabajar en equipo para la solución de su problemática en el nivel local.

El médico de la APS deberá adquirir nuevos conocimientos y destrezas en Salud Comunitaria, tema que todavía las Escuelas de Medicina omiten, o lo imparten parcialmente en la formación universitaria básica.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA:

El auxiliar de enfermería se ha desempeñado por muchos años en los servicios de salud del primer nivel en Costa Rica. Sus funciones son muy variadas y determinantes como colaborador (a) en la atención de salud, en la consulta médica y en otras actividades de la APS. Su formación tiene una duración de 11 meses y se imparte en los hospitales generales y especializados, por lo que requiere de cursos de capacitación y educación permanente en servicio para su trabajo en APS. Recibe la supervisión técnica permanente de una enfermera profesional del Equipo de Apoyo del Área de Salud. El siguiente cuadro resume las principales funciones que desarrolla la (el) auxiliar de enfermería como miembro del EBAIS:

Áreas de trabajo	Funciones
Preconsulta médica	<ul style="list-style-type: none"> - Anota en el expediente antecedentes personales de los usuarios, signos vitales y otros datos. - Toma el peso, la talla, la circunferencia cefálica. Calcula la masa corporal. - Toma los signos vitales: temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria. - Toma la presión arterial. - Mide la glicemia (glucómetro portátil). - Hace educación para la salud, según situaciones encontradas.
Posconsulta médica	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecuta procedimientos por indicación médica: inyectables, vacunas, curaciones y otros.
Procedimientos de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Inyectables - Curaciones - Vacunaciones - Cuidados de las vacunas y de la cadena de frío - Cuidado de equipos estériles - Limpieza del instrumental - Preparación y suministro de medicamentos, nebulizaciones y venoclisis

Educación y promoción de la salud	- Cuidado inmediato de enfermos: signos vitales y otros
Programa de salud escolar	- Educa a individuos y a grupos de usuarios del servicio, grupos comunales y en escuelas
Actividades administrativas	- Participa como miembro del equipo
Análisis de la situación de salud y programación local	- Revisa los medicamentos de uso en emergencias - Elabora inventarios y los pedidos de materiales y suministros de uso en enfermería cuando corresponda - Brinda información a los pacientes
Informes	- Participa como miembro del equipo en el ASIS
Otras actividades	- Recopila y produce información de las actividades de enfermería para el informe mensual
	- Participa en comisiones y grupos de trabajo

ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (ATAPS):

Dentro del personal de salud, tiene sus antecedentes en Costa Rica con el Asistente de Salud Rural, que se formó a principios de los años setenta. Aunque los contenidos del plan de estudios, entre cuatro y seis meses de duración, se han modificado a lo largo de los años, su función principal sigue siendo la visita a los hogares y el trabajo con las comunidades. En su programación actual el ATAPS debe visitar ocho familias cada día de lunes a jueves; los viernes están reservados para seguimiento de casos especiales y para la vacunación de niños que han perdido su cita en el centro de salud. Recibe la supervisión técnica de una enfermera profesional del Equipo de Apoyo.

Seguidamente se resumen las principales actividades del ATAPS por áreas de trabajo.

Áreas de trabajo	Funciones
Análisis de la situación de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica la encuesta familiar de todas las viviendas de su sector mediante el instrumento “Ficha Familiar” - Aplica la encuesta de los recursos disponibles en las comunidades con el instrumento “ Ficha de Comunidad” - Concentra en formularios prediseñados la información anterior y hace un primer análisis - Elabora el croquis de las comunidades (barrios o calles) y numera las viviendas
Visitas y actividades en las viviendas	<ul style="list-style-type: none"> - Programa las visitas domiciliarias - Revisa las citas en el centro de salud de casos referidos - Detecta, refiere y da seguimiento a casos especiales: niños y adultos mayores abandonados, problemas sociales, alcoholismo, violencia intrafamiliar y otros - Identifica personas que requieren citas de control en el centro de salud - Aplica vacunas a niños y a adultos con esquema incompleto - Toma la presión arterial en embarazadas, adultos y adultos mayores - Educación para el bienestar integral y promueve el uso de servicios de salud en actividades preventivas y de seguimiento - Promueve el mejoramiento y la higiene de la vivienda - Aplica medidas preventivas y de tratamiento: vacunas, suero oral y otros - Registra nacimientos, defunciones, enfermos tuberculosos, discapacitados, enfermos crónicos, niños con 2° y 3° grado de desnutrición, mujeres con o sin PAP y en planificación familiar - Clasifica familias según riesgo
Actividades comunales	<ul style="list-style-type: none"> - Brinda primeros auxilios en casos de accidentes, enfermedad o desastre natural - Detecta problemas y promueve mejoras en vivienda, aguas y basuras - Promueve la formación de comités de salud y otros grupos comunitarios

	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora y participa en ferias de la salud - Identifica acciones y recursos intersectoriales - Mantiene actualizado el registro de recursos de la comunidad - Participa en reuniones, cursos y talleres de capacitación en la comunidad - Participa en la vigilancia, investigación y control epidemiológico - Participa en comisiones y grupos de trabajo
Programa de salud escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Participa como miembro del equipo
Promoción de la salud y participación social	<ul style="list-style-type: none"> - Participa como miembro del equipo
Informes	<ul style="list-style-type: none"> -Recopila y produce información para el informe mensual de actividades
Otras	<ul style="list-style-type: none"> -Comisiones y grupos de trabajo

AUXILIAR DE REGISTROS DE SALUD:

Tiene funciones claramente definidas relacionadas con el ordenamiento de los formularios y los datos de identificación que constituyen la historia clínica, el archivo numérico de los expedientes y su preparación para las consultas médicas y no médicas en el centro de salud. Sin embargo, la (el) auxiliar de registros de salud realiza otra serie de funciones en la APS que no siempre son reconocidas ni apreciadas por el resto del equipo, ni por las estructuras superiores.

La (el) auxiliar de registros de salud actúa también como “repcionista”: es el primer contacto entre los usuarios del servicio y el equipo de trabajo en el centro de salud; debe enfrentarse en primera instancia con todo tipo de personas, algunas amables y respetuosas pero otras no tanto. Se reconoce que este primer contacto es crucial en la aceptación del servicio de salud por parte de los usuarios. Este personal generalmente identifica una emergencia para su atención inmediata, para una cita posterior, o los casos que se derivan para un procedimiento por la auxiliar de enfermería, o para cualquier consulta sobre los servicios de salud que ofrece el centro.

A continuación se señalan las principales funciones de la (el) auxiliar de registros de salud en la APS.

Áreas de trabajo	Funciones
Expediente médico y archivo	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar el expediente médico de acuerdo con las normas -Programar la agenda diaria del médico - Localizar en archivo los expedientes y prepararlos para la consulta - Archivar en expedientes los exámenes de laboratorio, Rx, ultrasonidos y otros - Programar y anotar citas de seguimiento - Programar agenda para odontología, laboratorio, ECG y otros - Clasificar, ordenar y archivar documentos - Responsabilizarse del archivo
Actividades de recepción	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar las citas en el registro del centro de salud y en el carné de usuario - Llenar la identificación de las recetas, los exámenes de laboratorio, referencias al segundo y tercer nivel, solicitud de ambulancias, de Rx y otros - Atender las preguntas de los usuarios
Atención de las llamadas telefónicas y del fax	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir mensajes para miembros del equipo de salud - Recibir y enviar los faxes - Llamar a los usuarios que pierden la cita
Validación de derechos (en la mayoría de Áreas las realiza otro personal)	<ul style="list-style-type: none"> - Afiliación en distintas modalidades de aseguramiento - Entrevista para aprobación de beneficios familiares - Entrevista para aprobación del seguro por el Estado - Renovación de seguros de distintas modalidades
Otras funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Abrir y cerrar el centro de salud - Recibir y distribuir la correspondencia - Digitar las agendas diarias del SIS - Registrar expedientes nuevos por edad y por subprograma - Llenar formulario de incapacidades - Homologar incapacidades de Medicina Mixta y de Empresa - Anotar incapacidades en expediente - Elaborar y anotar afiliaciones - Llevar el control de referencias y contrarreferencias

<p>Informes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar cartas, memorandos y documentos para diferentes instancias - Hacer inventario y el pedido de materiales y suministros cada dos semanas - Participar en comisiones y grupos de trabajo - Concentrar la información de la Agenda Diaria (1), manualmente o en programa de cómputo, para el informe mensual - Elaborar y remitir informe de incapacidades tres veces por semana - Elaborar y enviar al Ministerio de Salud el informe de epidemiología, con apoyo de otros miembros. -Notificar nuevos casos de violencia intrafamiliar, hipertensión arterial y diabetes al Ministerio de Salud
-----------------	--

(1)Agenda Diaria: documento resumen que concentra información básica de cada usuario o paciente que recibe atención de cualquier tipo.

La auxiliar de registros de salud (generalmente es mujer) tiene como mínimo que haber egresado de la educación secundaria con el título de bachiller, y recibe adicionalmente un curso de cuatro a seis meses, con actividades teóricas y prácticas en servicio. Recibe supervisión y capacitación en servicio por un profesional o un Técnico de Registros de Salud.

TÉCNICO Y AUXILIAR DE FARMACIA:

Existen en los servicios de salud al menos tres modalidades para la entrega de medicamentos: a) En algunos centros de salud urbanos con uno y hasta tres EBAIS, se dispone de una farmacia central por Área de Salud y desde aquí se despachan los medicamentos, con base en las recetas médicas, a cuatro o cinco centros, mediante un mensajero con motocicleta; se hacen dos o tres despachos por día. Cada uno de estos centros dispone de una pequeña reserva de medicamentos para emergencias calificadas; el (la) auxiliar de farmacia es responsable de la entrega directa de los medicamentos a cada usuario. b) En las zonas rurales cada centro de salud sede de EBAIS dispone de una pequeña farmacia administrada por un Técnico de Farmacia, supervisado por un farmacéutico profesional. c) Los centros de salud más grandes y las Clínicas de las zonas urbanas disponen de uno o más farmacéuticos profesionales y uno o más Técnicos de Farmacia.

Dentro de las principales funciones de los Técnicos están:

- Recibir las recetas de la consulta.
- Revisar la información administrativa de la receta (nombre, edad, etc)

- Empacar los medicamentos, clasificarlos y ordenarlos.
- Etiquetado de los medicamentos.
- Entregar los medicamentos a los usuarios del servicio.
- Llevar un control de medicamentos no entregados.
- Reintegrar al inventario del despacho los medicamentos no retirados.
- Atender al público con respeto y cortesía y suministrar información general sobre el buen uso de los medicamentos.
- Ofrecer información adicional y precisa a los usuarios sobre las recomendaciones impresas en los sobres de cada medicamento.

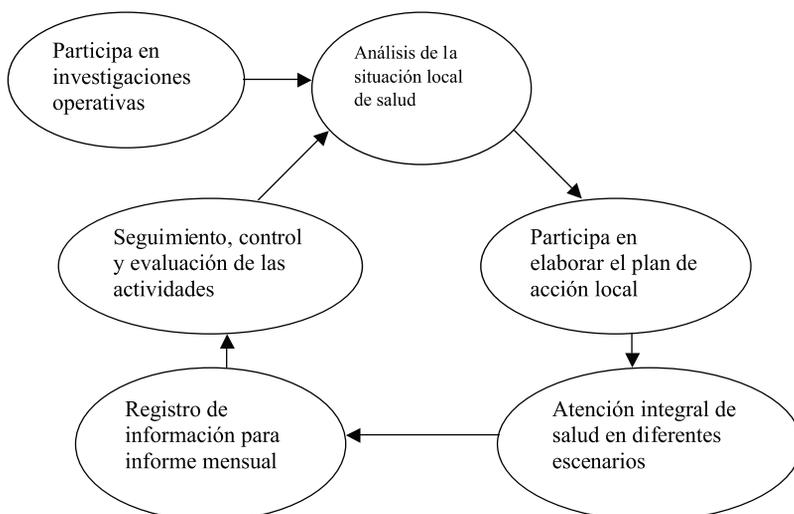
CONSERJE:

Este personal se encarga de labores muy variadas de limpieza, de la mensajería y reparaciones pequeñas de poca dificultad pero importantes en el funcionamiento de un centro de salud. Su nivel educativo básico es de sexto grado de primaria y casi siempre vive en el barrio o la comunidad cercana al centro de salud.

ACTIVIDADES COMUNES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD:

Cada miembro del equipo participa en mayor o menor grado en actividades relacionadas con el proceso de planificación y en otras, las cuales fueron definidas en el Proyecto de Reforma (7.4) y se resumen a continuación.

ACTIVIDADES COMUNES DE LOS EBAIS



Otras actividades del EBAIS:

- Participa y promueve la participación social en salud.
- Participa en acciones de educación y promoción de la salud.
- Participa en el programa de educación permanente.
- Participa en vigilancia, investigación y control epidemiológico.

EL EQUIPO DE APOYO

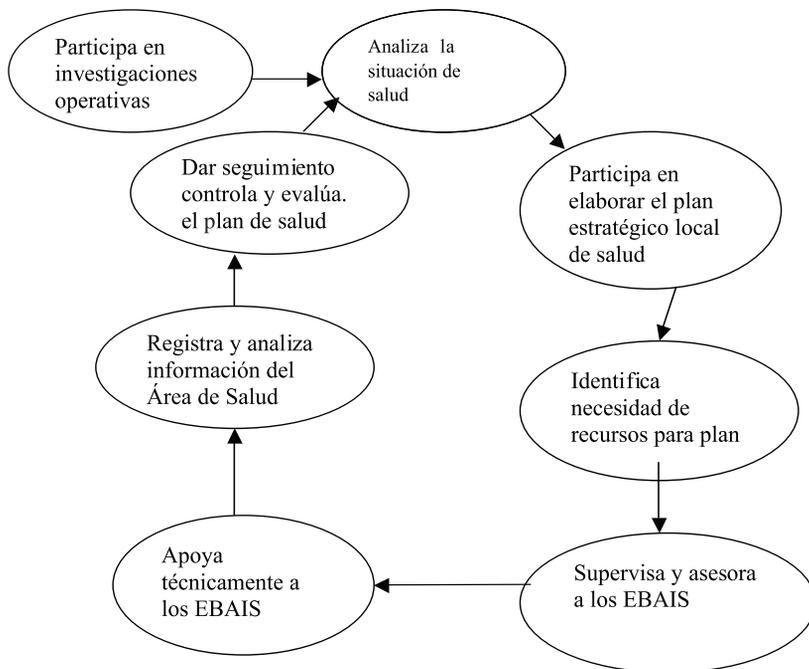
El Equipo de Apoyo surge como una nueva estructura organizativa y funcional en el Proyecto de Reforma de 1993. Sus integrantes son los responsables de la dirección y conducción del programa de salud en cada Área de Salud. La dirección de este equipo está a cargo de un médico con un posgrado en salud pública, en medicina familiar o en administración de servicios de salud. Los otros integrantes del equipo son profesionales, y puede variar en su constitución de una Área a otra. Algunos Equipos de Apoyo no disponen de nutricionista o de psicólogo, pero tienen un médico de familia. Los siguientes profesionales integran por lo común los Equipos de Apoyo:

- Médico(a), que coordina y dirige el Equipo de Apoyo
- Enfermera profesional (una o dos)
- Trabajador(a) social
- Nutricionista
- Administrador(a)
- Odontólogo (a)
- Farmacéutico(a)
- Microbiólogo(a)
- Psicólogo(a)

En las tres Áreas de Salud que administra la Universidad de Costa Rica se ha incluido en el Equipo de Apoyo un sociólogo (a), con el propósito de reforzar las actividades de participación social y promoción de la salud.

Cada profesional del Equipo de Apoyo tiene funciones específicas propias de su profesión, además otras funciones conjuntas relacionadas con la planificación, ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación del plan estratégico local de salud. El Equipo de Apoyo coordina las acciones de salud con instituciones de gobierno (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación), con los gobiernos locales (municipios), con ONG y con organizaciones comunales de ámbito cantonal. Las actividades comunes son las siguientes (7.4):

ACTIVIDADES COMUNES DEL EQUIPO DE APOYO



Otras actividades:

- Promueve y participa en las actividades de educación y promoción de la salud.
- Promueve y participa en los procesos de participación social en salud.
- Coordina con otras instituciones y organizaciones las actividades del Plan Local de salud.
- Coordina y participa en el programa de educación permanente.
- Atención individual y grupal (trabajo social, nutrición, psicología)

LA COMUNIDAD

Anteriormente se ha mencionado la importancia de la participación social en la APS. En Costa Rica desde la década de los sesenta ya se daba importancia a la participación de la comunidad en el Programa de Unidades Móviles de Salud. En los años setenta hubo un desarrollo extraordinario con la creación de la ley de Asociaciones de Desarrollo Comunal y la Dirección Nacional de Asociaciones de Desarrollo (DINADECO), que aún tiene vigencia; con esta ley las Asociaciones de Desarrollo debidamente constituidas adquieren la personería jurídica, pueden manejar recursos financieros del Estado, así como otros recursos, y perciben un

porcentaje del ingreso total del impuesto de la renta que recauda el Estado (hasta un 2% repartido entre todas las Asociaciones de Desarrollo).

El programa Hospital sin Paredes tuvo un fuerte componente de participación social, al igual que el programa de Salud Rural y Salud Comunitaria Urbano ya mencionados en el Capítulo 2. En 1979 se creó en el Ministerio de Salud una unidad de participación social para impulsar en todo el país los Comités de Salud y formar voluntarios (7.5). Este personal voluntario se formó por centenares hasta principios de los noventas. Se puede afirmar que existe en Costa Rica una política nacional expresa de participación social en salud.

La participación social en salud tiene diferentes vertientes y mecanismos de participación (7.6):

- Los grupos que crea la comunidad por iniciativa propia para abordar los problemas de salud. Ejemplo: algunos comités.
- Los grupos que existen en la comunidad donde uno de los campos de acción es la salud. Ejemplo: Asociaciones de Desarrollo.
- Los grupos que se crean por iniciativa del personal de salud de acuerdo con pautas o reglas elaboradas por el sistema. Ejemplo: los comités de salud y nutrición propiciados por el Ministerio de Salud y las Juntas de Salud actuales propiciadas por la CCSS.

Los campos de participación son muy variados, así como los mecanismos y la amplitud de la participación. Es imposible lograr una mayor participación en el análisis de la situación de salud, por ejemplo, si no existe un mecanismo eficiente para ello, y la participación no funciona si no existe un consenso en las decisiones. Las iniciativas de la comunidad se quedan perdidas si el sistema es inflexible y no permite cambios. Podemos definir los campos de participación según el siguiente esquema:

Análisis de la situación de salud: Compartir la información del equipo de salud con la percepción e información que dispongan las personas y los grupos organizados e identificar las prioridades de salud del sector. En esta área existe una larga experiencia y metodología propiciada por los promotores de DINADECO, trabajo social del Ministerio de Salud y los equipos de salud locales, principalmente por los ATAPS y los profesionales de los Equipos de Apoyo.

Programación local: Las prioridades identificadas en el ASIS deberán integrarse al Plan de Salud Local, algunas veces con proyectos específicos con participación interinstitucional o del gobierno local (municipalidad).

Ejecución de actividades: Con la reforma de 1993 todos los servicios de atención a las personas están bajo la responsabilidad de la CCSS y todos los recursos que necesita el sistema de salud en atención a las personas son aportados por la seguridad social. En los Centros de Salud que administró el Ministerio, la comunidad participaba frecuentemente por medio de los comités de salud o de

voluntarios, recolectando pequeñas cuotas voluntarias de los usuarios del servicio, administrando esos recursos e invirtiéndolos en la compra de medicamentos, algunos equipos y suministros y en la mejora de las instalaciones. En ciertas circunstancias invertían en la donación y en la construcción de los centros de salud. Es decir, la participación comunitaria generalmente estaba supeditada a un complemento de los recursos financieros y de donaciones para el funcionamiento del sistema de salud. Actualmente eso no ocurre: la participación comunitaria tiene otras vertientes; por ejemplo, colabora con el equipo de salud en la elaboración del ASIS y en otras formas que se mencionarán posteriormente en este capítulo.

Monitoreo y evaluación: El monitoreo se realiza por el Equipo de Apoyo mediante el análisis de los informes trimestrales. La evaluación se hace una vez al año en cada Área de Salud, por parte de un equipo externo, de la Dirección de Compras de la CCSS. Una vez emitidos los resultados del informe, el mismo se comparte y se analiza con los EBAIS y con los integrantes de las organizaciones comunales.

FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Actualmente las comunidades organizadas participan de muy diversas formas en actividades y proyectos pro salud. En el año 2003 la Comisión Institucional de Participación Social de la CCSS llevó a cabo un padrón nacional de organizaciones pro salud, y como resultado se identificaron 2398 organizaciones en todo el país. Se determinó además una enorme variedad y tipo de organizaciones tales como: comités de salud, asociaciones de desarrollo comunal, comités de nutrición, grupos de mujeres, organizaciones religiosas y de bienestar social para la atención de adultos mayores, patronatos escolares, clubes de servicio voluntarios, alcohólicos anónimos, juntas de salud y un gran número de comités específicos para la atención de problemas tales como la violencia doméstica, el niño (a) agredido, personas con cáncer, enfermos crónicos, adultos mayores, drogadicción, adolescentes y otros (7.2).

Como ejemplo, a continuación se presenta un resumen de algunas formas de participación social, sin restarle la importancia a otras muchas que se señalaron anteriormente.

• GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM) O DE AUTOAYUDA:

Un grupo de ayuda mutua es un grupo de autogestión que se organiza en función de necesidades comunes. Es un grupo formado por personas pares, que comparten un mismo problema o situación común y que deciden reunirse de forma voluntaria y periódica para mejorar su situación social y colectiva. No hay discriminación de ninguna índole, las únicas condiciones son: a) sufrir el mismo problema o carencia, ya sea físico, emocional, moral o espiritual, y b) sentir el deseo y/o la necesidad de compartir sus experiencias.

En los GAM, los participantes comparten información e intercambian experiencias, se dan apoyo emocional, algunos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos, al igual que desarrollan diversas actividades para promover la sensibilización de la población (abogacía). Los GAM pueden constituirse por personas que comparten una condición médica (cáncer, diabetes, hipertensión), un patrón de comportamiento que desean cambiar (obesidad, alcoholismo, drogadicción), o una condición mental o haber sufrido un evento traumático (depresión, abuso doméstico, violación, fobias, etc.). Alcohólicos Anónimos es uno de los grupos más antiguos y exitosos. Más recientemente se han formado diversos grupos, muchos de ellos promovidos y asesorados por el personal de salud local. Por ejemplo: de hipertensos y diabéticos, de adolescentes y de mujeres en violencia doméstica.

• **LAS REDES:**

Otra modalidad de participación social son las redes cantonales, que abarcan un Área de Salud para atacar un problema específico. Estas redes surgen de la necesidad de coordinar acciones entre instituciones estatales, ONG y organizaciones comunales que trabajan en un problema común. En las Áreas de Salud que administra la UCR, así como en algunas otras, se han integrado redes para violencia doméstica, adolescentes, niño agredido y adultos mayores. Las redes funcionan con la asignación de representantes institucionales y de organizaciones comunales, los cuales se reúnen periódicamente, comparten información de sus actividades y definen proyectos comunes.

• **LAS JUNTAS DE SALUD:**

La ley N° 7852 (1998) constituye y regula las Juntas de Salud como entes auxiliares de hospitales, clínicas y áreas de salud de la CCSS, con el propósito de fortalecer la participación ciudadana en el desarrollo de las actividades y en procura de satisfacer sus necesidades. Los fines de las Juntas de Salud son (7.1):

- a) Fomentar la salud integral de los habitantes del territorio nacional.
- b) Contribuir al mejoramiento de la atención pública de salud.
- c) Velar por la eficiencia y la eficacia en la gestión de los servicios públicos de salud.
- d) Participar en actividades de promoción de la salud.
- e) Promover la participación social como estrategia para lograr la construcción social de la salud.

Entre las principales atribuciones de las Juntas de Salud que contempla la Ley 5872, están:

- Promover procesos de participación social.
- Pronunciarse en los anteproyectos de presupuesto, los compromisos de gestión y los planes locales de salud antes de que se presenten para negociarlos.
- Emitir criterio ante consultas de la administración.
- Solicitar información que considere necesaria para cumplir con sus fines.
- Contar con recursos, insumos, viáticos y facilidades para cumplir su función.
- Designar un máximo de dos representantes para actividades de rendición de cuentas del establecimiento.
- Informarse del resultado de la evaluación del compromiso de gestión.
- Convocar al facilitador, director o administrador a sus sesiones ordinarias o extraordinarias.
- Nombrar comisiones internas o externas para el cumplimiento de sus fines.

Las Juntas de Salud están constituidas por siete miembros, elegidos en forma de votación popular y democrática, por la población que vive en el Área de Salud o la adscrita a la clínica u hospital:

- Tres representantes del sector de los asegurados
- Dos representantes del sector de asociaciones u organizaciones pro salud
- Dos representantes del sector de los patronos

Los integrantes de las Juntas de Salud ejercen sus funciones por periodos de dos años, pudiendo ser reelectos en forma consecutiva o alterna. Antes de entrar en funciones deberán ser juramentados por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, y en forma extraordinaria por la Gerencia Médica o la Dirección Regional respectiva.

• COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

Se dice, en broma y en serio, que donde haya dos o más costarricenses ahí surge una comisión. Al “tico” le cuesta tomar decisiones y comprometerse con las mismas y tal vez las comisiones y comités, abundantes en las instituciones de salud, en todas las organizaciones públicas y algunas privadas, sean una forma de facilitar las decisiones y compartir los compromisos.

Las comisiones tienen como fortaleza el asemejarse al trabajo en equipo, muchas veces interdisciplinario, cuyos miembros aportan sus puntos de vista en la resolución de problemas según su disciplina o su experiencia. Pueden constituirse únicamente con funcionarios de los equipos de salud, pero también con agentes externos de otras instituciones o de las municipalidades, o bien, con representantes comunales. Las comisiones pueden ser más o menos permanentes o temporales, para un asunto de emergencia o transitorio

Ejemplos de comisiones: análisis de mortalidad de la niñez, niño agredido, acoso sexual, violencia intrafamiliar, salud ocupacional, manejo de desechos biopeligrosos, vigilancia de la salud, control del dengue, salud escolar, promoción de la salud y promoción de la lactancia materna.

ANEXO 7.1

DISTRIBUCIÓN DE LOS EBAIS SEGÚN REGIONES DE SALUD Y ÁREAS DE SALUD Costa Rica-2005

Regiones	Áreas de Salud	N° de EBAIS
Metropolitana	A S Cinco Esquinas	8
	A S Coronado	16
	A S Desamparados 1	11
	A S Desamparados 2	15
	A S Desamparados 3	12
	A S Escazú	13
	A S Goicoechea 1	6
	A S Goicoechea 2	10
	A S Hatillo	10
	A S León XIII y La Carpio	11
	A S Montes de Oca	12
	A S Curridabat	12
	A S Moravia	7
	A S Pavas	11
	A S San Francisco/ San Antonio	7
	A S San José Centro	5
	A S San José Sur Este	8
A S San José Sur Oeste	8	
A S Tibás	16	
A S San Sebastián /Paso Ancho	6	
Central Norte	A S Alajuela Noreste	5
	A S Alajuela Norte	11
	A S Alajuela Oeste	11

	A S Alajuela Sur	14
	A S Alfaro Ruiz	3
	A S Atenas	7
	A S Barva	8
	A S Belén /Flores	7
	A S Grecia	8
	A S Heredia-Cubujuquí	6
	A S Heredia-Virilla	5
	A S Horquetas- Río Frío	15
	A S Naranjo	8
	A S Palmares	7
	A S Puerto Viejo de Sarapiquí	8
	A S San Isidro de Heredia	8
	A S San Pablo	5
	A S San Pedro de Póas	6
	A S San Ramón	8
	A S Santa Bárbara	7
	A S Santo Domingo	6
	A S Sarchí- Valverde Vega	4
Central Sur	A S Acosta	5
	A S Alajuelita	14
	A S Aserrí	10
	A S Cartago	14
	A S Corralillo	7
	A S El Guarco	12
	A S La Unión	7
	A S Concepción/San Diego/San Juan	9
	A S Los Santos	9
	A S Mora/Palmichal	5
	A S Oreamuno/Pacayas/Tierra Blanca	6
	A S Paraíso/Cervantes	10
	A S Puriscal	9
	A S Santa Ana	9
	A S Turrialba/Jiménez	20
Huetar Norte	A S Aguas Zarcas	7
	A S Ciudad Quesada	8
	A S Florencia	4
	A S Guatuso	6
	A S La Fortuna	4
	A S Los Chiles	6
	A S Pital	6
	A S Santa Rosa	5

Chorotega	A S Abangares	4
	A S Bagaces	4
	A S Cañas	7
	A S Carrillo	7
	A S Colorado	2
	A S Hojancha	3
	A S La Cruz	6
	A S Liberia	9
	A S Nandayure	5
	A S Nicoya	15
	A S Santa Cruz	13
	A S Tilarán	6
A S Upala	9	
Pacífico Central	A S Aguirre/Quepos	6
	A S Barranca	10
	A S Chacarita	8
	A S Esparza	7
	A S Jacó	3
	A S Miramar	5
	A S Orotina /San Mateo	7
	A S Parrita	3
	A S Peninsular	9
A S Puntarenas Central	9	
Brunca	A S Buenos Aires	8
	A S Corredores	9
	A S Coto Brus	12
	A S Golfito	7
	A S Osa	10
	A S Perez Zeledón	20
Huetar Atlántica	A S Cariari	13
	A S Guácimo	11
	A S Guápiles	12
	A S Limón	19
	A S Matina	8
	A S Siquirres	17
	A S Talamanca	8
	A S Valle La Estrella	5

CAPÍTULO 8

LA ORGANIZACIÓN DE LA OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS. NIVELES DE TRABAJO Y DE RESPONSABILIDAD

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La organización actual del Sistema Nacional de Salud en Costa Rica es el resultado de un largo proceso de disposiciones legales, acuerdos y decisiones que se han tomado durante varias décadas. En los últimos años lo más llamativo ha sido el protagonismo de la seguridad social, representada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en cuanto a su participación financiera y en cuanto al aumento de la cobertura de atención de salud a las personas. El Ministerio de Salud, por su parte, ha tenido un proceso importante de fortalecimiento estratégico para sus funciones de rectoría del sector.

Cada ciudadano costarricense goza del derecho de atención de la salud para cualquier problema según el nivel de complejidad; claro que hay algunas restricciones. En los últimos años el sistema de salud sufre una fuerte presión en la demanda de servicios, entre otras razones, por parte de inmigrantes, muchos de ellos ilegales. Por ejemplo, en el año 2004, de 72.247 nacimientos, la mayoría atendidos en las maternidades de la CCSS, 13.013 fueron de mujeres extranjeras (18%): 15% de mujeres nicaragüenses y un 3% de otras nacionalidades (8.2).

El primer Decreto Ejecutivo que define el Sistema Nacional de Salud (SNS) fue el N° 14383 SPPS-PLAN del año 1983. Posteriormente, en 1989, se promulga el decreto N° 19276-S; en éste se amplían algunos elementos ausentes en el primero, y a la vez, define y caracteriza el actual Sistema Nacional de Salud (SNS) en Costa Rica.

DEFINICIÓN: Se define el SNS como “el conjunto de instituciones, servicios y programas orientados a lograr la salud y bienestar para todos en forma racional, coherente e interactuante” (8.3). Los siguientes organismos constituyen e integran el SNS:

- **Ministerio de Salud**
- **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)**
- **Instituto Nacional de Seguros (INS)**
- **Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (INAA)**
- **Universidades**
- **Municipalidades**
- **Servicios médicos privados**
- **La comunidad**

El Decreto 19276-S define que el **Ministerio de Salud** es el ente rector del SNS y le corresponde la definición de la política nacional de salud, la normación, conducir la planificación y la coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme con la ley (8.3).

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): Es la institución creada para la atención directa de las personas y para aplicar el seguro de salud de los residentes en el país, según las disposiciones legales vigentes; brinda los servicios de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación. Colabora con el Ministerio de Salud en acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Instituto Nacional de Seguros (INS): Coadyuva a reducir en forma amplia y socialmente beneficiosa la incertidumbre económica que, individual y colectivamente, enfrentan los integrantes de la comunidad. Le corresponde promover la prevención y otorgar a los lesionados en el ámbito laboral y de tránsito los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación en forma integral.

Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (INAA): Se encarga de manejar y resolver todo lo relativo al suministro de agua potable para usos domiciliario, industrial y de cualquier otra naturaleza, a todos los habitantes de la república; disponer lo relativo a aguas negras y pluviales en el país, asesorar a otros organismos del Estado e instituciones públicas y privadas en lo relativo al abastecimiento de agua potable y a la disposición sanitaria de las aguas negras.

Universidades: Son las instituciones docentes superiores que tienen por misión, entre otras, formar y capacitar a los profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas para las instituciones y establecimientos que conforman el SNS y responder a las necesidades de formación de profesionales en el país. En el caso del PAIS, se articula la prestación de servicios con la academia, aunque no se definió así en los documentos

Servicios médicos privados, cooperativas y empresas de autogestión: Son los servicios de salud de atención directa que se brindan en hospitales, clínicas y consultorios privados, cooperativas y empresas de autogestión, con el fin de promocionar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud.

Municipalidades: Son los gobiernos locales, a los que corresponde la administración de servicios e intereses de la comunidad en su área de atracción, que promueven el desarrollo integral de los cantones en armonía con el desarrollo nacional. Funciones básicas de los municipios, desde hace muchos años, son la recolección y disposición de los desechos sólidos, el ornato de las ciudades, el cuidado de los parques y áreas de recreación y los planes reguladores para el uso de la tierra y las construcciones.

Comunidad: Como parte integral del Sistema, participa por medio de los grupos organizados en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos y control en su uso, y en especial, en el autocuidado de la salud (Artículo 11).

LOS NIVELES DE ATENCIÓN

En el SNS, particularmente el Ministerio de Salud y la CCSS, se integra una red de servicios de diferente complejidad y funciones, los cuales deberían estar interrelacionados y coordinados con el propósito de aumentar su eficiencia y su eficacia; en la práctica esto no siempre ocurre. A partir de 1989 el SNS se estructura en tres niveles (8.1):

Primer nivel: Corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general. Las acciones se orientan a las personas y a su comportamiento en cuanto a la salud y al ambiente en el cual viven, permanecen, trabajan y se recrean. Los establecimientos que constituyen este nivel son: CEN-CINAI, puestos de salud, unidades móviles médicas y odontológicas, centros de salud, clínicas tipo 1 y 2 y clínicas 3 y 4 con EBAIS incorporados.

Segundo nivel: Apoya al primer nivel mediante la prestación de servicios preventivos (prevención secundaria), curativos y de rehabilitación, con grado variable de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud de este nivel son: hospitales generales (regionales y periféricos), albergues temporales y clínicas tipo 3 y 4 con especialidades básicas médico-quirúrgicas.

Tercer nivel: Corresponde a la prestación de servicios preventivos (prevención secundaria y terciaria), curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia del nivel terciario podrá trascender el área del nivel secundario y abarcar el territorio de varias provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de salud de este nivel son: hospitales centrales o nacionales y hospitales especializados.

LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS

Las instituciones y subsistemas del SNS se organizan por niveles administrativos, dotados de diferentes estructuras y funciones (8.1):

Nivel central: Tiene carácter fundamentalmente político, normativo, contralor y de investigación; asigna y controla los presupuestos. El nivel central formula y evalúa las políticas de salud, las estrategias, planes y programas, así como el marco legal y normativo.

Nivel regional: Sus funciones principales son de dirección y coordinación de las Áreas de Salud y de otros establecimientos ubicados en la región correspondiente. Otras funciones relevantes son la de supervisar, asesorar y participar en el programa de educación continuada del personal de salud.

Para efectos administrativos el país se subdivide en siete Regiones de Salud, a saber (8.1):

Región Central Sur: incluye la porción sur del Valle Central, desde Puriscal hasta el cantón de Turrialba. Para el Ministerio de Salud, la Región Central Sur se subdivide en dos regiones: la Central Sureste y la Central suroeste.

Región Central Norte: incluye la porción norte del Valle Central, desde el cantón de Coronado hasta San Ramón. Para el Ministerio de Salud, la Central Norte se subdivide en Central Noreste y Central Noroeste.

Región Huetar Norte: incluye los cantones de San Carlos, Guatuso, Los Chiles y el distrito de Río Cuarto de Grecia.

Región Huetar Atlántica: Comprende la provincia de Limón y una parte del cantón de Sarapiquí.

Región Pacífico Central: Incluye los cantones de Montes de Oro, Puntarenas Centro y el litoral del Pacífico hasta Quepos.

Región Chorotega: incluye la provincia de Guanacaste y el cantón de Upala.

Región Brunca: incluye la zona sur de la provincia de Puntarenas y la de San José, desde San Isidro del General hasta la frontera con Panamá.

Cada región tiene asignado un Director Regional, con un equipo administrativo y técnico responsable de ejecutar las funciones asignadas a este nivel. Para el caso del Ministerio de Salud y la CCSS, cada institución alberga sus equipos regionales separados en instalaciones diferentes.

Nivel local: Ejecuta la programación de las acciones a nivel de las Áreas de Salud y de los EBAIS. Cada Región de Salud se subdivide en **Áreas de Salud**, las cuales en su mayoría son coincidentes con la división político- administrativa del país, o sea, a cantones y distritos. Las áreas tienen un rango de 15000 a 40000 habitantes en las zonas rurales y de 30000 a 60000 habitantes en las zonas urbanas. Para el año 2004 existen debidamente organizadas 91 Áreas de Salud, cada una conformada por un equipo técnico administrativo según lo señalado en el Capítulo 7.

Las Áreas de Salud están conformadas por **Sectores de Salud**, los cuales son unidades geográficas con un promedio de 4000 habitantes cada uno. En la definición de los sectores se toman en cuenta criterios de orden geográfico, de población, accesibilidad y los antecedentes de la prestación de servicios. Esta división garantiza que cada unidad programática sea atendida de acuerdo con las prioridades, se incluya a la totalidad de la población y se faciliten las correcciones y los ajustes en la programación local.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2002-2006 Y ATENCIÓN PRIMARIA

El documento que define la Política Nacional de Salud en el cuatrienio 2002-2006 (8.4) señala para el área de intervención de Atención Primaria de Salud lo siguiente:

Política: Fortalecimiento de la Atención Primaria en todos los niveles de gestión con énfasis en el primer nivel de atención, con calidad, equidad, enfoque de derechos y género.

Estrategias para la Atención Primaria:

- Actualización, cumplimiento, evaluación y seguimiento de las normas de atención integral.
- Redefinición y fortalecimiento del perfil funcional y del recurso humano del EBAIS y de los Equipos de Apoyo, con base en la priorización de las necesidades y problemas de salud de la población.
- Fomento en el primer nivel de la visita domiciliaria, a empresas e industrias para prevención y detección de enfermedades así como para la promoción de la salud.
- Fortalecimiento de la participación social en los procesos relacionados con la Atención Primaria de Salud.
- Fortalecimiento de servicios para la atención, prevención y promoción de la salud bucodental, con énfasis en la población escolar.
- Fortalecimiento de la educación y prevención del cáncer de cérvix, mama y próstata.
- Fortalecimiento de las acciones en educación para la salud que promuevan la participación individual y colectiva en el autocuidado en salud.
- Creación y funcionamiento de nuevos EBAIS con énfasis en los cantones prioritarios.

LA OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD

En la propuesta del Proyecto de Reforma del Sector Salud se definió una oferta básica de servicios, la cual se considera para la programación local en cada sector de salud por los Equipos Básicos y por los Equipos de Apoyo. Dicha oferta se organiza en los cinco subprogramas de atención a las personas y un conjunto de actividades comunes para todos los grupos, a saber (8.3):

Atención integral al niño (0-9 años)

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Atención de la enfermedad
- Programa ampliado de inmunizaciones

- Salud escolar
- Rehabilitación básica
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Captación temprana del recién nacido
- Salud oral integral

Atención integral al adolescente (10 a 19 años)

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Inmunizaciones
- Atención de la enfermedad
- Salud escolar
- Rehabilitación
- Atención y orientación en anticoncepción
- Educación sexual
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Salud oral integral

Atención integral de la mujer (20 a 64 años)

- Atención prenatal y posnatal
- Atención y orientación en anticoncepción
- Inmunizaciones
- Curso de preparación para el parto
- Atención de morbilidad
- Detección temprana de cáncer de cérvix y de mama
- Detección y valoración de pareja infértil
- Detección y referencia de violencia a la mujer
- Atención odontológica
- Rehabilitación

Atención integral del hombre (20 a 64 años)

- Atención de la morbilidad
- Inmunizaciones
- Detección y seguimiento de enfermedades crónicas
- Prevención y detección de riesgos en enfermedades laborales
- Control y tratamiento básico de problemas de salud mental
- Atención y orientación en anticoncepción
- Detección y seguimiento de enfermedades transmisibles
- Atención odontológica
- Rehabilitación

Atención integral del adulto mayor (65 años y más)

- Detección y control del enfermo crónico
- Detección y seguimiento de grupos de riesgo
- Atención a la morbilidad
- Rehabilitación básica
- Atención odontológica

Actividades generales para todos los grupos

- Educación y promoción de la salud
- Vigilancia epidemiológica
- Referencia y contrarreferencia de pacientes
- Protección del ambiente humano
- Promoción y participación social
- Promoción de la participación intersectorial
- Docencia e investigación

Nota: En este libro se propone separar en el grupo de 20 a 64 años, los programas de Salud de la Mujer (como ya se estableció), y de Salud del Hombre (en sustitución de “Salud del Adulto”), con el propósito de darles la relevancia que merecen los problemas específicos que presentan los hombres en ese periodo de edad, al igual que le son reconocidos a la mujer. La salud del hombre entre 20 y 64 años presenta particularidades muy propias que no han sido reconocidas como tales en la programación de los servicios de salud. Por ejemplo: las enfermedades laborales a que están expuestos muchos hombres y no así las mujeres; ciertos accidentes laborales y los accidentes de tránsito, los efectos de la violencia, las lesiones en un buen número de deportes y la rehabilitación de dichos accidentes; la eyaculación temprana y la impotencia, que afecta a una proporción importante de costarricenses y tienen efectos devastadores en su relación de pareja. Existen otros muchos problemas de salud que se dan en una proporción mucho más elevada en los hombres que en las mujeres, tales como el alcoholismo, el tabaquismo y el SIDA, por lo que la prevención de los mismos, los cuales deberá ser abordada con estrategias diferentes según género.

CAPÍTULO 9

LA ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE SALUD: CLÍNICAS CON ESPECIALIDADES Y LOS HOSPITALES

RELACIÓN ENTRE NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD

Se señaló en el capítulo anterior que el SNS se estructura en tres niveles de atención y tres niveles administrativos, los cuales deberán estar interrelacionados para aumentar su eficiencia y la calidad de la atención. Al segundo nivel de atención le corresponde atender los problemas más complejos y está dotado de un grupo variable de especialistas y de técnicos, de equipos y de tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. El tercer nivel hospitalario, de máxima complejidad, está dotado de recursos muy especializados.

Con el propósito de mejorar la relación entre niveles de atención y que los especialistas de los hospitales participaran en el quehacer de los médicos generales del primer nivel, hace algunos años se dieron algunas experiencias en este campo. Una de ellas fue la de enviar especialistas a puestos de salud, para atender los problemas de su especialidad. Por ejemplo: las experiencias del Hospital sin Paredes y del Proyecto de San Antonio de Nicoya.

Otra experiencia, de mayor amplitud y bastante generalizada, fue la de llevar los médicos generales del primer nivel a las sesiones clínicas de los hospitales, conducidas por los especialistas, y también, a las pasantías de los médicos generales en los hospitales regionales y los hospitales altamente especializados, por una o dos semanas.

En cuanto a desplazar a los médicos especialistas a los Puestos de Salud, generalmente la función de estos médicos era atender la consulta de su especialidad y participar en algunas actividades de educación para la salud con charlas a los usuarios; su interés estaba centrado en resolver los problemas vinculados a su especialidad. En relación con las experiencias de las sesiones clínicas y las pasantías en los hospitales, por lo común los médicos generales recibían información sobre los procedimientos para el diagnóstico y el tratamiento de problemas complejos de los pacientes hospitalizados, propia del tercer nivel, conocimientos e información de escasa utilidad en su práctica diaria en el primer nivel.

Estas experiencias no fueron evaluadas sistemáticamente, aunque pareciera que sólo produjeron diversos grados de frustración, así como escaso beneficio para la práctica profesional de los médicos que participaron en las mismas. En el caso de las pasantías en los hospitales centrales, probablemente se produjo en los médicos

generales una mayor motivación para optar por una de las residencias conducentes a alguna de las especialidades médicas o quirúrgicas que ofrecen estos hospitales.

La situación y la práctica médica de los especialistas y los generalistas en los servicios de salud, es un tanto diferente. Los nuevos conocimientos y tecnologías hacen que el especialista abarque campos cada vez más restringidos en su práctica profesional: el pediatra ya no es un pediatra general, sino cardiólogo pediatra, neonatólogo, nefrólogo o gastroenterólogo pediatra; las especialidades de adultos también se han fraccionado extraordinariamente. En general, las especialidades medico-quirúrgicas enfocan toda su atención en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y en rehabilitación.

Se reconoce que un buen sistema de salud de alto nivel de competencia y de resolución debe disponer de muy buenos especialistas en los diversos campos para atender las necesidades específicas en el segundo y el tercer nivel de atención, así como de excelentes médicos generales para la atención integral de la salud en el primer nivel.

¿Que ocurre con estos generalistas? En la práctica diaria, son médicos “generales” porque no tienen una especialidad médica. Además, son médicos “generales” porque hacen medicina general, con una inmensa gama de tareas y aplicando tecnologías apropiadas para sus diversas funciones. Sus conocimientos y destrezas deben estar en concordancia para resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas de todas las edades y mucho más. En términos estrictos, las funciones asignadas al médico general son compatibles con una especialidad de la medicina, y de esta forma se ha reconocido en muchos países industrializados.

¿Cómo compatibilizar la relación entre el primer nivel con médicos generalistas y el segundo y tercer nivel de los especialistas, cuando pareciera que son dos mundos diferentes o dos formas diferentes de ver el mundo? Si se entienden bien estas diferencias en cuanto a sus funciones, se podría lograr una mejor relación entre niveles de atención y mejorar la eficiencia del sistema.

EL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Un buen sistema de referencias y contrarreferencias de los usuarios del primer nivel de atención al segundo y tercero, ha sido, por muchos años uno de los anhelos de los administradores de los servicios de salud, así como de los médicos responsables de enviar y recibir pacientes entre dichos niveles. En el país se han formado muy diversos grupos de trabajo para estudiar este asunto y proponer soluciones, y se han gestado y desarrollado proyectos sobre el tema, con resultados muy limitados.

Las referencias del primer nivel de atención al segundo y al tercero efectivamente se hacen. Los receptores se quejan de que son incompletas, mal canalizadas o innecesarias; los resultados de los exámenes de laboratorio que se adjuntan a la referencia no son creíbles y con frecuencia se repiten en el centro de mayor complejidad, lo cual acarrea desperdicio de recursos para el sistema de salud y la pérdida de tiempo para el usuario.

Es frecuente que los colegas del segundo y el tercer nivel se expresen con términos peyorativos, nada positivos ante los usuarios, en relación con sus colegas que envían la referencia. Por lo general, la contrarreferencia no se hace efectiva o el paciente es retenido por el especialista en su consulta en el hospital o en una de las grandes clínicas con especialidades del segundo nivel, aun cuando el problema del paciente pudiera tener seguimiento en el primer nivel a un menor costo. Aunque este panorama pareciera oscuro e insuperable, se pueden señalar al menos seis acciones básicas que mejorarían la situación:

- **Respeto mutuo entre los profesionales que laboran en los diferentes niveles**, reconociendo y valorando los campos de trabajo respectivos. La medicina de primera clase y de alta calidad puede y debe darse en todos los niveles del sistema. Por muchos años todos los médicos del primero y del segundo nivel han sido formados en los centros del tercer nivel; por lo tanto, no parece válido que estos colegas renieguen de sus propios resultados. Aquí hay un problema crucial en la formación médica. ¿Cuánto conocen los docentes, formadores de médicos para el SNS, de la práctica profesional de los médicos generales que laboran en el primer nivel?
- **Planificar reuniones de coordinación administrativa entre el primero y segundo nivel**, analizando los problemas específicos y comunes y planteando soluciones a la problemática detectada. Ejemplo: referencias a ultrasonidos, a rayos x, transporte de pacientes y otros. Esta estrategia la establece el compromiso de gestión, con resultados insuficientes, en parte por la limitada capacidad de decisión de la comisión interniveles.
- **Organizar un programa de educación continuada para el personal del primer nivel** (por ejemplo, una sesión cada dos semanas o cada mes) con base en las referencias de mayor frecuencia y **con protocolos de atención, debidamente estandarizados por los especialistas y aprobados por las partes interesadas**; estos protocolos deben precisar con claridad los requisitos para una referencia y el seguimiento posterior en el primer nivel. Las sesiones pueden ser coordinadas por especialistas del segundo o el tercer nivel, pero con contenidos específicos para el primer nivel.
- **Organizar visitas programadas de médicos y otros profesionales del segundo y tercer nivel al primero**, para conocer el trabajo que se realiza en el primer nivel y las condiciones del mismo. Participar, por ejemplo, en las reuniones de evaluación, trimestrales y anuales, en las reuniones para el análisis de la situación de salud o la de elaboración del Plan Anual Operativo.
- **Definir con claridad la gama de servicios que ofrece el segundo nivel** (tipo de especialidades y tiempos de espera, por ejemplo), ya que no todos

los establecimientos del segundo nivel tienen las mismas especialidades. Esta oferta deberá ser ampliamente divulgada en los EBAIS.

- **Mejorar y ampliar el sistema de referencias y contrarreferencias**, con niveles de calidad aceptados por ambas partes y que permitan dar una respuesta oportuna y eficiente a los usuarios. Para esto es imprescindible disponer de los **protocolos** estandarizados por los especialistas y aprobados por las partes interesadas, tal como se mencionó.
- **El proceso debe ser evaluado cada tres o seis meses, en forma sistemática**, tanto desde la perspectiva del primer nivel como la del segundo y del tercero.

Estas recomendaciones y otras acciones que se incorporen no podrían funcionar de una forma aislada; tienen que emprenderse de manera conjunta en un programa que desarrolle cada una de las Áreas de Salud, con la participación activa y decidida del segundo y el tercer nivel correspondiente.

LAS HOSPITALIZACIONES, LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE LOS PARTOS

Los ingresos de los pacientes a un servicio hospitalario, correspondiente al área de atracción de un EBAIS, pueden seguir varias vías, a saber:

- Directamente desde la sede del EBAIS, cuando se trata de una emergencia atendida durante las horas laborales; la referencia se hace al servicio de emergencias del hospital y de aquí se deriva la hospitalización, si corresponde.
- Desde el servicio de emergencia del hospital, cuando el paciente acude allí como el primer centro de atención, en horas laborales o no laborales de los EBAIS.
- Desde la consulta externa de un especialista del hospital, al cual se refirió el paciente. Ejemplo: cirugía programada, pacientes que requieren de procedimientos de diagnóstico o tratamiento complejos y otros similares.

La atención de emergencias tales como los traumas leves, suturas de heridas no complicadas, intoxicaciones con plaguicidas no complicadas, pacientes con crisis asmáticas, un estado convulsivo, deshidratación por diarrea aguda, descompensación simple de hiper o hipoglicemias en enfermos diabéticos, crisis de hipertensión no complicadas y la atención de partos en periodo de expulsión: todas ellas pueden ser atendidas por el EBAIS. Las otras emergencias deberán referirse al hospital de su área, mediante el servicio de ambulancias, por lo general de la Cruz Roja local.

REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS QUE FUNCIONAN

En Costa Rica el 98% de los partos ocurre en las maternidades y de estos el 95% en el sistema público de salud, o sea, en los hospitales de la seguridad social. El 91% de los embarazos tiene al menos un control prenatal, y la mayoría tiene dos o más controles (9.1). Al final del embarazo cada mujer recibe un documento de referencia para el hospital que le corresponde, con el resultado de los controles durante su embarazo, el cual se incluye en el expediente del hospital. Algunos controles de embarazos se hacen en las consultas externas de los hospitales, en particular los embarazos de alto riesgo.

En la maternidad del hospital se confecciona el “carné de salud del niño”, con la información pertinente al parto y al estado de salud del recién nacido; se entrega a la madre, y el personal de la maternidad refiere este niño al EBAIS. La madre conserva este documento para que se anoten en él la información correspondiente a los controles de la edad preescolar en el EBAIS, tales como el peso, la talla, las vacunas que el niño recibe y los problemas de salud durante ese periodo de vida. Es un documento oficial, que incluye además el número de la cédula de identidad que el niño va adquirir cuando cumpla los 18 años, se exige como requisito para la matrícula al ingreso del sistema educativo y sirve como auxiliar del proceso de atención integral del menor.

En el EBAIS, así como también en los hospitales y en algunos centros privados certificados, a los 8 días de edad del niño se le toma una muestra de sangre en el talón (“la prueba del talón”) y se hace la captación del recién nacido para su seguimiento posterior, así como la de la madre para su seguimiento en el control posparto y en el programa de planificación familiar.

La muestra de sangre del talón se impregna en un papel de filtro especial y se envía al Laboratorio Nacional de Referencia para el Tamizaje y la Prevención de Discapacidades en el Niño, ubicado en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. En este centro se analizan las muestras y se identifican 18 tipos de enfermedades de origen congénito. Muchas de ellas tienen solución, y se pueden evitar las secuelas con un tratamiento temprano y oportuno, como es el caso del hipotiroidismo congénito.

Cada vez que exista la sospecha de un niño o niña con alteración en una muestra analizada en el Centro de Tamizaje, el personal de este Centro se pone en comunicación con la unidad de referencia de la muestra (EBAIS, clínicas y hospitales) en todo el territorio nacional, para hacer la búsqueda del niño (a). Una vez identificado este niño, se le refiere, a una consulta especializada del Hospital Nacional de Niños, con el propósito de completar los exámenes para confirmar el diagnóstico y ofrecerle el debido tratamiento. Existe un último proceso: la

devolución de la información del hospital al EBAIS sobre la evolución del estado del niño (a) por parte de los especialistas.

El procedimiento de tamizaje para los recién nacidos se inició en Costa Rica en 1990 con una cobertura del 3.7% en ese año. A partir de 1999 la cobertura nacional supera el 90%, y para el año 2004 alcanza el 97.3% de todos los recién nacidos del país (9.2).

Este es un buen ejemplo de referencia y contrarreferencia que sí funciona.

CAPÍTULO 10

LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD. DERECHOS Y DEBERES, NECESIDADES Y SATISFACCIÓN

LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD

El término *paciente*: “persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo” (diccionario de la Real Academia) no se aplica enteramente en la APS; en sustitución se utiliza el término **usuario**: el que usa los servicios de salud.

Los usuarios de un servicio de salud público con cobertura total pueden ser cualquier persona de cualquier clase social, con una amplia variación en el lenguaje, la expresividad, cultura e inteligencia, lo cual dificulta la comunicación entre los usuarios (as) y el equipo de salud. Se deben considerar las diferentes edades, con necesidades muy diversas y propias de cada edad, diferencias en religión, sexo y etnia; personas poco comunicativas o con discapacidades importantes.

El médico y el equipo de salud cotidianamente deben ofrecer consejos prácticos e información sobre los problemas de salud identificados en cada usuario, así como consejos sobre los aspectos de prevención y autocuidado. Los consejos sólo pueden ser prácticos y de utilidad para el usuario si se toman en cuenta esta variedad en los receptores y en los condicionantes del proceso salud-enfermedad.

La pobreza, el desempleo, el retardo mental, un escaso nivel de alfabetismo, el acceso limitado a los servicios básicos y las personas que viven en precarios, entre otros, son factores que están condicionando un riesgo elevado de enfermedad física y de patología psicosocial. A la vez, estas personas difícilmente aplican los mensajes educativos, completan los tratamientos indicados o acuden puntualmente a las citas. Estos usuarios y usuarias se constituyen en verdaderos retos para los servicios de salud del primer nivel.

Otro grupo especial son los policonsultantes: personas que casi todas las semanas, y a veces más frecuentemente, solicitan una cita en el servicio de salud. Estas personas también deben identificarse y recibir un trato especial, por ejemplo, referirlas a un grupo de autoayuda que ya funcione o bien, constituir con ellas un nuevo grupo, en donde colabore algún miembro del equipo de salud; además de identificar los principales motivos de las consultas, con el propósito de ofrecer una respuesta mejor orientada. En este año 2005 está en curso una investigación para caracterizar el perfil de los usuarios policonsultantes en una de las áreas del PAIS, en colaboración con la Escuela de Salud Pública, y poder identificar alternativas de solución.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

La ley N° 8239 “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados” (año 2002) identifica los derechos y obligaciones de las personas que hacen uso de un servicio de salud (10.1).

DERECHOS:

- Recibir información clara, concisa y oportuna sobre sus derechos y deberes, así como la forma correcta de ejercerlos.
- Ser informado del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que le brinda la atención.
- Recibir la información necesaria y, con base en ella brindar o no la autorización para que le administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
- Recibir, sin distinción alguna, un trato digno, con respeto, consideración y amabilidad.
- Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- Ser atendido sin dilación en situaciones de emergencia.
- Ser atendido puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.
- Negarse a que lo (a) examinen o le administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
- Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente o cuando no pueda expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente expresado previamente.
- Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.
- Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.

- Recibir la atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- Hacer que se respete el carácter confidencial de la historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, debe darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.
- Disponer, en el momento que considere conveniente, la donación de sus órganos.
- Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando hayan lesionado sus derechos.
- Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.
- Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.

DEBERES:

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes (10.1):

- Proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud.
- Cumplir las instrucciones e indicaciones que le brinde, en forma adecuada, el personal de salud.
- Responsabilizarse por sus acciones y omisiones, cuando no siga las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.
- Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud.
- Contribuir de manera oportuna, cuando cuente con los recursos, al financiamiento de los servicios de salud públicos de la República,
- Cualquiera de otras obligaciones que se establezcan en las disposiciones legales.

CONTRALORÍAS DE SERVICIOS DE SALUD

La ley N° 8239, artículo 10 (2002), crea las Contralorías de Servicios de Salud. Cada centro de salud, hospital público o privado, y cada clínica, pública o privada, tendrá una Contraloría de Servicios de Salud. Las Contralorías “ejercerán sus funciones con independencia funcional y de criterio respecto del jerarca y los demás órganos de la administración activa” (10.1). En el caso de Áreas de Salud con EBAIS desconcentrados, por ejemplo, el Programa de Atención Integral de Salud de Montes de Oca, Curridabat y La Unión, cada Área de Salud dispone de un Contralor, para atender de cuatro a seis centros en donde trabajan los EBAIS; dicho Contralor se ubica en la sede administrativa del Área.

FUNCIONES DE LAS CONTRALORÍAS DE SALUD:

- Contribuir activamente a la formación de una cultura institucional orientada al usuario.
- Informar y orientar oportunamente a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, la organización, el funcionamiento, la prestación de los servicios y demás trámites administrativos que sean de su interés.
- Llevar un registro de las reacciones de los pacientes frente a los servicios, que permita medir el grado de avance en los logros.
- Elaborar informes semestrales sobre denuncias recibidas y las resoluciones emitidas.
- Informar semestralmente sobre las labores del periodo: a la autoridad superior del establecimiento y a la Auditoría General.
- Recibir las quejas y denuncias por violación a los derechos de los pacientes para encausarlos.
- Realizar las investigaciones internas preliminares, sobre fallas en el servicio o violaciones a los derechos de los pacientes.
- Remitir el expediente de los casos probados y graves o las omisiones, para el procedimiento administrativo respectivo.
- Cumplir las normas técnicas y las disposiciones emitidas por la Auditoría General de Servicios de Salud y las del ordenamiento jurídico.

Los Contralores de Servicios de Salud tienen libre acceso a todos los libros, archivos y documentos de la entidad, pueden solicitar a cualquier funcionario los informes, datos y documentos necesarios para cumplir con su labor, así como la

colaboración, el asesoramiento y las facilidades que así lo demanden. Para ocupar el cargo de Contralor se requiere, principalmente, tener un grado académico universitario y ser una persona de reconocida honorabilidad. La objetividad y la capacidad de negociación son dos aspectos deseables en los profesionales que realizan estas funciones.

NECESIDADES DE LOS USUARIOS

¿Cómo reconoce el personal del equipo las necesidades de salud de los usuarios en el primer nivel de atención? Se identifican al menos tres mecanismos, los cuales se señalan a continuación:

- **Encuesta familiar y de recursos comunales:** Es la encuesta que ejecuta el ATAPS como primera fase de su trabajo; incluye además alguna información de necesidades y percepción de la población en cuanto al servicio de salud. Una vez recopilada la información se procesa y analiza; y junto con otros datos, se constituye en el primer insumo del análisis de situación de salud (ASIS).
- **Consulta a comités de salud y otros grupos organizados:** En el proceso de participación social, el ASIS preliminar elaborado por el personal de salud se lleva a consulta y se comparte en una asamblea abierta con representantes de grupos organizados y de los usuarios, del sector o del Área de Salud. En estas asambleas se exponen los problemas identificados por el equipo de salud, expresados en indicadores y otros datos que caracterizan a la población, los cuales se confrontan con las necesidades expresadas por los representantes comunales. Se hace un listado de los problemas de salud y sus determinantes y se priorizan, tomando en cuenta: la magnitud del problema (su frecuencia), el impacto en la salud de la población, el impacto social y su vulnerabilidad (la posibilidad de disminuir o erradicar el problema con los procedimientos y recursos disponibles). Por último se identifican propuestas de intervención, donde participa el equipo de salud y los demás actores sociales.
- **Consulta a comités de salud y otros grupos organizados en reuniones periódicas:** Cada dos a cuatro semanas, miembros del EBAIS o del Equipo de Apoyo se reúnen con representantes de organizaciones, con el propósito de dar el seguimiento a los proyectos que desarrollan estos grupos, bien con un carácter informativo sobre diversos aspectos del programa, o para la propuesta de nuevos proyectos. En estas reuniones, los miembros de los equipos de salud también identifican necesidades que pueden transformarse en acciones de un nuevo proyecto, o en acciones de salud ejecutadas directamente por los equipos de salud.

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Las llamadas Encuestas de Satisfacción de los Usuarios son estudios de la percepción de los usuarios sobre el servicio de salud (10.2). Estas encuestas se realizan generalmente cada año. Están estandarizadas en cuanto a la metodología y su contenido para todos los centros de salud, de modo que son comparables. Las encuestas incluyen preguntas a los usuarios sobre el trato recibido del personal: vigilancia, ATAPS, enfermería, auxiliar de registros de salud y el médico; el tiempo de traslado del hogar al centro, el tiempo en la fila, la espera para la atención médica y el tiempo que dura la consulta. También incluye el tipo de actividades recibidas, incluyendo la visita en el domicilio, su frecuencia y las acciones que realiza el ATAPS en el domicilio.

Otra área evaluada en estas encuestas es el ambiente físico del centro: ventilación, limpieza, iluminación, privacidad, estado del servicio sanitario y de la sala de espera. Se evalúan también los servicios de apoyo de farmacia, laboratorio e inyectables. Finalmente, la encuesta incluye algunas características del entrevistado, tales como la edad, sexo, el lugar de residencia, la escolaridad, su ocupación, rango de ingresos, nacionalidad y medio de transporte para el traslado al centro de salud.

La encuesta se planifica con base en una muestra de distintos EBAIS y de usuarios por EBAIS. La recolección de los datos en los formularios se hace generalmente en una semana y el procesamiento de esos datos y el informe se hacen en otra semana. Las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios se constituyen en instrumentos poderosos, no sólo para conocer la percepción de los usuarios, sino para evaluar ciertas condiciones del servicio, para tomar medidas de corrección y para evaluar su evolución en el tiempo. Es un buen indicador de la calidad de los servicios que otorga el personal de salud (ver más detalles en el Capítulo 12).

CAPÍTULO 11

GESTIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. SUPERVISIÓN, APOYO LOGÍSTICO Y SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

GESTIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el pasado, la dirección y la administración de un servicio de salud en el primer nivel se delegaban a un profesional médico, generalmente recién egresado de su carrera universitaria y sin ningún conocimiento ni experiencia en esa labor. Este médico se apoyaba en la profesional en enfermería, y juntos intentaban resolver los problemas administrativos cotidianos así como de otras tareas, tales como la solicitud de suministros y la organización del trabajo. Estos servicios recibían el apoyo administrativo y logístico de las Direcciones Regionales de Salud.

En el proceso de Reforma del SNS de 1993, al ponerse en marcha los EBAIS y la estructura de Áreas de Salud, estas últimas asumen un rol más protagónico en la gerencia y administración de todas las actividades de salud para el primer nivel, en su zona geográfica de influencia. En consecuencia, se identifica un nivel operativo: el de los EBAIS; y un nivel de dirección y gestión: el de las Áreas de Salud.

Un sistema de salud moderno, para poder sobrevivir con eficiencia y calidad, debe adoptar un modelo con visión más empresarial. Sin embargo, la nueva organización debe estar centrada en las personas, tanto en los profesionales y técnicos que componen el equipo de salud como en los usuarios. Los directores o coordinadores de los equipos de salud deben evolucionar a convertirse en verdaderos líderes, para ofrecer un mejor servicio a la comunidad a la que sirven y en un promotor y facilitador para un trabajo eficiente y de calidad de todo su equipo (11.3).

Si partimos de la premisa de que los líderes, además de sus capacidades innatas, han aprendido, mejorado y optimizado otras habilidades directivas mediante la formación y el entrenamiento adecuados, el sistema de salud debe hacer un esfuerzo particular para la formación y capacitación de sus directores.

Apoyándonos en los criterios de C. Pla Poveda (11.3), los directores de los equipos en la APS deberán fortalecer al menos cinco habilidades directivas, las cuales se clasifican en tres grupos, en función de las personas con las cuales se establece relación: **el liderazgo y la conducción de reuniones**, con el grupo; **la negociación y gestión de conflictos y las técnicas de entrevista personal**, en la que se establece relación con un único interlocutor; y **la gestión del tiempo**, en la que la relación se establece con uno mismo. En todas estas relaciones existe un nexo común: **la comunicación**.

Liderazgo: No hay una forma única de conducir grupos. El líder eficiente es capaz de cambiar su estilo de conducción según el grado de madurez de los interlocutores y según las situaciones diferentes que tiene que enfrentarse.

Conducción de reuniones: Una de las tareas más complejas e importantes de un director es la conducción de reuniones. La reunión puede definirse como “el encuentro formalizado de un número concreto de personas con el fin de conseguir un objetivo determinado, mediante la utilización de una metodología específica” (11.3). C. Pla define las siguientes reglas básicas para desarrollar una reunión eficiente:

- Iniciar y acabar a la hora prevista.
- Respetar los temas y los horarios planificados.
- No permitir interrupciones.
- Avisar con anterioridad en caso de no poder asistir a la reunión.
- Enviar la convocatoria como mínimo con tres días de antelación.
- El director-animador de la reunión ha de escuchar activamente a todos los asistentes.
- Evitar las conversaciones colaterales.
- Facilitar la escucha activa de todos los participantes.
- Existir un deseo y un propósito de alcanzar el consenso.
- Evaluar y discutir las ideas, no sobre las personas.
- Todos los participantes deben recibir el mismo trato durante la reunión.
- Fomentar la cooperación y no la confrontación.
- Elaborar un acta con los principales asuntos y acuerdos; al final de la reunión hacer un resumen de los mismos.
- Dar seguimiento a los acuerdos.

Toda reunión se desarrolla en tres fases: **Preparación**, en donde se analizan y se anotan el o los temas, el objetivo y el plan, así como asegurar que se dispone del material necesario, la convocatoria oportuna y el lugar apropiado; **desarrollo**, es la fase en la que la reunión se efectúa; y **formalización**, las acciones que hay que efectuar una vez que la reunión ha finalizado (cumplir con los acuerdos).

La negociación y gestión del conflicto: La negociación es un proceso de intercambio de comunicación entre dos partes y cuyo objetivo es llegar a acuerdos, cuando ambas partes tienen intereses comunes y otros opuestos. El objetivo de toda negociación es conseguir acuerdos satisfactorios para ambas partes, en la que “yo gano y tú ganas”.

Entrevista personal: Es otra de las habilidades que todo director debe dominar. La entrevista tiene varios objetivos, entre ellos la selección de personal o la evaluación de rendimiento; también se utiliza para felicitar o llamar la atención a alguno de los

colaboradores. La actitud que adopte el (la) entrevistador (a) es un elemento clave y determinante en el éxito de una entrevista; el o ella debe crear un ambiente distendido, escuchar atentamente, mostrarse tranquilo (a) y respetuoso (a), utilizar un lenguaje accesible, motivar al entrevistado a que exprese sus ideas. Debe evitar: cortar la palabra e interrumpir, ser agresivo (a), crear un clima demasiado frío y desvalorizar las respuestas del entrevistado/a.

La gestión del tiempo: De acuerdo con Peter Drucker: “el tiempo es el más escaso de los recursos y, a menos que se administre, ninguna otra cosa puede administrarse”. Entre las muchas técnicas que se señalan para administrar el tiempo, se recomienda que todo directivo elabore un listado semanal de todas las actividades que requiere realizar y las clasifique en cuatro categorías (11.3):

- **Tareas muy importantes y urgentes:** Generalmente no delegables y para hacer inmediatamente.
- **Tareas delegables:** Urgentes pero poco importantes; con frecuencia pueden delegarse a un colaborador, siempre que disponga de la información adecuada y suficiente.
- **Tareas muy importantes pero no urgentes:** Se dispone de tiempo para realizarlas pero generalmente no son delegables; afronte estas tareas antes de las fechas tope, de lo contrario tendrá problemas.
- **Tareas poco importantes y urgentes:** Normalmente pueden eliminarse o reducirse; si no se pueden eliminar, se pueden delegar.

Otras excelentes recomendaciones que nos ofrece C. Pla que facilitan la gestión del tiempo son:

- Disponer de objetivos claros, concretos y valorables.
- Asignar plazos de ejecución realistas a actividades.
- Coordinar el trabajo con los colaboradores y evitar la dispersión de tareas.
- Delegar tareas en colaboradores adecuados cuando hay que asumir nuevas tareas.
- Cumplir con los horarios establecidos en la agenda.
- Evitar interrupciones y las visitas inesperadas.
- Evitar el perfeccionismo en los mínimos detalles.
- Evitar el exceso de reuniones.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DEL COORDINADOR DE EBAIS Y CENTROS DE SALUD CON DOS O TRES EBAIS

En los centros de salud con un EBAIS, el médico coordinador asume ciertas funciones administrativas. Cuando dicho centro dispone de dos o tres EBAIS, uno de los coordinadores asume estas funciones, las cuales ayudan a facilitar su

desempeño sin que esto represente un incremento de la burocracia administrativa en el sistema de salud. Las siguientes funciones son un ejemplo de las asignadas al coordinador de la sede de EBAIS en las Áreas de Salud del PAIS. En otras Áreas puede variar según sus características:

- Velar por el mantenimiento preventivo y correctivo de la sede de los EBAIS.
- Vigilar el funcionamiento del sistema de alarmas (donde existan) y su activación al cierre del edificio.
- Otorgar permisos menores de hasta dos horas por día a funcionarios que lo soliciten con la debida justificación.
- Coordinar las reuniones generales del centro y las actividades de educación permanente.
- Resolver en primera instancia las quejas menores presentadas por usuarios respecto a la calidad de los servicios recibidos.
- Coordinar y facilitar la comunicación entre la sede de los EBAIS y el Equipo de Apoyo.
- Elaborar propuestas de vacaciones y permisos especiales para el personal del centro al final de cada año.
- Elaborar los informes de actividades que le corresponden y supervisar que los otros miembros del equipo los emitan.

EL PROCESO ADMINISTRATIVO

Por las características de este libro no vamos a profundizar en las diferentes etapas del proceso administrativo, pero sí revisar en forma sucinta el esquema que en la práctica utilizan los EBAIS y los Equipos de Apoyo, a nivel de un Área de Salud. Se debe recordar lo que se mencionó en el Capítulo 4: **El proceso administrativo es una de las funciones medulares en la APS.**

El proceso administrativo reúne un conjunto de funciones que son propias de la administración, a saber (11.1):

- Planificación.
- Organización.
- Dirección y liderazgo.
- Control y evaluación.

La planificación: Es una acción continua, un proceso que busca definir el rumbo adecuado de la organización, la forma de accionar ese rumbo, con el mejor aprovechamiento de los recursos posibles (11.1). La planificación se inicia con el análisis de la situación de salud (ASIS). Se identifican los objetivos, la valoración de los condicionantes sociales, económicos, geográficos y la viabilidad política y financiera, entre otros elementos. La planificación consta de las siguientes etapas:

- Análisis de situación de salud (ASIS).
- Formulación y aprobación del plan.
- Ejecución del plan.
- Control y evaluación de resultados.

La planificación ayuda a:

- Tomar decisiones mediante una metodología establecida.
- Simplificar el proceso de toma de decisiones en concordancia con los objetivos definidos.
- Identificar los recursos y cuantificarlos de acuerdo con los objetivos.
- Evaluar el desempeño institucional respecto de la consecución de los objetivos.

El proceso de planificación puede aplicarse a un nivel nacional, regional, local o institucional, en donde se concretiza la planificación de los niveles anteriores y se transforman los objetivos generales en actividades específicas.

Se reconocen varios tipos de planificación: planificación centralizada y descentralizada (según el nivel donde se tomen las decisiones); la planificación normativa (según el apego a las normas establecidas) y la planificación estratégica. En la APS estamos hablando de **planificación a nivel local, de planificación descentralizada, así como de una planificación estratégica.**

La organización: Define las funciones que las personas desempeñan en la organización y su interrelación. La organización ordena el quehacer de todas las personas, sus obligaciones y los límites de autoridad. En toda organización hay un perfil de trabajo para cada uno de los trabajadores, y un organigrama en que se define su interrelación y los niveles jerárquicos de la organización.

Dirección y liderazgo: Es el proceso de influir sobre las personas para el logro de las metas de la organización. Ya se mencionó la prominencia del liderazgo en los servicios de salud modernos, así como la importancia de fortalecer las cinco habilidades directivas en los coordinadores y directores de los equipos de salud: liderazgo, conducción de reuniones, negociación y gestión de conflictos, entrevista personal y gestión del tiempo.

Control y evaluación: Es un proceso permanente que ayuda a garantizar que las actividades en ejecución estén en concordancia con los planes y que se están alcanzando los objetivos así como su adaptación a las condiciones cambiantes.

LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN UN SERVICIO DE SALUD

La planificación institucional de la CCSS es un proceso que data de muchos años y es relativamente complejo. Anteriormente a la Segunda Reforma del Sector Salud

de los años noventa, el proceso de planificación se hacía en el nivel central y regional. A partir de 1996, se implementan los Planes Anuales Operativos (PAO) desarrollados y ejecutados localmente. En la práctica, a nivel de las Áreas de Salud existen diversos planes que constituyen una especie de sistema de planificación, ya que se interrelacionan y se complementan entre sí.

Plan estratégico: Cada Área de Salud y cada clínica, tiene que elaborar un plan estratégico local, con la metodología de la planificación estratégica, fundamentada en las necesidades de salud de la población. Los planes estratégicos tienen actualmente una duración de tres años y los primeros se elaboraron para el trienio 2001-2003. En el 2004 se revisaron los avances de los primeros planes y se elaboraron nuevos planes para el periodo 2004-2006. Responsable de su elaboración: Director o Coordinador de Área con el Equipo de Apoyo.

Plan anual operativo (PAO): Este es un plan que se elabora cada año con base en un esquema de actividades previamente establecido por la unidad central de planificación de la CCSS, por subprograma de atención a las personas y otros elementos, así como el planteamiento de las metas de cada semestre. El PAO se elabora para el nivel del Área de Salud, clínica u hospital; incluye el presupuesto de la unidad programática. Responsable: Director o Coordinador de Área con Equipo de Apoyo.

Planes de Acción: Cada uno de los EBAIS elabora anualmente un Plan de Acción, tomando en cuenta el análisis de situación de salud (ASIS) local, los componentes del PAO y del compromiso de gestión. También se incluyen aquí otras actividades, tales como los proyectos de las organizaciones comunales que se hacen conjuntamente con el equipo local de salud. Los planes de acción de los EBAIS se consolidan para conformar el Plan de Acción del Área de Salud al cual pertenecen, y esto se constituye en el principal insumo para elaborar el PAO. Responsable: EBAIS con el apoyo y colaboración del Equipo de Apoyo.

Compromiso de Gestión: Incluye un conjunto de actividades y metas que están en el PAO y de otras, las que se constituyen en los indicadores de procesos y resultados. Se evalúan anualmente en cada unidad programática, por un grupo externo. Responsable: Director o Coordinador de Área con Equipo de Apoyo.

En la negociación anual de los Compromisos de Gestión, sostenida entre la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS y el equipo directivo de cada Área de Salud, se establecen las principales metas y actividades del Área de Salud, así como el presupuesto para el siguiente año calendario.

SUPERVISIÓN Y APOYO LOGÍSTICO DE LOS EBAIS

El óptimo funcionamiento de un EBAIS requiere de un sistema de supervisión y apoyo logístico, sin los cuales no se podría garantizar el éxito. Estas funciones están

asignadas en su mayor parte al Coordinador o Director del Área de Salud y al Equipo de Apoyo; unas pocas las asume el equipo de la Región de Salud, y en el caso del PAIS (UCR), también participa la Oficina Central del Programa.

LA SUPERVISIÓN

En la práctica se han identificado dos tipos: una **supervisión administrativa** y una **supervisión técnica**. La primera la ejerce el médico coordinador del EBAIS, quien es el responsable del funcionamiento integrado y coordinado del equipo básico y vigila el buen desempeño de cada uno de sus integrantes; es el médico quien supervisa los horarios, los tiempos de alimentación y otorga los permisos por ausencias de tiempo limitado; también coordina las actividades generales del equipo básico en los diferentes escenarios de trabajo y con los integrantes del Equipo de Apoyo.

La **supervisión técnica** la ejercen algunos de los integrantes del Equipo de Apoyo: La enfermera profesional es la responsable de la supervisión de las auxiliares de enfermería en el Área de Salud. La supervisión se hace periódicamente, mediante la revisión de los procedimientos, el desempeño de las actividades, los informes y otros aspectos, según las normas del manual técnico.

La enfermera profesional también está a cargo de la supervisión técnica de los ATAPS y sigue las mismas pautas de supervisión y educación en servicio; esta enfermera visita algunas familias con el ATAPS, revisa las técnicas de la visita a domicilio y los procedimientos pertinentes en el escenario familiar y comunitario en dichas visitas. También debe conocer de las actividades comunales y participa en algunas de ellas.

La auxiliar de registros de salud recibe la supervisión técnica de un profesional de registros de salud, y al técnico de farmacia lo supervisa un profesional en farmacia; el conserje recibe el apoyo y la supervisión del coordinador del EBAIS, y del Administrador del Área. El médico Director o Coordinador del Área de Salud lleva a cabo el proceso de supervisión mediante las visitas a las sedes de los EBAIS o bien, en reuniones con los médicos coordinadores de EBAIS, en forma individual o en grupo; en este último caso, generalmente mediante una reunión mensual.

EL APOYO LOGÍSTICO

Entendemos por apoyo logístico el conjunto de acciones orientadoras y el aporte de los materiales y suministros que requiere el equipo básico para cumplir con todas las tareas y los objetivos del programa local de salud. La ausencia o el atraso de un suministro, entorpece o dificulta su trabajo, reduce la motivación y el rendimiento, provoca los reclamos por parte de los usuarios y la credibilidad del servicio. El personal de la APS que no recibe oportunamente lo que necesita para su trabajo pierde interés y se desmotiva. Generalmente el coordinador y responsable del apoyo logístico es el administrador del Área de Salud. Las principales acciones en este campo son:

- **Suministro de equipos y su mantenimiento:** Cada EBAIS dispone de un listado estándar de equipos; por ejemplo: aparatos para la toma de presión arterial, la refrigeradora para conservar las vacunas, el glucómetro portátil para medir la glicemia, entre otros. Siempre deben estar en buenas condiciones de funcionamiento.
- **Suministro de materiales y papelería:** Involucra el material de uso para el trabajo en enfermería, artículos de oficina, implementos de limpieza y papelería. Las solicitudes para el abastecimiento se hacen cada dos o cuatro semanas en un formulario, por parte de cada uno de los miembros del EBAIS según corresponda, con el visto bueno del médico coordinador.
- **Transporte de pacientes en situación de emergencias:** Algunas Áreas de Salud disponen de una ambulancia para el transporte de pacientes a los servicios de emergencias en los hospitales; en su ausencia, existen convenios con la Cruz Roja local, en quien se delega esta función mediante la respectiva relación comercial.
- **Mantenimiento de la infraestructura:** El mantenimiento de los edificios sedes de los EBAIS, su remodelación, el cuidado de los jardines y el ornato, las instalaciones eléctricas y de teléfonos, son aspectos que requieren un trabajo continuo y especializado; estas funciones están generalmente a cargo de un equipo de técnicos, para una o más Áreas de Salud.
- **Vigilancia:** El mobiliario y los equipos de una sede de EBAIS son susceptibles a robos, por lo cual se requiere de un sistema de vigilancia, particularmente nocturna y en los días feriados. En el caso del PAIS (UCR), en sus 20 sedes de EBAIS, de Equipos de Apoyo, la administración y las bodegas, se optó por instalar un sistema de alarmas, conectado con una central de respuesta rápida con vigilancia motorizada. A la vez, los equipos y el mobiliario están asegurados contra robo. Este sistema resulta mucho más económico que el pago de vigilantes.
- **Suministro y esterilización de equipos:** Los equipos para suturas y curaciones, los espéculos para el Papanicolao y otros, requieren de técnicas de esterilización por autoclave, así como de empaques especiales para su esterilización, transporte y conservación. Este proceso demanda un personal técnico debidamente capacitado para tales labores. Cada sede de EBAIS dispone de un sistema de almacenamiento y esterilización química de los equipos ya utilizados, los cuales se esterilizan en la sede del EBAIS, o se transportan a un centro de equipos del Área de Salud, donde se procede a su esterilización final y de aquí se distribuyen nuevamente a los centros de salud según sus necesidades.

- **Manejo del material contaminado:** En cada sede de EBAIS se produce diariamente material potencialmente contaminante, de las curaciones, de las agujas y jeringas que se utilizan en las vacunas y en otros inyectables. De acuerdo con las normas técnicas nacionales, tales desechos deben recibir un tratamiento especial. En cada sede de EBAIS, este material se almacena en recipientes de plástico debidamente rotulados (agujas y jeringas) o en bolsas plásticas especiales de color rojo, para su transporte y esterilización por medio de autoclave en el centro de equipos. Una vez esterilizados, se desechan mediante un sistema de transporte y depósito final propios, según las normas nacionales.
- **Recurso humano:** La Dirección del Área de Salud debe estar alerta ante la ausencia de algún integrante del EBAIS por incapacidades, vacaciones o renuncias. La ausencia del médico, de la auxiliar de enfermería o la auxiliar de registros de salud paraliza las consultas médicas y la atención de las personas. De ahí la importancia de programar debidamente las vacaciones y contar con personal “supernumerario”, sustituto para tales eventualidades.

EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

El sistema de información en salud (SIS) se implementó en la CCSS en el primer nivel de atención desde hace unos 10 años. Por esa época se hicieron algunas experiencias piloto, que paulatinamente se extendieron a las clínicas y a las Áreas de Salud. Muchos intentos y proyectos se han llevado a cabo a lo largo de más de una década para automatizar el sistema de información de los servicios de salud de la CCSS; algunos se quedaron limitados a un hospital y otros, por ejemplo, en las clínicas mayores del Área Metropolitana de San José; algunos nacieron de la propia institución y otros se impulsaron con la contratación de empresas privadas.

Esta es un área muy sensible, en donde la CCSS ha invertido cifras millonarias con resultados poco halagadores. Por ejemplo, la historia clínica informatizada es un proyecto que data de cinco o más años y sólo algunas unidades de salud lo han implementado, con el apoyo de tecnología externa a muy alto costo.

El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), actualmente vigente, es la versión 4.0 y fue desarrollado por el Departamento de Gestión Informática de la Gerencia de División Médica de la CCSS, en Visual Basic v 3.0, el cual utiliza Access como base de datos. Este Sistema consta de los siguientes módulos principales, a saber (11.2):

- Datos demográficos
- Afiliación e identificación
- Registro de actividades, que incluye:
 - Agenda diaria
 - Urgencias

- Inmunizaciones
- Vigilancia epidemiológica
- Incapacidades y licencias
- Otorgamiento de citas
- Administración de agenda de profesionales
- Admisión en hospitales

Los módulos tienen como propósito la captura y el procesamiento de datos que se derivan de la atención a las personas en las Áreas de Salud y los hospitales. En una encuesta reciente del año 2004, sobre el grado de utilización, dirigida a funcionarios de las Áreas de Salud, el SIIS se utiliza en el 96% de las Áreas; en unas pocas Áreas de Salud la información se procesa en forma manual (11.2). El uso que se le está dando al SIIS en la mayoría de las Áreas es para generar los cuadros estadísticos que forman parte del informe estadístico mensual (IEM), que se remite al Departamento de Información Estadística y por otra parte, para generar la información requerida en la evaluación de los Compromisos de Gestión. A continuación se hace referencia a los contenidos de los principales módulos del SIIS (11.2-11.4):

A) Datos demográficos:

Registro de grupos de edad según programa, subprograma y actividad y la pirámide de población.

B) Afiliación e identificación:

Este módulo incluye una ventana que registra la información del usuario que acude por primera vez al centro de salud. Cuando la persona deja de ser usuaria del centro, la información se traslada a un archivo pasivo. Este módulo consta de cuatro menús:

- Menú de registro: cuando se registra el usuario en el centro de salud.
- Menú de movimientos: cambios de identificación, dirección y otros datos del usuario, y registro en el archivo pasivo.
- Menú de tráfico: importación y exportación de datos desde o hacia otro centro de salud.
- Menú de salidas: se agrupan los reportes correspondientes al módulo de afiliación, expedientes y carnés, población afiliada por grupos etáreos y la cobertura de la población afiliada.

La pantalla con los datos del menú de registro despliega: nombre completo, número de identificación (cédula o pasaporte), fecha de nacimiento, sexo, estado civil, número de teléfono y dirección (por provincia, cantón, distrito, barrio y número de casa), tipo de asegurado, ocupación, nombre del cónyuge, nombre del padre y la madre, número patronal y dirección de la empresa o el sitio de trabajo.

C) Registro de actividades del EBAIS:

Este módulo incluye el registro de las consultas, inmunizaciones y otras actividades que se ejecutan en el EBAIS, así como una serie de reportes y gráficas para su análisis y presentación. Se relaciona con el Módulo de Afiliación para los informes de cobertura de los servicios y otros.

El menú de actividades incluye:

- a) Registro de actividades: en esta ventana se registran las actividades que se ejecutan en el centro de salud u otros escenarios, y la fecha.
- b) Registro de inmunizaciones: para lo cual existen opciones de configuración.

Menú de reportes: Este menú agrupa todos los reportes del módulo, tales como:

- Cuadro 11: Despliega la ventana del cuadro 11.
- Inmunizaciones.
- Actividades: Submenú que posee dos opciones: reportes y definición de programas (el usuario puede crear y editar los programas y sus rangos de edades).
- Vigilancia epidemiológica: Contiene una opción de reportes y otra para editar y modificar los grupos de vigilancia epidemiológica.

Menú de gráficos: Este menú no posee opciones; se ingresa directamente a la ventana que le brinda al usuario los gráficos que puede generar el sistema.

Registro de actividades: Se utiliza para ingresar las actividades realizadas por el personal del EBAIS, por fecha, centro y escenario. Esta ventana responde a la información que se incluye en el formulario “Agenda Diaria”.

Registro de inmunizaciones: Posee la misma estructura que la ventana de registro de actividades.

Editar grupos: Ventana diseñada para editar grupos de diagnósticos de la vigilancia epidemiológica y otros.

Cuadro 11: Este cuadro resume las actividades de las consultas: total, primera vez en el año, primera vez en especialidad, subsecuentes, referencias (externas, internas, urgencias) y citas (ausentes, perdidas, rechazadas).

Reporte de actividades: Despliega la información relacionada con el número de pacientes atendidos, las actividades realizadas y la cobertura. El reporte de actividades tiene tres tipos diferentes, y para cada uno de ellos, cuatro agrupamientos; es decir, se pueden imprimir 12 reportes diferentes. Cada reporte despliega los mismos datos, solo que en niveles diferentes de detalle.

Reporte de vigilancia epidemiológica y otros: Permite al usuario llevar un control de la incidencia de enfermedades, tanto de vigilancia epidemiológica como de otros problemas de salud.

Reporte y gráfico de inmunizaciones: Este reporte imprime los cuadros y los gráficos comparativos por mes correspondiente, por tipo de vacunas y por edades del centro de salud.

D) Módulo de registro de incapacidades:

En este módulo se registran las incapacidades otorgadas en el EBAIS e incluye una serie de reportes y gráficos, útiles para el análisis y la presentación, tales como lista de incapacidades, diagnósticos más comunes y gráfico de incapacidades por médico que las otorgó.

E) Módulo para el otorgamiento de citas:

Permite la asignación de citas individuales y grupales, la búsqueda de cupos futuros y de citas específicas, el registro de horas utilizadas, citas rechazadas y recargos. También el registro de referencias recibidas y el cálculo en línea de tiempos de espera.

F) Módulo para la administración de agendas profesionales:

Este módulo registra las actividades de los profesionales, el control de días feriados, las horas programadas y las horas utilizadas y el cálculo automatizado del tiempo programado.

Los módulos de urgencias y de admisión, están diseñados para uso exclusivo en los hospitales.

Cada uno de los integrantes del EBAIS produce y concentra datos en formularios para alimentar el sistema de información del Área de Salud. En la mayoría de los EBAIS, las auxiliares de registros en salud disponen de computadoras y se ha implementado uno o más módulos del SIIS, tales como el de Afiliación e Identificación, el de Control de las Citas y el Registro de Actividades.

Los datos obtenidos de las actividades de cada EBAIS, se concentran por Área de Salud y, junto con los que se producen por las acciones del Equipo de Apoyo, los servicios de farmacia, odontología y de laboratorio, constituyen el “Informe Estadístico Mensual” (IEM) por Área de Salud, el cual se remite al Departamento de Información Estadística, en las Oficinas Centrales de la CCSS.

Actualmente los informes mensuales que produce cada Área de Salud se analizan en los Equipos de Apoyo y la Dirección de las Áreas de Salud. Generalmente cada tres meses, se analiza el estado de avance de las actividades del Área, con los equipos básicos y con representantes de las organizaciones comunales.

CAPÍTULO 12

¿CÓMO CONOCEMOS QUE EL PROGRAMA FUNCIONA?

En el pasado las evaluaciones de las actividades en los Centros de Salud del Ministerio o las clínicas de la CCSS consistían generalmente en el análisis del registro del número de consultas por horas médicas contratadas, los exámenes de laboratorio y las recetas despachadas por cien consultas, y en un registro del número de consultas generales y especializadas por unidades de servicio. En el Ministerio de Salud se disponía de otros indicadores, tales como coberturas de vacunaciones, de los controles prenatales y de las consultas de crecimiento y desarrollo.

En las últimas tres décadas el país ha hecho un gran esfuerzo por disponer de indicadores confiables para evaluar las condiciones de la estructura de los servicios de salud, los procesos y la situación de salud de la población (los resultados). Sin embargo, la mayor parte de esa información se presentaba de forma aislada, se procesaba en centros de cómputo centralizados de las dos instituciones (Ministerio de Salud y CCSS), con frecuencia se devolvía a los niveles operativos en forma demasiado tardía después de meses o años, o no llegaba, y excepcionalmente se utilizaba para los procesos de planificación.

Otra de las características de los procesos evaluativos era su orientación a evaluar programas. Por ejemplo, durante muchos años hubo un gran esfuerzo para evaluar el programa de salud materno-infantil; también se evaluaron en forma exhaustiva el programa de inmunizaciones y el programa de malaria. Por consiguiente, se carecía de evaluaciones que tomaran en cuenta el conjunto de los servicios de salud, así como la calidad de los mismos.

La actual Reforma del Sector Salud introduce nuevos instrumentos de evaluación de los servicios de salud, que se han perfeccionado progresivamente en su aplicación, por la experiencia y el conocimiento que adquiere el personal. Estos nuevos instrumentos están a disposición de los trabajadores de las Áreas de Salud y generalmente se comparten con el personal de los EBAIS. La información se utiliza para elaborar los Planes de Acción Anuales y el Plan Anual Operativo (PAO), y es el principal insumo para la negociación de los Compromisos de Gestión de cada Área de Salud.

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS

Desde hace años se vienen aplicando en la evaluación de los servicios de salud los criterios de A. Donabedian (12.3): la estructura, los procesos y los resultados.

Estructura: Es fácil de medir e incluye la condición física y sanitaria de los centros de salud, los insumos de materiales y los equipos; pero provee escasa información acerca de la calidad de los servicios.

Procesos: Son las actividades que ejecuta el personal de salud. Se miden con base en las normas vigentes para estos servicios. Por ejemplo, las vacunas aplicadas en diferentes edades, o cuántas consultas deben darse durante el embarazo. Otro aspecto de medición de procesos, son los protocolos para la atención de ciertas enfermedades: infecciones respiratorias agudas, diabetes y otras. Los indicadores de procesos son los más abundantes en nuestro servicio de salud y están diseñados para evaluar el desempeño de cada uno de los profesionales y los técnicos que integran los equipos de salud en la atención a los usuarios.

Resultados: Son más difíciles de medir: generalmente se miden mediante indicadores que se recogen durante periodos de un año o mediante estudios específicos diseñados para tal fin. Ejemplos de indicadores de resultados son: muertes infantiles, muertes maternas, presencia de casos de enfermedades prevenibles por vacunación, número de casos de dengue o de malaria, reducción de niños hospitalizados con diarrea, infecciones respiratorias o asma; reducción de casos de violencia doméstica o de adolescentes que consumen drogas.

Sin embargo, aunque este esquema ha resultado de enorme utilidad para evaluar el desempeño de los servicios de salud, el mismo no responde a todas las necesidades; por lo que en años recientes se han introducido nuevos instrumentos de evaluación, que se orientan a evaluar y mejorar la calidad de los servicios. En este campo de evaluación de servicios de salud existe una enorme variedad de propuestas y metodologías contenidas en una abundante bibliografía al respecto, pero en razón de los objetivos de este trabajo nos vamos a referir a los instrumentos de evaluación para el primer nivel de atención que se aplican actualmente en Costa Rica.

1. EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN

Cada año en los meses de mayo a julio, la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS negocia y firma un Compromiso de Gestión para cada una de las Áreas de Salud, para cada clínica y para cada hospital. En ese compromiso se incluye un conjunto de indicadores de cobertura, calidad y de procesos (ver Capítulo 5). Los indicadores acordados en el Compromiso de Gestión se evalúan al concluir el año calendario, en los meses de enero y febrero. La evaluación es exhaustiva, tiene una duración de una semana y se lleva a cabo por un equipo de tres evaluadores, funcionarios de la Región de Salud correspondiente y de la Dirección de Compras de Servicios de Salud. En la evaluación se incluye una muestra de expedientes médicos de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y pacientes con hipertensión y diabetes. En cada expediente se evalúa el cumplimiento de las normas de atención integral y los procedimientos de cada

consulta, los cuales deben estar debidamente anotados, así como el cumplimiento del número de citas normadas para cada actividad. Por ejemplo, una mujer embarazada debe tener al menos cinco controles durante su embarazo, y en cada cita debe tener anotados en el expediente médico los respectivos exámenes de laboratorio, los medicamentos prescritos, la masa corporal y otros parámetros señalados en la norma técnica (12.1). Este elemento de evaluación del expediente médico es novedoso en el país, y está orientado a la evaluación del proceso y la calidad de la atención y contribuye a desarrollar una cultura de evaluación y de rendición de cuentas antes inexistente.

Los resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión se valoran en un puntaje porcentual de 1 a 100 y tiene implicaciones económicas para el Área de Salud: “Muy buena” es sobre 90%, y aquella Área que sobrepase el 90% se le asigna un incremento del 2.5% del presupuesto para el siguiente año a manera de incentivos, el cual se va a utilizar en la adquisición de equipos y mejoras en la infraestructura.

Con base en los parámetros y metas acordadas en el Compromiso de Gestión (en algunas Áreas de Salud), el personal lleva a cabo a mediados de cada año, un monitoreo del avance alcanzado en los primeros seis meses, en cada uno de los EBAIS. En este monitoreo participan los Equipos de Apoyo de las Áreas y el personal de los EBAIS y tiene como objetivo corregir algunas desviaciones y fortalecer aquellas acciones que tienen retraso o que aún no se han ejecutado.

2. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

El contenido y la metodología de las Encuestas de Satisfacción de los Usuarios están debidamente estandarizados y se realizan en cada Área de Salud, generalmente una vez cada año. Su ejecución está a cargo de los Contralores de las Áreas de Salud, con el apoyo de la unidad de estadística. La encuesta se hace generalmente en una semana y el informe con los resultados deberá estar disponible en otra semana. El formulario de la encuesta se llena mediante entrevista personal, a una muestra de 10 a 15 usuarios del servicio de salud, mayores de 15 años o al acompañante, si el usuario es menor de edad. Cada pregunta se evalúa en un puntaje de 0 a 10 (12.2).

El objetivo de estas encuestas es conocer la percepción de los usuarios de los servicios de salud con respecto a la calidad de la prestación. Los resultados son un insumo importante para corregir las debilidades e implementar medidas correctivas.

Contenido de las encuestas de satisfacción del usuario:

- Número de consultas en los últimos seis meses.
- Tiempo de espera para la consulta.
- Tiempo de la consulta médica.
- Tiempo de espera para llenado documentos, entrega de recetas y retiro de medicamentos.
- Tiempo de espera para recibir muestra de laboratorio.
- Trato recibido del personal: médico, enfermería, recepcionista, laboratorio, farmacia, odontología y ATAPS.
- Percepción de limpieza, ventilación e iluminación de la sala de espera, consultorio médico, servicios sanitarios y demás áreas del centro de salud.
- Atención médica: le da el saludo, le llama por su nombre, le permite hacer preguntas, le examina con privacidad y le hace recomendaciones respecto al uso de medicamentos y otros aspectos de salud.
- Confianza en el centro de salud: confianza en la capacidad del personal del EBAIS, en los medicamentos y en los exámenes de laboratorio.
- Conocimiento de deberes y derechos de los usuarios.
- Características del entrevistado: edad, lugar de residencia, sexo, escolaridad y nacionalidad.
- Medio de transporte al centro: en autobús, taxi, carro propio, a pie u otro.

3. EVALUACIÓN DE COSTOS

La evaluación de los costos y el financiamiento de la APS, se estará analizado en el Capítulo 13 de este trabajo. Este instrumento se ha desarrollado principalmente en los últimos años con la actual Reforma de los servicios del sector salud.

4. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

A partir del año 2000 el Ministerio de Salud ejecuta una evaluación anual de los servicios de salud del primer nivel, en los EBAIS, adaptando una metodología de evaluación de los programas de salud materno-infantil, que se aplicó extensamente en América Latina y en Costa Rica por muchos años.

”La evaluación se plantea como un procedimiento administrativo por el cual se comparan las características de los servicios con un modelo normativo, que se considera básico para brindar un servicio de salud. Es un tipo de evaluación por encuesta en las que se establecen listas de requisitos mínimos que todo servicio en ese escalón de complejidad debe cumplir, para brindar una atención acorde con los conocimientos actuales y tecnologías aceptadas” (Ministerio de salud/ OPS/ OMS). Las evaluaciones de los últimos cinco años incluyen una muestra, entre el 19% y 45% de los EBAIS, según los años en que fue ejecutada, y abarcan todas las

regiones sanitarias. Se dispone de los informes escritos de los últimos cinco años: 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004 (12.4).

La evaluación incluye dos componentes (12.4):

- Evaluación de la sede de EBAIS, y sus medios para brindar los servicios: evaluación de estructura y algunos procesos.
- Evaluación de las necesidades de salud familiar y la respuesta de los servicios: evaluación de resultados.

La evaluación de la sede de EBAIS, comprende los siguientes elementos:

- Planta física.
- Recursos humanos.
- Recursos materiales.
- Normas y procedimientos.
- Programación y administración.
- Suministros.
- Educación para la salud.
- Participación social.

Cada uno de estos apartados incluye un número variable de ítems, a los cuales se les asigna un puntaje. Del total de puntos obtenidos, cada servicio se clasifica según la siguiente escala:

Nivel crítico: menos de 70% de cumplimiento.

Nivel bajo: 70-80% de cumplimiento.

Nivel aceptable: 80-90% de cumplimiento.

Nivel adecuado: mayor del 90% de cumplimiento.

La evaluación de las necesidades de salud familiar y la respuesta de los servicios incluye los siguientes componentes:

1. Condiciones materiales de la vida familiar:

- Nivel educativo del jefe de familia y asistencia a la escuela de menores de 15 años.
- Tipo de seguro de salud.
- Hacinamiento.
- Disponibilidad de agua intradomiciliar.
- Disposición de excretas.
- Tipo de vivienda.
- Necesidades básicas satisfechas.
- Necesidades básicas no satisfechas.

2. Calidad de la atención:

- Calidad de la atención domiciliar.
- Calidad de la atención prenatal.
- Calidad del control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.
- Calidad del control de salud de la mujer.
- Calidad del control de salud del hombre.
- Calidad del control del adulto mayor.
- Porcentaje de respuestas positivas y negativas según necesidades básicas insatisfechas.

3. Encuesta de percepción de morbilidad y utilización de servicios:

- % de personas que se sintieron enfermas en las últimas dos semanas
- % de personas incapacitadas.
- % de personas que consultaron y de personas que no consultaron en el servicio de salud.
- Razones de no consulta y de no atención.
- % de opiniones: “buena”, “regular” y “mala”.

Como resultado de las cinco evaluaciones se observa principalmente: una tendencia a mejorar los servicios de salud en todas las Regiones Sanitarias del país; los recursos materiales y suministros tienen un puntaje sobre 90%, y el componente crítico en las cuatro evaluaciones es el de participación social (ver **Tabla 12.1**).

5. METODOLOGÍA DE CONDICIONES TRAZADORAS

En 1995 se impulsó en Costa Rica la metodología de condiciones trazadoras para evaluar la calidad de los servicios de salud. Esta metodología toma en consideración el análisis del proceso y resultado de la atención en forma simultánea, y es posible inferir el comportamiento general del equipo de salud, del servicio y del sistema en cuanto a la forma común o usual de brindar la atención. Se parte de la premisa de que, para conocer la calidad de la atención, basta con evaluar algunos problemas específicos, los cuales pueden ser categorías de diagnósticos, procedimientos o acciones preventivas (12.5). Entre las condiciones trazadoras que se identificaron para su aplicación en Costa Rica están: bajo peso al nacer, infecciones respiratorias agudas en niños, embarazo en adolescentes, cáncer de cuello de útero, amenaza de parto prematuro, diabetes y fracturas de cadera en adulto mayor.

La aplicación de esta metodología ha perdido interés entre el personal del primer nivel por su relativa complejidad y la escasa aplicación para la programación y la mejora de los servicios de salud, según criterios del propio personal de salud.

En conclusión: Existen en el país al menos cinco procesos de evaluación para los servicios de salud del primer nivel. En dos de ellos (números 1 y 2) participa

activamente el personal de los EBAIS y de los Equipos de Apoyo de las Áreas de Salud; son altamente valorados por este personal y la información se utiliza para la planificación. En uno de ellos (costos) participa la administración y la dirección del Área de Salud; tiene relevancia para el control de costos de cada Área, el cual forma parte de un proceso de desconcentración de los servicios de salud, como política general de la CCSS.

Otro proceso de evaluación se coordina desde una unidad centralizada del Ministerio de Salud; esta información es muy relevante para las instituciones de salud en términos de las políticas y de la planificación global, pero en la práctica ha sido poco utilizada para la programación local. Finalmente, la metodología de condiciones trazadoras tuvo un cierto despegue hace algunos años, aunque está perdiendo importancia, tanto política como desde la perspectiva del personal de salud del primer nivel.

En la siguiente **tabla 12.1** se resume la evaluación de la atención integral de salud en los EBAIS, ejecutada por el Ministerio de Salud en el quinquenio 2000-2004.

TABLA 12.1

**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Costa Rica. Años 2000 al 2004**

Variable	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Planta física	74	82	86	71	82
Recursos materiales	87	93	94	90	93
Recursos humanos	61	69	71	77	79
Cumplimiento de normas	66	73	80	76	83
Programación y administración.	77	82	84	64	62
Suministros	83	91	95	95	95
Educación para la salud	81	86	90	76	84
Participación social	57	62	58	63	66

Fuente: Ministerio de Salud (Costa Rica). Dirección de Servicios de Salud.

Nota: Este cuadro resume las cinco evaluaciones efectuadas a la estructura y procesos del desempeño de los EBAIS en el periodo 2000-2004. Es muy relevante por cuanto es una evaluación externa de la CCSS, representa una muestra representativa de todas las Regiones Sanitarias del país y tiene una continuidad anual. Todas las áreas evaluadas han mejorado en el periodo de cinco años, con excepción de programación y administración, y el área más débil desde el inicio ha sido la de participación social.

CAPÍTULO 13

FINANCIAMIENTO Y COSTOS

EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud se financian de muy diversas maneras según donde se observe. En países tales como Canadá, España, el Reino Unido y Suecia, quienes disponen de una cobertura universal de la atención de salud, el financiamiento se basa en ingresos por los impuestos. En otros estados, como Alemania, Bélgica y Países Bajos, existen tipos de seguros con la participación de las empresas y de los trabajadores (13.7). En Centroamérica los seguros sociales tienen coberturas limitadas y la mayoría del gasto público en salud está bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud, con financiamiento basado en los impuestos.

En Costa Rica es diferente: la totalidad del financiamiento para la atención de salud a las personas procede de un sistema de seguros sociales y se administra por medio de la CCSS. Del gasto público en salud para el año 2001, el 82.1% le correspondió a la CCSS y un 5.1% al Ministerio de Salud (13.3). La proporción del gasto público en salud se incrementó notablemente en la CCSS a partir de 1997, al expandir y fortalecer el programa de la atención de salud a las personas en las Áreas de Salud (**ver tabla 13.1**).

La información sobre el gasto privado en salud en el país es relativamente escasa; sin embargo, la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del año 2000 señala que casi el 18% de las consultas externas del país se hace en centros privados, el gasto privado en consultas odontológicas es muy superior al del sector público y el gasto de medicamentos de las familias mantiene una relación de 2 a 1 sobre su contraparte pública (13.3). Por diversos estudios se estima que alrededor del 25% de los gastos en salud en Costa Rica corresponden al sector privado, y que estos se han incrementado proporcionalmente en los últimos años; sin embargo, esta proporción es una de las más bajas en América Latina, pues en países como Guatemala, El Salvador o República Dominicana, el gasto privado en salud es alrededor del 75% del gasto total en salud (13.3).

Del gasto nacional en salud, el 7.3% se financia mediante los impuestos a través del Gobierno, un 39% por las empresas (la cuota patronal), un 3.4% de recursos externos y el 50.3 por los hogares; de estos, el 24.2% en cuotas al Seguro Social y un 26.1% de “gastos de bolsillo”, o sea los gastos que efectúan los hogares en el sector privado (13.3). Es decir, la mayor parte del financiamiento del seguro de salud que administra la CCSS se hace mediante las cuotas obligatorias de los patronos y de los trabajadores.

Otro aspecto importante de señalar es la cobertura del seguro de salud y las modalidades de aseguramiento que se han desarrollado en Costa Rica. La Ley de Universalización de los Seguros Sociales de 1961 le adjudica la responsabilidad a la CCSS de cubrir a la totalidad de la población costarricense. De esta forma se rompe un principio de las instituciones aseguradoras, el de atender únicamente a la población asalariada.

Ante tal situación, la CCSS adoptó progresivamente un conjunto de nuevas modalidades de aseguramiento para incorporar grupos de población no afiliados. En 1965, se extendió la protección a todo el núcleo familiar del asegurado directo y dependiente hasta los 18 años, estudiantes hasta los 24 años y los discapacitados. A inicios de la década de los setenta se crea el seguro voluntario, dirigido a trabajadores independientes; en 1976, los pensionados de la CCSS y de otros regímenes cotizan obligatoriamente al Seguro de Salud; posteriormente se establecieron convenios de aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados, por ejemplo, la Unión de Pequeños Agricultores (UPA-Nacional) y el Programa de Asegurados por el Estado en 1984 (13.3). Para el año 2001 el 87.5% de la población que habita en el país tiene algún tipo de seguro.

La **Tabla 13.2** resume la evolución de las coberturas del Seguro de Salud según las modalidades de aseguramiento, y la **Tabla 13.3**, la evolución del gasto en hospitalización, consulta externa y Áreas de Salud 1996-2003. Para aquellos lectores que deseen obtener una mayor información sobre este importante tema se recomienda la lectura del capítulo VII del documento *Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica 2002*: “Gasto y Financiamiento de la Atención de Salud”.

LOS COSTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Como funcionarios de un servicio de salud, estamos ante la evidencia de que los presupuestos siempre son escasos, los costos de los servicios crecen progresivamente y la demanda de la población es cada vez mayor. Con frecuencia hay que decidir sobre las prioridades, y muchas actividades importantes no se pueden realizar por la insuficiencia del presupuesto. Una consecuencia común a esta situación es que el personal dedique todo su tiempo y esfuerzo a la atención de la enfermedad. Este es un peligro evidente, porque una falta de planificación de los recursos y una demanda absorbente por la atención de la enfermedad serían volver al pasado, e ignorar o desentenderse de la importancia de la prevención y de la promoción de la salud.

¿Qué se entiende por el término de **costes** o **costos**? “Costes” proviene del lenguaje empresarial y se expresa en medidas monetarias. Concretamente es: “la medida en términos monetarios, de los recursos sacrificados para conseguir un objetivo determinado” (13.2). El coste implica una valoración en unidades monetarias de unos consumos; en un servicio de salud son todos aquellos insumos y recursos que se utilizan en todas las actividades que se ejecutan en el servicio de

salud y se calculan en periodos de tiempo, generalmente de un mes o de un año.

Los gastos, por otra parte, incluyen el monto total de erogaciones que se hacen en el servicio de salud; por ejemplo, los insumos de materiales y equipos almacenados en las bodegas que no fueron utilizados durante el periodo de referencia no se incluyen en los costes.

Los costes podrán clasificarse así (13.2):

- Según naturaleza del coste: salarios, suministros, intereses, depreciaciones y otros.
- Por unidad organizacional: Áreas de Salud, servicios, otras unidades.
- Por proyectos o programas.

Una manera de organizar o clasificar los costes es: Los **costes directos**: son aquellos imputables a una unidad de referencia, por ejemplo el costo del personal que labora en el EBAIS. Los **costes indirectos** son aquellos en los cuales se utiliza un criterio de reparto en la producción de las actividades, por ejemplo, los gastos administrativos del Área de Salud o los del Equipo de Apoyo.

Otra manera de clasificar los costes es la siguiente (13.2): **costes no variables** o **fijos**, los que no varían con el volumen de la actividad, por ejemplo los salarios del personal. Y los **costes variables**, son aquellos que se modifican con el volumen de la actividad; con mucha frecuencia estos costos variables se incrementan en una línea recta; en estos casos se llaman “costes proporcionales”, o sea que son constantes por unidad de actividad (13.2). Por consiguiente, **el costo total** de una actividad, por ejemplo la consulta médica, es la suma del coste fijo más el coste variable.

Tanto los costes fijos como los variables pueden cambiar por unidad de producción. Pongamos como ejemplo nuevamente la consulta médica. Los costos de la hora médica y de la auxiliar de enfermería para producir las consultas médicas son costos fijos, supongamos de 10.000 colones. Si el promedio de consultas por hora es de cinco, el coste por consulta por concepto de costos de personal es de 2000 colones; si el promedio de consultas se reduce a cuatro, el coste sería de 2500 colones cada una. Los costes variables de una consulta médica, por ejemplo el de medicamentos o de los exámenes de laboratorio, podrían ser muy diferentes, si se prescriben estrictamente los que el usuario requiere, o bien medicamentos y exámenes innecesarios. Los costes promedio mensuales de una visita del ATAPS al hogar van a ser diferentes si el promedio de visitas efectivas es de seis por día, o de ocho, según lo estipulado en la programación.

Se podría resumir que un buen sistema de costos va a depender de la existencia en cada unidad programática, de una unidad de contabilidad, con un buen sistema de información como mecanismo de recopilación, análisis y transmisión de los datos (13.2). Un sistema de costos oportuno, claro, sistematizado y que sea fiable, es una herramienta poderosa para la gestión de un Área de Salud o de un hospital.

LOS COSTOS EN UN EBAIS Y EN UN ÁREA DE SALUD

En los últimos años la CCSS ha hecho un importante esfuerzo para el análisis de costos, introduciendo diferentes instrumentos, principalmente el modelo llamado Sistema de Indicadores de Gestión (SIG). Este modelo se introdujo en la CCSS en 1991, comenzando su aplicación en el sistema hospitalario, para posteriormente extenderlo a las unidades de atención ambulatoria. Hacia el año 2000 comienza su aplicación en las Áreas de Salud, en donde se recoge y analiza la información que se produce en los EBAIS. Actualmente la mayoría de las unidades programáticas de la CCSS utilizan este sistema para analizar sus costos (13.6).

El informe de costos lo prepara la administración del Área de Salud durante la primera quincena del mes siguiente, para remitirlo al nivel central: al Programa SIG y la Sección de Costos de la Dirección Financiera Contable de la CCSS. En esta Unidad se consolidan los informes de las Áreas de Salud y a la vez se elabora mensualmente un documento con un resumen consolidado, por Regiones y por Áreas de Salud y por EBAIS, que se envía a todas las unidades directivas centrales y regionales de la CCSS y a las Direcciones de las Áreas de Salud (13.6).

En la Oficina del Programa SIG, se alimenta un servidor con la información mensual que remiten las unidades programáticas, la cual puede ser accesada vía internet en la red interna de la CCSS. Cada unidad programática a su vez puede recuperar la información por periodos variables y construir sus propios cuadros y gráficas, de acuerdo con sus necesidades de información. También puede recuperar la información de otras unidades programáticas similares y comparar sus costos (13.6).

El informe de costos es una tarea relativamente compleja cuyas unidades de producción en un Área de Salud son: la consulta médica y la consulta por otros profesionales de salud, la visita domiciliaria del ATAPS y la vacunación. Estos costos se calculan para cada EBAIS y para cada Área de Salud. Es decir, el sistema puede estimar cuál es el costo de un EBAIS por mes calendario, el costo de una consulta médica y la de otros profesionales, el de una visita de ATAPS a una familia y el de una vacunación.

Los insumos de los datos para el cálculo de costos son muy variados y proceden de diversas fuentes en formularios diseñados para este fin (13.5):

- El número de consultas, de visitas de los ATAPS y de vacunaciones por EBAIS.
- El costo del personal y por funcionario: incluye cargas sociales, vacaciones y otros; se excluyen del costo de la consulta el tiempo para educación permanente del personal, el de educación en salud y el de la administración.
- Insumos medico-quirúrgicos, otros suministros y papelería, por EBAIS. La bodega central del Área de Salud lleva un registro mensual de despachos por categorías de productos, por EBAIS y sus costos.

- Medicamentos: la farmacia produce un informe mensual con el tipo de medicamentos despachados y el costo por EBAIS.
- Exámenes de laboratorio: el laboratorio produce el informe mensual con el tipo de exámenes producidos y el costo por EBAIS.
- Alquileres y servicios generales: agua, electricidad, teléfonos, aseo, vigilancia, mantenimiento y lavandería.
- Centro de equipos: incluye personal y gastos de operación. Los costos se prorratan entre todos los EBAIS.
- Consultas a otros profesionales no médicos: se estima el costo por consulta individual de acuerdo con las horas trabajadas en estas especialidades.
- Costos administrativos del Área de Salud y del Equipo de Apoyo: se prorratan en las unidades de producción.
- Otros (por ejemplo, electrocardiogramas): el informe mensual del técnico indica el número de procedimientos por EBAIS. Cada uno de ellos tiene su respectivo costo.

El informe mensual desglosa los costos por EBAIS en categorías de:

- **Costos directos:** personal, alquileres, servicios, medicamentos, útiles y materiales de oficina y de limpieza, depreciaciones, prestaciones legales y otros.
- **Costos indirectos,** tales como la dirección y administración, centro de equipos, mantenimiento, materiales de construcción, farmacia y laboratorio clínico.

El informe mensual de costos se constituye en una herramienta poderosa para la administración y la dirección de las Áreas de Salud. En este informe es posible controlar el costo para un EBAIS o para un centro de salud con dos o tres EBAIS, en áreas tan sensibles y de pequeños gastos, tales como los servicios de teléfono o el consumo de agua, o bien, de áreas de gran impacto financiero, como lo son el costo de los medicamentos y el de los exámenes de laboratorio.

El informe mensual puede incluir gráficos de los componentes sensibles del gasto por EBAIS; por ejemplo, el consumo de medicamentos o el gasto del teléfono, como una forma para facilitarle el control a la Dirección del Área de Salud y a los supervisores.

De acuerdo con los datos disponibles de la Dirección Financiero-Contable (CCSS) (13.1), el costo promedio para el año 2003, por consulta médica en las Áreas de Salud, incluyendo los exámenes de laboratorio y los medicamentos fue de 9615 colones (US 24.00). En el PAIS (13.5) el costo promedio por mes y por EBAIS para el año 2003 osciló entre 4 y 5 millones de colones (US 9000 y 11000); el costo promedio de una visita a una familia por el ATAPS fue de 2000 colones (US 4.5) y el costo promedio para colocar una vacuna fue de 200 colones (US 0.45).

Por otra parte, el informe de costos con el Programa SIG no recoge otros costos de actividades importantes que ejecutan los EBAIS y los Equipos de Apoyo. Por ejemplo: la promoción de la salud, las actividades que se desarrollan en el escenario escolar y en los centros de trabajo, los costos en las actividades de coordinación intersectorial, y las actividades comunales de todo tipo. Esta carencia debería subsanarse a corto plazo, para tener un mejor perfil de los costos de los servicios en el primer nivel de atención, acordes con el modelo de atención integral de salud.

ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTOS POR ÁREAS DE SALUD

Como ya se ha señalado en otro apartado, el presupuesto anual para cada Área de Salud lo acuerdan, entre los meses de mayo y junio, el Director y el Administrador de cada Área de Salud, con los representantes de la Unidad de Compras de Servicios de Salud de la CCSS, en el proceso de negociación de los Compromisos de Gestión. Aunque se ha hecho un gran esfuerzo por homogenizar el monto per cápita para las Áreas de Salud con situaciones similares (rurales, urbanas, según Regiones de Salud y de otros criterios), aún hay desigualdades significativas entre las diferentes Áreas de Salud.

A continuación las **Tablas 13.1, 13.2 y 13.3** señalan la proporción del gasto público por institución en los años 1997-2001, el porcentaje de población asegurada según las diferentes modalidades, años 1980-2001 y la evolución del gasto de la CCSS en hospitalizaciones, consulta externa y en las Áreas de Salud, años 1996-2003.

TABLA 13.1

PROPORCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR INSTITUCIONES COSTA RICA 1997-2001

Años	Ministerio de Salud	CCSS	INAA	INS	UCR	Total
1997	7.6	73.3	11.7	6.0	1.3	100
1998	6.6	77.1	10.8	4.1	1.4	100
1999	6.0	80.7	9.2	2.8	1.2	100
2000	5.5	80.2	9.5	3.6	1.2	100
2001	5.1	82.1	7.8	3.9	1.1	100

Fuente: Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica 2002.

Nota: No se incluye en este análisis el gasto público en salud de las Municipalidades.

TABLA 13.2

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN NACIONAL SEGÚN
MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO
COSTA RICA 1980-1990-2001**

Tipo de seguros	1980	1990	2001
Asalariado obligatorio	19.3	18.0	18.4
Seguro voluntario	3.8	6.0	5.1
Asalariado familiar	47.9	40.9	42.1
Por cuenta del Estado	-	9.2	12.4
Pensionado	3.0	4.6	6.2
Familiar pensionado	1.7	3.3	3.4
No asegurado	21.3	18.0	12.5
TASA DE ASEGURAMIENTO	75.7	81.9	87.5

Fuente: Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica 2002.

TABLA 13.3

**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN HOSPITALIZACIÓN
CONSULTA EXTERNA Y ÁREAS DE SALUD
CCSS 1996-2003**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hospitalización	53.0	52.0	50.4	52.9	52.3	52.7	52.7	51.0
Consulta externa	35.0	36.0	35.1	30.5	29.8	28.1	27.1	27.4
Áreas de Salud y cooperativas	11.0	11.1	13.1	15.2	16.6	17.7	18.8	20.2
Otros	1.0	1.0	1.4	1.3	1.3	1.4	1.4	1.3

Fuente: Anuarios, CCSS. Dirección Financiera Contable, Sección de Costos Hospitalarios.

Nota: El componente “consulta externa” incluye las consultas externas de los hospitales y la de 10 Clínicas Mayores tipo IV. Los gastos por hospitalizaciones se han reducido levemente en el periodo 1996-2003. Entre los años 1996 al 2003 se observa un incremento sostenido del gasto en las Áreas de Salud que representó una quinta parte del presupuesto total de la CCSS en ese año (20.2%).

CAPÍTULO 14

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

LA FORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN CONTINUADA

En la enseñanza-aprendizaje para el personal que labora en la APS, los estudiantes de las carreras profesionales y técnicas, deberán estar expuestos, en la práctica, a un modelo de atención integral que valore la prevención y la promoción de la salud, ciertas técnicas para la participación social, así como aquellas actitudes y prácticas para el trabajo en equipo. Se requiere que los estudiantes aprendan específicamente del abordaje individual y de la comunidad, aspectos epidemiológicos básicos para el análisis de la situación de salud, elementos para la elaboración de un programa de salud local, conceptos básicos para la administración de un centro de salud y el enfoque de los problemas de salud con un componente sociocultural y psicológico. Nada de esto se aprende ni se adquiere con el modelo de experiencias en un hospital (14.8).

La atención hospitalaria es selectiva en problemas de enfermedad; es una atención especializada, utiliza medios de diagnóstico y de tratamiento que no se emplean en la APS, y los problemas de salud que se abordan son muy diferentes a la APS por su complejidad y estudio. Por estas y otras razones que se analizan a lo largo de este trabajo es que la formación de técnicos y profesionales, la capacitación de los técnicos y la educación permanente deberían ser específicas y orientadas a la APS.

Este problema no es nuevo, particularmente para la enseñanza de la medicina: ya se abordó extensamente en la Conferencia Internacional de Edimburgo sobre Educación Médica (Escocia, 1988), en donde se recomienda emprender reformas profundas a los planes de estudio de las escuelas de medicina. Entre las recomendaciones de esta Conferencia se destacan (14.8):

- Asegurar que los contenidos de los currícula, reflejen las prioridades de salud nacionales y tengan en cuenta la disponibilidad de recursos existentes.
- Involucrar en el proceso educativo todos los recursos sanitarios, y no centrarlo exclusivamente en los hospitalarios.
- Incrementar las oportunidades de formación conjunta de los diferentes profesionales que intervienen en el campo de la salud, como elemento clave para el trabajo en equipo.
- Formar a los profesores en técnicas educativas.
- Promover métodos de aprendizaje más activos que enseñen a los estudiantes

a autoformarse y faciliten la continuidad del proceso durante toda la vida profesional.

- Integrar los aspectos científicos y prácticos en el proceso educativo.
- Poner en marcha procesos de evaluación que permitan conocer el progreso del estudiante, no sólo en conocimientos, sino en habilidades y actitudes.

Las recomendaciones de la Conferencia de Edimburgo y de otras conferencias y reuniones internacionales en esta misma línea han conducido a cambios importantes en los planes de estudio de numerosas Escuelas de Medicina en el mundo. En concordancia con estas recomendaciones, en Costa Rica, la Escuela de Medicina de la UCR introdujo en 1990 el internado en salud comunitaria, con una duración de 10 semanas. Sin embargo, en forma muy contradictoria, esta misma Escuela eliminó en 1999 cuatro cursos de epidemiología y salud comunitaria de la carrera de medicina, lo cual debilita seriamente la formación de los profesionales que van a trabajar en el primer nivel de atención y también la formación integral del profesional en medicina.

La formación del personal de salud para la APS es una tarea compleja, de un amplio rango de acciones y deberá contemplar cuatro grandes categorías:

- **La formación profesional de grado.**
- **La formación de técnicos.**
- **La formación en posgrado.**
- **La educación continuada.**

LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO

La reorientación de la enseñanza de profesionales en salud para la APS deberá contemplarse en las políticas educativas para los cambios en los planes de estudio de las carreras del área de la salud y de muchas otras, que de una u otra forma están vinculadas con la atención de la salud, o bien, para intervenir en modificar los determinantes del ambiente físico y social de la salud de la población.

Los directores y profesores de las escuelas formadoras deben tener claridad en cuanto al rol de los futuros profesionales y su relación con la salud de las personas, y en sus acciones en el ejercicio profesional. Esta relación no siempre es clara, se omite o se olvida.

Con frecuencia se piensa que la salud de la población es responsabilidad exclusiva del personal de salud: los médicos, enfermeras, odontólogos, nutricionistas, farmacéuticos, microbiólogos y algunos técnicos. Se incluye en esta categoría a los profesionales en psicología y trabajo social.

Sin embargo, con el desarrollo del concepto de la salud, muchos otros profesionales forman parte de los recursos que la sociedad dispone para elevar la salud de la

población. Así, los ingenieros en sus obras de ingeniería sanitaria; los arquitectos y los ambientalistas, mejorando la vivienda y el entorno; los ingenieros agrónomos, cuando optimizan y facilitan la producción de alimentos, y los tecnólogos de alimentos en la conservación y presentación de los mismos. Los educadores juegan un rol importantísimo en la formación de estilos de vida saludables, incluyendo la educación alimentaria; los profesionales en educación física, estimulando y contribuyendo al desarrollo de múltiples actividades deportivas; los sociólogos, en la investigación y la organización de los ciudadanos para la producción social de la salud; los comunicadores y su rol en la promoción de la salud. Los administradores, los planificadores, los economistas, los ingenieros industriales e informáticos también participan muy de cerca en la organización, el funcionamiento y los sistemas de los servicios de salud.

En este sentido, las universidades deben contar con nuevos escenarios para las prácticas académicas y con una población en que se incluyan centros de salud docentes, donde los estudiantes puedan disponer de facilidades para la enseñanza teórica y práctica sobre todos aquellos aspectos de la APS. Este modelo de enseñanza-aprendizaje deberá contemplar también que las actividades donde participan estudiantes y docentes puedan ejecutarse en otros espacios de la organización social: los centros educativos, los centros de trabajo, las familias y la comunidad.

La Universidad de Costa Rica, mediante un convenio con la CCSS, inició en 1999 un programa de atención integral de salud para el primer nivel, con el enfoque de la APS vinculado a un modelo académico de docencia-servicio, acción social e investigación. Las características y los alcances de este programa se analizarán en el Capítulo 17.

La APS no debe incluirse en los planes de estudio universitarios como una asignatura o como un curso en el sentido tradicional (14.8). Los contenidos y conceptos de la APS deben impregnar varios cursos de las carreras profesionales y engarzarse con áreas estratégicas tales como los proyectos de trabajo comunal universitario (TCU), en donde convergen estudiantes de niveles avanzados de varias disciplinas. En este sentido, los proyectos de TCU bien organizados y bien supervisados se constituyen en una estrategia de primer orden para el logro del trabajo interdisciplinario en APS.

El internado en Salud Comunitaria para estudiantes de medicina

La Facultad de Medicina de la UCR incorporó en el plan de estudios desde 1990 una rotación de 10 semanas consecutivas como parte del internado del último año en la carrera de medicina. Esta actividad se ha realizado durante todos estos años en las clínicas de la CCSS y de las Cooperativas de Salud del Área Metropolitana de San José. En los últimos cinco años, un importante grupo de estudiantes hace su rotación por el PAIS (UCR). El internado en Salud Comunitaria representa la única

experiencia teórica y práctica en APS para los futuros médicos y tiene una alta valoración entre los estudiantes, en particular porque la mayoría de ellos va a trabajar en un EBAIS como su primera experiencia profesional.

En el año 2002 el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), centro que coordina las especialidades médicas, la formación de técnicos y los programas de educación continuada de la CCSS, elaboró la propuesta para un “Internado Rotatorio Universitario con énfasis en Atención Primaria de Salud” (14.4), la cual se sometió a la consideración del Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) y de las nueve universidades con programas de formación de médicos. Esta propuesta tiene como sustento (14.4):

- Que la oferta de profesionales en medicina en el país va en aumento progresivo.
- Que la formación médica se realiza casi exclusivamente desde el punto de vista de las especialidades.
- Que es imposible de incrementar los campos clínicos en los centros hospitalarios, en particular durante el internado en el último año de la carrera de medicina.
- Que hacen falta cupos en el servicio social, en donde solamente un 50% de los médicos recién egresados logra el acceso.

Además, el Área de Planificación del CENDEISS señala que, para implementar y fortalecer los procesos de transformación en la atención de la salud, se requiere una formación de alto nivel de los médicos generales en los siguientes campos (14.4):

- **Atención Primaria de Salud:** Conocimientos y práctica en la atención integral de salud, epidemiología, salud comunitaria y salud mental, prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Todo lo anterior para el trabajo óptimo en un EBAIS.
- **Procesos de gestión local:** Compromiso de gestión, la gestión administrativa, capacidad de liderazgo e innovación, sistemas de información y economía de la salud.
- **Actitud hacia el trabajo con ética profesional:** Disposición para asumir los cambios asociados al proceso de transformación institucional, trabajo ajustado conforme a las normas de la ética, responsabilidad, puntualidad y honestidad, respeto a las jefaturas y compañeros de trabajo, y estabilidad emocional.

El Área de Planificación del CENDEISS concluye que los nuevos profesionales en medicina no cuentan con la formación idónea para dar respuesta a las necesidades de la CCSS ni para trabajar en la solución de los problemas de la morbi-mortalidad prevalente de la población.

Por lo anterior, en la propuesta elaborada por el CENDEISS se solicita a las universidades formadoras de profesionales en medicina realizar los ajustes curriculares y de los planes de estudios de la carrera de medicina, para brindar a los estudiantes mayores oportunidades de aprender medicina general, con el enfoque de la Atención Primaria en el primer nivel de atención, especialmente durante el internado rotatorio universitario.

La propuesta fue aprobada por el CONESUP y acogida por todas las universidades con escuelas de medicina. Como respuesta, en el 2003 ya se inició un nuevo plan de estudios para el último año de la carrera de medicina, incorporando la rotación de 73 días (10 semanas) en Atención Primaria, en las Áreas de Salud con EBAIS. Se incluyen asimismo en el nuevo plan de estudios las siguientes áreas temáticas (14.4):

1. Elementos conceptuales de la atención primaria de salud:

- Integral, integrada, continua, permanente, activa y accesible.
- Trabajo en equipo.
- Participación social y comunitaria.
- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad: detección temprana.
- Rehabilitación y reinserción social.

2. Perfil socioeconómico de la atención de la salud:

- Sistema nacional de salud y su proceso de modernización.
- Desarrollo y sociedad: ambiente y pobreza.
- Demografía.
- Elementos de economía de la salud.
- Seguridad social.

3. Salud y familia:

- Definición de familia: sociológica, antropológica, psicológica y económica.
- Ciclo de vida: individual y familiar.
- Instrumentos de trabajo con familias.
- La familia como origen de la salud y la enfermedad.
- Violencia intrafamiliar.

4. Atención integral de la salud:

- Relación médico-paciente: con énfasis en la atención en el primer nivel.
- Atención por grupos de riesgo en el primer nivel de atención, en equipo multidisciplinario: drogadicción, trastornos de conducta, enfermedades crónicas y adulto mayor.
- Atención del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
- Atención de la mujer: mujer y sociedad.

A mediados del 2003 el CENDEISSS conduce una evaluación (14.5), a estudiantes de cinco universidades, ubicados en 11 Áreas de Salud. En esta evaluación se encuentra que ya se está planificando adecuadamente el bloque de Atención Primaria y la mayoría de los objetivos se están cumpliendo satisfactoriamente; por otra parte, existe una carencia importante de participación social en salud. Otras carencias que resalta la evaluación son la falta de criterios y homogenización en las evaluaciones, así como la necesidad de capacitar a los docentes.

Surge de esta evaluación la recomendación por parte de los estudiantes y los docentes, de que el bloque de rotación dure más allá de las 10 semanas. Esta última recomendación es muy sugestiva en cuanto a la necesidad sentida por los estudiantes de medicina de tener mayores conocimientos y destrezas para la APS.

LA FORMACIÓN DE TÉCNICOS

Los técnicos y auxiliares del equipo básico merecen una atención especial, ya que en ellos recae una buena parte de la ejecución de las actividades programadas en el EBAIS. Cada uno de los técnicos y auxiliares tiene periodos de tiempo diferentes para su formación; la imparten docentes también diferentes, y en unidades diferentes, excepto los Auxiliares de Enfermería y los ATAPS.

Formación de Auxiliares de Enfermería:

En la CCSS la formación de los Auxiliares de Enfermería, desde 1987, está bajo la coordinación del Departamento de Enfermería para la formación de Auxiliares de Enfermería y de Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS) ubicada en el CENDEISSS. El curso tiene una duración de 44 semanas (11 meses) a tiempo completo. Desde 1978, uno de los requisitos para su ingreso es que el candidato (a) tenga el título de bachiller en educación secundaria.

Los cursos se llevan a cabo en todos los hospitales del país y los coordina localmente una enfermera profesional, con el apoyo de otros recursos locales. Los auxiliares de enfermería se forman con el mismo plan de estudios para su trabajo en el hospital, para apoyar la labores de enfermería en el segundo nivel, o bien, para el trabajo en el primer nivel de atención.

Los requisitos de admisión son los siguientes:

- Mayor de 18 años.
- Enseñanza media completa.
- Examen médico que indique su estado de salud.
- Evaluación psico-diagnóstica.
- Entrevistas.

Los objetivos terminales son que, al finalizar el programa de formación, el egresado sea capaz de (14.2):

- Participar en la identificación de los problemas prioritarios de salud de la comunidad.
- Realizar tareas asignadas para la atención de enfermería al individuo sano y enfermo, según normas y planes de atención.
- Brindar orientación y guía a la familia y usuarios sobre la utilización de recursos de salud de la comunidad.
- Reportar en forma verbal y escrita al equipo de salud la condición sanitaria del paciente, familia y comunidad.
- Participar en la recolección de datos con fines estadísticos.
- Asumir su rol como auxiliar de enfermería, en el equipo de enfermería y de salud, dentro del marco legal existente en el país.
- Establecer relaciones con el individuo, familia, comunidad, equipo de enfermería y de salud, de acuerdo con los principios de la comunicación humana.
- Reconocer que la educación es un proceso continuo y permanente, en el cual se requiere su participación.

El plan de estudios y los objetivos terminales en la formación del Auxiliar de Enfermería están en concordancia con el enfoque de la APS que se ha venido definiendo en este trabajo. La supervisión técnica de los Auxiliares de Enfermería, en el trabajo en los EBAIS, está a cargo de la enfermera profesional.

Formación de Asistentes Técnicos de Atención Primaria de Salud (ATAPS):

La formación de los ATAPS es coordinada por el mismo Departamento de Enfermería del CENDEISSS anteriormente mencionado, aunque se ejecuta con clases teóricas y experiencias de prácticas en la comunidad, en cada una de las Regiones de Salud. La CCSS incorpora la formación de ATAPS en sus programas de formación del personal técnico, al iniciarse el proceso del Proyecto de Reforma del Sector Salud. Anteriormente este personal se formaba exclusivamente en el Ministerio de Salud. A partir de 1999, al dar inicio el PAIS (UCR), la Escuela de Enfermería de la Universidad inicia un programa de formación de ATAPS, bajo los estándares del programa de la CCSS que aún permanece.

Los ATAPS se forman en las sedes de las Áreas y Regiones de Salud con un plan de estudios similar para todos los cursos; lo coordina localmente una enfermera profesional, con el apoyo de otros recursos docentes y con la asesoría de la unidad central del CENDEISSS. La duración del curso es de 20 semanas (cinco meses) y los requisitos de ingreso son los mismos que para los Auxiliares de Enfermería. Los cursos que imparte la Escuela de Enfermería de la UCR tienen una duración de seis meses.

El plan de estudios incluye las siguientes áreas temáticas (14.1):

- Salud como producto social.
- Organización del sector salud.
- Promoción de la salud.
- Técnicas de atención directa al individuo y a la comunidad.
- Proceso salud-enfermedad.
- Saneamiento del medio.
- Organización del área de trabajo y sistema de información.
- Procedimientos administrativos.

El tiempo asignado a los tres grandes componentes del curso es el siguiente:

- Teoría: 360 horas
- Prácticas cortas: 240 horas
- Práctica final: 160 horas
- Total: 760 horas.

Las prácticas cortas incluyen un conjunto de destrezas indispensables para su trabajo como técnicos en Atención Primaria, a saber:

- Centro de equipos.
- Visitas al hogar.
- Inmunizaciones.
- Trabajo escolar.
- Saneamiento ambiental.
- Técnicas básicas: entrevistas, asepsia, lavado de manos, medidas antropométricas (toma de peso, talla, circunferencia cefálica y gráficas), uso de balanzas, signos vitales (temperatura, pulso, respiración), presión arterial, pruebas de visión (Snellen) y audición.

Los estudiantes desarrollan la práctica final acompañando a un ATAPS ya formado en sus funciones cotidianas, y siempre bajo la supervisión de una enfermera profesional. De hecho la supervisión técnica del trabajo de los ATAPS ya formados, en los EBAIS está a cargo de una enfermera profesional.

Formación de Técnicos y Auxiliares de Farmacia:

Los Técnicos de Farmacia se desempeñan tanto en las grandes farmacias de los hospitales de alta complejidad, como en una sede de los EBAIS. Existen actualmente cuatro categorías: Técnico I, II, III y IV. Los “auxiliares de farmacia” se han incorporado a las categorías de técnicos después de llevar el curso correspondiente. Estos cursos se estructuraron a principios de los años noventa, y desde hace unos cinco años, el CENDEISSS dispone de 12 módulos debidamente elaborados en forma didáctica para un curso a distancia por tutoría, cuyo nombre es: **“Principios Básicos de Farmacia para Personal de Apoyo”**. El curso lo

coordina el Consejo de Educación Permanente en Farmacia con sede en el CENDEISSS (14.3).

El curso tiene una duración de siete meses con 14 tutorías, de un día de duración cada dos semanas. Es conducido por un profesional en farmacia. En cada sesión de tutoría a los estudiantes se les entrega un módulo escrito, el cual deben estudiar para evaluarlo y discutirlo en la siguiente sesión. Los componentes temáticos de los módulos son los siguientes (14.3):

- La CCSS y el entorno de un servicio de farmacia.
- Organización y funcionamiento de un servicio de farmacia.
- Funciones del personal de apoyo de la farmacia.
- Comunicación con el paciente, el equipo de salud y la comunidad.
- Elementos básicos de farmacología.
- Legislación y reglamentación para la prescripción y despacho de recetas.
- Despacho de recetas.
- Cálculos matemáticos para el despacho de recetas.
- Adquisición de medicamentos y control de bodegas.
- Almacenamiento de medicamentos y otros insumos.
- Sistemas de distribución de medicamentos.
- Informes que emite un servicio de farmacia.

Los requisitos de ingreso al curso son similares a los del ATAPS y los auxiliares de enfermería. Los Técnicos de Farmacia reciben la supervisión técnica por un profesional en farmacia.

Formación de Auxiliares de Registros de Salud:

La formación de los Auxiliares de Registros de Salud está bajo la responsabilidad del Departamento de Información Estadística, de la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la CCSS. El curso consta de dos módulos con un total de 92 horas presenciales y se imparte para personal que está laborando. Para este personal, la práctica en servicio es muy importante. El contenido de los módulos es el siguiente:

Módulo I:

- Introducción a los registros de salud.
- El expediente de salud.
- Sistema de identificación.
- Custodia del expediente de salud.
- Evaluación cuantitativa del expediente de salud.
- Admisión, consulta externa y urgencias.

Módulo II:

- Sistema de información en salud.
- Recolección de datos.

- Elaboración de datos numéricos.
- Indicadores de salud.
- Estadísticas vitales y de mortalidad.
- Estadísticas de servicios de salud.
- Preparación de informes.
- Análisis gráfico.

En el nivel operativo, estos Auxiliares reciben la supervisión técnica de un profesional en Registros de Salud.

LA FORMACIÓN EN POSGRADOS

La formación en posgrados abarca dos programas, los cuales se han desarrollado en el país desde hace más de 15 años. Cabe señalar que muchos de los profesionales que optan por uno de estos posgrados trabajan o se ubican posteriormente como integrantes de los Equipos de Apoyo o como directores de Áreas de Salud.

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria: Se estableció como una especialidad médica en 1988, con una duración de tres años; actualmente su duración es de cuatro años. El plan de estudios se elaboró con base en cuatro componentes: a) Cursos teóricos en epidemiología, salud comunitaria, administración de servicios de salud y medicina familiar; b) Pasantías por servicios ambulatorios en clínicas con servicios ambulatorios de la CCSS; c) Rotaciones por diversas especialidades en hospitales de alta complejidad; d) Guardias nocturnas en un hospital, en servicios de medicina interna y de emergencias. Durante los primeros años de la especialidad los cupos para residentes fueron entre 8 y 10 cada año; en los últimos años, entre 3 y 4 cupos.

Los egresados especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria tuvieron muchas dificultades para su reconocimiento como tales en puestos de trabajo de la CCSS, en el primer nivel de atención. En consecuencia, optaron por ocupar puestos en la administración, como director de un Área de Salud, en las unidades técnicas o bien como docentes. En la propuesta del Proyecto de Reforma del Sector Salud, los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria forman parte del Equipo de Apoyo de las Áreas de Salud; algunas, no todas las Áreas, en parte por su escasa disponibilidad, incluyen un médico de familia en el Equipo de Apoyo.

Maestrías en Salud Pública: El programa de formación de Maestrías en Salud Pública se inició en la Universidad de Costa Rica en 1987. Tiene dos modalidades: la Maestría Profesional y la Maestría Académica. Esta última modalidad tiene un mayor nivel de exigencia académica, hace un mayor énfasis en la investigación y culmina con una tesis de grado.

Las Maestrías Profesional y Académica tienen a su vez cuatro variantes o énfasis: Maestría en Salud Pública (general), Gestión de Servicios de Salud, Salud Pública

con énfasis en Ambiente y Salud Pública con énfasis en Adolescentes (Escuela de salud Pública-UCR).

En los últimos cinco o seis años otras universidades, públicas y privadas ofrecen también programas de maestrías en epidemiología, en administración de servicios de salud y otros similares; de tal forma que muchos profesionales en salud disponen en su formación de posgrados en muy diversos campos, y un buen número de ellos trabaja, como ya se mencionó, en los Equipos de Apoyo.

LA EDUCACIÓN CONTINUADA

La educación continuada tiene enorme relevancia en los programas de APS, ya que en gran medida representa un determinante para su éxito o fracaso. Las ideas y el contenido de este apartado fueron desarrolladas principalmente por el MSc. Tito Quirós Rodríguez, exprofesor de la Facultad de Educación de la UCR y colaborador con el Programa de Atención Integral de Salud de la UCR (14.9).

La educación de adultos

Uno de los instrumentos básicos para lograr la actualización permanente del personal de salud es la educación, entendida ésta en una doble dimensión: como formación y como capacitación. La **capacitación** se suele definir como la adquisición de destrezas, habilidades y conocimientos requeridos para un desempeño inmediato. No pretende obtener grandes modificaciones en las concepciones, valores y creencias de los sujetos. El énfasis está puesto en lograr una buena actuación en el cumplimiento de tareas concretas, v. g. que se aplique bien una vacuna, que se elabore bien un croquis de comunidad o que se atienda con amabilidad a los usuarios.

En cambio, la **formación** pretende lograr cambios a mediano plazo en la manera de ser, sentir, actuar y creer de las personas, a fin de que se adapten a las constantes demandas y retos del entorno social y laboral y que lo hagan de manera dinámica y creativa. Este cambio es un proceso, y como tal, las modificaciones propuestas se van logrando de manera paulatina. Sin embargo, **es necesario que este proceso sea dirigido, orientado y evaluado**. Cabe agregar que no puede establecerse una división tajante entre la capacitación y la formación. Ambas tienen un marco conceptual común, dado por los principios de la educación de adultos (14.9).

De acuerdo con esta concepción, el sujeto adulto deberá mantener durante toda su vida, no sólo sus conocimientos actualizados, sino también su plasticidad y adaptabilidad como rasgos incorporados a su personalidad; y esto necesita revisiones periódicas y constantes de su bagaje técnico, conceptual y actitudinal.

Los adultos en el mundo moderno deben estar dispuestos a aprender constantemente, para mantenerse al ritmo de los cambios. No se termina la formación o la capacitación al concluir la universidad o su formación como técnico. Para el adulto que trabaja, independientemente de su nivel académico, la educación

debe ser permanente e integrada. No sólo pretende prepararlo para que gane su sustento, sino también para que se mantenga renovado intelectualmente y psicológicamente y se incorpore a la cultura de paz, de convivencia y de producción social.

La educación, en su versión para la edad adulta, debe abarcar distintas facetas de la personalidad del adulto, vale decir, su parte intelectual o cognoscitiva, su parte socioafectiva y la dimensión ética y moral. En otras palabras, **educación para hacer, educación para sentir y educación para ser**. Estas áreas sugieren que un programa para la educación de adultos debe partir del planteamiento de problemas o de centros de interés focal, que respondan en lo posible a las necesidades de los participantes en los tres ámbitos mencionados: ser, sentir y hacer, que abarquen una gama de contenidos muy diversificada, considerando también las necesidades institucionales.

Las áreas de la educación continuada

En la complejidad del mundo contemporáneo, donde lo único estable parece ser el cambio y la innovación constantes, se vuelve indispensable llevar a cabo de manera sistemática, acciones de educación o de capacitación continuada para los profesionales y técnicos del sistema de salud, con un perfil más abierto, más flexible y sobre todo más creativo. Dado el constante aumento de conocimientos y de la tecnología, y los acelerados cambios sociales y económicos del mundo actual, se torna necesaria una renovación constante del acervo intelectual y actitudinal de las personas, lo cual convoca a la necesidad de “aprender a aprender”.

La educación incorporada al entorno institucional y empresarial significa que tiene que incorporarse como un elemento permanente a las habituales tareas laborales. Desde una perspectiva amplia, la actualización del personal abarca diversos ángulos que pueden sintetizarse en tres dimensiones (14.9):

- **Desarrollo y crecimiento personal de los miembros de los equipos de trabajo**, cuya esencia consiste en la maduración y sistematización de la experiencia laboral, que nos permita convertirnos en personas más sabias y capaces de enfrentar y resolver los conflictos cotidianos.
- **Desarrollo del espíritu de equipo y complementariedad en las distintas instancias o niveles de trabajo**, que nos permita funcionar y cooperar adecuadamente como miembros de una organización e identificarnos mejor con su misión, funciones y objetivos.
- **Incremento en la formación científico-técnica de los distintos miembros de los equipos de trabajo**, la cual incorpora y renueva una gama diversa de conocimientos y habilidades requeridas para cumplir eficientemente las tareas y demandas del servicio.

Estas tres dimensiones de la educación continua deben articularse con los distintos niveles de gestión del Área de Salud, vale decir los Equipos de Apoyo, los niveles de coordinación de los EBAIS, los EBAIS mismos y el personal administrativo. El área de crecimiento humano es de interés para todo el personal; el área de desarrollo de trabajo en equipo es muy importante para aquellas personas que integran grupos de trabajo y que tienen, por ende, objetivos comunes o complementarios. En cuanto al mejoramiento científico-técnico, este debe coincidir con las prioridades institucionales en este campo.

Área de crecimiento personal

Esta área pretende promover en los trabajadores un interés por su propio bienestar físico, social, emocional y espiritual de manera que esto se refleje en un ambiente laboral creativo, estimulante y saludable. Los principales ejes temáticos pueden ser los siguientes (14.9):

- Habilidades para enfrentar y resolver conflictos internos y externos, tanto en el ámbito laboral como personal.
- Interés colectivo en el bienestar físico, mental y afectivo de los miembros de los equipos de trabajo.
- Habilidades para trabajar cooperativamente en los grupos de trabajo.
- Estrategias para compartir valores de convivencia, amistad, solidaridad, respeto mutuo, colaboración y diálogo entre los equipos de trabajo.
- Estrategias para incrementar la autoestima, la seguridad personal y la inteligencia emocional en los miembros de los equipos de trabajo.
- Identificar las barreras personales y facilitar la comunicación y el intercambio de ideas entre quienes integran los grupos de trabajo.

Área de desarrollo organizacional

El propósito central es que entre los distintos niveles gerenciales se desarrolle una comprensión mínima de los procesos administrativos, así como de estrategias para el manejo de la innovación en el campo de la Atención Primaria. Principales ejes temáticos:

- Dinámica de grupo y trabajo en equipo
- Desarrollo del liderazgo institucional
- Desarrollo de técnicas de administración de personal
- Motivación y clima organizacional
- Toma de decisiones en la organización
- Los procesos de negociación y el manejo del conflicto
- Los procesos de cambio organizacional y su administración
- Solución de problemas en la organización
- Misión, visión y valores de la organización

Área de formación y capacitación en aspectos científico-técnicos

En esta área es donde generalmente se centran los programas de educación continua para el personal de salud. Aunque importante, no debe estar separada de las otras áreas si queremos tener algún impacto en este tipo de programas. El propósito de esta área es proveer formación y capacitación al personal en aquellos aspectos relacionados con la atención a los usuarios en cuanto a temas de prioridad o temas nuevos que se identifiquen como prioritarios. Hay temas que son comunes para todos los integrantes de los equipos de trabajo y otros específicos para cada categoría de trabajadores. Ejemplos de temas comunes:

- Análisis de la situación de salud
- Planificación estratégica
- Mejoramiento de la calidad
- Compromisos de gestión y gestión local
- Marco legal del hostigamiento sexual
- APGAR familiar
- Formulación y evaluación de proyectos
- Trabajo con adolescentes
- Trabajo con adultos mayores
- Lactancia materna
- Agresión infantil
- Salud mental
- Normas de atención integral
- Contraloría de servicios
- Escuelas saludables
- Vigilancia de la salud

Aspectos metodológicos de la educación continua en APS

Mucho se ha escrito sobre este tema y existen algunas experiencias exitosas sobre la educación continua en los servicios de salud del primer nivel; sin embargo, lo que prevalece es una desazón y frustración en los responsables de estos programas y en los receptores de los mismos: los trabajadores de salud. Una característica común es que cada categoría de trabajadores tiene su propio programa de educación continua y hay escasa comunicación entre los responsables, o simplemente no existe ningún programa. Para efectos operativos y de organización, la unidad de trabajo deberá ser el Área de Salud.

En el aspecto operativo un programa de educación continuada debe responder a cuatro preguntas o desafíos, cuya resolución vendría a facilitar en gran medida la puesta en práctica del mismo (14.9):

- A) ¿Cómo llegar a un planteamiento de promoción integral de la salud a partir de los esquemas convencionales, que dan mayor énfasis al tratamiento de la

enfermedad, algo a la prevención y casi nada a la promoción y educación para la salud?

- B) ¿Cómo aprovechar los espacios de interacción disponibles para introducir en ellos actividades de educación continuada?
- C) ¿Qué métodos y estrategias pedagógicas lograrán el aprovechamiento máximo de estos espacios?
- D) ¿Cómo establecer un proceso de comunicación entre los distintos estamentos del personal de salud, a fin de lograr una interlocución permanente que facilite el intercambio y la sistematización de experiencias?

En cuanto a la primera pregunta, es reconocido que el personal de salud privilegia en su quehacer diario un enfoque predominantemente curativo, matizado con algunas medidas preventivas. Las acciones de promoción y educación para la salud que se dan en los EBAIS son ínfimas y tienden a darse bajo la forma de cursos o talleres, cuyo propósito central es dar información sobre la enfermedad, los factores de riesgo y las medidas curativas o preventivas que deben adoptar las personas para lograr y mantener la salud.

No cabe duda del gran esfuerzo que estas actividades educativas representan para el personal de salud. Sin embargo, se ha observado que el enfoque es únicamente informativo, el protagonismo de estas acciones se recarga en el personal de salud y los usuarios de los servicios de atención primaria son en gran medida sujetos pasivos.

El vínculo de los EBAIS con la comunidad se da principalmente mediante la oferta curativa, situación que corresponde a una demanda de servicios centrada en el restablecimiento de la salud, o más propiamente, en la curación de la enfermedad. ¿Cómo variar los términos de este intercambio? La clave podría estar en modificar o en romper algunas representaciones conceptuales que tanto el personal de salud como los habitantes de las comunidades tienen de sus propios papeles por cumplir, según los cuales el primero se visualiza a sí mismo como un proveedor activo de servicios e información en salud, mientras que los segundos adoptan una actitud pasiva, de meros receptores o consumidores del servicio.

La demanda por acciones de promoción y educación en salud es realmente incipiente; por lo tanto, es necesario que la iniciativa en este campo salga del propio personal de salud, propiciando procesos de aprendizaje conjunto, cuya meta sea la construcción social de la salud. Una estrategia de arranque podría consistir en trabajar a partir de las categorías definidas por la OPS/OMS orientadas a lograr la equidad en salud (H. Restrepo y H. Málaga) (14.9). Dichas categorías coinciden con las estrategias de promoción de salud de la Carta de Ottawa, a saber: a) Gestar y apoyar las políticas públicas saludables. b) Reorientar los servicios de salud para que impulsen programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. c) Apoyar la creación de ambientes saludables. d) Promover en los usuarios y en las comunidades cambios en los estilos y hábitos de vida. e) Reforzar la participación

social y la organización de la comunidad para que la sociedad civil se comprometa con acciones mejoradoras de la calidad de vida de las comunidades.

De esta forma podrían diseñarse actividades de promoción de la salud a partir de las necesidades y características de los diferentes grupos poblacionales. Un buen ejemplo lo constituye el proyecto de Escuelas Saludables, que se desarrolla en la mayoría de las Áreas de Salud; otro ejemplo es la estrategia de Municipios Saludables, implementada parcialmente.

Es obvio que estas acciones deben abordarse desde la perspectiva de salud integral, vale decir, de lo biológico, sicosocial, y espiritual. Para ello es necesario fomentar la creación de redes sociales de apoyo que tomen en cuenta el deporte, la acción pastoral de las iglesias, el movimiento ambiental, las artes, las diversas organizaciones sociales; es decir, que tenga el enfoque holístico. La salud no debe considerarse como algo separado de las actividades cotidianas de las gentes. Su interés focal es llenar las necesidades básicas de la existencia en cuanto a empleo, vivienda, recreación, seguridad y otras.

¿Cómo aprovechar los espacios de interacción disponibles?

Los espacios para la capacitación y la educación continua están establecidos en la mayoría de las Áreas de Salud, en unas más que en otras. Estos espacios pueden consistir en una tarde por semana o en horas distribuidas a lo largo de la semana. También existen distintos tipos de reuniones de los EBAIS, de los Equipos de Apoyo o de los supervisores con el personal técnico. A lo largo del año se programan reuniones o encuentros con todo el personal del Área de Salud o con diferentes grupos.

Tal vez el problema consiste en optimizar el tiempo que se dedica a estas actividades, mejorando los aspectos de coordinación, metodológicos y didácticos. De esa forma se podrían atender sistemáticamente las necesidades de formación y capacitación, tanto generales como específicas, que se van generando en los diversos grupos de especialidad, vale decir, médicos, auxiliares de enfermería, técnicos de atención primaria, registros médicos, personal administrativo y el equipo de apoyo.

La búsqueda de un aprovechamiento óptimo de los espacios para la formación y la capacitación se liga con las dos interrogantes planteadas más arriba que se refieren a la diversificación y dinámica de la oferta metodológica y didáctica, y al establecimiento de mecanismos de interlocución y comunicación entre los distintos grupos humanos que integran el Área de Salud.

Métodos y estrategias pedagógicas

Desde el punto de vista metodológico, la oferta educativa debe partir de determinados principios pedagógicos que constituyen una guía orientadora de los procesos de aprendizaje. A continuación se hará un breve resumen de algunos de estos principios focales en cualquier programa de capacitación o formación (14.9):

- **Aprendizaje reflexivo y crítico:**

Aprender significa interactuar con la realidad para transformarla. Los sujetos que aprenden deben ser enfrentados a problemas o temáticas significativas para ellos, a partir de dos procesos complementarios: a) la asimilación de datos e información sobre una realidad dada y b) el replanteamiento de los términos de relación del sujeto con esa realidad, lo cual implica muchas veces modificar en gran medida las representaciones conceptuales y las creencias y prácticas cotidianas. De esta forma, aprender es una búsqueda de respuestas para enfrentar distintas situaciones vitales. El aprendizaje se vuelve crítico y reflexivo en la medida en que capacita a los sujetos para ir más allá de la forma superficial de un problema.

- **Organización:**

La acción educativa se dirige a un grupo de personas organizadas en torno a intereses comunes. En este caso el interés es prestar un servicio de calidad a la colectividad. La acción educativa debe vincularse orgánicamente a las necesidades e intereses de los grupos en formación. Esto mismo exige que la organización de la acción pedagógica garantice que los conocimientos discutidos y analizados en los cursos, reuniones o talleres proporcionen respuestas adecuadas.

- **Participación:**

La acción pedagógica debe conducir a los educandos hacia la autogestión y cogestión educativa, o sea, tener protagonismo en su propia formación. Es ésta la condición central para un proceso educativo que se proponga actuar tanto sobre la conciencia del grupo como en sus formas de interactuar con la realidad.

- **Integralidad:**

La realidad no está parcelada. La integralidad de la acción educativa significa que es necesario buscar la convergencia de múltiples enfoques, analizar un problema desde distintos ángulos de mira y proponer acciones que permitan superarlo en sus diferentes dimensiones. De ahí que sea tan importante analizar los problemas de salud desde una perspectiva interdisciplinaria, que supere las visiones restringidas o parcializadas de la realidad.

- **Sistematización:**

La reflexión sobre lo actuado debe permitir aprender tanto de los logros como de los errores. La sistematización de la práctica debe verse como un diálogo permanente entre el “hacer” y el “reflexionar”. No es la reiteración rutinaria de formas de actuar, sino la adopción de nuevas formas de operar que se van mostrando más adecuadas o pertinentes, de acuerdo con la dinámica de los

procesos. “Sistematizar” significa superar la fase meramente descriptiva de la experiencia vivida o de los informes de trabajo realizados. Es la reflexión, el análisis y la interpretación que se hace del conocimiento que se va acumulando, a partir de la inserción en una realidad determinada, para así extraer principios teóricos que enriquezcan, expliquen o renueven la práctica.

- **La cuestión del método:**

A partir de las ideas expuestas, la propuesta del método pedagógico se fundamenta en dos condiciones básicas. La primera es que los participantes tengan acceso a diversas estrategias metodológicas; por ejemplo, la enseñanza presencial con técnicas de enseñanza a distancia. La segunda es que a los participantes se les posibilite practicar variados procedimientos para apropiarse de los distintos contenidos temáticos y que se expongan a diferentes situaciones y experiencias de aprendizaje. Así por ejemplo, dentro de un enfoque de taller los contenidos se pueden entregar mediante técnicas de simulación, estudio de casos, planteamiento y resolución de problemas, elaboración y discusión de propuestas de organización del trabajo alternativas o innovadoras, análisis de metáforas y representaciones conceptuales, ejercicios de autoaprendizaje y de interaprendizaje. Desde el punto de vista de la forma, los materiales de aprendizaje pueden ser escritos, o presentarse en videocintas, cassetes, representación gráfica o cualquier combinación de medios y recursos didácticos.

- **La organización:**

La organización de las actividades de enseñanza se puede llevar a cabo de la siguiente manera:

- a) Actividades conjuntas para todo el personal del Área de Salud o de conjunto de equipos básicos de atención.
- b) Actividades dirigidas sólo a grupos específicos: médicos, auxiliares de enfermería, técnicos de atención primaria, técnicos de farmacia, auxiliares de registros médicos y equipos de apoyo. Estas actividades pueden tener lugar en el mismo espacio físico y temporal, pero cada grupo estará dedicado a aspectos de su campo de acción.
- c) Actividades de enseñanza a distancia mediante la utilización de materiales de autoinstrucción. Dentro de esta técnica es posible estimular procesos autogestionarios de aprendizaje que sean impulsados de manera autónoma por los propios EBAS.
- d) Otras oportunidades de formación y capacitación pueden derivarse del interés de los propios funcionarios, en horarios compartidos o extra horario de trabajo, por ejemplo en cursos de posgrado y otras actividades formativas que respondan al interés institucional.
- e) La administración de un programa de formación y capacitación en un Área de Salud debe estar a cargo del Equipo de Apoyo correspondiente de cada

Área, y contar a la vez con el soporte técnico de un profesional en educación. Para asegurarse la continuidad de un programa en este campo, la programación debe estar organizada por periodos de tres años, con los ajustes anuales correspondientes.

- **Elementos de evaluación:**

Como en todo proceso educativo organizado es necesario programar las directrices para la evaluación del mismo. Se definen tres tipos de evaluación: a) la evaluación inicial o diagnóstica; b) la evaluación de proceso o formativa; c) la evaluación de impacto.

Hay otros dos momentos evaluativos complementarios de análisis. El primero permite comparar los resultados obtenidos con la propuesta original del programa, y el segundo está referido a la eficacia de la estrategia pedagógica y administrativa usadas y a las actividades ejecutadas para lograr los objetivos propuestos.

CURSOS ESPECIALES PARA PERSONAL DEL PRIMER NIVEL

A partir de 1997, el CENDEISS con la cooperación académica de la Escuela de Salud Pública (UCR) ha impartido una serie de cursos para el personal de los EBAIS y para los Equipos de Apoyo, con el propósito de suplir algunas carencias que este personal tiene en su etapa de formación, o bien, reforzar algunos contenidos temáticos indispensables para su buen desempeño. Los tres cursos que se han impartido son los siguientes:

- Curso especial de posgrado en gestión local de salud.
- Curso especial de posgrado en atención integral para médicos generales.
- Curso en gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención.

A continuación se hace una breve descripción de cada uno de los cursos:

- **CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTIÓN LOCAL DE SALUD**

Este se planificó en 1996 como un proyecto de cooperación entre el CENDESSS (CCSS) y la Escuela de Salud Pública (UCR). Es el primer proyecto de importancia que se hace en forma conjunta entre ambas instituciones para avanzar en el proceso de la Reforma del Sector Salud. Para el desarrollo del mismo se firma un convenio entre ambas instituciones, en donde la Escuela de Salud Pública tiene la responsabilidad académica y la Universidad, por medio del Sistema de Estudios de Posgrado (SEP) les entrega a los graduados un diploma de aprovechamiento como “Curso Especial de Posgrado”.

El curso surge por las evidentes carencias en la formación académica de los

médicos generales responsables de los EBAIS recientemente creados. El curso se planifica en el segundo semestre de 1996 y se inicia en todas las Regiones de Salud en febrero de 1997. El primer curso estuvo dirigido exclusivamente a médicos generales, pero a partir del segundo, en 1998, se incorporaron los profesionales de los Equipos de Apoyo: enfermeras, trabajadoras sociales, farmacéuticos, microbiólogos, médicos de familia, nutricionistas, y odontólogos.

El equipo central coordinador del curso, integrado por docentes de la Escuela de Salud Pública y del CENDEISSS, con una asesoría en el área educativa, coordina la organización en las Regiones de Salud, para lo cual se identifican seis equipos regionales interdisciplinarios, integrados por seis u ocho profesionales, de cada una de las Regiones de Salud. Los integrantes de estos equipos tenían ya una experiencia como docentes, en los programas de educación continua y muchos de ellos, con formación de posgrado de salud pública o en administración de servicios de salud.

Entre las funciones de los equipos coordinadores regionales, están la de convocar a los participantes de los cursos a las sesiones presenciales, participar en estas sesiones como facilitadores y evaluar los contenidos de los módulos de autoaprendizaje. Para llevar a cabo esta función, participaron en talleres de capacitación de un día para cada uno de los módulos educativos, con el propósito de conocer el contenido y la estrategia docente de cada uno de estos módulos. Los talleres de capacitación a los capacitadores regionales están a cargo del equipo coordinador central, quienes participan además en las sesiones presenciales en las Regiones de Salud.

Otra función del equipo coordinador central, fue elaborar 12 módulos escritos, los cuales se constituyen en un material didáctico fundamental para el autoaprendizaje. Para elaborar cada uno de los módulos se seleccionaron “equipos de autores”, de dos a cuatro autores por módulo. Los autores son profesionales con reconocida experiencia en su práctica profesional o en la docencia universitaria, sobre el tema de cada módulo. Con la colaboración de un asesor en educación, experto en elaborar módulos de autoaprendizaje, se procedió a la tarea de desarrollar cada uno de ellos bajo la metodología del “Modelo de Unidad Sistémica Estructurada” (14.10).

Desde su inicio, el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud, ha tenido una duración de 192 horas presenciales, repartidas en 24 sesiones, cada dos semanas durante 11 meses. Cada módulo se estudia entre una y tres sesiones presenciales, según la importancia del tema y su amplitud. Los alumnos deben poner en práctica en su trabajo habitual los contenidos de los módulos y, al finalizar el estudio de cada módulo, se aplica una evaluación a los estudiantes.

Al inicio del curso, cada alumno selecciona un tema para un proyecto de investigación, el cual presenta en forma oral y escrita al final del curso. Los contenidos temáticos de los módulos son los siguientes:

1. Fundamentos conceptuales y operativos del sistema nacional de salud y del modelo de atención de salud.
2. Participación social: un derecho en salud.
3. La gestión en la administración integral en salud.
4. El sistema de información en salud.
5. Vigilancia de la salud e investigación epidemiológica de campo.
6. Análisis de situaciones de salud local: perspectiva integral.
7. Planificación estratégica de los servicios de salud.
8. Introducción a la interfase salud y ambiente.
9. Introducción al estudio de la calidad.
10. Gestión clínica.
11. Salud familiar.
12. Gestión estratégica del nivel local.

CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL PARA MÉDICOS GENERALES.

Este nuevo curso se diseñó para llenar una necesidad de los médicos generales. Es decir, profundizar en aquellos problemas que con mayor frecuencia se enfrentan en su trabajo cotidiano. El curso está inscrito como “Curso Especial de Posgrado” en el SEP, con una organización similar al Curso Gestión Local de Salud, y se destina a aquellos médicos que ya recibieron y aprobaron el primer curso; tiene una duración de 192 horas presenciales con sesiones cada dos semanas. La primera graduación de este curso se llevó a cabo en febrero del 2005. Los contenidos temáticos de los módulos son (14.6):

1. Bases para la atención médica integral en el primer nivel de atención.
2. Promoción, prevención y educación para la salud.
3. Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia.
4. Cuidados paliativos en enfermos terminales.
5. Violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar.
6. Problemas frecuentes del crecimiento y desarrollo en la niñez.
7. Control prenatal y control de los manejos de riesgo.
8. Trastornos de depresión y de ansiedad.
9. Problemas de la salud sexual y reproductiva.
10. Personas con cáncer y su familia.
11. Enfermedades cardiovasculares.
12. Otros problemas de salud frecuentes: cefaleas, dispepsia, lumbalgias y colon irritable.

• **CURSO DE GESTIÓN LOCAL DE SALUD PARA TÉCNICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Este curso se diseñó como un proyecto de educación continuada para los ATAPS y lo coordina el CENDEISSS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Es un curso de extensión docente inscrito en la Vicerrectoría de Acción Social, el cual culmina con un certificado de aprovechamiento para todos aquellos alumnos que cumplan con los requisitos de la evaluación (14.7).

El primer curso se inició en el año 2004 y la primera graduación se llevó a cabo en abril del 2005. La promoción fue de cerca de 500 graduados. A semejanza de los dos cursos anteriores, este utiliza una metodología participativa de educación a distancia con sesiones presenciales que se ejecutan cada dos semanas en cada una de las Regiones de Salud. El curso está compuesto por tres áreas de contenido modular: gestión de la Atención Primaria, sistema de información y gestión estratégica. Los tres se dividen en módulos, que se imparten durante seis meses con un total de 96 horas presenciales.

Los contenidos temáticos de los módulos son los siguientes (14.10):

- Sistema Nacional de Salud en Costa Rica.
- Conceptualización de la salud en el modelo de atención del Sistema Nacional de Salud.
- Salud ambiental y ocupacional.
- Promoción de la salud y la educación para la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Participación social en salud.
- Vigilancia epidemiológica de la salud.
- Análisis de la situación de salud.
- Gestión en la Atención Primaria.
- El sistema de información en salud.
- Gestión estratégica.

CAPÍTULO 15

LA INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

LA INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La investigación en la APS es una actividad escasa y generalmente poco reconocida en el ámbito médico y por otros profesionales de la salud, a pesar de que es esencial para optimizar la salud de la población. Para que las investigaciones en los servicios de salud del primer nivel tengan credibilidad, es necesario que los investigadores estén debidamente formados en técnicas de investigación y sus trabajos respondan estrictamente a criterios metodológicos y éticos aceptados.

¿Cómo clasificar las investigaciones en la APS? En concordancia con la clasificación que propone J. Frenk (15.1) sobre investigaciones en salud, este autor las tipifica en tres categorías: la **investigación biomédica**, la **investigación clínica** y la **investigación en salud pública**; esta última se subdivide en investigación **epidemiológica** e investigación en **sistemas de salud**. A su vez clasifica esta última en **organización de sistemas de salud** y en **políticas de salud**.

La investigación biomédica corresponde generalmente al ámbito de los laboratorios y de los centros especializados. Los otros tipos de investigación sí pueden ejecutarse en el primer nivel de atención.

B. Starfield en su libro *Atención Primaria* (15.2) agrega dos tipos de investigación en APS: la investigación básica y la investigación relacionada con la docencia en atención primaria. La investigación básica corresponde, en términos generales, a la investigación epidemiológica de J. Frenk.

Sin embargo, debe señalarse que estas clasificaciones o tipologías no son rígidas. Existen diversas comunicaciones entre los grandes tipos de investigación en salud señalados, que se ubican en interfases entre uno y otro tipo. Un buen ejemplo lo tenemos en el estudio epidemiológico del dengue: un caso sospechoso de dengue, por sus síntomas y signos en un área geográfica con presencia del *Aedes aegypti*, no se puede catalogar como caso comprobado, si no se dispone del análisis serológico en un laboratorio especializado. Este ejemplo se puede extender a otros muchos problemas de salud: la malaria, la tuberculosis, las enfermedades nutricionales, ciertas enfermedades metabólicas y otras.

Como orientación general, a continuación se hará una breve descripción de las principales áreas de investigación en APS y se indicarán algunos ejemplos. Para ampliar estos conceptos referimos al lector a revisar los excelentes trabajos de los autores señalados.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Agrega conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento. En este campo podrían incluirse aspectos tales como:

- **Diseño y ensayo de protocolos de diagnóstico, tratamientos y condiciones para la referencia de pacientes a otros niveles del sistema de salud.** Los protocolos contribuyen a uniformar criterios e intentan mejorar la calidad y los costos de la atención de salud.
- **Evaluación de la efectividad de los medicamentos, los procedimientos y el uso de tecnologías en APS.** Por ejemplo, un importante grupo de adultos mayores recibe cinco, ocho y más medicamentos prescritos por varios especialistas y por el médico del EBAIS. ¿Se están consumiendo estos medicamentos realmente? ¿En qué condiciones? ¿Son necesarios todos esos medicamentos? ¿Cuál es el costo mensual de los mismos? Otras muchas preguntas podríamos hacernos al respecto. Por otra parte, ¿estamos usando las tecnologías apropiadas? ¿Podríamos introducir nuevas tecnologías, de bajo costo y alta resolución para mejorar nuestros diagnósticos y tratamientos?
- **Evaluación de la educación en salud y sus efectos en el autocuidado.** Una de las metas del personal de salud en APS es promover el autocuidado, en especial en pacientes crónicos. ¿Cuánto conocen los pacientes acerca de su padecimiento y están contribuyendo en la prevención secundaria para evitar complicaciones? ¿Cuáles son los recursos que utilizan las madres cuando un niño tiene fiebre alta por una infección respiratoria aguda?
- **Estudios sobre la historia natural de las enfermedades,** particularmente de aquellas que con más frecuencia se observan en las consultas y que tienen un carácter intermitente. Entre ellas, las infecciones respiratorias en niños, el asma, la otitis, la depresión, y otras. ¿Qué factores de riesgo están desencadenando el nuevo episodio? ¿Qué relación existe entre la enfermedad biológica y los factores psicosociales?
- **Estudio de las personas con policonsultas.** Este es un problema común en todos los servicios de salud del primer nivel. Por supuesto estamos descartando las consultas programadas de niños en el primer año de vida, o las consultas programadas en la mujer durante el embarazo. ¿Qué características tienen estos pacientes policonsultantes? ¿Qué factores psicosociales están confluyendo? ¿Está inducida la policonsulta por el personal de salud sin ser conciente de ello?

- **Estudio del cumplimiento de los usuarios a las recomendaciones del personal de salud.** Muchos esfuerzos hace el personal de salud para atender a cada usuario y hacerle las recomendaciones en cada consulta. ¿Se están cumpliendo a cabalidad las recomendaciones, o hasta qué grado de lo recomendado se está cumpliendo? Las omisiones, ¿tienen repercusiones en la evolución de la enfermedad?

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes de las enfermedades en la población. No vamos a definir aquí los tipos de estudios epidemiológicos, para lo cual existen numerosos textos y métodos de estudios en epidemiología. Nos limitamos a exponer algunos ejemplos motivadores, para incursionar en este campo de la investigación.

- **Medición y análisis de la situación integral de salud.** El análisis de la situación de salud (ASIS) y sus determinantes es un requisito, y como tal se hace en todas las Áreas de Salud. Como está planteado el ASIS y su ejecución en la práctica, es una aproximación sobre la situación de salud, útil para la programación local. Sin embargo, es necesario profundizar en algunos aspectos para definir un perfil del Área de Salud, con el propósito de evaluar los cambios (el impacto) en lapsos de tiempo, como producto de las diferentes acciones e intervenciones del sistema de salud.
- **Investigaciones sobre la condición de las personas adscritas al centro de salud, pero no inscritas ni consultantes en el mismo.** Esta situación puede alcanzar hasta un 40% o más en algunos sectores de salud, lo cual es muy significativo tratándose de un sistema de salud con cobertura universal. ¿Dónde consultan estas personas? ¿En otros servicios de salud del sistema? ¿Hacen uso de los servicios privados, o bien, de la medicina alternativa?
- **Investigaciones sobre las coberturas reales de vacunación:** Las coberturas de vacunación en menores de un año generalmente se estiman con base en los nacimientos esperados y los niños vacunados. Dado que en algunas comunidades se observa un importante proceso de migraciones, ¿cómo conocemos la realidad? ¿Qué está pasando con los niños mayores de un año de edad en cuanto a coberturas reales?
- **Investigaciones sobre la prevalencia y factores de riesgo en enfermedades crónicas:** La diabetes, obesidad, hipertensión, osteopatías y otras enfermedades crónicas tienen una enorme repercusión en los servicios de salud y en la población. ¿Los servicios de salud y el programa de promoción de la salud están produciendo algún impacto en la reducción de la prevalencia de la obesidad y de los factores de riesgo? ¿Se reducen las

hospitalizaciones y las complicaciones por estos padecimientos? ¿Hay algún cambio en el estilo de vida de las personas para reducir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas?

- **Investigaciones sobre situaciones especiales de grupos postergados o con características particulares:** Tales como las poblaciones de los precarios, los adultos mayores que viven solos, los discapacitados, mujeres jefas de hogar con niños pequeños, los expuestos a riesgos ambientales y otros. ¿Están identificados estos grupos? ¿Existen programas especiales para su atención? ¿Qué estrategias podrían desarrollarse para mitigar los riesgos?

INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS Y EN POLÍTICAS DE SALUD

La investigación de los servicios de salud estudia el nivel micro de los diversos recursos y su interacción en la producción de servicios de salud de cierta calidad y contenido tecnológico (15.1). Comprende la investigación de los recursos para la salud: las finanzas, el personal, la infraestructura, los equipos y suministros y las tecnologías.

En las investigaciones de políticas de salud se enfoca el nivel macro del sistema. Su propósito es estudiar los procesos sociales, políticos y económicos que determinan la respuesta social organizada del sistema de salud; se ocupa de estudiar los determinantes, el diseño, la implantación y las consecuencias de las políticas de salud (16.1).

Algunos ejemplos de investigaciones de servicios y políticas de salud:

- **Calidad de los servicios de salud:** Hemos mencionado en otros apartados algunas líneas de trabajo para evaluar la calidad del servicio, tales como la percepción de los usuarios o la metodología de condiciones trazadoras. Hace algunos años el Ministerio de Salud y la CCSS introdujeron el concepto de “Garantía de Calidad”, y se ha diseñado una metodología para su aplicación permanente en la mejora de la calidad de los servicios. ¿Se está aplicando dicha metodología? ¿Qué alcance y qué repercusiones ha tenido en los servicios de salud? ¿Qué dificultades ha encontrado su implementación? ¿Debe ser modificada? Estas y otras preguntas surgen en relación a esta metodología. Sin embargo, hay otros muchos aspectos que podrían investigarse en relación a la calidad de los servicios.
- **Estudios sobre referencia de pacientes al segundo y tercer nivel:** Este es un problema vigente y cotidiano que está en el tapete de los administradores de salud desde hace años. Tiene enormes implicaciones económicas y en la

formación de recursos de especialistas, ya que muchos pacientes son retenidos innecesariamente en las consultas del segundo nivel y en las consultas de especialidades en los hospitales, con lo cual aumenta las necesidades de especialistas en el sistema de salud. ¿Cuáles son los problemas de salud que siempre se refieren y cuáles los que se refieren ocasionalmente? ¿Qué problemas de salud requieren de la participación de los especialistas a largo plazo? ¿Están bien fundamentadas las referencias? ¿Existen los protocolos y se cumplen sus contenidos? ¿Cuáles son los métodos de comunicación efectivos entre los médicos de los EBAIS y los especialistas del segundo nivel? Hay necesidad de estudiar muchos aspectos relacionados con los usuarios, como tiempos de espera, pasos a seguir para obtener una cita en el segundo y el tercer nivel, efectividad de las referencias, y otros.

- **Investigaciones sobre los costos en la APS:** Aunque se están haciendo esfuerzos por identificar los diferentes componentes del esquema de costos y llegar a un perfil bastante aceptable, este es un aspecto crítico y debe llegarse a mayores detalles. Por ejemplo, definir el costo por los subprogramas de atención a las personas: de atención al niño, al adolescente, a la mujer, al hombre y al adulto mayor. ¿Cuáles son los costos de un programa de promoción de la salud? O bien, los costos de las actividades que se hacen en el escenario escolar, los centros de trabajo, la familia y en el trabajo con la comunidad.
- **Estudios sobre la supervisión del Equipo de Apoyo del Área de Salud a los EBAIS:** La supervisión es un componente y una herramienta esencial en todo programa de salud, muchas veces descuidada u olvidada. Tanto los médicos del equipo básico, como los técnicos, tienen necesariamente que recibir un tipo de supervisión técnica y administrativa, por parte de los profesionales del Equipo de Apoyo. ¿Existen las normas y los procedimientos de la supervisión perfectamente definidos para cada profesional? ¿Cada cuánto tiempo se efectúa la supervisión? ¿Tiene ésta un carácter de supervisión capacitante o fiscalizadora?
- **Estudios relacionados con la atención integral de salud:** Partiendo del hecho de que esta es una estrategia relativamente reciente de los servicios de salud, debemos preguntarnos ¿qué entiende el personal de los EBAIS y de los Equipos de Apoyo por “atención integral de salud”? ¿Hasta qué grado se están aplicando los postulados teóricos de la atención integral? ¿Continúa predominando el criterio “biologista” en la atención de la salud? ¿Continúa privilegiándose la atención médica, en contraste con la atención de salud?
- **Estudios relacionados con la participación social en salud:** Uno de los postulados de la APS es que la sociedad participe en forma organizada. La

mayoría de los estudios sobre los servicios de salud del primer nivel señalan la carencia de dicha participación. Sin embargo, otros estudios revelan, al menos en Costa Rica, la abundancia de organizaciones sociales en las comunidades comprometidas con proyectos de salud. ¿Qué entiende el personal del EBAIS y del Equipo de Apoyo por “participación social en salud”? ¿Existen organizaciones tales como comités, grupos de autoayuda y otros con proyectos de salud desvinculados de los servicios del Ministerio y de la CCSS? ¿Qué estrategias se están utilizando para promover la participación social en salud?

- **Estudios relacionados con la coordinación entre instituciones y organizaciones no gubernamentales (ONG).** Muchas acciones de salud se coordinan con los gobiernos locales (municipios), los Ministerios de Salud y Educación y con otras muchas organizaciones. ¿Cuáles estrategias se están utilizando? ¿Cuál es la comunicación que existe entre el sistema de salud y las organizaciones? ¿Se está utilizando el potencial y los recursos de que disponen dichas organizaciones para mejorar la salud de la población? En la práctica ¿cuál es el rol del Ministerio de Salud en relación con los problemas de salud pública, la vigilancia de la salud y la promoción de la salud en el nivel local?
- **Estudios relacionados con el trabajo en equipo:** Cada uno de los integrantes del equipo básico y del equipo de apoyo tiene funciones específicas profesionales y técnicas. Pero tiene a su vez funciones comunes y ambas deben ajustarse y complementarse. En la Atención Primaria de Salud el trabajo en equipo es un requisito. ¿Están bien definidas dichas funciones y las ejecutan los integrantes de los equipos? ¿Se cumplen los principios de trabajo en equipo? ¿Conoce el personal estos principios y los aplica? ¿Cómo se evalúa el trabajo en equipo? ¿Cuál es el rol de los profesionales no médicos (enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y otros) en la atención directa de los usuarios?
- **Estudios relacionados con la organización y la administración de los servicios en APS:** Existen muchas lagunas de conocimiento en este terreno. Si se toma como unidad administrativa un Área de Salud, con 30000 a 60000 habitantes y con 8 a 15 EBAIS, se podría definir un modelo organizativo y de provisión de recursos para el funcionamiento óptimo de dicha Área. ¿Qué tipo de profesionales deben integrar el equipo de apoyo? ¿El administrador del Área debe ser un profesional en administración o un técnico en administración? Asuntos relacionados con la provisión de suministros, el mantenimiento de los centros de salud, el transporte para la supervisión, comunicaciones, transporte de pacientes en situaciones de emergencia y otros muchos aspectos relacionados deben investigarse.

- **Estudios relacionados con el uso de tecnologías:** Cada vez existe un mayor número de tecnologías y procedimientos que pueden aplicarse en el primer nivel de atención, para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, así como para promover la salud y la participación social. Algunas de estas tecnologías pueden ser aplicadas por los propios pacientes, tales como la determinación de glicemia mediante el glucómetro portátil o la toma de la presión arterial. ¿Qué tipo de tecnologías deberán introducirse en el primer nivel para aumentar la capacidad resolutoria? ¿Cuál es el costo de las mismas, relacionado con el costo de la atención del usuario en un segundo nivel? ¿Mejora la credibilidad y la confianza de los usuarios en los servicios del primer nivel?

INVESTIGACIÓN DE LA DOCENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En esta área de las investigaciones en APS, la ausencia de proyectos de investigación y de publicaciones es mucho más evidente. Generalmente los docentes tienen la creencia de que la sola presencia de los estudiantes en los servicios de salud es suficiente para el aprendizaje. La pauta que actualmente se practica es que el estudiante de medicina acompañe al médico general en su consultorio, para exponerlo a unas cuantas consultas de tipo preventivo y a las consultas generales y que seguidamente el estudiante asuma la responsabilidad de ejecutar por sí solo estas consultas, con algún grado de supervisión. ¿Cómo podrían mejorarse esas experiencias de la práctica médica? ¿Podrían sistematizarse las grabaciones en video, por ejemplo, de las primeras consultas de los estudiantes y su análisis posterior como proceso de aprendizaje? ¿Cómo pueden introducirse los cambios en los planes de estudio de la carrera de Medicina sobre los problemas de salud de la población, incluyendo los problemas emergentes? ¿Cómo mejorar la enseñanza en otras carreras del área de la salud y afines, para que los estudiantes aprendan y practiquen sobre el análisis de la situación de salud (ASIS), la promoción de la salud, la participación comunitaria y el trabajo en equipo, por mencionar solo esos? ¿Cuáles son las mejores estrategias y los temas relevantes en los programas de educación permanente? Estos y otros muchos temas podrían investigarse en este campo de la APS.

CAPÍTULO 16

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

DEFINICIÓN Y ORÍGENES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”. Carta de Ottawa, 1986 (16.3).

La Carta de Ottawa (Canadá) surge de una conferencia internacional sobre promoción de la salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y la Asociación de Salud Pública de Canadá con la participación de 200 delegados de 38 países. La carta de Ottawa marca un hito y define unas estrategias para promover la salud que aún están vigentes.

De acuerdo con Milton Terris (16.6), un estudioso de la salud pública, el término “promoción de la salud” lo utilizó por primera vez en 1945 Henry E. Sigerist, un gran historiador médico, cuando definió las cuatro grandes áreas de la medicina moderna como: 1) la promoción de la salud; 2) la prevención de la enfermedad; 3) el restablecimiento de los enfermos, y 4) la rehabilitación; y afirmó: “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”. Para ello solicitó la participación y el esfuerzo coordinado de los políticos, el sector laboral y empresarial, los educadores y el personal de salud. La carta de Ottawa retoma estos postulados, ampliándolos.

Con el Informe de Marc Lalonde (16.2): *El concepto del “campo de la salud”: una perspectiva canadiense*, entonces ministro de salud del Canadá, publicado en 1974, se avanza en un nuevo criterio de “campos de la salud”, al identificar los cuatro grandes determinantes de la salud: **biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención de salud**. El Informe Lalonde (como se le conoce), representa un paso relevante para entender el nuevo concepto de la salud. Estos criterios se adoptaron en Costa Rica desde 1997, con algunas modificaciones, como el principal insumo para elaborar del instrumento para el “Análisis de la Situación de Salud” (ASIS) en las Áreas de Salud.

Una de las cinco estrategias para mejorar la condición de salud de los canadienses que se incluye en el Informe Lalonde es **la promoción de la salud**.

Retomando la Carta de Ottawa, ésta señala: *“Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora en la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos”*.

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Carta de Ottawa señala que “la política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos”. Hace énfasis en la acción multisectorial cuando afirma: “el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción combinada de todos los implicados: gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud”.

La Carta de Ottawa rechaza el enfoque de educación para la salud tradicional, en donde la población se conforma con ser receptora de mensajes educativos elaborados por el personal de salud y los profesionales en comunicación. Por el contrario, la Carta insta a que la población participe activamente en un proceso “que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma...que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida...se incrementen las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y que opte por todo lo que propicie la salud...Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud”.

Otra de las estrategias esenciales de la Carta de Ottawa es el énfasis en la participación comunitaria: “La promoción de la salud radica en la participación activa y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos” (16.3).

Finalmente, la Carta de Ottawa señala cinco grandes líneas de acción en la promoción de la salud:

- La elaboración de una política pública sana.
- La creación de ambientes favorables.

- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud.

En noviembre de 1992 se convoca a una nueva conferencia internacional, organizada por la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Colombia, con la participación de 550 delegados de 21 países. Se reunieron para “definir el significado de la promoción de la salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud en la población de la Región”. En esta conferencia se resalta el factor de inequidad en salud en los países de América Latina, y señalan tres estrategias (16.5):

- Impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones para facilitar opciones saludables.
- Transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud.
- Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad.

En junio de 1993, en la 13ª reunión de Ministros de Salud del Caribe, suscriben la “Carta del Caribe para la Promoción de la Salud”. Las estrategias señaladas en esta Carta son, una vez más (16.4):

- Formulación de normas públicas saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Potenciación de las comunidades para lograr el bienestar.
- Creación de ambientes saludables.
- Fortalecimiento e incremento de destrezas personales relacionadas con la salud.
- Construcción de alianzas, con hincapié en los medios de comunicación.

A partir de estas declaraciones muchos países han formulado grandes proyectos, algunos de alcance nacional, y han implementado algunas de las estrategias señaladas en las declaraciones. De aquí han surgido también movimientos internacionales como el de “**ciudades saludables**” y el de “**municipios saludables**”. Este último tuvo un cierto auge en Costa Rica a mediados de la década de los noventa patrocinado e impulsado por el Ministerio de Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, la mayoría de los municipios claudicaron cuando no tuvieron capacidad (ni la tienen) para algo tan fundamental como es el manejo de los desechos sólidos.

Se debe reconocer que, si la promoción de la salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, es necesario cambiar muchos esquemas mentales desde los

servicios de salud. Para ello hay que comenzar ampliando el concepto de lo que es “salud” y revisar la práctica de la atención integral, partiendo del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS), como está planteado en el instrumento que se utiliza en las Áreas de Salud. En este sentido, la promoción de la salud se convierte en una herramienta poderosa de la APS.

EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En un pasado reciente, algunos entendían erróneamente la promoción de la salud como distribuir información y dirigir mensajes a la ciudadanía con la esperanza de que algunos de estos mensajes pudiesen cambiar los hábitos y costumbres negativos para la salud de las personas. Generalmente las personas quedaban informadas sobre un determinado problema, pero no asumían cambios en sus comportamientos. La promoción de la salud, para observar resultados, debe abarcar simultáneamente formación, información, legislación, políticas saludables, investigación y la participación comunitaria (16.1).

En esta perspectiva, se debe tener un buen esquema de trabajo, para unir las ideas y las acciones de muchos actores, de una forma coherente y lógica. Partiendo de las ideas de Jake Epp (16.1), se presenta a continuación un “Marco de promoción de la salud”, que puede ayudar a organizar nuestro trabajo desde el Equipo de Apoyo y desde el EBAIS.

La promoción de la salud se logra mediante **tres mecanismos intrínsecos** y **tres estrategias** o procesos sobre los que se puede actuar. Los mecanismos se describen así:

- **Autocuidado:** Son las decisiones y acciones que cada persona toma en beneficio de su propia salud.
 - **Ayuda mutua:** Son las acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras.
 - **Entornos sanos:** Creación de las condiciones y entornos que favorezcan la salud.
-
- **El autocuidado** se refiere a ciertas prácticas que la persona adopta con el propósito de conservar su propia salud. Una persona que usa siempre el cinturón de seguridad cuando circula en un vehículo, que controla su presión arterial y toma los medicamentos, que mantiene el peso normal, hace ejercicio físico regularmente y selecciona una dieta saludable, está realizando un autocuidado. Un mayor conocimiento sobre la salud y de aquellos factores de riesgo sin duda favorecerá actitudes y prácticas saludables. Una función importante del personal de salud en APS es estimular el autocuidado para elecciones saludables.
 - **La ayuda mutua** es un mecanismo importante de apoyo social que surge en el contexto familiar, en el vecindario, en las organizaciones voluntarias o en

los grupos de autoayuda. La ayuda mutua supone el respaldo emocional, compartir información e ideas así como experiencias. La ayuda mutua tiene una relevancia particular en familias con personas discapacitadas, ancianos que no se valen por sí mismos y los enfermos terminales. Los grupos de autoayuda, tales como Alcohólicos Anónimos, grupos de adultos mayores, de adolescentes en drogas, así como las Redes formales o informales, se constituyen en un recurso y una estrategia invaluable para la promoción de la salud.

- **Los ambientes saludables** implican la creación y la promoción de entornos saludables en el hogar, en los centros educativos, en los centros de trabajo y en la comunidad donde vivimos. El entorno saludable comprende la higiene de la vivienda, el aire que respiramos, los ruidos del ambiente y las condiciones en el trabajo. El entorno lo abarca todo, e implica adaptar los espacios sociales y físicos, en las ciudades muy especialmente las áreas verdes de los parques y los contornos de los ríos, de forma tal que nos ayuden a conservar y mejorar nuestra salud.

Las **estrategias** son las siguientes:

- **Favorecer la participación de la gente:** En el **capítulo 7** se ha señalado la importancia y los mecanismos de la participación social en la producción de la salud. La población costarricense comprende y se interesa por su propia salud y le concede un valor elevado al estar sano; esto es particularmente apreciable en el cuidado de la salud en la niñez, lo cual se refleja en Costa Rica, entre otros indicadores, en las excepcionalmente bajas tasas de mortalidad infantil. Debemos fortalecer ciertas estrategias de participación social que hayan demostrado tener mayor impacto en la salud pública, tales como Municipios Saludables, las Redes y los Grupos de Ayuda Mutua.
- **Fortalecer los servicios de salud comunitarios:** Para nuestro país, esto significa fortalecer el primer nivel, es decir los EBAIS, indispensables en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Para cumplir con estas tareas fundamentales, los EBAIS deberán ampliar sus responsabilidades, pero con la asignación de muchos más recursos. Por ejemplo, se deberá incrementar las acciones en las comunidades postergadas, urbanas y rurales, en donde es conocido que existe un mayor riesgo de enfermar y morir. Los servicios de salud comunitarios deberán convertirse en agentes más activos de promoción de la salud fortaleciendo el autocuidado, la ayuda mutua y la creación de entornos saludables.
- **Coordinar políticas públicas saludables:** No es una tarea sencilla. Todas las políticas que influyen en la salud deben estar coordinadas, y ésta es una de las funciones esenciales del Ministerio de Salud. La lista es larga porque

incluye a todos los sectores económicos y sociales que, de una forma u otra, influyen en la salud y en la calidad de vida de la población. Las políticas saludables contribuyen a crear escenarios donde las personas encuentran mejores opciones para mejorar su salud.

Un buen ejemplo en que se requiere coordinar las políticas públicas de promoción de la salud es con relación a la alimentación sana y saludable. De sobra es conocida la influencia de la alimentación en la salud. Las diversas encuestas nutricionales señalan que el problema nutricional número uno en la población costarricense en estos días, es la obesidad y sus consecuencias: la diabetes, hipertensión, hiperlipidemias y una tasa excesiva de muertes por enfermedades cardiovasculares. Los servicios de salud han concentrado sus esfuerzos principalmente en el tratamiento de la obesidad, la diabetes, la hipertensión, las hiperlipidemias y los infartos del miocardio en las unidades de cuidados intensivos. El costo de estas acciones es elevadísimo, y los resultados, muy pobres. En este caso, es urgente fortalecer y coordinar las políticas en materia alimentaria-nutricional de los sectores de educación, salud, agricultura, educación física, deportes y comercio, principalmente donde se expenden alimentos preparados para el consumo de grandes masas de población.

CONCLUSIÓN

La promoción de la salud es una poderosa herramienta de trabajo en la APS y debemos fortalecerla con un programa que incluya los tres mecanismos señalados: el autocuidado, la ayuda mutua y los ambientes saludables; así como poner en ejecución las tres estrategias: favorecer la participación social, fortalecer los servicios de salud en el primer nivel y coordinar las políticas públicas. **Cualquier mecanismo o estrategia por sí solo tiene un impacto reducido.**

La promoción de la salud es un proceso en el que se van sumando acciones. Así por ejemplo, en el ámbito de población de cada EBAIS se deberá tener un registro de las organizaciones o comités “prosalud” que existan en esa área geográfica concreta. El personal de salud local, principalmente el ATAPS, deberá promover que cada organización o comité tenga un plan de trabajo anual, el cual deberá ser compatible con las prioridades de salud identificadas para esa población. De igual forma, el personal de salud local deberá registrar a los grupos de autoayuda de su área de atracción y estar atento a sus necesidades, para colaborar en lo que sea pertinente. El personal de salud debe promover la formación de esos grupos y asesorarlos en lo que corresponde para su propio desarrollo.

Las políticas públicas pueden coordinarse a nivel local, mediante la creación de comisiones interinstitucionales o de Redes, como las de atención a la violencia doméstica. Otra área de trabajo, de enorme prioridad en el nivel local, es la creación de entornos saludables con la participación de los Municipios, así como de otras instituciones públicas y de los grupos organizados. Se impone revivir el proyecto que alcanzó un cierto nivel de importancia hace algunos años en el país: el de los **Municipios Saludables.**

CAPÍTULO 17

LA PARTICIPACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: CONVENIO UCR-CCSS

LA INTEGRACIÓN ACADEMIA-SERVICIOS DE SALUD

Los centros formadores de personal de salud están obligados a disponer, no sólo de aulas y de laboratorios para la enseñanza y el aprendizaje, sino también de campos de práctica donde se ejecuten las acciones de salud de la población. Esto es válido para la formación de los profesionales tanto como la de los técnicos en salud. A la Universidad de Costa Rica, como principal centro de formación académica del país, que ofrece las carreras en el área de la salud y muchas afines, incluidas las tecnologías en salud, le es indispensable disponer de campos de práctica insertos en la realidad comunitaria para desarrollar sus actividades académicas: la docencia, la investigación y la acción social.

Históricamente los campos de práctica académica para los estudiantes de la Universidad estaban en los centros de salud del Ministerio y en los hospitales. Para este propósito, las dos instituciones firmaron convenios. Posteriormente, con el traspaso de los hospitales a la CCSS en los años setenta, la Universidad firmó convenios con la CCSS para el uso de sus instalaciones, en lo que se ha llamado los “campos clínicos”.

En 1990 se inició el internado de salud comunitaria, con una duración de 10 semanas, para los estudiantes de medicina en el último año de su carrera, lo cual requirió de campos de práctica permanentes no hospitalarios. Esto significó la escogencia de algunas clínicas de la CCSS y de las cooperativas de salud, en el Área Metropolitana de San José y sus alrededores, con características peculiares, así como el nombramiento de docentes, casi siempre ad honorem. La coordinación de estas actividades docentes estuvo a cargo del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina, y a partir de 1997, de la recién creada Escuela de Salud Pública.

Otras Escuelas, principalmente las de Enfermería, de Nutrición y de Trabajo Social y las Facultades de Farmacia y Odontología, también utilizaron los centros de salud y las clínicas de la CCSS para las prácticas de sus estudiantes.

Los campos de práctica académica por excelencia han sido y son los hospitales, ante todo, los grandes hospitales del Área Metropolitana de San José. Esto es válido para los estudiantes de la UCR como para los de las universidades privadas. Actualmente estos centros han desbordado su capacidad para una oferta de enseñanza óptima, por el enorme número de estudiantes de muy diversas carreras y

de una larga lista de universidades. La CCSS, como ente público, abrió sus instalaciones hace muchos años a las universidades privadas sin muchos requerimientos, cuando aún había pocos estudiantes; actualmente hay serias dificultades para recibir a los estudiantes de las universidades públicas.

Previendo las anteriores dificultades y aprovechando diversas coyunturas, la Universidad de Costa Rica y la CCSS trabajaron en algunos proyectos, con el propósito de que la Universidad administrara un centro hospitalario universitario con fines académicos, con recursos de la CCSS y de la propia Universidad.

Uno de esos proyectos surge en 1997 como una iniciativa de la Escuela de Salud Pública recién creada. Una de las líneas de trabajo de esta nueva unidad académica era la administración de un área de salud con fines académicos, y para entonces se había contemplado el cantón de Montes de Oca. La propuesta de la Dirección de la Escuela fue acogida positivamente por las autoridades de la Universidad, y en el mes de noviembre de ese año se firma un convenio entre la Universidad, la CCSS y el Ministerio de Salud para la elaboración del proyecto.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (PAIS)

Desde un punto de vista académico y desde los servicios de salud, este proyecto reviste una enorme importancia para el país y para organizaciones externas, ya que dos organizaciones de orden público logran suscribir un convenio con dos objetivos: **desarrollar un modelo de atención primaria de salud** según los requerimientos y la normativa de la seguridad social, y a la vez, **un modelo académico de docencia, investigación y acción social**, articulado con el modelo de salud.

Al inicio se planea organizar e implementar los servicios de salud del primer nivel por parte de la Universidad para una población de 120.000 habitantes, y dos años después, se amplía para una población de 165.000 habitantes.

El proyecto comenzó prácticamente de cero, ya que los cantones de Montes de Oca, Curridabat y los cuatro distritos de la Unión (Concepción, San Juan, San Diego y San Rafael) carecían de instalaciones para la atención de salud por parte de la CCSS. Solamente se disponía de un pequeño centro de salud en Montes de Oca y otro en Curridabat del Ministerio de Salud, en donde se ubicaron dos EBAIS en cada uno de ellos. En el transcurso de dos años y medio, estaban funcionando 33 EBAIS en 14 centros de salud debidamente equipados.

La elaboración del Proyecto

La Universidad de Costa Rica (UCR) asume este proyecto con el propósito de colaborar con las instituciones de salud en sus procesos de reforma hacia modelos organizativos y administrativos más eficientes y de calidad, que responden a los principios de universalidad, solidaridad y equidad. El Proyecto pretende desarrollar un modelo de atención integral de salud para el primer nivel, en los cantones de Montes de Oca y Curridabat, tomando como base el modelo de salud adoptado por

el país, con financiamiento principalmente de la CCSS, mediante un contrato y el instrumento de Compromiso de Gestión. A este modelo se agrega la articulación efectiva de las prácticas académicas de docencia, investigación y acción social de la Universidad. Con el aporte de las investigaciones orientadas principalmente al primer nivel de atención, la Universidad estaría entregando al Sistema Nacional de Salud un importante valor agregado para el desarrollo de estos servicios.

A partir del aval político con la firma de las autoridades superiores de la CCSS, la UCR y el Ministerio de Salud en noviembre de 1997, la Vicerrectora de Acción Social convoca a un grupo técnico interdisciplinario. Este equipo técnico se reforzó con algunos profesionales del Ministerio de Salud con experiencia en APS. Durante los primeros meses del año 1998 se trabajó en el primer borrador del Proyecto.

Por su parte, la Gerencia de División Administrativa de la CCSS (responsable institucional de la compra de servicios a terceros) nombró un grupo de trabajo como la contraparte institucional del Proyecto.

En noviembre de 1998 la Junta Directiva de la CCSS aprueba en principio el proyecto y recomienda algunos ajustes; además, que se elabore el Compromiso de Gestión para la primera etapa, un Convenio y un Contrato entre ambas instituciones para la ejecución del mismo. El 27 de abril de ese año firman los documentos contractuales el Presidente Ejecutivo de la CCSS y el señor Rector de la Universidad de Costa Rica y una semana después, el Proyecto inicia sus actividades con la apertura de tres EBAIS en el distrito de Tirrases de Curridabat.

Análisis de la viabilidad del Proyecto

Viabilidad política: El Proyecto fue acogido como una prioridad por las autoridades, tanto de la CCSS como de la Universidad. Había razones de peso para que la CCSS tuviera un interés particular en este proyecto: la ausencia de servicios de salud en Montes de Oca y Curridabat, la saturación de la Clínica Central con pacientes de estos cantones y el compromiso político con las organizaciones sociales del distrito de Tirrases para ubicar allí un servicio de salud. También había un interés institucional por parte de la CCSS por alternativas innovadoras con proveedores externos. Por su parte, las autoridades de la UCR visualizaron la posibilidad de abrir nuevos escenarios para la acción social, la investigación y la docencia, actividades sustantivas de la Universidad. La posibilidad de una alianza estratégica en el campo de la salud comunitaria entre ambas instituciones era evidente.

Viabilidad técnica: La Universidad disponía entonces de un recurso técnico de personal con experiencia en proyectos de gran envergadura en APS y de profesionales con experiencia en servicios de salud, los cuales conforman un grupo de trabajo y elaboran un documento con suficiente fortaleza en los elementos técnicos para un proyecto de tal magnitud. El Proyecto demostró desde su inicio gran fortaleza para asegurar su viabilidad técnica.

Viabilidad administrativa: También se valoró, en el sentido de insertar el Proyecto en la Fundación de la Universidad para la Investigación (FUNDEVI). La experiencia de FUNDEVI en el manejo de grandes recursos de la Universidad en todo tipo de proyectos en los últimos doce años era una garantía para la ejecución de este Proyecto. Para el mes de enero del 2003 la administración y el manejo de los recursos financieros del Programa se traslada a la administración general de la Universidad.

La **viabilidad financiera:** Se tomó en consideración el esquema de compras de servicios de salud que estaba aplicando la CCSS con las cooperativas de salud, las cuales venían operando desde 1987 y que a partir de 1997 implementaron la aplicación del instrumento de Compromiso de Gestión. Por tanto, ya existía una experiencia y una forma legalmente aprobada para transferir recursos institucionales de la CCSS en la compra de servicios de salud para el primer nivel.

Viabilidad legal. La UCR como ente público y como parte contratada en este proyecto adquiere el compromiso de llevar a cabo la administración del Proyecto según los términos y principios que rigen la contratación administrativa. De conformidad con el artículo 94 de la Ley 7169, del Desarrollo Científico y Tecnológico, es factible la canalización de recursos de proyectos institucionales, como el que aquí nos ocupa, por medio de FUNDEVI: “Las instituciones de educación superior universitaria estatal quedan habilitadas y autorizadas para la venta de bienes y servicios ligados a los proyectos de investigación, desarrollo tecnológico, consultorías y cursos especiales. Para mejorar y agilizar la venta de bienes y servicios, dichas instituciones también quedan habilitadas y autorizadas para crear fundaciones y empresas auxiliares”. Adicionalmente, la Universidad suscribe un convenio ad hoc, en el cual la UCR delega a FUNDEVI el manejo administrativo-financiero del Proyecto.

Estrategias:

El Proyecto establece las siguientes líneas estratégicas:

- Vincular estrechamente la salud con el desarrollo económico y social.
- Organizar los servicios de salud para la atención integral de las personas.
- Desarrollar la promoción de la salud de manera que proporcione a cada persona y a los grupos sociales los medios necesarios para preservar y mejorar la salud.
- Democratizar los servicios de salud mediante una participación social efectiva.
- Orientar a los prestadores de servicios de salud hacia el desempeño de alta calidad y la satisfacción del público.
- Promover el desarrollo de recursos humanos ubicados en el marco de este nuevo modelo.

- Promover el desarrollo de condiciones, oportunidades y servicios que favorezcan la igualdad de género.

Objetivo general:

Desarrollar un modelo de atención integral de salud para las poblaciones de los cantones de Curridabat y Montes de Oca, y cuatro distritos de La Unión, tomando como base el modelo de salud adoptado por el país, que articule las prácticas académicas (docencia, investigación y acción social) de la Universidad de Costa Rica y procure el mejoramiento del modelo.

Objetivos específicos:

- Desarrollar la organización de servicios de salud de dicha población con base en los parámetros y el acuerdo de financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social contemplado en los compromisos de gestión.
- Mejorar la calidad de atención de salud de estos cantones de acuerdo con los recursos disponibles y las normas de atención de la CCSS y los sistemas de regulación del Ministerio de Salud, mediante el desarrollo y valoración de nuevas propuestas.
- Articular la práctica académica de la Universidad de Costa Rica en el modelo de atención integral de salud.
- Optimizar el uso de los recursos en procura de la máxima productividad en la prestación de los servicios de salud.
- Incorporar a las comunidades beneficiadas en la producción de salud y en la gestión de los servicios.

ELEMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El cuadro siguiente integra los principales elementos del modelo de atención integral de salud, en el cual se señala:

- **El objetivo**
- **Los ejes de acción**
- **Los programas de atención a las personas**
- **Los escenarios en que se desarrollan los programas**
- **Las actividades de apoyo**

El objetivo central del modelo que impulsa la Universidad ha sido el desarrollo de la salud comunitaria en la estrategia de la APS. Para alcanza ese objetivo se definen tres ejes sustantivos: la atención integral de salud, las actividades académicas (docencia, investigación y la acción social) y la participación social en salud. Nótese que las actividades académicas son muy propias de este programa y la participación social tiene aquí un énfasis particular.

Los otros componentes del modelo: los programas de atención a las personas, los escenarios en que se desarrollan los programas y las actividades de apoyo son las señaladas en el Proyecto de Reforma del Sector Salud de 1993.

ELEMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

OBJETIVO	DESARROLLO DE LA SALUD COMUNITARIA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD				
EJES	DOCENCIA INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN SOCIAL		ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD		PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
PROGRAMAS	SALUD DEL NIÑO	SALUD DEL ADOLESCENTE	SALUD DE LA MUJER	SALUD DEL HOMBRE	SALUD DEL ADULTO MAYOR
ESCENARIOS	SERVICIOS DE SALUD CENTROS EDUCATIVOS CENTROS DE TRABAJO VIVIENDAS-FAMILIAS COMUNIDADES				
ACTIVIDADES DE APOYO	PROTECCIÓN DEL AMBIENTE HUMANO EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SISTEMA DE INFORMACIÓN DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA VIGILANCIA DE LA SALUD MONITOREO Y EVALUACIÓN ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN				

W. Vargas González (2001)

FASES DEL PROYECTO

El Proyecto se implementó plenamente en cinco fases, en un lapso de cuatro años, las cuales se describen a continuación:

Fase I: Preparatoria y de negociación. En esta fase se elaboró el documento técnico del Proyecto, se negoció con la CCSS y se aprobó por las máximas instancias de ambas instituciones. También se elaboraron los documentos contractuales y se llevaron a consulta y aprobación por las Oficinas Jurídicas de las dos instituciones. Esta fase se concluye con la firma de los documentos contractuales por las autoridades superiores de la CCSS y la Universidad. En los últimos meses de esta fase se planificó la implementación de la fase II. Esta primera fase tuvo una duración de 16 meses: de enero de 1998 a abril de 1999.

Fase II: Desarrollo de los principales procesos técnicos y administrativos a pequeña escala. En esta fase se implementa el funcionamiento de tres EBAIS en el distrito de Tirrases, Curridabat, para una población de 17.000 habitantes. Las principales acciones que se desarrollaron fueron organizar la prestación de los servicios de salud en el centro de salud y se implementó la toma de exámenes de laboratorio a cargo de la UCR, así como la entrega de los medicamentos por medio de un equipo de farmacia propio del Proyecto.

En esta fase ya se establecen los mecanismos para integrar las actividades académicas de la UCR y promueve el proyecto en la comunidad universitaria, las municipalidades y los grupos civiles organizados.

Al finalizar esta fase, al cabo de ocho meses, la CCSS analizó la fortaleza del proyecto, los avances en su implementación, la solidez administrativa y la satisfacción de los usuarios; decide así su continuidad, con la firma del Compromiso de Gestión para el 2000.

Fase III: Implementación de nueve EBAIS adicionales en el cantón de Curridabat, para completar el funcionamiento de 12 EBAIS en este cantón. Durante esta fase se trabaja en una oferta de servicios de salud para 60.000 habitantes aproximadamente, en cinco locales para la sede de los EBAIS.

Se pone a prueba la capacidad técnica y administrativa de los responsables del proyecto, ya que se trabaja a una escala importante y los problemas logísticos comienzan a surgir. Además, se estaba implementando un modelo desconcentrado en áreas urbanas, con dos o tres EBAIS en un centro de salud, para lo cual no se disponía de experiencias por parte de la CCSS, ni de las cooperativas de salud. Fue una fase decisiva para la continuidad del proyecto.

Esta fase se inicia el dos de enero del 2000 y culmina el 31 de diciembre de ese año.

Fase IV: Implementación y desarrollo de 12 EBAIS en Montes de Oca, incluido el distrito de San Ramón del cantón de La Unión (este distrito se incluye en el Área de Salud de Montes de Oca por razones de accesibilidad y de transporte de las

personas). Esta fase se inicia el 2 de enero del 2001 y se prolonga durante todo este año. La población de Montes de Oca y de San Ramón de La Unión era aproximadamente de 60.000 habitantes para ese año.

Fase V: Apertura de nueve EBAIS en tres distritos del cantón de La Unión (Concepción, San Diego y San Juan). El cantón de La Unión se dividió en dos Áreas de Salud: los distritos del lado este -que incluyen el distrito central de Tres Ríos- y los tres distritos del oeste (Concepción, San Diego y San Juan) que colindan con Curridabat y con una población cercana a los 40.000 habitantes. Esta fase se inició el 2 de enero del 2002.

Con la incorporación de estos tres distritos, el Programa alcanza una cobertura de 165.000 habitantes, con 33 EBAIS operando en 14 centros de salud. A partir de julio del 2004 se aumenta el número a 43 EBAIS, en 15 centros de salud para atender una población de 170.000 habitantes aproximadamente.

ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

Una carencia que enfrentó el equipo directivo para implementar el Programa fue la ausencia casi total de infraestructura física para la instalación de las sedes de EBAIS y las sedes de oficinas administrativas. Se procedió al alquiler de algunos locales y a la remodelación y uso de cuatro salones comunales, el local de la Cruz Roja de Montes de Oca, un antiguo centro de nutrición en Barrio Pinto de Montes de Oca y el edificio de la escuela vieja de San Juan. Todas estas eran edificaciones públicas, administradas por Asociaciones de Desarrollo o por Comités, estaban subutilizadas o abandonadas y con escaso o nulo mantenimiento.

El Programa permitió reutilizar una importante infraestructura pública ociosa, con grandes beneficios para los pobladores.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN SOCIAL

Como se mencionó anteriormente, la Universidad de Costa Rica asume el reto de desarrollar el Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), no sólo para contribuir con el Sistema Nacional de Salud, en la búsqueda de alternativas de mayor impacto y de menor costo para el primer nivel de atención, sino también para ampliar los escenarios de sus actividades sustantivas como centro de educación superior de carácter público: **la docencia, la investigación y la acción social**. En este proyecto se presenta un nuevo reto: el de insertar en los servicios de salud a centenares de estudiantes de muy diferentes carreras y de todos los niveles, incluyendo los posgrados y, a la vez, que esta acción no sea excluyente con los compromisos pactados con la CCSS.

Todas las actividades académicas dentro del programa de salud tienen un carácter de **proyecto** y están a cargo de un tutor o docente de la unidad académica

respectiva, quien es el responsable de la supervisión y la evaluación de la actividad. Previamente, al iniciar alguna actividad académica, se llena el formulario: **“Solicitud para prácticas docentes, de acción social e investigación en el PAIS”**. En este formulario se consignan los datos requeridos para aprobar el proyecto. Todas las solicitudes se canalizan a través del Coordinador Académico.

El(la) **Coordinador(a) Académico(a)** es un profesional con amplia experiencia docente en la Universidad de Costa Rica, conoce de los trámites administrativos en la misma, está ubicado físicamente en la Oficina Central del Programa, trabaja a tiempo completo en esta actividad y depende jerárquicamente del Consejo Directivo del Programa. Es un facilitador de las actividades académicas; es el nexo entre las unidades académicas, los docentes, los estudiantes y el personal del Programa en sus diferentes niveles, tanto para la introducción de nuevos proyectos como para el seguimiento de los mismos. El Coordinador Académico debe conocer la oferta académica basada en las necesidades de los estudiantes, así como la oferta de los campos de práctica y las necesidades del Programa, expresadas principalmente en el ASIS de cada Área de Salud y en su Plan Estratégico, para tratar de empatar ambas ofertas y necesidades.

Como se mencionó, todas las actividades académicas se presentan como un proyecto y como tal tiene un protocolo, con su justificación, sus objetivos, sus actividades, su duración y el proceso de evaluación. Algunas actividades tienen una duración muy corta: de unas pocas semanas, un día por semana; otras, en cambio, consumen mucho más tiempo, por ejemplo, de 10 semanas a tiempo completo. Este es el caso de la práctica del “internado en salud comunitaria” para estudiantes de medicina del último año de carrera. Otras actividades pueden durar hasta un semestre, tales como los proyectos de trabajo comunal universitario (TCU), o los trabajos de graduación de grado y posgrado. Hay proyectos con una duración de un año y hasta dos años, como los que se llevan a cabo por los Institutos y los Centros de Investigación de la Universidad.

Los proyectos nuevos requieren un trámite de aprobación en las diferentes estructuras del Programa, para ubicarlos geográficamente en un Área de Salud o en el ámbito de uno o más EBAIS. Existen proyectos que incluyen todo el Programa; otros, una o dos Áreas de Salud, la población de uno o dos EBAIS, o de uno o más centros educativos, por ejemplo. En resumen, el tipo de proyectos, la duración y su ubicación geográfica, varían extraordinariamente.

Otro aspecto de considerar es la participación del personal de salud del Programa en las actividades académicas. Todo el personal del Programa participa como docente de una forma u otra, en todos los niveles; es una actividad intrínseca a sus funciones y esto se recalca desde el proceso de la selección. Algunas actividades académicas se desarrollan en los centros de salud, en donde participa el personal allí ubicado; otras, como la visita domiciliaria o las encuestas familiares, en donde

participan los ATAPS, se efectúan externamente; y en otras, como el trabajo escolar, participa principalmente la enfermera del Equipo de Apoyo o el personal del EBAIS donde se ubica el centro educativo.

Muchos trabajos de graduación o de investigación se coordinan desde la Dirección del Área de Salud, o bien, por un miembro del Equipo de Apoyo. Todos los proyectos académicos tienen un vínculo con el personal del Programa y responden a alguna necesidad del mismo, como ya se mencionó. Asimismo, de todos los proyectos se responsabiliza un docente de la unidad académica respectiva. El personal del Programa facilita la actividad académica y colabora con la enseñanza de una manera pragmática.

Resultados:

El modelo aplicado de práctica académica, como experiencia de una universidad pública, es el resultado de un proceso, relativamente complejo, en donde participan muchos actores con objetivos diferentes. Se reconoce que algunos docentes no responden positivamente a una práctica académica fuera de las aulas; asimismo, algunos profesionales y técnicos del Programa no asumen con entusiasmo el rol de facilitadores, dada la carga de trabajo que ya supone la atención de los usuarios. Por otra parte, no todos los estudiantes demuestran el interés o el respeto hacia el personal técnico del programa de salud. Y la Coordinación Académica, debido al gran volumen de proyectos, no siempre tiene la capacidad resolutive. Lo importante es que tanto los estudiantes como los docentes y el personal del Programa encuentran muchas áreas de confluencia y de beneficios mutuos.

Los docentes y los estudiantes han encontrado, en una forma ordenada y organizada, nuevos escenarios para la práctica académica, ya sea en la docencia, en la investigación o en la acción social. El personal del Programa ha encontrado, más que una colaboración para ejecutar muchas de sus responsabilidades, unos docentes y estudiantes que aportan nueva información valiosa para el proceso de educación permanente, así como su desarrollo personal. Los conflictos, principalmente por dificultades en la coordinación o en la comunicación entre los involucrados, han sido escasos y se han superado mediante el diálogo y acuerdos entre las partes.

En los primeros cinco años del PAIS, hasta mediados del 2004, **más de 8.000 estudiantes de todos los niveles de enseñanza y de 30 unidades académicas han participado en una práctica académica en el Programa.** En el primer semestre del 2004 funcionaron 8 proyectos de TCU, 30 proyectos de docencia-servicio y 18 proyectos de investigación, de los cuales, nueve proyectos de grado (licenciatura), tres proyectos de tesis de maestrías y seis proyectos de investigación de Institutos o Centros (17.2).

Al asumir este Programa, la Universidad se comprometió a aportar un valor agregado a la CCSS y al Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de atención. Este valor agregado tiene dos vertientes: la primera es intangible y muy difícil su

medición a corto y a mediano plazo, ya que se vincula con una práctica académica organizada fuera de las aulas, en salud comunitaria, de millares de estudiantes de una vasta diversidad de carreras y que necesariamente estaría influyendo en su quehacer profesional una vez graduados, dentro y fuera de las instituciones públicas de salud.

La segunda se vincula a los proyectos de investigación, los cuales tienen enfoques muy diversos, por la diversidad de objetivos de los estudiantes, de los tutores y de los investigadores que participan. El interés que han comenzado a manifestar los estudiantes y los docentes de las diferentes unidades académicas, incluidas las maestrías, así como la de algunos centros e institutos de investigación de la Universidad, es un buen presagio de lo que se puede esperar en este campo a mediano y largo plazo.

LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA

La estructura organizacional del Programa responde a sus funciones y a las necesidades administrativas del mismo. La unidad administrativa es el Área de Salud, de la cual dependen los EBAIS. El PAIS se organiza en tres Áreas de Salud: Montes de Oca, Curridabat y La Unión (San Juan, San Diego, Concepción). En cada sede de EBAIS se ubican dos o tres de ellos, y a esta estructura se le denomina “núcleo”. En la práctica existe un coordinador de núcleo, con algunas funciones administrativas y que responde jerárquicamente al Coordinador del Área. El coordinador de núcleo es uno de los médicos coordinadores de EBAIS, con recargo de las funciones administrativas (ver Capítulo 11).

Cada una de las Áreas de Salud dispone de un Coordinador de Área y de un Equipo de Apoyo (incluyendo el apoyo administrativo), con funciones debidamente definidas para cada uno de ellos (ver Capítulo 7).

Las Áreas de Salud dependen jerárquicamente de una Dirección, cuyas principales funciones son: dirigir, coordinar y supervisar el trabajo de los Coordinadores de Áreas y de los Equipos de Apoyo, así como coordinar y supervisar el trabajo de los “servicios de apoyo”: farmacia, odontología y laboratorio. Para estas funciones se apoya en la información que suministra el sistema de la Unidad de Tecnologías de Información.

La Dirección General del Programa (Gerencia General) supervisa a la Dirección de Áreas de Salud, apoya la coordinación académica y a la vez, asume la Dirección Administrativa del Programa, para lo cual se apoya en tres unidades administrativas: la de Recursos Humanos, la Financiera-Contable y la de Contratación Administrativa y Otros Servicios. Cada una de estas tres unidades está coordinada por un profesional en el campo respectivo, con la colaboración de una asistencia administrativa.

El Director General es el máximo responsable de la operación del Programa y tiene una dependencia jerárquica directa de (la) Vicerrector(a) de Acción Social. La Vicerrectoría es el órgano político del Programa, quien se apoya en un Consejo Directivo, integrado por representantes de 13 unidades académicas, el representante del Área de la Salud ante el Consejo Universitario, el Coordinador Académico y el Director General del Programa. Por delegación del Rector(a) de la Universidad de Costa Rica, el Vicerrector(a) es el vínculo permanente entre la Universidad y la CCSS.

LECCIONES APRENDIDAS

Vale la pena entresacar algunas de las lecciones aprendidas a lo largo de los primeros cinco años de la vigencia del Proyecto, a saber:

La continuidad en la negociación y la implementación:

Desde la fase preparatoria, la Universidad designó a la Vicerrectora de Acción Social como responsable en la negociación y de la operación del Proyecto, y su contraparte en la CCSS fue el Gerente de la División Administrativa. Ambos funcionarios visualizaron la relevancia del Proyecto en sus respectivas instituciones, asumieron los retos de las dificultades, aun en momentos muy difíciles y le dieron el seguimiento durante los primeros cinco años. También hubo una continuidad en la dirección operativa dentro de la Universidad, así como de la mayoría de los miembros del Consejo Directivo. La magnitud de las dificultades que genera un proyecto de esta envergadura se supera y se despeja en el camino del éxito, si existe el convencimiento en las autoridades políticas de los alcances del mismo, si existe perseverancia en la gestión de las negociaciones, y si se mantiene la continuidad de las decisiones.

La Universidad puede administrar megaproyectos:

La figura de “Fondos Restringidos” está perfectamente reglamentada en la Universidad de Costa Rica y se ha utilizado por muchos años para la administración de recursos de los pequeños y medianos proyectos. Los llamados megaproyectos, cuyos presupuestos anuales superan los mil millones de colones, como son los casos de LANAME o del PAIS, no se habían ejecutado en la estructura administrativa de la Universidad.

Sin embargo, en este caso y bajo ciertas circunstancias, la Oficina Financiera-Contable tuvo la capacidad para administrar los recursos financieros, en parte gracias a que se produjo una respuesta positiva de las otras Oficinas Administrativas de la Universidad, con algunas restricciones y dificultades. Al menos dos condiciones se dieron para el éxito en la inserción a la Universidad de este megaproyecto: una, que el PAIS dispone de su propio equipo administrativo, y que este equipo sea muy eficiente; otra, que el proyecto tenga suficiente autonomía

administrativa y supere los obstáculos que persisten en la Universidad. **Esto no anula que la Universidad deberá emprender a corto plazo, los ajustes internos, administrativos y legales, para una administración más eficiente de los megaproyectos.**

La Universidad es competitiva:

La Universidad, como ente público, está a la altura de las cooperativas de salud, de las organizaciones privadas que administran servicios de salud y de las unidades de la CCSS, para competir en una oferta de servicios de salud en el primer nivel, de alta calidad y que responda plenamente a los requerimientos de los Compromisos de Gestión y a las necesidades de la población. Esta realidad se hace patente por medio de las manifestaciones de los usuarios en las diversas encuestas, así como en las evaluaciones anuales de los Compromisos de Gestión, en las que se ha superado la calificación de 90% en todas las Áreas de Salud, de todas las evaluaciones efectuadas.

La integración académica con los servicios de salud es posible:

Uno de los objetivos y de los retos que se plantearon desde el inicio del Proyecto fue la articulación de las actividades académicas de la Universidad en los servicios de salud. Los docentes de algunas unidades académicas ya tenían experiencia en prácticas con estudiantes en las comunidades, pero el personal del Programa carecía de esa experiencia. Fue necesario crear una normativa y desarrollar las condiciones para las prácticas académicas. La figura del Coordinador Académico, juega un rol sobresaliente en esta dinámica, así como los Equipos de Apoyo de las Áreas. La Universidad dispone por primera vez de un modelo académico insertado en los servicios de salud del primer nivel en tres Áreas de Salud y de nuevos escenarios en comunidades en forma organizada y planificada, para las prácticas de docencia, de investigación y de acción social.

CAPÍTULO 18

¿HACIA DÓNDE VAMOS? LOS PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES. NUEVOS RETOS Y NUEVAS ESTRATEGIAS

¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Predecir el futuro es difícil y poco fiable en este mundo de cambio. Sin embargo, no podemos dejar de lado esbozar algunas ideas que podrían servir de guía a los lectores, para la reflexión sobre los problemas de salud actuales y emergentes, la respuesta individual y colectiva de la población y del Sistema Nacional de Salud. Se reconoce que durante la última década han evolucionado favorablemente los indicadores de salud y la organización de los servicios de salud del país. Sin embargo, han surgido problemas que requieren nuevas formas de afrontarlos, tanto desde la perspectiva de la población como de la respuesta institucional organizada. En el presente capítulo se analiza la problemática de salud de la población costarricense y emigrante y la posible respuesta individual y colectiva, para mitigar estos problemas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PRESENTE Y LOS EMERGENTES

Como resultado de los grandes cambios sociales, la urbanización acelerada, cambios en la estructura demográfica, la tendencia al envejecimiento de la población y la reducción de las enfermedades infecciosas, entre otros factores, se producen en los últimos años en el país profundas transformaciones en el perfil epidemiológico, surgen nuevos problemas de salud, otros se acentúan y algunos se reducen drásticamente o desaparecen.

Para el año 2004 en un Área de Salud urbana, el perfil típico de las principales 10 causas de la consulta médica, por orden de frecuencia, era este (18.8):

- Hipertensión arterial
- Infecciones respiratorias agudas
- Control del crecimiento y desarrollo del niño
- Control del embarazo
- Examen del estado de desarrollo del adolescente
- Hiperlipidemias
- Diarrea aguda
- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Infección de vías urinarias

Esta situación representa que de cada 100 usuarios atendidos en los centros de salud, 50 corresponden a alguno de estos 10 problemas (18.8).

Además, se desprenden las siguientes observaciones:

- En los niños en todas las edades hasta los 15 años de edad, la primera causa de consulta son las infecciones respiratorias agudas.
- A partir de los 35 años, la hipertensión arterial es la primera causa de consulta, que se acentúa con la edad y llega a tener una elevadísima frecuencia después de los 50 años.
- La diarrea aguda (generalmente sin deshidratación) sigue siendo un importante problema de salud, principalmente en niños menores de 10 años.
- La hipertensión arterial con frecuencia va asociada a otros problemas que están presentes en la lista de los diez primeros: las hiperlipidemias, la obesidad y la diabetes mellitus.
- Las enfermedades prevenibles por vacunas han desaparecido o reducido sustancialmente; la anemia, las parasitosis intestinales, la desnutrición en niños y los problemas de la piel se han reducido dramáticamente.

Otro aspecto diferente, pero importantísimo de considerar, es con relación a los problemas de salud que están presentes en la comunidad, los cuales no se logran captar desde los servicios de salud, o que eventualmente llegan a los servicios por sus consecuencias.

En el pasado, el personal de salud se desentendía de estos problemas o los visualizaba como de escasa relevancia. En la actualidad, muchos de ellos están siendo afrontados por los EBAIS o por los Equipos de Apoyo. Algunos son novedosos (emergentes), otros son problemas ya antiguos pero que se han incrementado o revalorizado. Son los llamados problemas REEMERGENTES.

Cabe destacar, por su mayor impacto en la salud de las personas, los siguientes:

- **Alcoholismo:** Las tasas de alcoholismo crónico se han incrementado y una importante proporción de la población está bajo los efectos de esta droga. Las consecuencias del alcoholismo agudo tienen también un enorme impacto como factor de riesgo en los accidentes de tránsito. Además ocurre un importantísimo deterioro del organismo y de las relaciones sociales del alcohólico.
- **Drogadicción:** La dimensión actual del problema sobrepasa lo acostumbrado, en particular porque alcanza a una importante cantidad de adolescentes y de adultos jóvenes. La tendencia es que este mal siga progresando en nuestra sociedad, principalmente en los jóvenes que residen en zonas urbanas, debilitando la salud física y mental de estas personas.
- **Tabaquismo:** Alrededor del 25% de la población del país consume tabaco regularmente y la tendencia es un incremento notable en la población de

adolescentes. Se conocen sobradamente las consecuencias del tabaco como factor de riesgo en muchos tipos de cáncer y en las enfermedades cardiovasculares. En los servicios de salud de la CCSS, según cifras oficiales, se gastan miles de millones de colones en la atención de pacientes, como consecuencia del fumado. Sin embargo, la propaganda para el consumo de tabaco continúa a “toda máquina”, principalmente dirigida a la población adolescente y adulta joven.

- **Consumo excesivo de medicamentos (farmacodependencia):** Este es otro mal relacionado con el consumo de drogas, aunque menos conocido en su magnitud y en sus alcances. En nuestra sociedad son millares las personas que están consumiendo medicamentos innecesariamente, prescritos por los profesionales médicos, por las farmacias privadas o por automedicación. Este es un problema en que la solución parcial puede estar al alcance de los médicos que laboran en los EBAIS, poniendo mayor atención a las prescripciones y a los esquemas de medicamentos prescritos por otros colegas. Según algunos datos disponibles, el consumo de antidepresivos es alarmante.
- **Violencia intrafamiliar y social:** La violencia intrafamiliar incluye el maltrato a niños, a discapacitados, a ancianos y contra la pareja, dentro de su propio hogar. Todos ellos son susceptibles del abuso físico, emocional o psicológico, sexual y patrimonial. Se reporta un incremento en el maltrato físico infantil, el maltrato a los adultos mayores y la violencia contra las mujeres o al menos son más los casos que se denuncian o salen a la luz. También provoca inquietud la violencia social en las calles y el número de víctimas que semana a semana esta violencia produce.
- **Abuso sexual:** El abuso sexual tiene enormes repercusiones en el desarrollo psicosocial de la niñez, tales como reacciones ansioso-depresivas y el fracaso escolar. Uno de cada cinco niños abusados se convierte en agresor de otros menores, con niños a su cuidado o con sus propios hijos (18.7). De alrededor de nueve mil casos atendidos por el Patronato Nacional de la Infancia en el 2002, el 45% fueron por abuso sexual y el 38% de ellos fueron de origen intrafamiliar (18.7).
- **Depresión, ansiedad y otros trastornos psicológicos:** Aunque no se conoce su magnitud, los estudios actuales revelan que los problemas de la salud mental se van incrementando en la población y que cuentan con muy escasa prioridad en la atención desde los servicios de salud. Existen algunas iniciativas pero hace falta la organización de un programa mejor integrado y con una base desde el primer nivel de atención.
- **Accidentes de tránsito:** Su magnitud es tal que no se puede ignorar, no sólo por las muertes que ocasionan cada año (alrededor de 650 desde 1998), sino

también por las secuelas en los heridos graves: alrededor de 3000 por año, en los últimos años (Estado de la Nación, 10° Informe)..

- **Enfermedades de transmisión sexual y el SIDA:** Son problemas de salud que afectan principalmente a la población masculina adulta joven y, por lo tanto, con importantes repercusiones potenciales en la fuerza de trabajo. Entre los años 1998 y 2001, fallecieron entre 115 y 134 personas cada año por causa del SIDA. La cifra mayor de defunciones anuales por esta enfermedad ocurrió en 1997 con 176 defunciones (18.7).
- **Salud laboral:** La salud laboral tanto en las organizaciones públicas como privadas registra un escaso avance, presenta problemas importantes en la ocurrencia de accidentes y en la información de las enfermedades laborales. Los conceptos de higiene laboral, prevención de accidentes, ergonomía y otros aspectos de la salud laboral se han promovido desde el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Consejo Nacional de Salud ocupacional y desde el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). La modalidad de atención desde la Medicina de Empresa se basa mayormente en atender enfermos en un consultorio médico en la empresa o en las instituciones del Estado, donde funcionan estos consultorios.
- **Ambiente humano:** Como determinante de la salud, el ambiente cobra cada vez mayor importancia en vista del deterioro acelerado, en particular en los cinturones de pobreza de las zonas urbanas. El estado de las viviendas como los tugurios, el hacinamiento en que viven esas familias, la ausencia de sistemas para el tratamiento sanitario de las aguas servidas y de las evacuaciones humanas, así como los sistemas insuficientes de recolección de la basura, son sólo algunos factores asociados a ese deterioro. Al nivel macro existen problemas de una gravedad intolerable, como son la contaminación de los ríos y de las aguas subterráneas, la dificultad para la recolección sanitaria de la basura y su tratamiento, el ruido excesivo, la contaminación del aire en ciertos sectores de las ciudades y el exceso de uso de plaguicidas y agroquímicos que están en cantidades peligrosas en los alimentos. Son estos algunos ejemplos de la degradación del ambiente, con repercusiones letales sobre las personas.
- **Obesidad:** La obesidad alcanza enormes dimensiones en toda la población del país, en particular en las mujeres de clases bajas y medias y los hombres con mayores recursos económicos, con más de 30 años. De acuerdo con la última encuesta nutricional de 1996 (18.6), el 14.9% de los escolares (niños y niñas) estaba con sobrepeso, con una ligera mayor proporción en las niñas. En las mujeres de 20 a 44 años, se encontró que el 45.9 son obesas y en el grupo de 45 a 59 años, el 75% presenta algún grado de obesidad. En una encuesta de 1999 en una comunidad centinela del Área Metropolitana de

San José, el 58.1% de los hombres de 20 a 59 años tiene algún grado de obesidad (Ministerio de Salud). Se conocen los factores que conducen a la obesidad, como el sedentarismo y las comidas con exceso de calorías y de grasas. La obesidad está asociada como factor de riesgo a otros muchos problemas de salud, tales como diabetes, hiperlipidemias, trastornos del sistema óseo y articular de las extremidades inferiores y a trastornos de la salud mental, en particular la autoestima, la depresión y la ansiedad.

- **Malaria y dengue:** Son dos problemas de salud de relativa importancia para la población que vive en zonas bajas. Su transmisión se debe a vectores bien conocidos y de difícil control. El número de casos, tanto de la malaria como del dengue, tendió a disminuir en los últimos tres años. Sin embargo, para el año 2005 se ha reportado un enorme incremento de casos de dengue, con la característica de observarse en zonas altas y de dengue hemorrágico.

De los 13 problemas de salud señalados que afectan a importantes grupos de la población, la participación de los servicios de salud en el momento presente es poco relevante. Para algunos de ellos, por ejemplo, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia intrafamiliar y los accidentes de tránsito, la atención en los servicios de salud se hace en los casos extremos: los que acuden o son referidos a los servicios de emergencias de los hospitales; en otros casos, la atención se hace en los servicios de cuidados intensivos, y en otros, la acción del personal médico es emitir un certificado de defunción.

Todos los problemas señalados tienen un denominador común: su estrecho vínculo con la conducta humana, para lo cual no existen tratamientos convencionales a base de medicamentos o de cirugías. No se dispone de medidas preventivas, como las vacunaciones o la detección temprana mediante programas de tamizaje.

Las acciones preventivas, para la mayoría de las situaciones señaladas, dependen de actitudes y convicciones profundas de la propia persona, las cuales casi siempre se contraponen a la enorme presión social, las modas y la propaganda que utilizan los medios de comunicación social, con la más depurada y sutil tecnología.

Además, la mayoría tiene una connotación desde la perspectiva de la salud pública, y la respuesta va más allá de la atención a las personas en los servicios de salud, en los centros educativos, los centros de trabajo y en el domicilio. En este sentido, ¿Cuáles son o cuáles deben ser las acciones de intervención del Ministerio de Salud? ¿Están claramente definidos los límites de las intervenciones que le corresponden a la CCSS, al Ministerio de Salud y a otras instituciones del Estado, en problemas de salud pública como los señalados?

La verdad del caso es que la respuesta a los problemas de salud, presentes y emergentes, no depende únicamente de lo que hagan los servicios de salud; se requiere la participación individual y social para mitigar y controlar muchos de ellos.

NUEVOS RETOS Y NUEVAS ESTRATEGIAS

Una de las estrategias primordiales para enfrentar los nuevos retos es el involucramiento individual de cada persona y la participación social en salud. En la última sección del **Capítulo 7** se hace referencia a esta participación y se mencionan algunos ejemplos de la forma en que se practica. Por la importancia que nos merece el autocuidado, los estilos de vida saludables y los grupos de autoayuda se amplían a continuación estos conceptos.

El autocuidado y estilos de vida saludables

El **autocuidado** es “el conjunto de medidas que toman las personas para mejorar su propia salud en el seno de sus actividades cotidianas” (18.4). Son las decisiones y las prácticas que adopta cada persona con la intención de conservar y mejorar su salud. Por ejemplo: la persona que elige una dieta sana, el diabético que no olvida inyectarse su insulina, o los que se cepillan los dientes después de cada comida.

El concepto de “estilo de vida” está muy relacionado con el autocuidado y fue introducido en el informe de Lalonde como uno de los cuatro elementos del campo de la salud (ver Capítulo 16). Lo define como: “el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control”.

Las malas decisiones y los hábitos personales inconvenientes originan riesgos que surgen del propio individuo. Se habla entonces de “estilos de vida saludables” cuando las personas adoptan conductas que reducen los riesgos para su propia salud. Por ejemplo: una dieta sana y equilibrada, el ejercicio físico, no fumar y tener una buena higiene corporal. Solamente es posible adoptar un estilo de vida saludable cuando se tienen los conocimientos, las oportunidades y la voluntad para hacerlo.

En el Capítulo 16 se mencionó el autocuidado como uno de los “mecanismos” de promoción de la salud, junto con la ayuda mutua y los ambientes saludables. El autocuidado se expresa como los patrones de comportamientos en la vida diaria que ayudan a la gente a mantenerse sana y a afrontar determinados conflictos; es un recurso sanitario fundamental en el sistema de atención de salud (18.4).

El concepto de *autocuidado* está implícito en el apartado: **Irrumpir en el futuro**, de la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, cuando señala:

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.

Grupos de autoayuda o de ayuda mutua

Se reconoce que esta estrategia es de enorme utilidad en la solución o mitigación de un gran número de padecimientos crónicos. En el pasado, no tan lejano, los mismos miembros de las familias extensas y los amigos contribuían en el cuidado y el apoyo a los enfermos crónicos, y estos se sentían reconfortados y con mayor fortaleza para sobrellevar el padecimiento. En la actualidad esta situación se observa en las zonas rurales, pero en las ciudades, más y más personas con estos padecimientos están aisladas y sin ningún apoyo social. El aislamiento y la soledad son potentes factores que inducen a la depresión y a una disminución del sistema inmunológico, y por consiguiente empeora el pronóstico de mejoría.

El éxito que han demostrado los grupos de Alcohólicos Anónimos, a lo largo de muchos años y en muchos países, se tomó como ejemplo para aplicar esta metodología de los “doce pasos” en otra serie de padecimientos, principalmente personas adictas a las drogas, a la comida o con otras adicciones. Han surgido grupos de autoayuda de personas con cáncer, con esclerosis múltiple, víctimas de abusos en la niñez, con problemas mentales, diabéticos, artríticos, mujeres maltratadas y otros muchos (18.2). En los grupos con enfermedades crónicas se combina la información sobre el padecimiento en particular con terapias de relajación, ejercicio físico y consejos dietéticos (18.2).

Por lo general las personas comparten sus vivencias con los integrantes del grupo, sus emociones, sus experiencias con la enfermedad, los efectos del tratamiento y su miedo a morir. Todos los miembros de los grupos son estudiantes, porque están aprendiendo acerca de su padecimiento, cómo sobrellevarlo y cómo mitigar sus efectos. También están aprendiendo que otras personas están en condiciones de seguir adelante, aun en situaciones más extremas que ellos. En muchos casos, las terapias complementarias como el ejercicio físico, los cambios de dieta, la meditación y aplicación de conocimientos de herboterapia, sólo son posibles de incorporar al estilo de vida mediante la participación en un grupo. Se conoce que las personas que participan en los grupos de autoayuda mejoran su calidad vida y superan la sobrevivencia de aquellos que no participan.

LA RESPUESTA INSTITUCIONAL A LOS NUEVOS RETOS

La respuesta institucional del Estado es multiforme, pues incluye las acciones de todas aquellas instituciones que conforman el sector salud ya señaladas en el Capítulo 8. De acuerdo con el concepto de salud que se ha venido manejando en este trabajo, participan además las instituciones y organismos públicos y privados vinculados a la producción social de la salud. El sector vivienda, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el sector educativo, por ejemplo, tienen un importante grado de participación en este campo.

Sin embargo, es el Ministerio de Salud el principal responsable, en virtud de la función rectora que le otorga la Ley General de Salud. El Ministerio de Salud formula la Política Nacional y el Programa Sectorial de Salud, y controla y evalúa

su ejecución y cumplimiento. También le corresponde al Ministerio, entre otras funciones, vigilar la salud, garantizar el sistema de regulación, garantizar la protección y el mejoramiento del ambiente humano, fortalecer los procesos de políticas públicas saludables y lograr que las investigaciones en salud respondan a la Política Nacional y al Plan Nacional de Salud. Por su parte, la CCSS tiene la monumental responsabilidad de brindar la atención integral de salud de las personas, en los diferentes escenarios y en los diferentes niveles.

En los últimos años se ha detectado por diferentes investigaciones un deterioro progresivo del ambiente humano en todos los ámbitos, sin que haya signos de que se va a detener. Así lo señalan el Análisis Sectorial de Salud (2002) y el 10° Informe del Estado de La Nación (2004). Aunque son muchas las instituciones que pueden intervenir y controlar ese deterioro, al menos cuatro de ellas tienen la mayor responsabilidad: el Ministerio de Salud, el Ministerio del Ambiente y Energía (MINAE), el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (INAA) y las 81 Municipalidades. De persistir el deterioro ambiental al ritmo que ha venido ocurriendo en los últimos años, las repercusiones en la salud de las personas serán catastróficas a corto plazo.

LAS AMENAZAS A LA SEGURIDAD SOCIAL

En el pasado la seguridad social estuvo expuesta a grandes amenazas que se desvanecieron gracias a que un importante grupo de buenos costarricenses, manifestaron profundas convicciones por el sistema de salud y lucharon con vehemencia para superar las crisis y fortalecer la seguridad social. Actualmente nuestro Seguro Social está nuevamente bajo fuertes amenazas y en una profunda crisis, que será necesario superar, con la convicción de que nuestro sistema de salud ha logrado un nivel de desarrollo que pocos países de la región han alcanzado. Entre otras, las amenazas más relevantes son las siguientes:

La crisis de los partidos políticos y los fenómenos de corrupción interna: La deserción e impopularidad acentuada en que se encuentran los dos partidos políticos mayoritarios que han gobernado el país durante medio siglo, así como el escándalo de corrupción en que se ve sometida la CCSS por un importante grupo de sus dirigentes, son dos situaciones que estremecen los cimientos de la seguridad social y que son novedosas en ambos sentidos: en la historia política del país y en la historia de la seguridad social.

La fuerza de la privatización de las instituciones públicas: Otra amenaza a la que se ve sometida la seguridad social es el implacable influjo privatizador sobre los servicios de salud y otras instituciones públicas. Esta amenaza se manifiesta tanto dentro como fuera del seguro social. Muchos trabajadores, en todos los niveles del sistema, corroen y desestabilizan la seguridad social mediante prácticas que reducen la eficiencia y la calidad de los servicios, con lo cual aumenta la demanda de servicios alternativos de tipo privado. Un ejemplo de tales personas son

los acusados de corrupción y de sustraer las enormes sumas de recursos de la institución en el caso Fischel-Finlandia, con lo cual se reduce sustancialmente la capacidad operativa de la institución. Otro ejemplo es el problema tristemente famoso, de los largos periodos de tiempo en las listas de espera, donde figuran los nuevos pacientes en la consulta de muchas especialidades, por la falta de cupo. Una vez más se provoca disconformidad en los usuarios y se incentiva la percepción de que los servicios privados son mejores.

El financiamiento y las deudas al seguro social: Una amenaza económica que se cierne sobre el seguro de salud es la dificultad en el cobro de las inmensas sumas de dinero pendientes de pago, del propio Estado y de algunas grandes empresas privadas, como por ejemplo las sociedades que administran los equipos de fútbol y las compañías bananeras. Existe una enorme contradicción en cuanto a que los dirigentes políticos de los últimos gobiernos manifiestan un apoyo incondicional a la seguridad social y, a la vez, no cumplen con las obligaciones financieras de trasladar los recursos que el Estado, por mandato constitucional, debe aportar a la seguridad social. Como es lógico, esta omisión provoca importantísimas restricciones en el seguro de salud, para las nuevas inversiones y para la mejora de los servicios, muy especialmente la Atención Primaria en el primer nivel.

La globalización y apertura de nuevos mercados en los seguros: Los procesos de globalización del mundo actual y los tratados de libre comercio podrían minar nuestro seguro social al forzar al país a que se abra a nuevas ofertas en los seguros de salud privados, por el poder de las multinacionales en este campo.

Es conocido que los seguros privados tienen una cobertura para aquellos que puedan pagarlos, y los que no tienen esa capacidad económica estarían excluidos o tendrían acceso a un deficiente servicio de caridad, como ocurría antes de que se creara la Caja. Esta población excluida sería de al menos el 20%, que corresponde a las estadísticas oficiales de la pobreza, y una buena parte de los catalogados como no pobres quedarían en una situación similar.

Se podrían describir más amenazas para la seguridad social, pero no es el objetivo en este trabajo, aunque sí se debe enfatizar que la situación planteada del debilitamiento de la seguridad social y su reemplazo por la atención privada de salud no es hipotética, es muy real, y para verificarlo sólo tenemos que visitar los países aledaños a Costa Rica y la mayoría de América Latina.

LOS RETOS ACTUALES Y FUTUROS DEL SEGURO SOCIAL

En la última década se han dado pasos considerables, al integrar los servicios de salud preventivos (principalmente a cargo del Ministerio de Salud hasta 1995) con los de curación (principalmente a cargo de la CCSS antes de 1995). Otro paso importantísimo fue el de aplicar el concepto de “atención integral de salud” en la atención a las personas, planteado en el nuevo modelo de atención. Otro lo fue el

de ampliar los escenarios de trabajo en el primer nivel de atención: en los centros de salud (donde tradicionalmente se hacían las acciones de salud), en los centros educativos, los centros laborales, la comunidad y las familias; y otro, también de gran relevancia en cuanto a la organización del trabajo, es la apertura programática de atención a las personas: el niño, el adolescente, la mujer, el hombre y el adulto mayor, así como al ambiente.

Todos estos cambios y otros, expuestos en este libro, están en concordancia con el Proyecto de Reforma del Sector Salud de 1993. Las preguntas que surgen son: ¿En qué medida los postulados del Proyecto de Reforma se están aplicando en la realidad en la mayoría de los servicios de salud del primer nivel? ¿Responde el modelo actual a las necesidades de salud de la población, o bien, es necesario introducir nuevas estrategias y nuevas acciones de salud?

Aunque se dispone de la información que generan las evaluaciones de los Compromisos de Gestión, de las encuestas de satisfacción del usuario y de las evaluaciones del Ministerio de Salud, es urgente, al cumplirse el décimo aniversario de iniciada la Reforma del Sistema Nacional de Salud, iniciar un análisis profundo de la situación actual, con la información ya disponible y, si fuera necesario, mediante una evaluación global como la que se hizo en 1996, por la Sección de Investigación de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, del modelo de atención integral de salud..

El primer nivel de atención no puede funcionar con éxito en forma aislada; se requiere del apoyo y la fortaleza de los otros niveles del sistema, por lo cual, cualquier evaluación orientada a mejorar el sistema de salud deberá involucrar todos los niveles de atención y los componentes del sistema.

Como principales retos actuales y futuros de la seguridad social se visualizan los siguientes:

1. Superar la crisis de corrupción interna y despolitizar los mandos superiores y medios de la Institución.
2. Sanear las finanzas y recuperar las grandes deudas de algunas empresas privadas y del Estado; evitar la acumulación de más deudas. Afrontar el reto entre la equidad y la sostenibilidad económica.
3. Revisar urgentemente mediante una evaluación a fondo el proceso de Reforma iniciado en 1995.
4. Fortalecer el primer nivel de atención, mediante la asignación de más recursos y el apoyo a los postulados de la Atención Primaria de Salud.
5. Fortalecer los programas de promoción y de educación para la salud.
6. Fortalecer la participación social en salud en todas sus dimensiones.
7. Desarrollar e implementar nuevas estrategias para la atención y la solución de los problemas de salud actuales y los emergentes, a los cuales, en la actualidad, se les da un reducido alcance desde los servicios de salud.

8. Mejorar el sistema de referencias y contrarreferencias, como un mecanismo para incrementar la eficiencia del sistema de salud a las personas.
9. Definir un perfil de beneficios de las prestaciones de salud, y poner un límite a aquellos beneficios para unos pocos y extraordinariamente costosos, de acuerdo al principio de equidad. La demanda de beneficios puede ser ilimitada, los recursos siempre serán limitados.

LA NUEVA MEDICINA

En las últimas dos o tres décadas cada vez con mayor insistencia muchas personas acuden a lo que algunos han denominado la “medicina alternativa”, otros la “medicina holística” y, más recientemente la “medicina complementaria”. Todos estos términos incluyen una práctica médica en donde el objetivo involucra a las dimensiones física, mental, emocional y espiritual del ser humano (18.3).

El modelo biomédico o modelo biólogo dominó ampliamente la enseñanza y la práctica médica en los últimos dos siglos. Sin duda los éxitos fueron impresionantes con el descubrimiento del microscopio, el papel de las bacterias, los virus y los hongos en la génesis de enfermedades y el descubrimiento de las vacunas en el siglo XIX. Los extraordinarios avances en la farmacología, el descubrimiento de las sulfas y los antibióticos, la sustitución hormonal y de otros medios de tratamiento significaron un rotundo éxito para el modelo biomédico. Además, los procedimientos de diagnóstico y el avance de la cirugía llevaron rápidamente, a partir de los años cincuenta del siglo pasado, al desarrollo acelerado de las especialidades médicas y quirúrgicas. Más recientemente, los avances en la genética, la microcirugía, el uso del rayo láser y la electrónica en la confección de aparatos de diagnóstico, indican las posibilidades extraordinarias del modelo señalado.

Sin embargo, existe una infinidad de pacientes que padece enfermedades crónicas que no encuentran la solución a sus problemas, ni siquiera tratados por los mejores especialistas (18.3). Un gran número de padecimientos crónicos sólo pueden ser controlados parcialmente con tratamientos paliativos sintomáticos, que acarrear efectos secundarios perjudiciales. Por ejemplo, los padecimientos alérgicos de todo tipo, incluyendo el asma bronquial, así como la psoriasis y los herpes; las enfermedades *autoinmunes*, como el lupus y la artritis reumatoide. Otro importante grupo de enfermedades son: el mal de Parkinson y los tumores de todos los tipos, la arteriosclerosis y las hiperlipidemias, las jaquecas y los dolores de espalda. El sida y la depresión son problemas que, en vez de reducirse, están en escalada. El uso indiscriminado de antibióticos ha conducido a que aparezcan cepas bacterianas resistentes, casi siempre mortales.

Las personas con estos padecimientos y otros muchos consumen medicamentos muy diversos que alivian temporalmente sus dolores y sus síntomas clínicos. Con más frecuencia que la deseable, al aumentar las dosis de esos medicamentos, tienen efectos colaterales de muy variada intensidad, que les impiden llevar una vida

normal, les provocan incapacidades, y en no pocas ocasiones, la muerte. Ante la ineficacia en el tratamiento de la medicina alopática tradicional, más y más personas buscan nuevas alternativas; a la vez que las prescripciones del médico, utilizan una o más terapias complementarias sin que éste las haya prescrito o tenga información. De las pocas encuestas conocidas sobre el uso de la terapia complementaria, un informe en el *New England Journal of Medicine* (1991), reveló que una tercera parte de la población norteamericana adulta ya utilizaba este tipo de terapia prescrita en consultorios.

La **nueva medicina** va mucho más allá del modelo biomédico y de lo que conocemos hoy como “atención integral de salud” en el modelo de salud de Costa Rica. La nueva medicina que se está perfilando en numerosos países reconoce al ser humano como un todo en su dimensión biológica, emocional, mental y espiritual, viviendo en un ambiente social y ecológico. En cada una de estas dimensiones puede estar la causa de la aflicción así como el remedio (18.3). La nueva medicina resalta la participación individual y el conocimiento personal en el proceso de la curación. De igual forma, resalta la importancia de la autoayuda, la alimentación y el ejercicio físico como la verdadera atención primaria de salud (18.1).

Esta nueva medicina se ocupa no sólo de la curación y la prevención de enfermedades, sino también de aumentar el bienestar, movilizándolo el poder de nuestra mente para influir en nuestro cuerpo.

La nueva medicina hace acopio de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y los procedimientos quirúrgicos que conocemos en la actualidad, pero a la vez se abre a otras muchas alternativas, algunas de ellas milenarias, para resolver las situaciones que aquejan a las personas (18.1).

Algunas de estas terapias ya gozan de un reconocimiento del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, y la aceptación por una buena parte de los profesionales de la medicina, tales como: la dietoterapia, la fisioterapia, la hidroterapia, la psicoterapia, la acupuntura y la homeopatía. Otras se ven con recelo, por ejemplo: la cromoterapia, la medicina naturopática, la quiropráctica, la reflexología, la hipnoterapia y la herboterapia; y algunas otras son inaceptables para la mayoría de los profesionales médicos, por ejemplo: la polaroterapia, el yoga, la meditación, la terapia de visualización, acupresura y otras terapias orientales.

La herboterapia, por ejemplo, es ampliamente utilizada por la población costarricense. ¿Quién no ha tomado un té de manzanilla o de menta para su malestar estomacal? ¿Quién no conoce que el árbol “hombre grande” tiene un poder terapéutico extraordinario para las gastritis y las úlceras duodenoestomacales? La herboterapia se remonta a los inicios del ser humano y se practica en todas las culturas, la utilizaron nuestros antepasados y tiene una enorme difusión y uso en la actualidad. En Costa Rica existe un vasto conocimiento científico acumulado de las plantas medicinales, muchas de las cuales están disponibles con muy bajo costo o sin costo alguno. ¿Porqué no utilizar este conocimiento científico en la práctica médica?

Otro de los aspectos que resalta la nueva medicina es lo concerniente a la dimensión espiritual del ser humano. La meditación y la oración se consideran herramientas poderosas para alcanzar la paz, el equilibrio y la confianza de la persona (18.1). En todas las culturas el ser humano ha recurrido a este procedimiento como una forma de curación, incorporado a su creencia religiosa. Es muy notorio que las personas que participan en los grupos de autoayuda de alcohólicos anónimos o de drogadictos, y que tienen éxito, participan también en una transformación espiritual religiosa que les imprime una inmensa fortaleza para proseguir en su “nueva vida”. Las personas con enfermedades crónicas irreversibles casi siempre tienen ese vínculo espiritual que les permite llevar con mucha más aceptación su padecimiento, que de otra forma los haría entrar en profunda depresión. Ante estas evidencias y otras muchas de la dimensión espiritual: ¿Porqué no incursionar y conocer más de sus beneficios y ayudar a muchas personas a soportar situaciones que la medicina ortodoxa y otras terapias, son incapaces de solucionar?

NUEVAS ESTRATEGIAS: LA TERCERA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A lo largo del siglo XX, nuestro sistema de salud ha tenido cuatro despegues considerables; cuatro momentos en los que se produjo un cambio de paradigma, con intervalos de aproximadamente 20 a 25 años:

El primero de ellos en 1927, cuando el Dr. Solón Núñez Frutos creó la Secretaría de Salubridad y Protección Social e introdujo un conjunto de acciones, tales como la creación de los Departamentos de Ingeniería Sanitaria, el de Estadísticas Vitales, el de Profilaxis Dental y los Laboratorios de Salud Pública. Se reforzaron las luchas contra la tuberculosis, la lucha antivenérea y contra la lepra; se emitió legislación sobre la sanidad marítima y sobre alimentos y bebidas. En 1929 se inició la vacunación contra la tifoidea (18.5). Como consecuencia de estas y otras acciones se da un importante paso en la organización de los servicios de salud desde el Estado, y se produjo en los siguientes años un considerable impacto en la salud de la población.

El segundo de estos despegues ocurre en 1950. “El año de 1950 constituye la encrucijada cronológica en que todos los principios de salud pública y la legislación creada para aplicarlos comenzarán a concretarse en actividades de terreno debidamente coordinadas y aplicadas a nuevas áreas del país” (18.5).

En 1950 se ve nacer una nueva concepción de la salud pública con la reciente creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Ministerio de Salubridad y Protección Social se reorganiza y se crea la Dirección General de Salubridad y una serie de Departamentos (18.5) que desarrollan nuevos programas. La CCSS expande la cobertura de atención a una población asegurada cada vez más numerosa y se adopta una serie de medidas de salud pública desde el Ministerio de Salud.

El tercero de los despegues ocurre a partir de 1972; el cual se ha analizado en el Capítulo 2 de este trabajo, en sus alcances y sus repercusiones.

Finalmente, **el cuarto** de ellos se planea en los primeros años de la década de los 90 e inicia su ejecución en 1995.

En este año 2005, aún se están consolidando algunos componentes del Proyecto de Reforma, tanto en el Ministerio de Salud como en la CCSS; además, no se ha concluido la instalación de los EBAIS para alcanzar la cobertura a toda la población y se han detectado algunas carencias y amenazas importantes en la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Por otra parte, surgen los problemas de salud emergentes y reemergentes, y las enfermedades crónicas que representan un enorme impacto en la salud de la población. Las estrategias y las acciones del Sistema Nacional de Salud no disponen de la respuesta adecuada para muchos de ellos. Con estos antecedentes históricos, la pregunta obligatoria es: ¿estaremos en un nuevo ciclo de cambio de paradigma de los servicios de salud a partir del año 2010 o 2012 o antes? ¿Se requiere un proceso de evaluación estratégica de los avances y limitaciones de los diferentes componentes del Proyecto de Reforma planteado a inicios de la década pasada?

CONSULTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.1 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Memoria conmemorativa del 50 aniversario del Ministerio de Salud*; 1977.
- 1.2 Sáenz, L. *Salud sin riqueza (El caso de Costa Rica)*. Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación; 1985.
- 2.1 Becerra, J.; CL. Cubillo; G. Robles Arias; G. Serrato y J. Noriega. *Programa de Salud Integral de San Antonio. Una experiencia de salud comunitaria*. CCSS (Costa Rica); 1977.
- 2.2 Bergvall, A. *A successful health project in Costa Rica*. UNICEF News; 1979 (1).
- 2.3 INCAP/UNICEF/CELADE. *La mortalidad de la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Costa Rica: 1980-1989*; setiembre, 1990.
- 2.4 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Plan Nacional de Salud 1974-1980*; 1973.
- 2.5 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Proyecto de Salud Comunitaria para el Área Urbana*; julio, 1975.
- 2.6 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Costa Rica: Extensión de los Servicios de Salud*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS; 1978.
- 2.7 OPS/ OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. HSD/ SILOS 2; 1992.
- 2.8 Ortiz Guier, JG. *Salud rural. Área programática piloto San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz*. San Ramón; julio, 1974.
- 2.9 Ortiz Guier, JG. *Reseña histórica del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón (Hospital sin Paredes)*. EDNAS-CCSS; 1995.
- 2.10 Sáenz, L. *Salud sin Riqueza (El caso de Costa Rica)*. Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación; 1985.
- 2.11 Sáenz, L. *Health Changes During a Decade. The Costa Rican Case*. In: Good Health at Low Cost. Conference Report. The Rockefeller Foundation, Bellagio, Italy; 1985.
- 2.12 Vargas, W. *El Programa de Salud Rural de Costa Rica: un modelo para poblaciones marginadas*. América Indígena. Vol.XXXVII (2); abril-junio, 1977.
- 2.13 Vargas, W. *Desarrollo y características de los servicios de salud y nutrición para las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica*. En: La Transición de la Nutrición y la Salud de Costa Rica Democrática. Publicación INCAP DCE/019 (Guatemala); 1996.
- 2.14 Villegas, H.; W. Vargas, L. Alfaro y A. Amat. *Programa de Salud para Comunidades Rurales*. Ministerio de Salud (Costa Rica), Departamento de Salud Rural; 1974.

2.15 Villegas, H. y J. Ozuna. *Extensión de los servicios de salud en Costa Rica*. En: Condiciones de Salud del Niño en las Américas. OPS/OMS, Publicación Científica N° 381; 1979.

2.16 Williams, C. *Health Service in the Home*. Pediatrics, Vol 52 (6); 1973.

3.1 Guendel, L. *Gestión de la reforma de políticas de salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento*. En: Costa Rica: las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF-Ministerio de Salud de Costa Rica. pp 67; 1997.

3.2 Ministerio de Salud (Costa Rica)-CCSS. Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma: *Proyecto de Reforma del Sector Salud (resumen)*. San José, Costa Rica; 1993.

3.3 Peña, E. y F. Montero. *Descripción cuantitativa del proceso de implementación del modelo de readecuación de atención de salud*. Costa Rica, CCSS. Dirección Técnica de Servicios de Salud; julio, 1997.

3.4 Sojo, A. *La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe*. En: Costa Rica: las políticas de salud en el umbral de la reforma. UNICEF-Ministerio de Salud de Costa Rica, pp 35; 1997.

4.1 Kark, S. L. *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem; 1989.

4.2 OPS/ OMS. *Atención Primaria de Salud en las Américas. La enseñanza extraída a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 44° Consejo Directivo; julio, 2003.

4.3 San Martín, H. y V. Pastor. *Salud Comunitaria: Teoría y práctica*. Ed. Díaz de Santos (Madrid); 1988.

4.4 Starfield, B. *Primary Care. Is it essential?* Lancet, 344: 1129-1133; 1994

4.5 Starfield, B. *Atención Primaria*. Ed. Masson (España). Cap. 15; 2001.

4.6 Pritchard, P. *Manual of Primary Health Care*. Oxford Medical Publication. Cap. 1; 1978.

4.7 Vouri, H. *The role of School of Public Health in the Development of Primary Health Care*. Health Policy, 4:221-230; 1985.

4.8 World Health Organization. *Primary Health Care*. Geneva. WHO; 1978.

5.3 Caja Costarricense de Seguro Social. *Modelo de Compromiso de Gestión*; 2004.

5.2 Pritchard, P. *Manual of Primary Health Care*. Oxford Medical Publication. Cap. 2; 1978.

5.3 Starfield, B. *Atención Primaria*. Ed. Masson (España). Cap. 2; 2001.

6.1 Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual normativo de la visita domiciliar. I Nivel de Atención*; 2003.

6.2 Ministerio de Salud (Costa Rica)/CCSS. *Funciones y actividades del equipo de salud en el Primer Nivel de Atención*; 1996.

6.3 Ministerio de Salud-Ministerio de Educación-CCSS. *Manual de Atención Integral de los niños(as) en el escenario escolar*. San José, Costa Rica; 1999.

7.1 Caja Costarricense de Seguro Social. *Reglamentote de Juntas de Salud*; enero, 2004.

7.2 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Manual de Comités de Salud*. Octubre, 1978.

7.3 Ministerio de Salud (Costa Rica). Departamento de Trabajo Social/ OPS/OMS. *Estrategias de participación social en los Sistemas Locales de Salud*; 1991.

7.4 Ministerio de Salud (Costa Rica)/CCSS. *Funciones y actividades del equipo de salud en el Primer Nivel de Atención*; 1996.

7.5 Ministerio de Salud (Costa Rica). Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud. *Proyecto Educadores Comunitarios de Salud*; 1995.

7.6 OPS/OMS. *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas*. Publicación Científica N° 473; 1984.

7.7 Pritchard, P. *Manual of Primary Health Care*. Cap. 3. Oxford Medical Publication; 1978.

7.8 Sholtes, Joinor and Streibel. *The Team Handbook*; 1998.

8.1 Ayala, N.; X. Carvajal; J. Cercone y C. Arce. *Elementos del Sistema Nacional de Salud y su proceso de modernización. Módulo 1*, Curso Especial de Postgrado. Escuela de Salud Pública (UCR-CENDEISS); febrero, 1998.

8.2 Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://www.inec.go.cr/>

8.3 Ministerio de Salud (Costa Rica)-Caja Costarricense de Seguro Social. *Proyecto de Reforma del Sector Salud (Resumen)*; abril, 1993.

8.4 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Política Nacional de Salud 2002-2006*; julio, 2003.

9.1 Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Sección Información Estadística de Servicios de Salud. *Estadísticas de servicios de salud 1980-2003*; setiembre, 2004.

9.2 Centro Nacional de Tamizaje y la prevención de discapacidades en el niño. Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. Comunicación personal. 2005.

10.1 Asamblea Legislativa (Costa Rica). *Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. Ley N° 8239*; marzo, 2002.

10.2 Caja Costarricense de Seguro Social. *Estudio de percepción de los usuarios de los servicios de salud*. (Formato de cuestionario).

11.1 Arévalo, C. D. *Introducción a la Planificación Estratégica en Servicios de Salud. Módulo 2*. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. Escuela de Salud Pública (UCR)-CENDEISS; febrero, 1997.

11.2 Chaves, A. C. Comunicación personal. Departamento de Gestión Informática, Gerencia de División Médica, CCSS; 2005.

11.3 Pla Poveda C. *Habilidades Directivas*. En: Gestión en Atención Primaria. Capítulo 3. Editorial Masson (España); 2001.

11.4 Unidad de Tecnologías de Información. Comunicación personal. Programa de Atención Integral de Salud, Convenio UCR-CCSS; 2005.

12.1 Caja Costarricense de Seguro Social. *Evaluación de Compromisos de Gestión, años 2000, 2001 y 2002*. En: <http://www.ccss.sa.cr>

12.2 Caja Costarricense de Seguro Social. *Estudio de percepción de los usuarios de los servicios de Salud (formato de cuestionario)*.

12.3 Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*. México, Ediciones Científicas la Prensa Médica Americana S. A.; 1984.

12.4 López, M. E. *Informes de Evaluación de la Atención Integral en el Primer Nivel*. Ministerio de Salud, Dirección de Servicios de Salud; 2003.

12.5 Urroz, O. y P. Allen. *Introducción al estudio de la calidad en Servicios de Salud Local, Módulo 10*. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. Escuela de Salud Pública (UCR)-CENDEISS; octubre, 1997.

13.1 CCSS. Dirección Financiero-Contable. Departamento de Costos. *Anuarios 1997 al 2003*.

13.2 Fernández Díez, A. *Análisis de costes*. Documento mimeografiado. Sin fecha.

13.3 Ministerio de Salud, Costa Rica. *Análisis sectorial de salud, Costa Rica 2002. Capítulo VII: Gasto y financiamiento de la atención de salud*; diciembre, 2002.

13.4 OPS/ OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. HSD/ SILOS 2; 1992.

13.5 Programa de Atención Integral de Salud, Convenio UCR-CCSS, Unidad Financiera Contable. Comunicación Personal; 2004.

13.6 Segura, H. Programa Sistema de Información Gerencial, CCSS. Comunicación personal; 2004.

13.7 Starfield, B. *Atención Primaria*. Ed. Masson (España). Cap. 15; 2001.

- 14.1 CCSS-CENDEISSS. *Programa de Formación de Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS)*; 2002.
- 14.2 CCSS-CENDEISSS. *Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería*; 2003.
- 14.3 CCSS-CENDEISSS. Consejo de Educación Permanente en Farmacia. *12 Módulos para formación de Técnicos en Farmacia*; 2003.
- 14.4 CCSS-CENDEISSS. *Internado Rotatorio Universitario con Énfasis en Atención Primaria (una propuesta)*; 2002.
- 14.5 CCSS-CENDEISSS. *Resultados de la evaluación del posgrado del Internado Universitario con Énfasis en Atención Primaria. I Semestre 2003*; 2003.
- 14.6 Escuela de Salud Pública (UCR)-CENDEISSS. *Curso especial de Posgrado en Atención Integral para médicos generales, 2003-2005*; 2004.
- 14.7 Escuela de Salud Pública (UCR)-CENDEISSS. *Curso Gestión Local de Salud para técnicos del Primer Nivel de Atención*; 2004.
- 14.8 Martín Zurro, A. y J. F. Cano. *La docencia en Atención Primaria*. En: *Atención Primaria*, 3ª Edición. Ed. Mosby (Barcelona), Cap. 9; 1996.
- 14.9 Quirós, T. *Proyecto de Educación Continuada* (mimeografiado). Programa de Atención Integral de Salud, UCR-CCSS; diciembre, 2001.
- 14.10 Torres, R. *Modelo de Unidad Sistémica Estructurada (M.O.U.S.E)*. Escuela de Salud Pública (UCR)-CENDEISSS; Noviembre, 1996.

15.1 Frenk, J. *La Nueva Salud Pública*. En: *La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540, OPS/ OMS, 1992.

15.2 Starfield, B. *Atención Primaria*. Ed. Masson (España). Cap. 17; 2001.

16.1 Epp, J. *Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud*. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*. P. C. N° 557, pp 25-36; 1996.

16.2 Lalonde, M. *El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense*. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*. P. C. N° 557, pp 3-5; 1996.

16.3 OPS/ OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica N° 557, pp 367-372; 1996.

16.4 OPS/ OMS. *Carta del Caribe para la Promoción de la Salud*. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publicación Científica N° 557, pp 378-382; 1996.

16.5 OPS/ OMS. *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Bogotá)*. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*. P. C. N° 557, pp 373-377; 1996.

16.6 Terris, M. *Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública*. En: Promoción de la Salud: Una Antología. P. C. N° 557, pp 37-44; 1996.

17.1 Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social. Proyecto de Atención Integral de Salud (PAIS) para los cantones de Montes de Oca y Curridabat; 1998.

17.2 Amador, N. *Información General del PAIS*. Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social. (Actualizado por F. Chavarría); julio, 2003.

17.3 Chavarría, F. Comunicación personal. Programa de Atención Integral de Salud, Convenio UCR-CCSS; 2005.

18.1 *Enciclopedia de Medicina Complementaria*. Editorial Grijalbo (España); 2001.

18.2 Gordon J. S. *Manifiesto para una nueva medicina. La ayuda mutua*. Capítulo 13, pp 207-225. Ed. Paidós (España); 1997.

18.3 Gordon J. S. *Manifiesto para una nueva medicina*. Capítulos 1 y 2, pp 13-43. Ed. Paidós (España); 1997.

18.4 Kickbush, I. *El autocuidado en la promoción de la salud*. En: Promoción de la Salud: una Antología. OPS/OMS, P. C. N° 557, pp 235-245; 1996.

18.5 Ministerio de Salud (Costa Rica). *Memoria conmemorativa del 50 aniversario del Ministerio de Salud*; 1977

18.6 Ministerio de Salud (Costa Rica) *Encuesta de Nutrición. Fascículo 1: Antropometría*. Publicaciones Ministerio de Salud; 1997

18.7 Ministerio de Salud, Costa Rica. *Análisis sectorial de salud, Costa Rica*; diciembre, 2002.

18.8 Unidad de Tecnologías de Información. Programa de Atención Integral de Salud-Convenio UCR-CCSS. Comunicación personal; 2005.

ANEXO I

LISTA DE EXÁMENES DE LABORATORIO

ÁREA DE QUÍMICA CLÍNICA:

- Glicemias y curvas de tolerancia a la glucosa
- Ácido úrico
- Urea nitrógeno
- Creatininas
- Colesterol
- LHD colesterol (en casos justificados)
- Triglicéridos
- Transaminasas (ALT-AST)
- Proteínas totales y fraccionadas
- Fosfatasa accedo (fracción prostática)
- Fosfatasa alcalina
- Bilirrubina total y directa
- Amilasa en sangre y orina
- Calcio.

ÁREA DE HEMATOLOGÍA

- Leucograma
- Fórmulas rojas
- Cómputo de plaquetas
- Cómputo de reticulocitos
- Velocidad de eritrosedimentación
- Pruebas para investigar drepanocitos
- Células L.E.
- Tiempo de protombina
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Grupos sanguíneos ABO y factor Rh (Do)
- Pruebas directas e indirectas de Coombs
- Conteo de eosinófilos en moco nasal
- Morfologías de glóbulos rojos

ÁREA DE MICROBIOLOGÍA:

- Urocultivos
- Coprocultivos
- Cultivos de exudados y transudados
- Exámenes microscópicos directos y tintoriales de exudados, transudados, microbacterias, leishmaniasis, hongos, plasmodium, tripanosomas, etc. y campo oscuro
- Antibiógramas
- Coproparasitologías directas y frotis rectales
- Reacciones febriles
- Antiestreptolisinas

ANEXO II

LISTA DE MEDICAMENTOS PARA EL PRIMER NIVEL

código	descripción
1-10-33-6010	ACEITE DE RICINO.
1-10-33-7360	ACEITE MINERAL PARA USO ORAL.
1-10-16-0010	ACETAMINOFÉN
1-10-16-2400	ACETAMINOFÉN
1-10-16-6020	ACETAMINOFÉN (PARACETAMOL)
1-10-07-0030	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG. TABLETAS
1-10-11-0030	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG. TABLETAS
1-10-16-0040	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 500 MG. TABLETAS
1-10-14-0040	ACIDO ACETIL SALICÍLICO, TABLETAS RECUBIERTAS
1-10-23-6567	ÁCIDO CROMOGLÍLICO, PARA INHALACIÓN ORAL. FRASCO
1-10-13-0080	ÁCIDO FÓLICO
1-10-47-2420	ÁCIDO METACRESOLSULFÓNICO Y FORMALDEHIDO
1-10-46-2425	ÁCIDO SALICILICO 5% UNGUENTO TÓPICO, TUBO COLAPSIBLE 50 G.
1-10-46-6120	ÁCIDO SALICÍLICO EN COLODIÓN FLEXIBLE
1-10-43-3080	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, AMPOLLA 5 ML.
1-10-43-3090	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, AMPOLLA 10 ML.
1-10-15-0130	ALOPURINOL
1-10-51-6170	ALUMINIO ACETATO 10 % FÓRMULA SOLUCIÓN.
1-10-46-6180	ALUMINIO ACETATO. FÓRMULA. POLVO SOBRES 2.2 G.
1-10-32-0890	ALUMINIO HIDROXIDO 200 MG Y MAGNESIO HIDRÓXIDO 150-200 MG
1-10-32-6190	ALUMINIO HIDRÓXIDO, SIN MAGNESIO
1-10-29-0170	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO
1-10-10-1220	AMLODIPINO, (COMO BESILATO DE AMLODIPINO) TABLETAS O CÁPSULAS
1-10-02-0185	AMOXICILINA (COMO TRIHIDRATO) 500 MG. CÁPSULAS O TABLETAS
1-10-02-6205	AMOXICILINA BASE (COMO TRIHIDRATO), PARA SUSPENSIÓN ORAL
1-10-32-6240	ANTIÁCIDO COMPUESTO EN POLVO (CRETA 40 % + MG. CARBONATO
1-10-25-1614	ASTEMIZOL
1-10-08-0210	ATENOLOL, TABLETAS RANURADAS
1-10-23-6310	BECLOMETASONA DIPROPIONATO
1-10-50-6315	BECLOMETASONA DIPROPIONATO
1-10-21-6320	BELLADONA CON FENOBARBITAL FÓRMULA ELÍXIR
1-10-01-6340	BENCILO BENZOATO AL 25% (25 ML/100 ML.) LOCIÓN F.E.U. MODIFICADA
1-10-46-2460	BETAMETASONA (COMO 17 VALERATO)
1-10-26-0245	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 MG. TABLETAS.
1-10-33-2480	BISACODIL , SUPOSITARIOS
1-10-46-6390	BREA CONCENTRADA. FÓRMULA TÓPICA, CHAMPÚ. FRASCO DE 150 ML.
1-10-28-0270	CARBAMAZEPINA
1-10-02-0290	CEFALEXINA BASE. (COMO MONOHIDRATO)

1-10-02-6440 CEFALEXINA COMO CEFALEXINA (MONOHIDRATO). POLVO, P/
 SUSPENSION
 1-10-32-3290 CIMETIDINA (COMO CLORHIDRATO) 300 MG
 1-10-28-0340 CLONAZEPÁN 2 MG, TABLETAS
 1-10-02-0360 CLORANFENICOL 500 MG. CÁPSULAS
 1-10-25-0370 CLOROFENIRAMINA MALEATO
 1-10-25-3340 CLOROFENIRAMINA MALEATO
 1-10-25-6500 CLOROFENIRAMINA MALEATO
 1-10-01-0380 CLOROQUINA BASE 150 MG. (COMO FOSFATO)
 1-10-24-6540 CODEÍNA FOSFATO
 1-10-17-0410 CODEÍNA FOSFATO CON ACETAMINOFÉN
 1-10-15-0420 COLCHICINA 0.5 O 0.6 MG. TABLETAS
 1-10-36-1250 CONTRACEPTIVO ORAL: LEVONORGESTREL CON ETINILESTRADIOL
 1-10-36-1260 CONTRACEPTIVO ORAL: NORGESTREL CON ETINILESTRALDIOL
 1-10-46-2500 CREMA DE ROSAS,
 1-10-46-6570 CROTAMITÓN 10 % LOCIÓN. FRASCO DE VIDRIO 50 O 60 ML.
 1-10-25-6580 DESCONGESTIONANTE RESPIRATORIO
 1-10-25-0455 DESCONGESTIONANTE RESPIRATORIO ORAL
 1-10-34-3420 DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SÓDICA) O BETAMETASONA
 1-10-45-6610 DEXAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SÓDICA) O BETAMETASONA
 1-10-34-0460 DEXAMETASONA O BETAMETASONA 0.5 MG. TABLETAS
 1-10-24-6640 DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO
 1-10-24-0470 DEXTROMETORFANO BROMOHIDRATO 15 MG. TABLETAS
 1-10-31-3630 DIAZEPAM, AMPOLLA 2 ML.
 1-10-31-0480 DIAZEPAM, TABLETAS RANURADAS
 1-10-14-3650 DICLOFENACO SÓDICO, INYECTABLE. AMPOLLA 3 ML.
 1-10-25-0525 DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO
 1-10-25-6680 DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO
 1-10-28-6690 DIFENILHIDANTOINA BASE (FENITOINA) 125 MG.
 1-10-07-0550 DIGOXINA, TABLETAS RANURADAS.
 1-10-07-6720 DIGOXINA, FRASCO - GOTERO ÁMBAR 10 ML.
 1-10-25-3690 DIMENHIDRANATO, SOLUCIÓN AL 5% FRASCO-AMPOLLA
 1-10-25-0560 DIMENHIDRINATO , 50 MG, TABLETAS
 1-10-25-2520 DIMENHIDRINATO, 25 MG, SUPOSITARIOS
 1-10-36-6740 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (D.I.U)
 1-10-28-0090 DIVALPROATO ÁCIDO DE SODIO
 1-10-07-0610 ENALAPRILA MALEATO
 1-10-08-0267 ENALAPRILA MALEATO
 1-10-06-3750 EPINEFRINA (COMO CLORHIDRATO)
 1-10-27-0620 ERGOTAMINA TARTRATO O ERGOTAMINA TARTRATO Y CAFEÍNA
 1-10-02-0630 ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O COMO ETILSUCCINATO O COMO
 BASE
 1-10-02-6810 ERITROMICINA (COMO ESTEARATO), SUSPENSION ORAL
 1-10-09-0650 ESPIRONOLACTONA, TABLETAS RANURADAS
 1-10-36-0200 ESTRADIOL VALERIANATO Y ESTRADIOL VALERIANATO
 1-10-36-0660 ESTRÓGENOS CONJUGADOS

1-10-47-2550 ESTRÓGENOS CONJUGADOS DE ORIGEN EQUINO 0.625 MG/G.
 1-10-32-0695 FAMOTIDINA, TABLETAS RANURADAS
 1-10-05-0700 FENAZOPIRIDINA (COMO CLORHIDRATO)
 1-10-28-0540 FENITOÍNA SÓDICA , (DIFENILHIDANTOÍNA SÓDICA)
 1-10-28-0730 FENOBARBITAL
 1-10-28-0720 FENOBARBITAL 25 MG. TABLETAS RANURADAS.
 1-10-12-3880 FITOMENADIONA, INYECTABLE. AMPOLLA 1 ML.
 1-10-09-0790 FROSEMIDA 40 MG. TABLETAS
 1-10-09-3940 FROSEMIDA 20 MG, AMPOLLA DE 2 ML.
 1-10-13-0795 GEMFIBROZIL 600 MG. TABLETAS RECUBIERTAS
 1-10-50-0795 GEMFIBROZIL 600 MG. TABLETAS RECUBIERTAS
 1-10-45-7100 GENTAMICINA (COMO SULFATO) 3 MG/ML. SOLUCIÓN OFTÁLMICA
 1-10-39-0800 GLIBENCLAMIDA, TABLETA RANURADA. (NO MICRONIZADA)
 1-10-33-2560 GLICERINA, SUPOSITARIOS 1 A 1.5 G
 1-10-10-0810 GLICERITO-TRINITRATO, TABLETAS SUBLINGUALES
 1-10-51-6910 GOTAS OTICAS PARA SUAVIZAR CERUMEN.
 1-10-04-0820 GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADAS
 1-10-30-6940 HALOPERIDOL
 1-10-08-0840 HIDRALAZINA CLORHIDRATO 50 MG. TABLETAS.
 1-10-08-0850 HIDROCLOROTIAZIDA, TABLETA RANURADA.
 1-10-34-0860 HIDROCORTISONA
 1-10-46-2610 HIDROCORTISONA BASE O (COMO ACETATO)
 1-10-34-4100 HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO)
 1-10-46-2620 HIDROCORTISONA BASE O (COMO ACETATO)
 1-10-46-7050 HIDROCORTISONA, 0.5% (0.5 G/100 ML) LOCIÓN TÓPICA. FRASCO
 1-10-25-0875 HIDROXICINA DICLORHIDRATO O PAMOATO 25 MG.
 1-10-01-0880 HIDROXICLOROQUINA BASE 300 MG.
 1-10-13-7080 HIDRÓXIDO FÉRRICO POLIMALTOSATO, SOLUCIÓN ORAL
 1-10-31-0875 HIDROXINA BICLORHIDRATO O PAMOATO
 1-10-13-0910 HIERRO FUMARATO
 1-10-21-4120 HIOSCINA BROMURO DE N-BUTIL O PROPINOXATO O PRAMIVERINA
 1-10-21-0920 HIOSCINA BROMURO DE N-BUTIL O PROPINOXATO O
 1-10-14-0930 IBUPROFENO, TABLETAS RECUBIERTAS.
 1-10-29-0940 IMIPRAMINA CLORHIDRATO
 1-10-29-0950 IMIPRAMINA CLORHIDRATO
 1-10-14-2640 INDOMETACINA
 1-10-14-0960 INDOMETACINA, CÁPSULAS
 1-10-39-4150 INSULINA CRISTALINA BIOSINTÉTICA
 1-10-39-4145 INSULINA DE ACCIÓN INTERMEDIA N.P.H. BIOSINTÉTICA
 1-10-03-0990 ISONIACIDA 300 MG. TABLETAS RANURADAS.
 1-10-10-1000 ISOSORBIDE DINITRATO, TABLETAS ORALES RANURADAS
 1-10-50-2655 JALEA O GEL LUBRICANTE, TUBOS DE 120 A 142.5 G
 1-10-04-1010 KETOCONAZOL., TABLETAS RANURADAS
 1-10-26-1050 LEVODOPA CON INHIBIDOR 100 + 25 MG. RES
 1-10-30-1060 LEVOMEPRMAZINA BASE 25 MG. (COMO MALEATO)
 1-10-40-1080 LEVOTIROXINA SÓDICA 0.10 MG. TABLETAS

1-10-19-4190 LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2% (20 MG/ML) CO
 1-10-19-4185 LIDOCAÍNA CLORHIDRATO 2% INYECTABLES
 1-10-19-4170 LIDOCAÍNA CLORHIDRATO AL 2% (20 MG/ML)
 1-10-46-6400 LOCIÓN DE CALAMINA 16% (16 G/100 ML) FÓRMULA. FRASCO. CON 110 A
 1-10-33-1095 LOPERAMIDA CLORHIDRATO
 1-10-31-1100 LORAZEPAM, 2 MG., TABLETAS
 1-10-13-1105 LOVASTATINA 20 MG. TABLETA RANURADA
 1-10-33-7180 MAGNESIO HIDRÓXIDO. F.E.U. FÓRMULA. SUSPENSIÓN ORAL
 1-10-01-1110 MEBENDAZOL 100 MG., TABLETAS MASTICABLES
 1-10-36-1120 MEDROXIPROGESTERONA (COMO ACETATO)
 1-10-36-4250 MEDROXIPROGESTERONA ACETATO
 1-10-39-0900 METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG. TABLETAS RANURADAS
 1-10-45-7200 METILCELULOSA 0.5 % SOL. OFT., FRASCO GOTERO 10 ML. O 15 ML
 1-10-08-1030 METILDOPA (LEVO-ALFA), TABLETAS RECUBIERTAS
 1-10-08-1040 METILDOPA (LEVO-ALFA), TABLETAS RECUBIERTAS
 1-10-32-4300 METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG.
 1-10-32-1180 METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO
 1-10-01-1192 METRONIDAZOL 500 MG. TABLETAS. TIRAS DE 10 ó 15 TABLETAS.
 1-10-01-7210 METRONIDAZOL BASE (COMO BENZOILO) SUSPENSION ORAL. FRASCO.
 1-10-46-2660 NEOMICINA 3.5 MG. (COMO SULFATO) CON BACITRACINA 500
 1-10-04-7260 NISTATINA 100.000 U EN 1 ML. SUSPENSIÓN ORAL. FRASCO-GOTERO
 1-10-05-1230 NITROFURANTOÍNA 50 MG (MACROCRISTALES)
 1-10-46-2670 ÓXIDO DE ZINC COMPUESTO. CREMA,
 1-10-51-7320 OXIMETAZOLINA CLORHIDRATO
 1-10-02-1310 PENICILINA FENOXIMETÍLICA (COMO SAL POTÁSICA)
 1-10-02-4420 PENICILINA G. (COMO SAL SÓDICA O POTÁSICA)
 1-10-02-4400 PENICILINA G. BENZATÍNICA 1.200.000 U, FRASCO-AMPOLLA
 1-10-34-1430 PREDNISOLONA, 25 MG., TABLETAS
 1-10-34-1420 PREDNISOLONA, 5 MG., TABLETAS
 1-10-49-2440 PREPARACIÓN ANTIHEMORROIDAL, SUPOSITARIOS DE 1 A 2 G.
 1-10-49-2450 PREPARACIÓN ANTIHEMORROIDAL, UNGUENTO O CREMA. TUBO DE 30 A
 2-27-02-0140 PRESERVATIVO "CONDÓN"
 1-10-01-1440 PRIMAQUINA BASE 15 MG. (COMO FOSFATO)
 1-10-07-1510 PROPRANOLOL CLORHIDRATO
 1-10-08-1520 PROPRANOLOL CLORHIDRATO
 1-10-06-1540 PSEUDOEFEDRINA CLORHIDRATO
 1-10-33-7230 PSYLLIUM HIDROFÍLICO MUCILOIDE
 1-10-07-1550 QUINIDINA SULFATO 200 MG. TABLETAS RANURADAS.
 1-10-03-7490 RIFAMPICINA 100 MG / 5 ML. SUSPENSIÓN
 1-10-03-1560 RIFAMPICINA 300 MG. CAPSULAS
 1-10-50-7495 SACARINA SÓDICA 12,5 MG/ GOTAS
 1-10-23-7500 SALBUTAMOL
 1-10-23-1580 SALBUTAMOL (COMO SULFATO) TABLETAS RANURADAS
 1-10-23-7520 SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 0.5% SOLUCION RESPIRADOR
 1-10-23-7510 SALBUTAMOL SULFATO
 1-10-43-6760 SALES PARA HIDRATACION ORAL. FÓRMULA

1-10-46-2690 SULFADIAZINA DE PLATA
 1-10-14-1612 SULINDACEN TABLETAS
 1-10-23-1620 TEOFILINA ANHIDRA
 1-10-23-7600 TEOFILINA ANHIDRA
 1-10-23-1630 TEOFILINA ANHIDRA A. P. TABLETAS RANURADAS
 1-10-45-2692 TETRACICLINA CLORHIDRATO U OXITETRACICLINA
 1-10-02-1640 TETRACICLINA CLORHIDRATO U OXITETRACICLINA COMO CLORHIDRATO
 1-10-51-7620 TETRAHIDRAZOLINA CLORHIDRATO U OXIMETAZOLINA
 1-10-45-7630 TETRAHIDROZOLINA CLORHIDRATO U OXIMETAZOLINA CLORH. 0.05 % SOLUC.
 1-10-47-2697 TIOCONAZOL 100 MG. TABLETAS VAGINALES
 1-10-46-2695 TIOCONAZOL O BIFONAZOL O MICONAZOL NITRATO 1 % O 1 % O 2 %
 1-10-30-1680 TIORIDAZINA CLORHIDRATO
 1-10-17-4705 TRAMADOL CLORHIDRATO, INYECTABLE, AMPOLLA 2 ML.
 1-10-34-4720 TRIAMCINOLONA ACETONIDO
 1-10-02-1730 TRIMETOPRIMA CON SULFAMETOXAZOL
 1-10-02-7720 TRIMETOPRIMA CON SULFAMETOXAZOL SUSPENSIÓN ORAL
 1-10-28-7725 VALPROATO DE SODIO. SOLUCIÓN ORAL
 1-10-07-1754 VERAPAMILO CLORHIDRATO 80 MG. TABLETAS
 1-10-45-2700 VIDARABINA O ACICLOVIR 3% UNGÜENTO TUBO 3 A 5 G.
 1-10-42-1740 VITAMINA A (RETINOL)
 1-10-42-4670 VITAMINA B-1 (TIAMINA CLORHIDRATO), 1 G. INYECTABLE
 1-10-42-1650 VITAMINA B-1 (TIAMINA CLORHIDRATO)
 1-10-13-4860 VITAMINA B-12 (CIANOCOBALAMINA) 1000
 1-10-42-1350 VITAMINA B-6 (PIRIDOXINA CLORHIDRATO)
 1-10-42-6080 VITAMINA C (ÁCIDO ASCÓRBICO) 100 MG / ML. SOLUCIÓN ORAL
 1-10-42-0070 VITAMINA C (ÁCIDO ASCÓRBICO 500 MG. O ÁCIDO ASCÓRBICO 250 MG
 1-10-42-0110 VITAMINA D3 (UNO ALFA HIDROXICHOLECALCIFEROL)
 1-10-11-1760 WARFARINA SÓDICA

ANEXO III

LISTA DE EQUIPO Y MOBILIARIO POR EBAIS

Tipo de equipo	Cantidad
Monitor fetal	1
Electrocardiógrafo	1 por Área
Autoclave	1 por Área
Refrigeración vacunas de 12 pies	1 + 1 para el personal
Glucómetros	1
Nebulizadores	2
Picos de flujo	1
Ambús adultos y niños	1
Electrofulgurador	1
Camas de observación	1
Aspirador pequeño	1
Balanza para lactantes	1
Balanza para adultos	1
Balanza portátil	1 para ATAP
Esfingomanómetro de pie	1
Esfingomanómetro portátil	1 para ATAP
Lámpara de cuello de ganso	1
Manguitos para esfingomanómetros para niños, lactantes y obesos	1 de cada categoría
Set de diagnóstico portátil	1
Ventiladores de pared	3
Archivos tipo carta	1
Banco giratorio	1
Camilla de curaciones	1
Camilla de inyectables	1
Escritorio tipo secretaria	1 por funcionario
Camilla ginecológica	1
Mesas de mayo	1
Mesa para balanza de lactantes	1
Módulos de butacas para 4 personas	5
Sillas secretariales	1 por funcionario
Sillas de oficinista	2 por consultorio
Equipo de fax/ teléfono	1
Medios de transporte	
Vehículos	1 motocicleta para ATAP (en áreas periurbanas y rurales)
Otros	
Equipo quirúrgico estéril	3 para cada procedimiento
Equipo de cómputo (Variable, no está disponible en todas las Áreas de Salud)	1 para registros médicos, 1 para ATAPS 1 para el médico