

Factores que afectan la atención de la salud cardiovascular en la Región Huetar Atlántica.

Molina Granados, José María - jmmolina@ccss.sa.cr
 Cortés Ruiz, Armando - acortesr@ccss.sa.cr
 Caja Costarricense de Seguro Social

Resumen. La situación de salud cardiovascular de la Región Huetar Atlántica se ha caracterizado en los últimos años por altos índices de mortalidad prematura y resultados relativamente limitados en las evaluaciones que realiza la institución en el primer nivel de atención. La dificultad de los servicios de salud para revertir esta situación, plantea la necesidad de identificar los factores que afectan la calidad del control de las personas portadoras de riesgo cardiovascular. Se seleccionaron factores generales medibles, a la luz del conocimiento científico actual; se describió el Índice de Desarrollo Social como marcador del factor socioeconómico, macrodeterminante clave de la situación de salud de la zona; se estudió la influencia del acceso físico en zonas de amplia dispersión geográfica; y finalmente, se midió la cuota de responsabilidad de los servicios de salud en el control inadecuado de las personas con factores de riesgo. Para ello se utilizaron los porcentajes de personas hipertensas, diabéticas y dislipidémicas controladas óptimamente en las áreas de salud de la región durante el año 2014. Barreras sociales y económicas se suman a problemas de acceso físico en algunas zonas de la región. Sin embargo, el análisis de Talamanca demuestra que el problema de la dispersión geográfica no debería comprometer de manera decisiva el acceso a los servicios de salud. Se encontró que el factor medible más importante en el control de la diabetes y la dislipidemia fue la gestión local de los servicios.

Índice de Términos. Control en el primer nivel de atención, Región Huetar Atlántica, salud cardiovascular, control de enfermedades crónicas no transmisibles.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el 2012 murieron 17,5 millones de personas debido a ECV, lo cual representa un 31% de todas las muertes a nivel mundial. De estas, 7,4 millones (42,3%) fueron causadas por cardiopatía coronaria y 6,7 millones (38,3%) se debieron a accidentes cerebro-vasculares.

Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios, proporción que se incrementa si se mide en el rango de edad de menores de 70 años, es decir, en la población económicamente productiva. (OMS). Las personas con ECV que habitan estos países tienen menor acceso a servicios de asistencia sanitaria eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades. Como consecuencia, tienen mayor riesgo de morir a causa de ECV y de otras enfermedades no transmisibles (OMS, 2015).

La situación de Costa Rica es un reflejo bastante fiel de la realidad mundial, no sólo en cuanto a la magnitud general del problema, sino también por el efecto de la mortalidad prematura como país de bajo ingreso. Dentro de los cinco grandes grupos de causa de muertes, las enfermedades del sistema circulatorio han constituido por décadas la principal causa de muerte de la población costarricense. A su vez, el primer lugar de este grupo es ocupado por las enfermedades isquémicas del corazón, seguido de las enfermedades cerebrovasculares (MINSA, 2010 - 2014).

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), las unidades encargadas de brindar los servicios del primer nivel de atención en todo el país son las áreas de salud. En la atención de la salud cardiovascular, estas unidades tienen por objetivo primordial, además de la promoción de la salud y la identificación temprana de los factores de riesgo, el control adecuado de las enfermedades que aumentan en las personas la probabilidad de morir por eventos cardiovasculares. Estas acciones destinadas a la detección y control de factores de riesgo, se encuentran plasmadas en guías específicas que forman parte de la normativa técnica institucional. Los resultados alcanzados en

el cumplimiento de intervenciones estratégicas específicas, con base en criterios establecidos en esta normativa, constituyen el principal producto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) que implementa anualmente la CCSS (CCSS. DCSS, 2014). Esta evaluación incluye intervenciones que promueven el control óptimo de las personas con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia, enfermedades que constituyen factores de riesgo para la aparición de las ECV (CCSS, 2004).

Hacia el interior del país, la Región Huetar Atlántica (RHA) ha sido una de las zonas que ha llamado la atención de las autoridades sanitarias del país en relación con el perfil de morbi-mortalidad cardiovascular que ha mantenido en los últimos años (MINSA - CCSS, 2015).

Datos de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud (2015) indican que en los últimos 5 años, la Región Huetar Atlántica presenta, junto a la Región Chorotega, la tasa de mortalidad prematura más alta del país por causa de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular.

En concordancia con lo anterior, la atención brindada por las unidades que componen el primer nivel de atención institucional de la región ha presentado resultados insatisfactorios en los últimos años. Estos resultados han sido particularmente relevantes en las intervenciones relacionadas con salud cardiovascular contenidas en la EPSS.

De acuerdo con los informes de la EPSS, puede señalarse que del año 2010 al 2013 la RHA ha presentado resultados por debajo del promedio institucional en el control óptimo de las personas diabéticas e hipertensas; mientras que en las personas dislipidémicas los niveles se han mantenido cerca del promedio.

El modelo conceptual de Dahlgren y Whitehead (1991), ayuda a comprender que además del rol de los servicios de salud, existen grandes determinantes a partir de los cuales se construye la realidad sanitaria de las poblaciones. Estos

macro-determinantes corresponden a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de una región que actúan sobre otros, que a su vez, condicionan la realidad de una manera más inmediata (micro-determinantes). Estos últimos se expresan en estilos de vida y conductas que finalmente definen el estado de salud de las personas.

La RHA comprende una zona geográfica que presenta características históricas y ambientales muy propias, con poblaciones que expresan en su vida cotidiana la influencia de su riqueza cultural y variedad étnica, en su mayoría bajo condiciones socioeconómicas típicas de la ruralidad (Leiva, 2007). Consecuentemente, esta realidad perfila al usuario promedio de la zona, quien trata de responder a sus necesidades en salud cardiovascular con conductas y decisiones acordes con su nivel de educación, condiciones de trabajo, ingreso económico, características de su microambiente, costumbres y creencias. Preponderantes o no, los servicios de salud, sólo representan un factor más en medio de esta red de condicionantes.

De acuerdo con el estudio de acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica de Luis Rosero, la mitad de la población costarricense reside a 1 Km o menos de un centro de atención médica; alrededor del 10% de la población tiene acceso deficiente a servicios de salud. El umbral mínimo de acceso se establece en 4km de distancia entre el sitio de residencia y el centro de atención no hospitalario más cercano (Rosero, 2000).

La institución ha tratado de reducir las inequidades detectadas en la zona asumiendo su papel desde la prestación de servicios. Sin embargo, los esfuerzos de las instancias institucionales a nivel local y regional no han sido suficientes para generar resultados positivos y perdurables en la población atendida.

Con la orientación de la normativa técnica institucional y los recursos disponibles, las áreas de salud deben cumplir su rol en el primer nivel de

atención. Además de la responsabilidad de promover la salud y de prevenir la aparición de enfermedades, los servicios de salud, deben velar por un adecuado control de las personas portadoras de factores de riesgo cardiovascular una vez que estos se han instaurado. Según la OMS, en personas portadoras de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o el tabaquismo, son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos (OMS, 2015).

No obstante, como explican los modelos conceptuales vigentes, el adecuado control de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles exige además un fuerte componente de autocuidado y compromiso personal, que inevitablemente se encuentra bajo la influencia del medio.

Ante esta problemática, se evidencia la necesidad de estudiar los factores más importantes que, dentro o fuera de los servicios de salud, podrían afectar el control de las personas con enfermedades que aumentan el riesgo cardiovascular.

Si bien el análisis ofrece un panorama muy general y se encuentra limitado por las variables seleccionadas, se pretende un acercamiento poco tradicional, que trasciende ampliamente el ámbito de los servicios de salud. De igual forma, trata de ubicar en una dimensión más objetiva el papel de la gestión local de los servicios institucionales frente a la realidad particular de la región.

II. MÉTODOS

Los principales factores para el análisis fueron identificados a partir de una extensa revisión bibliográfica, seleccionándose aquellos cuyas variables fueran medibles y contaran con información disponible.

Índice de Desarrollo Social (IDS). Esta medida integra 11 subíndices socioeconómicos distribuidos en cuatro dimensiones: economía, educación,

participación social y salud. Su fuente es el informe del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica del año 2013 (MIDEPLAN, 2013).

El índice permite ordenar las poblaciones en una escala relativa, a partir de un valor asignado de 0 a 100. Un valor de 100 significa que una determinada población tiene en promedio los mejores indicadores, en relación con el resto.

Para las áreas de salud cuya población adscrita coincide con la del cantón, se utilizó el IDS de la escala cantonal. En esta situación se encuentran las áreas de salud de Guácimo, Matina, Siquirres y Talamanca. La caracterización social del resto de las áreas de salud, cuyas poblaciones pertenecen a uno o más distritos, se realizó por medio de la escala distrital. El Área de Salud de Valle La Estrella abarca el territorio del mismo distrito en el cantón de Limón.

Finalmente, las áreas de salud de Guápiles, Cariari y Limón fueron descritas mediante los índices de los distritos que estas unidades comprenden.

Acceso físico a los servicios de salud. Este factor se caracterizó mediante cuatro variables:

a) Densidad poblacional del cantón o distrito correspondiente al territorio cubierto por los servicios del área de salud. Unidad de medida:

No. habitantes/km² de territorio comprendido por del área de salud

La fuente de la población es la proyección del Centro Nacional de Estadística y Censos (INEC) al 2014. La extensión territorial se calcula con base en la extensión cantonal o la extensión de los distritos comprendidos, según corresponda.

b) Extensión territorial promedio por Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS). Se calcula relacionando el número de EBAIS de cada área de salud con su extensión territorial:

Extensión territorial del área de salud (km²)

Número de EBAIS

El número de EBAIS es el establecido por el Centro de Codificación Institucional (CECOIN) al 2014.

c) Cobertura general de atención. Es la proporción de la población adscrita a cada área de salud, que tuvo acceso a los servicios de salud en el 2014. Se calcula de la siguiente forma:

Número de personas que fueron atendidas en consulta al menos una vez en el área de salud durante el 2014

Número de personas adscritas al área de salud

El total de personas atendidas se obtuvo de las bases de datos de la EPSS. El número de personas adscritas a cada área de salud fue obtenido de las proyecciones realizadas por el INEC al 2014.

d) Cobertura con captación temprana de recién nacidos (CCT-RN). Se utilizó como indicador control del acceso físico, ya que no se ve afectado por barreras administrativas, como la condición de aseguramiento. Su cálculo se obtiene al multiplicar la cobertura de atención de niños menores de un año en el 2014 por el porcentaje de captación temprana de los recién nacidos, alcanzado por cada área de salud de la región, según los datos de la EPSS:

CCT-RN: C-RN * PCT-RN

Servicios de salud: fracción de gestión subóptima (FGS). Dada la dificultad para determinar cuantitativamente el peso particular de la gestión local en los resultados de la EPSS, una manera de asociar directamente la acción de los servicios de salud con los resultados de la evaluación es medir la parte del control subóptimo que puede atribuirse a las áreas de salud. Sobre este factor, la acción de condicionantes externos puede considerarse mínima o nula. Su medición fue establecida de la siguiente manera, para cada grupo de personas atendidas:

Fracción de gestión subóptima en las personas atendidas con Diabetes Mellitus tipo 2 (FGS-DM):

Porcentaje de atenciones con control subóptimo debido a la ausencia de exámenes de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el segundo semestre del 2014

Porcentaje de atenciones con control subóptimo en la población de diabéticos atendidos

Fracción subóptima de gestión en las personas atendidas con Hipertensión Arterial (FGS-HTA):

Porcentaje de atenciones con control subóptimo debido a la ausencia de tomas de presión arterial por más de seis meses en el 2014

Porcentaje de atenciones con control subóptimo en la población de hipertensos atendidos

Fracción de gestión subóptima en las personas con dislipidemia (FGS-D):

Porcentaje de atenciones con control subóptimo debido a la ausencia del perfil lipídico en el 2014

Porcentaje de atenciones con control subóptimo en la población de personas con dislipidemia atendidos

El porcentaje de atenciones con control subóptimo representa la proporción de personas que no alcanzaron el criterio mínimo establecido en sus exámenes o mediciones de control. El porcentaje de personas que no presentó exámenes o mediciones de control y el porcentaje de control subóptimo de cada grupo, fueron obtenidos de las bases de datos de la EPSS.

III. RESULTADOS

Índice de Desarrollo Social

El Índice de Desarrollo Social clasifica en una escala relativa de 0 a 100, tanto a los distritos como a los cantones del país.

A pesar de localizarse en la misma región, los distritos presentan diferencias importantes que van desde 27,3 en Valle La Estrella, hasta 67,3 alcanzado por Guápiles (escala dsitrital). Pese a la variabilidad encontrada, los valores obtenidos para todas las áreas de salud de la región, en el nivel cantonal y distrital, se encuentran en la categoría de "menor desarrollo social", establecida por

MIDEPLAN. Dentro de este grupo de valores, algunos son notablemente bajos.

Desde el punto de vista cantonal, Talamanca presenta el peor Índice de Desarrollo Social del país (Cuadro 1).

CUADRO 1
ÍNDICE DE DESARROLLO SOCIAL SEGÚN ÁREA DE SALUD.
REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA, 2013

ÁREA DE SALUD	Distrito	IDS Distrital	Posición entre 477 distritos	IDS Cantonal	Posición entre 81 cantones
Cariari	Cariari	49,2	369	—	—
	Colorado	24,8	473		
Guácimo	—	—	—	35,1	63
Guápiles	Guápiles	67,3	142	—	—
	Jiménez	61,4	221		
	La Rita	44,4	419		
	Roxana	46,9	393		
	La Colonia	45,3	407		
Limón	Limón	50,5	355	—	—
	Río Blanco	48,4	376		
	Matama	42,5	433		
Matina	—	—	—	26,6	73
Siquirres				33,1	64
Talamanca				0,0	81
Valle La Estrella	Valle La Estrella	27,3	471		

FUENTE: Ministerio de Planificación Nacional y de Política Económica 2013

Acceso físico a los servicios de salud

El acceso físico a los servicios de salud caracterizado por la densidad poblacional, la extensión territorial por EBAIS, la cobertura general y la cobertura con captación temprana del recién nacido (CCT-RN) muestran resultados muy variables.

Limón es el área de salud más densa de la región con 158,7 hab/km²; en contraste, Talamanca muestra la menor densidad poblacional y además presentó junto con Valle La Estrella la extensión territorial por EBAIS más alta. A pesar de lo anterior, Talamanca mostró la cobertura general más alta de la región, incluso por encima del valor institucional (49%).

Las áreas de salud por encima del percentil 50 (85,5%) en cobertura con captación temprana del recién nacido son: Guácimo, Guápiles, Cariari y Talamanca. Por otro lado, Valle La Estrella presenta el valor más bajo a casi 30 puntos porcentuales de lo alcanzado en la región (Cuadro 2).

CUADRO 2
VALORES DE LAS VARIABLES SELECCIONADAS PARA CARACTERIZAR EL
ACCESO A LOS SERVICIOS SEGÚN ÁREA DE SALUD.
REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA, 2014

ÁREA DE SALUD	DENSIDAD POBLACIONAL (hab/km ²)	EXTENSIÓN TERRITORIAL (KM ²) POR EBAIS	COBERTURA GENERAL (porcentaje)	CCT-RN (porcentaje)
Cariari	44,9	73,1	53,1	87,0
Guácimo	78,0	48,0	53,5	97,4
Guápiles	76,5	56,3	47,7	87,9
Limón	158,7	25,4	47,0	76,7
Matina	53,9	77,3	53,4	84,0
Siquirres	72,9	45,3	56,8	80,9
Talamanca	12,0	216,1	62,9	87,8
Valle La Estrella	15,9	246,6	45,2	58,9
Regional	46,5	78,5	51,9	86,0

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014

Servicios de salud: fracción de gestión subóptima

Valores considerables de FGS fueron encontrados en las áreas de salud de la región, para la población de diabéticos atendida.

La FGS fue nula en la población hipertensa atendida en la región debido a que la toma de la presión arterial se registró en todas las atenciones brindadas. Por tanto, la FGS no incidió en los resultados inadecuados de este grupo.

En contraste, se observaron valores altos en el grupo de diabéticos, desde 0,41 en Matina hasta 0,82 en Siquirres y una media regional de 0,61. Este valor es el más alto entre las regiones del país, y significa que la mayor parte de los usuarios que no alcanzaron el control óptimo se debió a la ausencia de los exámenes de seguimiento, que en este caso corresponde a la hemoglobina glicosilada del segundo semestre del año 2014.

Como referencia, la media institucional de FGS para áreas de salud fue de 0,49 en este indicador.

Con respecto a la población de dislipidémicos, la fracción atribuible a la ausencia del perfil lipídico durante el año fue relativamente baja, siendo Limón y Siquirres las áreas de salud que presentaron los valores más altos (Cuadro 3).

CUADRO 3
FRACCIÓN DE GESTIÓN SUBÓPTIMA EN
DIABETES MELLITUS Y DISLIPIDEMIA SEGÚN
ÁREA DE SALUD. REGIÓN HUETAR
ATLÁNTICA, 2014

ÁREA DE SALUD	DIABETES MELLITUS TIPO 2	DISLIPIDEMIA
Cariari	0,44	0,05
Guácimo	0,55	0,04
Guápiles	0,76	0,09
Limón	0,53	0,24
Matina	0,41	0,13
Siquirres	0,82	0,29
Talamanca	0,62	0,20
Valle La Estrella	0,68	0,00
Regional	0,61	0,13

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014

IV. DISCUSIÓN

Al analizar los factores que afectan la calidad del control institucional de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en la RHA, es obligatorio referirse a las características generales de la zona, que confieren un contexto particular a la atención de la salud. Si bien se han encontrado importantes diferencias en algunas variables de estudio, las áreas de salud de esta región comparten condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales muy similares.

De acuerdo con datos del año 2013 del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, todos los distritos de la región se encuentran en la categoría de menor desarrollo relativo y dentro de ésta, la amplia mayoría aparece en los subniveles de bajo y muy bajo desarrollo. Así mismo, las poblaciones atendidas por las áreas de salud de la región enfrentan menores oportunidades de acceder a la educación, a la participación social, a un ingreso económico digno y a la salud.

La Encuesta Nacional de Hogares, señala que a julio del año 2014 la región de planificación Huetar Atlántica es la que presenta el ingreso económico promedio más bajo, además la proporción de familias por debajo de la línea de pobreza es del 28,2% (INEC, 2014).

Estas condiciones generales, sociales y económicas, actúan sobre las personas como grandes determinantes de sus condiciones de trabajo, de su nivel de instrucción, de las características del microambiente familiar y de sus estilos de vida. En su contexto cultural, estos elementos definen a su vez, un conjunto de hábitos, conductas y percepciones particulares que pueden afectar la salud y disminuir la calidad de vida. Muchos de estos condicionantes afectan negativamente el control de las enfermedades que aumentan el riesgo cardiovascular.

Las posibilidades de transformar los hábitos de alimentación, de cumplir adecuadamente un plan de autocontrol y de lograr un buen nivel de adherencia terapéutica se reducen más en este contexto.

Si bien las condiciones de vida y laborales pueden asociarse con actividades de mayor despliegue físico, como efecto positivo, las mismas condiciones de trabajo podrían obstaculizar el acceso a los servicios de salud. Aunado a esto, las poblaciones con menor IDS presentan mayores índices de desempleo.

El crecimiento de la actividad económica informal compromete la condición de aseguramiento de una mayor cantidad de personas. Según la Encuesta de Hogares del 2014, la proporción de habitantes no asegurados en la región Huetar Atlántica alcanza un 17,8%.

En general, cualquier dificultad para acceder a los servicios de salud afecta el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que los usuarios requieren de un seguimiento periódico.

Por otro lado, la realidad social y económica de la RHA limita considerablemente la atención de la salud de esta población a los servicios públicos. En este sentido, quienes no tienen acceso a estos servicios, en buena medida, corresponden al porcentaje de la población sanitariamente desprotegida de la región.

Sobre este particular, uno de los problemas aceptados a nivel internacional es la distancia entre los centros de atención y las comunidades, particularmente en poblaciones geográficamente dispersas (Rosero, 2000). A este factor se agrega el pobre desarrollo de las vías de comunicación de la zona. Un Diagnóstico Municipal de la Región Huetar Atlántica informó que al 2007 sólo el 52% de la red vial se encontraba asfaltada y que se encontraba expuesta al deterioro debido a las precipitaciones habituales de la zona (Leiva, 2007).

El alto nivel de dispersión geográfica en algunas áreas de salud de la región, definida en términos de densidad poblacional y de extensión territorial por EBAIS, podría sugerir que se requiere incrementar el recurso humano en estas áreas para lograr coberturas satisfactorias. Sin embargo, parte de las observaciones invalida esta suposición, el mejor ejemplo se encuentra en el Área de Salud de Talamanca.

Según las características estudiadas, Talamanca constituye el área de salud con menor densidad poblacional de la región y presenta una gran extensión de territorio por EBAIS. Su población debe lidiar con serias limitaciones socioeconómicas, que se reflejan en el IDS cantonal más bajo del país. No obstante, presenta la más alta cobertura general de la región y alcanza coberturas con captación temprana del recién nacido de nueve puntos porcentuales por arriba del promedio institucional.

Talamanca logra coberturas moderadas en la atención de personas con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia, pero cercanas al promedio regional. En vista de que la cantidad promedio de población adscrita por EBAIS en esta área de salud es similar a la del resto de la región, es probable que la clave se encuentre en las estrategias que aproximan los servicios a la comunidad.

Si bien, por el alcance del estudio, no se conocen los elementos organizativos ni la dotación de recursos con los que cuenta el área de salud y que le permiten superar la barrera de la distancia, la realidad de Talamanca cuestiona el mito de la dispersión geográfica como factor en contra para lograr una oferta de servicios equitativa.

Con excepción de Valle La Estrella, todas las áreas de salud presentaron coberturas con captación temprana del recién nacido altas. Esta variable fue exitosa para controlar el acceso físico puro, ya que no se vio afectada por la condición de aseguramiento, superando las barreras económicas que pudieran presentarse a fin de controlar adecuadamente a los recién nacidos.

Entre el conjunto de factores descritos, el que presentó mayor influencia sobre la calidad del control en las personas diabéticas, fue la gestión de los servicios de salud. Este elemento tuvo un protagonismo marcado en todas las áreas de salud de la región, principalmente en Siquirres, Guápiles y Valle La Estrella.

Podría argumentarse que el cumplimiento del examen de hemoglobina glicosilada, implica al menos un contacto adicional del usuario con los servicios y que dicho evento no se encuentra bajo el dominio total de la gestión local. No obstante, los

usuarios diabéticos que consultan durante el año cuentan con seis meses para cumplir con su examen de control.

La magnitud de la FGS se asocia con las oportunidades reales que tienen las áreas de salud para mejorar la calidad del control de sus usuarios con diabetes a corto plazo. Este rubro no considera el efecto favorable que podría agregarse si se mejoran tanto las estrategias de educación como la calidad de la atención durante las consultas.

Por su parte, en el grupo de las personas dislipidémicas, la gestión local no tuvo una influencia tan desfavorable en los resultados alcanzados.

Además de la motivación para realizarse el examen, el usuario debe disponer de facilidades para acceder al servicio de laboratorio y de las condiciones apropiadas para garantizar la continuidad de la atención. Bajo este enfoque, es responsabilidad de las áreas de salud promover las mejores condiciones posibles con el fin de optimizar los resultados de su atención.

V. CONCLUSIONES

La observación de un conjunto de variables en la Región Huetar Atlántica ha permitido identificar el efecto de importantes factores contextuales cuya influencia es ampliamente reconocida, no sólo en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, sino también sobre la situación de salud en general.

La realidad de la región se encuentra enmarcada en un contexto socioeconómico desfavorable, caracterizado por índices de desarrollo social bajos en todas las áreas de salud. La vulnerabilidad social, tiende a su vez a condicionar estilos de vida sanitariamente nocivos, por lo que el alcance de resultados satisfactorios en la atención de la salud cardiovascular se vuelve una tarea complicada.

Los problemas de acceso a los servicios varían en la zona y ameritan un estudio aparte más detallado; sin embargo, Talamanca logra resultados de cobertura satisfactorios con una cantidad de recurso humano, por unidad de población, similar al resto de las

unidades. No obstante, su Índice de Desarrollo Social la ubica como una de las áreas de salud más desfavorecidas, esto contrasta con el nivel de acceso real que muestra su habitante promedio a los servicios de salud.

Finalmente, se ha evidenciado la responsabilidad de la gestión local con respecto a los resultados de la atención de los grupos de personas con diabetes y dislipidemia. Se considera que la gestión de las áreas de salud fue la barrera medible más importante para alcanzar un mejor control en las poblaciones mencionadas.

VI. REFERENCIAS

- CCSS. (2004). *Guía para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- CCSS. DCSS. (2014). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud*. San José: Dirección Compra de Servicios de Salud.
- INEC. (2014). *Encuesta Nacional de Hogares*.
- Leiva, M. (2007). *Diagnóstico de la Región Huetar Atlántica*. San José, Costa Rica.
- MIDEPLAN. (2013). *Costa Rica. Índice de Desarrollo Social*.
- MINSA - CCSS. (2015). Taller de Validación de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. DDSS. San José.
- MINSA. (2010 - 2014). *Memoria Institucional*. San José.
- OMS. (Enero de 2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado el 07 de Setiembre de 2015, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Rosero, L. (2000). *Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.