

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD OPS/OMS
PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD
DE CENTROAMERICA Y PANAMA - PASCAP -

Tabla de contenidos

L
1094

EPIDEMIOLOGÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE COSTA RICA

una experiencia de integración
docente-asistencial

M^a del Rocío Rodríguez
Ana C. Morice

San José, Costa Rica
1993

Tabla de contenidos

Presentación	
Introducción	
I. El contexto de los servicios de Salud	1
A. Antecedentes del Sector Salud: la década del 70	3
B. El inicio y profundización de la crisis	4
C. La Reforma del Sector Salud	6
D. El Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud	9
E. La Participación de la Universidad	11
II. Elementos conceptuales para la práctica epidemiológica	13
A. Aplicación de la epidemiología en los Servicios de Salud	15
B. Rol de la Universidad en los Servicios de Salud	22
C. Trabajo como eje del aprendizaje	23
III. Propuesta del proyecto educativo	27
A. Diseño metodológico	30
1. Elaboración de la propuesta educativa	30
2. Metodología empleada	32
3. Programación	34
B. Selección y elaboración del material didáctico	36
C. Evaluación	38
D. Acreditación	40
IV. Desarrollo del proyecto educativo	41
A. Características de los estudiantes	43
B. Ejecución del proyecto	45
V. Alcances y perspectivas del proyecto educativo	49
Bibliografía	
Lista de participantes	
Anexos	

Presentación

El presente trabajo representa un esfuerzo de la Licda. M^a del Rocío Rodríguez y la Dra. Ana Morice para sistematizar una experiencia educativa, de carácter docente asistencial, llevada a cabo en Costa Rica durante el segundo semestre del año 1992.

En el trabajo se expone el marco conceptual para el uso de la epidemiología en los servicios de salud, el proceso de la experiencia educativa y una evaluación, cinco meses después de finalizado el proyecto, con representantes de cada una de las regiones de salud.

La estrategia educativa empleada es muy novedosa y es la primera vez que el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina emprende la tarea de capacitar a profesionales de los servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, odontólogos, microbiólogos y nutricionistas), bajo la modalidad de actividades presenciales (tres días por mes) y de trabajo de campo con tutorías en el propio lugar de trabajo, al equipo de estudiantes y en todas las regiones de salud.

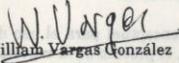
Los tutores fueron profesionales de los niveles centrales del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como profesores del Departamento de Salud Pública. Es la primera vez también, que cada región de salud dispone de un equipo de trabajo con una formación epidemiológica para analizar sus propios problemas de salud y sus factores de riesgo.

Debo resaltar el apoyo extraordinario que este proyecto ha tenido por parte de la Dra. Emilia María León, Directora General de Salud. Fue ella quien propició la formación de un comité interinstitucional Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social-Universidad de Costa Rica. Además, debo señalar que el proyecto no hubiera tenido vigencia sin el apoyo técnico y financiero de PASCAP/OPS y de la Agencia Española de Cooperación Internacional.

Tabla de contenidos

1	Presentación
1	Introducción
1	1.1. Contexto de la experiencia
1	1.2. Objetivos del proyecto
1	1.3. Metodología empleada
1	1.4. Organización del proyecto
1	1.5. Resultados y discusión de los hallazgos
1	1.6. Conclusiones
1	1.7. Referencias
1	1.8. Anexos
1	1.9. Bibliografía
1	1.10. Índices
1	1.11. Anexos

La sistematización de este tipo de experiencias educativas ofrece una gran enseñanza para este país y para países con situaciones similares a la de Costa Rica, en donde las universidades estatales deberán vincularse con mucha mayor fuerza a la capacitación en servicio del personal de salud que trabaja a nivel operativo.


Dr. William Vargas González
Directór
Departamento de Salud Pública
Escuela de Medicina
Universidad de Costa Rica

Introducción

Los avances que Costa Rica ha logrado en materia de salud y bienestar social, se han visto amenazados por la crisis que enfrenta desde hace varios años el Sistema Nacional de Salud.

A pesar de que los indicadores tradicionales de salud se han mantenido con pocas variaciones, esconden diferencias regionales y locales, que son producto de las condiciones precarias de vida de algunos grupos humanos postergados.

La desconcentración y el fortalecimiento de los niveles locales de salud se visualiza como la estrategia que permitiría mejorar la eficiencia en la gestión de las acciones y la equidad en el derecho a la salud.

Ante la necesidad de producción de conocimientos, el método epidemiológico es identificado como herramienta fundamental para profundizar en la explicación del proceso salud-enfermedad, en la identificación de grupos sociales en riesgo, al aportar información indispensable para la toma de decisiones en una planificación estratégica, la organización del sistema y para un proceso de gestión eficiente y oportuno.

En este contexto surge el Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud, con el propósito de conocer la situación de salud y garantizar el desarrollo de sistemas integrales de vigilancia y planificación de la salud.

La formación de recursos humanos necesarios para iniciar un proceso de esta naturaleza, fue delegada en la Universidad de Costa Rica, a solicitud de las autoridades de salud, quien, por medio del Departamento de Salud Pública, asumió el reto de desarrollar un Proyecto Educativo de integración docencia-servicio.

El presente documento pretende hacer una lectura crítica de esta experiencia. Se inicia con una ubicación de los servicios de salud

dentro del contexto actual, inmersos en un proceso de crisis económica y de propuestas de reestructuración. Seguidamente, se analizan algunos elementos teóricos sobre los que se enmarca la propuesta educativa: la práctica epidemiológica, el rol de la Universidad en los servicios de salud y la concepción del trabajo como eje del aprendizaje.

En el tercer capítulo se describe la propuesta del proyecto educativo, para luego analizar, en el cuarto, su puesta en práctica.

Para desarrollar el apartado que se refiere a alcances y perspectivas, se utilizaron los productos obtenidos en una sesión de seguimiento con los egresados, al considerar que su participación era indispensable, ya que sus aportes, después de haberse incorporado de nuevo a los servicios, reflejaban los logros y limitaciones del proyecto y, además, mediante sus observaciones era posible identificar necesidades, estrategias y acciones para dar continuidad al proceso educativo.

El documento también incluye algunos anexos que, sin la intención de ser exhaustivos, brindan información que ejemplifica la ejecución de la propuesta.

Finalmente, es necesario señalar que esta experiencia es el producto de un componente del Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud, por lo que no hubiera sido posible sin la participación de sus gestores: autoridades de salud del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social e integrantes de la Comisión Ad-Hoc.

También es indispensable resaltar la colaboración de los docentes y del personal de apoyo del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, la experiencia y responsabilidad de tutores y docentes del Curso de Epidemiología Aplicada a los Servicios de Salud, la cooperación técnica y financiera del Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América y Panamá (PASCAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

De manera muy especial, deseamos reconocer el entusiasmo y la participación de los estudiantes, actores principales de esta experiencia que, con su dedicación y criticidad, permitieron que la propuesta educativa se transformara en una realidad, de la cual todos aprendimos.

A. Antecedentes del Sector Salud: la década de los 70.

Durante la década de los setenta, Costa Rica disfrutó de una relativa bonanza económica y social, que produjo efectos positivos en la situación de salud de la población. En esta época se logró integrar un Plan Nacional de Salud, que reorganizó la estructura y el funcionamiento del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

El Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de desarrollar las actividades de promoción y prevención de la salud, mientras que las actividades curativas y de rehabilitación se entregaron a la Caja Costarricense de Seguro Social. Para ello, se extendió la cobertura de los Programas de Salud Rural, Salud Comunitaria, Niñez y Salud Ambiental, se universalizó la atención de los servicios de seguridad social y se ampliaron los beneficios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. El traspaso de Hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS permitió la extensión horizontal de la atención y la rehabilitación de la Salud. Con la creación del Programa de Asistencia Familiar en los servicios de salud.

El contexto de los servicios de salud

El contexto de los servicios de salud se implementó en un marco nacional con el que se buscó el desarrollo económico y social, para ser integral y coordinado, cubrir regional y alcanzar a todos los niveles y regiones y beneficiar los distintos sectores y estratos de la población.

Los indicadores de salud mostraron el impacto de una época de crecimiento económico y desarrollo social: la mortalidad general se redujo y la expectativa de vida se incrementó de 65.8 años en 1960 a 71.4 en 1970 y a 73.7 en 1980. La mortalidad infantil disminuyó de 64.5 en 1970 a 13.1 por 1.000 nacidos vivos en 1980 y la mortalidad

¹ Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Decenio Económico No. 1961-1970. P.O.P. 1983: 2-02. San José, Presidente de la República, 1979.

A. Antecedentes del Sector Salud: la década de los 70.

Durante la década de los setenta, Costa Rica disfrutó de una relativa bonanza económica y social, que produjo efectos muy positivos en la situación de salud de la población. En este período se logró integrar un Plan Nacional de Salud, que reorganizó la estructura y el funcionamiento del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

El Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de desarrollar las acciones de promoción y prevención de la salud, mientras que las actividades curativas y de rehabilitación se asignaron a la Caja Costarricense de Seguro Social. Para ello, se extendió la cobertura de los Programas de Salud Rural, Salud Comunitaria, Nutrición y Salud Ambiental, se universalizó la atención de los servicios de seguridad social y se ampliaron los beneficios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. El traspaso de Hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS permitió la extensión horizontal de la atención y la rehabilitación de la Salud. Con la creación del Programa de Asignaciones Familiares se apoyaron acciones orientadas a extender los servicios de salud.

La modalidad de administración y gestión que se implementó, estuvo apoyada en la regionalización del territorio nacional con el criterio de "que el desarrollo económico y social, para ser integral y coordinado, debe ser regional y alcanzar a todos los niveles y regiones y beneficiar los distintos sectores y estratos de la población" ¹.

Los indicadores de salud mostraron el impacto de esa época de crecimiento económico y desarrollo social: la mortalidad general se redujo y la expectativa de vida se incrementó de 65.6 años en 1960 a 71.4 en 1970 y a 73.7 en 1980. La mortalidad infantil descendió de 61.5 en 1970 a 19.1 por 1.000 nacidos vivos en 1980 y la mortalidad

¹ *Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Decretos Ejecutivos No. 9501-P-OP y 10653-P-OP. San José: Presidencia de la República, 1979.*

materna disminuyó en un 80% durante esta década². Las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias descendieron de un primer lugar a un noveno en el período 1970 a 1980.

B. El inicio y profundización de la crisis.

A finales de los años setenta, el país se enfrentó a una profunda crisis económica, que afectó a todos los sectores de la población. Sus orígenes se remontan desde varias décadas atrás, ya que las políticas y estrategias de desarrollo económico y social que habían sido implementadas, basadas en el fomento del crecimiento y diversificación de la producción, no alcanzaron el nivel de productividad y eficiencia necesarios para lograr el desarrollo económico y social que se pretendía. El modelo "siguió siendo tan excluyente y empobrecedor como el viejo esquema de crecimiento primario-exportador"³.

Además de las dificultades al interior del país, con un modelo de desarrollo que resultaba ineficiente, un aparato estatal que había ido creciendo en forma acelerada, que demandaba una importante inversión en recursos humanos, físicos y financieros y una deuda externa en aumento, la crisis también estuvo determinada por factores externos. La recesión de los países industriales, la caída en los precios del petróleo, la elevación en las tasas de interés en los mercados internacionales y las dificultades político-económicas de la región, agravadas por los conflictos bélicos de algunos países de Centroamérica, profundizaron las limitaciones que enfrentaba el país.

La recesión económica impactó los logros que Costa Rica había alcanzado en materia de salud y bienestar social. El país se había caracterizado por la inversión de una cuota importante de su presu-

² Jaramillo J. *Los problemas de salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 1984.

³ Garnier L. *La política social en tiempos del ajuste*. Mimeógrafo, pág. 96, 1992.

puesto en los sectores sociales, cifra que alcanzó un 23.1% del PIB en el año 1980. Esta condición permitió situar a Costa Rica dentro de los países del Hemisferio Occidental con mejores indicadores sociales. Sin embargo, durante los últimos años, esa cuota se redujo, debido a las restricciones financieras del país.

A pesar de que los indicadores de salud no evidenciaron un deterioro importante durante este período de crisis, ciertas enfermedades infecciosas mostraron un incremento: la malaria subió en forma importante de 376 casos en 1981 a 6.951 en 1992, el sarampión azotó a una considerable población y la amenaza de la epidemia del cólera puso en evidencia una serie de deficiencias en los servicios de suministro de agua, disposición de desechos y saneamiento ambiental. Por lo tanto, el actual perfil epidemiológico y demográfico, muestra una situación de transición, donde coexisten el aumento en la proporción de personas de edades avanzadas y la mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, con una serie de patologías propias de la pobreza, donde aún persisten las enfermedades infecciosas y parasitarias.

El Sector Salud es un componente fundamental dentro de los sectores sociales, al desarrollar actividades que representan una condición esencial para que la producción económica se lleve a cabo en un marco de estabilidad y progreso social. Por ello, es alarmante que "el deterioro de los niveles de salud de la población, la deficiente atención en los hospitales, el desfinanciamiento en los programas de asignaciones familiares, los problemas de abastecimiento de agua potable, la falta de infraestructura sanitaria adecuada en muchas comunidades, la contaminación del agua y el ambiente, parecen estar conduciendo a una crisis sanitaria en el país, que amenaza las conquistas sociales en ese campo"⁴.

En este contexto, se planteó el debilitamiento del actual modelo de atención, medicalizado, con un enfoque biológico y que asigna, por ende, una gran cuota de poder a los niveles de mayor complejidad,

⁴ Cepas. *Balace de Coyuntura Urbana: 1987*. San José, Cepas, documento de trabajo, sp, 1987.

La reestructuración de los sistemas de vigilancia de la salud y la planificación y programación de las acciones, como elementos básicos para una administración eficiente de los recursos y de intervenciones en salud oportunas, se plantean como piezas claves del proceso de reforma. Esta necesidad sentida en el país había llevado a plantear un proyecto interinstitucional denominado Vigilancia y Planificación de la salud, al cual se refiere el apartado siguiente de este documento. Se considera indispensable evaluar y reorganizar los sistemas de información epidemiológica, así como las metodologías de vigilancia y planificación de las acciones en salud, ya que éstas han sido, tradicionalmente, centralizadas y, a pesar de que la información se genera en los niveles locales, el procesamiento, análisis y presentación de la información se lleva a cabo en el nivel central.

Además, el análisis del perfil epidemiológico del país, requiere de nuevas metodologías que expresen las diferencias regionales y locales, que deben ser detectadas, pues reflejan desigualdades en la situación de salud de las comunidades de acuerdo con la ubicación geográfica y las condiciones particulares de vida de cada una de las colectividades.

La situación no es exclusiva de Costa Rica. Durante los últimos años, las economías de los países de América Latina y el Caribe también se han tambaleado, con los consiguientes efectos nocivos sobre las condiciones de vida de los habitantes. El impacto que estos cambios generaron sobre la salud, ha sido motivo de análisis para la Organización Panamericana de la Salud, que identificó la necesidad de desarrollar nuevos indicadores y estrategias de evaluación de la situación de salud. Se propuso el empleo de estratos de población menos heterogéneos, indicadores más operativos y una concepción más integral de la salud, para lo cual se diseñaron nuevos métodos y procedimientos que apoyaran el desarrollo de sistemas de vigilancia de la salud, basados en las diferencias de las condiciones de vida de los diversos grupos sociales ¹⁰.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. *Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad*. Mimeógrafo. Preparado por el Programa de Análisis de Situación de Salud y sus Tendencias (HSTA). Enero, 1992.

Costa Rica se involucró en esta búsqueda de estrategias y nuevos modelos para el análisis y vigilancia de la situación de salud, acordes con las tendencias y los determinantes que inciden en las condiciones de salud.

D. El Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud.

Las autoridades de salud y de manera particular, la Directora General de Salud, Dra. Emilia Ma. León, ante la necesidad de adecuar la vigilancia epidemiológica a los requerimientos de la situación de salud del país y al reconocer la carencia de un sistema integral de información y de vigilancia de la salud, que permitiera disponer de datos confiables y oportunos, aplicables a la toma de decisión y a la planificación, decidieron conformar un grupo técnico (Comisión Ad-Hoc) que desarrollara la propuesta de un Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud e iniciara un proceso de identificación y análisis de opciones a los problemas planteados. Este grupo estuvo constituido por representantes del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica, Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El objetivo fundamental de este proyecto fue: "Conocer la situación de salud y garantizar el desarrollo de los sistemas de vigilancia y planificación de la salud, mediante el desarrollo de los recursos humanos, así como de la estructuración y usos de la información para conducir y administrar las acciones en salud en todos los niveles administrativos (local, regional, nacional)" ¹¹. Para el logro de este objetivo, el proyecto propuso los siguientes componentes: Análisis de Situación de Salud, Vigilancia de la Salud, Planificación de la Salud, Formación y Capacitación de Recursos Humanos, Información Integral de Salud.

¹¹ Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud. *Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud. Propuesta*. San José, Costa Rica. Abril 1992. p. 9.

forzando en los estamentos técnicos la necesidad de propuestas de reestructuración.

Debido a la necesidad de combatir la crisis económica y a la presión de organismos internacionales, se establecieron una serie de requisitos y metas que el país debía cumplir para solventar la difícil situación que enfrentaba, lo que condujo a la implementación de programas de estabilización y ajuste estructural que buscaban, entre otros objetivos, "la inserción más profunda de la economía en el comercio internacional, la modernización del sistema financiero y el mejoramiento de la administración del Sector Público y... dentro del mejoramiento de la función pública, el fortalecimiento de los sectores sociales en equilibrio con el desarrollo económico"⁵.

C. La Reforma del Sector Salud.

El Estado visualiza la reforma del Sector Salud como una urgente necesidad que permitiría integrar y mejorar la eficiencia, eficacia y la equidad en el derecho y la prestación de los servicios de salud. Se propone para el Sector Salud "un salto cualitativo en la organización y relaciones del Sistema Nacional de Salud, que involucre aspectos tan importantes como el desarrollo de nuevas modalidades de atención, la rectoría del sector, la integración de servicios del Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, la apertura programática única y la creación de las gerencias regionales únicas, así como las nuevas políticas presupuestarias y de desarrollo institucional de la Caja"⁶. Para lograr la descentralización institucional, se pretende consolidar la efectiva descentralización administrativa y funcional, que llevaría al descongestionamiento del nivel central y facilitaría la toma de decisiones oportunas y adecuadas a las necesidades reales del nivel regional y local⁷.

⁵ Unidad Preparatoria del Proyecto Reforma del Sector Salud. *Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud*. San José, Costa Rica. Agosto, 1992.

⁶ *Ibid.* p. 4.

⁷ República de Costa Rica. *Programa de Reforma del Estado. Plan Nacional de Reforma del Sector Salud*. San José, Marzo de 1993.

A pesar de que existe consenso en la necesidad de una reforma, este proceso de reestructuración del sector ha despertado polémica en torno a su aplicación y es necesario definir, claramente, cuáles son las prioridades del desarrollo nacional, cuáles son los criterios de eficiencia social, de equidad y solidaridad con que se valorarán las acciones y programas, sin perder la perspectiva de que la salud es una responsabilidad del Estado y un derecho del ciudadano. Debe conceptualizar el ajuste como "un instrumento de desarrollo, más que como una herramienta de estabilización macroeconómica"⁸.

A partir de informes de evaluación interinstitucional, la Comisión Evaluadora del Proyecto de Reforma del Sector Salud, identificó, entre los problemas más relevantes que aquejan al Sector, los siguientes: reducción de los recursos asignados al Sector; inexistencia de una instancia de planeamiento integral, control y evaluación que, desde una perspectiva sectorial, indique su subsecuente desagregación institucional; falta de sistematización, oportunidad y confiabilidad en el manejo de la información; carencia de una definición clara de políticas, normas y procedimientos para la gestión de los recursos humanos; administración presupuestaria que utiliza procedimientos tradicionales y rígidos e inexistencia de una participación social real y efectiva.

Con la finalidad de proceder a la readecuación del sistema de salud, y para dar cumplimiento al objetivo de descentralización del sector, se consideró necesario, entre otros aspectos:

- "Identificar el perfil epidemiológico, de la población del país por regiones y estratos económicos y sociales, con base en fuentes de información secundaria o estimaciones razonables.

- Efectuar, sobre la base del perfil epidemiológico identificado, la conceptualización del modelo de atención de la salud"⁹.

⁸ Garnier L. *op cit.* p. 11.

⁹ Banco Mundial. *Costa Rica: Proyecto para el Sector Salud. Misión de Identificación*. Ayuda Memoria. Febrero de 1992.