



*República de Costa Rica*  
*Ministerio de Salud*  
*Despacho de la Ministra*

**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD:  
POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

## **REPÚBLICA DE COSTA RICA MINISTERIO DE SALUD**

**DOSSIER NACIONAL - INTERCAMBIO 2-08**

**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA  
AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES  
EN COSTA RICA”**

**San José, Costa Rica  
Septiembre-2008**



*República de Costa Rica*  
*Ministerio de Salud*  
*Despacho de la Ministra*

**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD:  
POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

## **EQUIPO DE APOYO EN LA ELABORACIÓN**

### **MINISTERIO DE SALUD**

María de los Angeles Hidalgo Ugalde  
Rita Méndez Villalobos  
Juan Miguel Cerdas Chacón

### **UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

María Griselda Ugalde Salazar

### **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dr. Eduardo Cambronero Hernández  
Dra. Hilda Oreamuno Ramos



*República de Costa Rica*  
*Ministerio de Salud*  
*Despacho de la Ministra*

**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD:  
POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

**SIGLAS UTILIZADAS EN EL DOSSIER**

<b>CR</b>	<b>Costa Rica</b>
<b>MS-</b>	Ministerio de Salud
<b>CCSS-</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>EBAIS-</b>	equipos básicos de atención integral en salud
<b>ATAPS-</b>	asistente técnico de atención primaria en salud
<b>APS-</b>	atención primara en salud
<b>APR-</b>	atención primara renovada.
<b>OMS/OPS</b>	Organización mundial de la salud y organización panamericana de la salud
<b>Med-</b>	médico
<b>EG-</b>	Enfermera general
<b>EO-</b>	Enfermera obstétrica
<b>AE-</b>	Auxiliar de enfermería
<b>RCS-</b>	Región Central Sur
<b>RHA</b>	Recurso humano en salud
<b>RRHH</b>	Recursos humanos
<b>A y A</b>	Acueductos y alcantarillados
<b>INS</b>	Instituto nacional de Seguros
<b>INCIENSA</b>	Instituto de ciencias de investigación y nutrición y salud
<b>IAFA</b>	Instituto de fármaco dependencia



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

### **INTRODUCCION**

#### **GENERALIDADES DE COSTA RICA**

**Costa Rica** es un país pequeño, con una extensión de 51,100 Km<sup>2</sup>.

**Ubicación y límites** Está ubicado en el Istmo Centroamericano. Limita al Norte con Nicaragua, al Sur con Panamá, al Este con el Mar Caribe y al Oeste con el Océano Pacífico.

**Clima** es tropical, lluvioso, un poco frío en las montañas y cálido en las costas. Su temperatura agradable y estable, que oscila entre 18 y 24 grados, normalmente. Predominan las dos estaciones: invierno con 8 meses de intensas lluvias y verano, soleado los meses de diciembre, enero, febrero y marzo.

**División Política**, el país se divide en siete provincias, 81 cantones y 415 distritos. Cada cantón con su gobierno municipal, elegido popularmente cada 4 años.

**Gobierno** su gobierno es republicano democrático, con elecciones populares cada 4 años; de saludable alternabilidad partidista en el poder, con la amplia legislación laboral Los servicios y programas de apoyo social, ha llevado a la estabilidad gubernamental e institucional del país. Por otra parte, el no contar con ejército desde 1948, ha permitido que los recursos se canalicen a los sectores de educación, salud y vivienda, con impactos positivos en cuanto a la calidad de vida de la población y el mantenimiento de la paz social.

**Red Vial** : El país esta interconectado por una larga red de caminos, con 4,642.394 kilómetros asfaltados lamentablemente no en muy buen estado, dado las intensas lluvia, las inundaciones y el poco mantenimiento. Posiblemente, esta situación esté ligada, en parte, al alto índice de accidentes de tránsito, con altas tasas de mortalidad, ocupamos el tercer lugar en mortalidad general por accidentes de tránsito en el país, con una tasa de mortalidad por accidentes de tránsito 15.6 % por cien mil habitantes, para el 2006.

La **estructura demográfica**: Ha variado en su composición, los nacimientos llevan una tendencia a la baja, en los últimos 4 años. Para el año 2006 la tasa de natalidad fue de 16.2 por cien mil habitantes.

**Esperanza de vida al nacer** : la esperanza de vida general para el año 2006 fue de 79,11 y de 76.95 hombres y 81,31 para mujeres.

**Población** Para el 2006, cuenta con una de 4,401.845 habitantes. Para una densidad poblacional de 86.1 por kilómetro cuadrado.



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

**Distribución por áreas** urbanos 49.7 % y rurales 50.3 %.

**Crecimiento poblacional** debido a migraciones 0.4 habitantes por año.

**Nivel educativo** En CR la educación en primer, segundo y tercer ciclo, son gratuitas y obligatorias, para el 2006 el porcentaje total de alfabetismo en personas de 10 años y más fue de 95.2,% , para hombres de 95.0 % y 95.5 % para mujeres.

### **INDICADORES ECONÓMICOS**

**Inversión En salud (gasto Nacional)** En el 2006, el gasto nacional en salud fue de 661,604.088 millones. Representa el.5.81 % del producto interno bruto.

**Población cubierta por el seguro de salud según tipo de aseguramiento**, el seguro de salud se financia a través de una cuota tripartita: Empleado, Patrón y Estado.

Seguro a directo a asalariados 1.143.312 o sea el 25 %

Seguro por cuenta del Estado y familiar 502.504, o sea el 11.4 %

Seguro de pensionados 273.217, o sea el 6.20 %

Población no asegurada 532.491, o sea el 12 %

**VIVIENDA:** Total de viviendas ocupadas 1,062.315 De las cuales tienen problema de hacinamiento 53.200 y con déficit habitacional 157.346 casas. Habitantes por vivienda 3,71 personas.

**Servicios públicos** la cobertura de agua potable es de 82.7 % La cobertura del servicio de alcantarillado es de 93.4%.

## **MARCO CONCEPTUAL**

Antes de iniciar con el desarrollo del tema propiamente dicho, se debe aclarar que, en el país, se entiende la Atención Primaria como una estrategia, que puede ser operativizada en cualquiera de los tres niveles de atención, privilegiando al primer nivel como puerta de entrada al Sistema de Salud.

**La salud** se concibe como el resultado de la interacción entre las determinantes estructurales: políticas, sociales, económicas, ambientales, tecnológicas, además, de las biológicas humanas.



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

Se cree en la salud como elemento primordial para el desarrollo y se acepta como definición de “desarrollo sostenible: el proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano, que lo coloca como centro y sujeto primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social, y la transformación de los métodos de producción y el soporte vital de la región. Este proceso implica el respeto la diversidad étnica, y cultural regional, nacional y local, así como el fortalecimiento y la plena participación ciudadana , en convivencia pacífica y en armonía con la naturaleza *sin comprometer y garantizando la calidad de vida de las generaciones futuras*”\* *Cumbre de Presidentes centroamericanos Cumbre ecológica Managua Nicaragua, 12 /10/94.*

Se impone la responsabilidad al Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, de garantizar el acceso, de toda la población, a los servicios de salud, bajo los principios de equidad y calidad y privilegiando el interés público.

Se piensa en los servicios de salud como la actividad de atención directa a las personas y protección del hábitat humano, que se brinda en forma individual o colectiva, con el fin de proteger y mejorar el estado de salud de la población.

Desde 1994 con el traspaso de los servicios de salud del MS a la CCCS, ésta se convirtió en la institución responsable de la provisión de servicios de salud públicos, en conjunto con otros proveedores asociados lo servicios de salud el INS, A y A, IAFA grupos comunales y complementados por los servicios de salud privados.

En el año 1990 la OMS recomendó el relanzamiento de la APS y la promoción de la salud en el marco del modelo de atención integral en Salud. En el 2004 la OPS plantea la importancia de retomar y fortalecer esta estrategia por los gobiernos de la región, lo que fue ratificado en la reunión del sector salud Centro América y República Dominicana, con motivo de la conmemoración del 27 aniversario de Alma Ata y la estrategia APS.

Fue así como Costa Rica con el apoyo de OMS/OPS llevó a cabo un taller cuyo objetivo general fue elaborar una propuesta para el fortalecimiento del modelo de atención integral en CR, en el marco de la APS, con énfasis en los componentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el primer nivel de atención, que sirva de base para la readecuación del mismo en los otros niveles de la red.



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

### “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

#### 1-Provisión de la APS Instituciones y servicios

En Costa Rica es la CCSS la institución encargada de proveer los servicios de APS, los que se brindan en sectores geográficos definidos y poblacionales de 4 a 5 mil habitantes, en todo el país, sin demérito de otros proveedores privados y de organizaciones no gubernamentales, en menor grado.

#### Cuáles son los tipos de unidades que brindan la APS en CR?

En CR las unidades que brindan APS, y son los equipos básicos de atención integral en salud y sus respectivos equipos de apoyo, que están ubicadas en el primer nivel de atención.

Los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) tienen adscritas una población de 4 a 5 mil habitantes en una área de geográfica definida. Para el año 2006 se contaba con 903 EBAIS, ubicados tanto en área urbana como rural. Existe un promedio de 6-10 EBAIS por Área de Salud.

#### Cómo están constituidos los equipos que brindan APS?

En las Áreas de Salud están los **Equipos de Apoyo**, los cuales están conformados por un equipo interdisciplinario, entre ellos médicos generales o de familia, enfermera general y en algunos, enfermer@, obstétric@, microbiólog@, farmacéutic@, odontólog@, trabajo Social, personal de registros de salud, en la minoría nutricionista y psicólog@.

La gran mayoría de los Equipos de apoyo están ubicados en cabeceras de cantones, sin embargo, a veces por acceso geográfico deben extenderse a otras poblaciones.

Cada **EBAIS** está integrado por un médic@ general coordinador, un-a auxiliar de enfermería, un-a asistente técnico de atención primaria, un-a técnico de registro de salud y un-a técnico de farmacia, sin embargo, no todos cuentan con el recurso humano completo para atender la población asignada de 4 a 5 mil habitantes.



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

### **Cuáles son las acciones, actividades y programas individuales y colectivos (promoción, prevención, curación, cuidados paliativos) realizadas en los servicios de APS?**

Las funciones de las áreas de salud son: brindar apoyo técnico y administrativo a partir de las demandas de los EBAIS e implementar acciones complementarias para la atención integral a la salud en diferentes escenarios.

Tanto el equipo de apoyo como el EBAIS se guían por las normas técnicas y administrativas de los diferentes programas de atención a las personas, por la fichas de Compromisos de Gestión pactadas anualmente con la dirección de Compras de la CCSS, por los Manuales de Funciones y Procedimientos y, Protocolos o Guías Clínicas para atender la patología prevalente en la zona, además de la vigilancia epidemiológica continúa.

Cada programa de atención a las personas, (según su ciclo de vida), cuenta con normas que definen los criterios mínimos bajo los cuales no deben descender los miembros de los equipos de salud, en su quehacer, en los diferentes niveles de atención, incluye la clasificación de riesgo de los usuarios y las normas de referencias.

En su campo de trabajo realizan actividades de promoción de la salud, tales como: educación para la salud, organización y participación social, prevención de enfermedades por medio de vacunación y saneamiento ambiental, atención a la morbilidad prevalente, y refieren los casos, para los cuales no cuentan con capacidad resolutoria. Las actividades de rehabilitación consisten en la referencia por parte del médico de EBAIS para los servicios específicos y los cuidados paliativos se coordinan con servicios exclusivamente diseñados para ese fin.

La oferta en los servicios del I nivel de atención se organiza para efectos prácticos en 5 programas específicos, de acuerdo a los ciclos de vida de las personas a saber:

- Programa de atención Integral al Niño,
- Programa de atención integral al adolescente
- Programa de atención Integral a la Mujer
- Programa de Atención Integral al Adulto
- Programa de Atención Integral al adulto mayor.

También, se trata la morbilidad prevalente en cada grupo étnico. Y, se incluyen las inmunizaciones, cuyos informes revelan una cobertura del esquema básico del 90%

Se trabaja en acciones coordinadas con otros sectores para asegurar el servicio de agua potable, de alcantarillado, de disposición de residuos sólidos, entre otros, mantener un ambiente humano saludable.



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

Dichos programas están interrelacionados entre sí, desarrollando actividades de las cuales se desarrollan o brindan en diferentes escenarios: familiar, comunal, educativo y laboral, además, de los establecimientos de salud.

Para garantizar su adecuado desarrollo así como la continuidad de la atención, todas las actividades deberán coordinarse y ser apoyadas por el segundo y tercer nivel cuando se requiera.

Se ha definido la **oferta mínima de servicios de salud** que deberá garantizar el primer nivel de atención a todos los habitantes del país, independientemente del área geográfica donde residan y de sus condiciones socioeconómicas, ya sea por medio de proveedores propios de la CCSS o proveedores externos por convenios o contratos. Con ello se garantiza un mínimo uniforme de atención, en todo el país.

La oferta del “Programa de Atención Integral Básico”, que contiene como mínimo:

### **Atención integral del niño (0-9 años)**

- Consulta de crecimiento y desarrollo (estimulación temprana) incluye la detección temprana del recién nacido y las pruebas de tamizaje
- Valoración del estado nutricional y referencia en caso necesario
- Atención de la enfermedad
- Vacunación
- Salud oral integral
- Rehabilitación
- Captación y seguimiento de niños en riesgo sicofísico y social
- Desparasitación en el hogar por el ATAP en las visitas al hogar

### **Atención integral del adolescente (10-19 años)**

- Consulta de crecimiento y Desarrollo (estimulación temprana)
- Vacunación
- Valoración del estado nutricional y referencia PRN
- Atención de la enfermedad
- Salud oral integral
- Rehabilitación
- Atención y orientación en anticoncepción
- Educación sexual y en temas como drogadicción y otros
- Captación y seguimiento de grupos en riesgo
- Identificación y seguimiento de problemas mentales



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

### **Atención integral de la mujer**

- Atención prenatal y post natal
- Atención y orientación en anticoncepción
- Vacunación
- Atención odontológica
- Curso de atención psicofísica para el parto
- Atención postnatal
- Consulta de morbilidad propia de la mujer
- Detección de cáncer de cervix
- Detección y seguimiento de cáncer de mama
- Detección y valoración básica de la pareja infértil
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales
- Detección y referencia de la violencia y agresión a la mujer en todas sus formas
- Rehabilitación

### **Atención integral del adulto (20-59 años)**

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

### **Atención integral de la Tercera Edad (mayores de 60 años)**

- Detección y control enfermo crónico
- Detección y seguimiento de grupos de riesgo
- Atención de la enfermedad
- Rehabilitación dento – maxilo facial
- Rehabilitación
- Detección temprana de problemas prostáticos



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

### Actividades generales para todos los grupos

- Educación y promoción de la salud
- Vigilancia epidemiológica
- Referencia y contrarreferencia de pacientes
- Promoción de la participación social
- Promoción de la participación intersectorial

### Actividades generales para todos los grupos

- Educación y promoción de la salud
- Vigilancia epidemiológica
- Referencia y contrarreferencia de pacientes
- Promoción de la participación social
- Promoción de la participación intersectorial

**Los escenarios** de su función son variados, dado que su labor no es entre cuatro paredes, sino que deben desplazarse por la comunidad y brindar atención integral en diferentes escenarios: establecimientos de salud, centro educativos, centros laborales, el hogar y la comunidad misma. Gran parte de estas actividades se realizan en los hogares de las personas registradas en el sector que cubre el EBAIS, ya sea a pie, en moto, a caballo, en panga, cargando el equipo necesario para realizar esta importante y ardua labor. Los hogares son visitados todos, independientemente de su estado de aseguramiento.

### ¿A que población se destinan los programas de APS?

En CR los servicios de salud teóricamente cubren al 100% de la población. Por lo tanto, la población blanca de los servicios de atención primaria, cubre todas las edades, dado que la Ley de Seguro social es UNIVERSAL, eso quiere decir que teóricamente toda la población costarricense es asegurada y tienen derecho a recibir el servicio de salud.

Dependiendo de la actividad a realizar la **población blanca** es: individuos particulares, o, grupos específicos tales como asmáticos, diabéticos, hipertensos y comunidad en general. Las personas menores de 18 años son aseguradas por medio del Código de Niñez y Adolescencia.

Aquellas personas que vienen indocumentadas y no son aseguradas, solo se atienden en caso de emergencia



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

### 2 Mecanismos de acceso y existencia de copagos

En Costa Rica existen varias medidas que aseguran la accesibilidad a los servicios de salud de atención primaria. Se cuenta con un modelo universal de protección social a la salud, que funciona bajo el principio de solidaridad para cubrir a los usuarios que no tienen capacidad de pago.

Analizando los diferentes tipos de accesibilidad tenemos que :

**Accesibilidad Financiera:** se puede decir que esta accesibilidad financiera está confirmada dado el mecanismo de financiamiento de los servicios públicos de salud, por medio de contribuciones sociales, específicas para seguros públicos mediante un sistema tripartito de financiamiento Estado; Patrono, y Empleado, que es administrado directamente por la CCSS. Y, el Estado paga por los indigentes u otras personas no cotizantes al sistema.

**Accesibilidad Geográfica** La sectorización geográfica poblacional de los servicios de salud en el país, de alguna manera asegura el acceso de la población adscrita, a los servicios de APS. La ubicación de las áreas de salud por cantones o poblaciones con más o menos 50 mil habitantes, y de los sectores por cada 4 o 5 mil habitantes, sirve para garantizar la proximidad de servicios de APS al lugar donde vive y trabaja la población. A los funcionarios de APS como AE y ATAPs se les otorga motocicleta, caballo o panga para desplazarse a hacer sus recorridos por la zona.

**Las Normas de Adscripción:** según lugar de residencia, se confirma mediante presentación de recibos de pago de servicios públicos. Además, este país se precia de ser uno de los que cuenta con mejor cobertura del sistema de telecomunicaciones por lo que facilita el llamado de unidades de transporte de pacientes ya sean terrestre, aérea y hasta marítima en algunos casos. La CCSS posee un sistema de pago de pasajes cuando se requiere desplazamiento a otro nivel para recibir servicios de salud.

Para el traslado de pacientes a otros niveles de mayor complejidad, se posee un convenio con la Cruz Roja Costarricense, cuando se amerita. También, la CCSS posee su propia flotilla de ambulancias, debidamente habilitadas por el MS.

**Accesibilidad Organizacional:** Los horarios de funcionamiento de los servicios de atención primaria por lo general son de lunes a viernes y en un horario de 7am a 4pm. Pero, hay ciertas clínicas mayores ubicadas en el área metropolitana, de alta concentración poblacional que trabajan las 24 horas atendiendo emergencias, y otras que ofrecen ciertas consultas en horarios vespertinos.



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

**Accesibilidad Cultural:** Lo ideal es que las poblaciones con diversidad cultural sean atendidas por funcionarios de salud que provengan y conozcan y se identifiquen con sus culturas y las respeten, sin embargo, no en todos los casos es posible. Una estrategia que ha utilizado el país es la de descentralizar y seleccionar personal de áreas indígenas como estudiantes para los cursos de Auxiliares de Enfermería y de Asistentes técnicos de atención primaria ATAPS.

Otra estrategia usada para llegar a este tipo de accesibilidad son los Compromisos de Gestión que se firman individualmente, cada año, con las cada área de salud y sus EBASIS y considerando para ello la capacidad resolutiva, la población adscrita y los recursos humanos y materiales disponibles.

Cualquiera que sea la modalidad de aseguramiento, el acceso a los servicios públicos de salud se realiza bajo las mismas condiciones, tanto para el asegurado familiar como para su familiares, con excepción de algunas ayudas y subsidios en dinero que solo se brindan al asegurado directo o a sus cónyuges, como por ejemplo pago de prótesis, ayudas para funeral, sillas de ruedas etc.

**COPAGOS** En el país no existen copagos formales, para la atención médica y farmacológica en los tres niveles de atención, con excepción de algunos procedimientos diagnósticos de alta complejidad que no brinda la CCSS.

Existe alguna evidencia de “pagos anómalos a profesionales del sistema de salud que algunos pacientes efectúan con el objetivo de acortar tiempos de espera en la atención, o procedimientos quirúrgicos, especialmente en especialidades médicas.

Recordemos que la cuota del seguro social es tripartita: patrono, empleado y Estado, pero hay personas que no trabajan, o que trabajan y ganan menos que el salario mínimo y no son reportadas al sistema de seguros. Y, otras cuya condición económica les permite pagar y acceder a los servicios de salud privados.

### **3 La APS como puerta de entrada y/o ejes estructurantes del sistema de salud**

Un sistema de salud regionalizado en niveles de atención: primero, segundo y tercero, hace que la puerta de entrada sea más accesible. El hecho de contar con 905 EBASIS que funcionan en un sector geográfico y poblacional definido, los convierte en la puerta ideal de ingreso al sistema sanitario. La forma de funcionar de los EBASIS visitando hogares y escuelas y centros de trabajo entre otros, los hace más aptos para detectar las personas que requieren un servicio de salud y su cercanía cerca de donde las personas viven y trabajan, facilitan su ingreso al sistema de salud, y les permite conocer mejor sus usuarios y su contexto ambiental, y sus problemas, lo que les facilita una mejor comunicación entre los proveedores y los receptores del servicio de salud, y así dar una respuesta a sus



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

necesidades reales, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de la atención. Este primer contacto de los usuarios con el Servicio de Salud, lo que se conoce como punto de entrada, o puerta de entrada, filtro o gatekeeper.

Es allí donde el profesional hace la primera valoración de los usuarios, el tamizaje o filtro de los problemas de salud, define si requiere ser referido a un nivel superior o por el contrario puede ser atendido en dicho nivel, de acuerdo a su capacidad resolutive.

Este sistema de filtro evita retrasos y gastos adicionales, por ello lo ideal es que todo paciente sea visto por un médico de atención primaria, antes de llegar al segundo o tercer nivel, como ocurre en CR.

Los factores favorecedores de la APS como puerta de entrada está sustentado en la política SPT siglo XXI: la que expresa lo siguiente: ***“La salud como derecho fundamental de los seres humanos con acceso universal y cobertura con base en las necesidades. La equidad en materia de salud como parte del desarrollo orientado en la justicia social y con base en la solidaridad de acción entre países, dentro de ellos y entre sus habitantes. La participación y responsabilidad de las personas; los grupos, las instituciones y las comunidades en la construcción de la salud. El abordaje intersectorial en la construcción de la salud”***

### **3-1 Organización del sistema de salud? Está organizado en niveles de atención?**

En Costa Rica el Sistema de salud es regionalizado y está organizado por niveles y administrativos y de atención (primer-segundo y tercer).

El **Sector Salud** según el Decreto Ejecutivo 34582, MP-Plan, de fecha junio 2008, está constituido o integrado por las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas: MS, CCSS, IAFA, INCIENSA, AA, Instituto Costarricense del deporte y la Recreación\*\*\*

**El MS es el Ente Rector del Sector Salud**, a nivel nacional, regula la producción social de la salud, en establecimientos de salud públicos y privados, con el fin de garantizar servicios de calidad con equidad. Cuenta con 9 regiones rectoras y 81 áreas rectoras, ubicadas en las sedes cantonales o municipios.

Por su parte, la **CCSS** es la institución prestadora universal del servicio de salud público. La CCSS brinda sus servicios a través de los siguiente **establecimientos** : 29 hospitales en el país, de ellos 3 son hospitales generales nacionales, 5 hospitales especializados: para niños, ancianos (as) y para mujeres y dos hospitales para enfermos mentales agudos y crónicos. Existen 7 hospitales regionales, ubicados en cada cantón sede de región y 13 hospitales periféricos



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

**Los servicios de Primer nivel (EBAIS- Áreas de Salud) son oficialmente la puerta de entrada al sistema.**

La primera dimensión de la Reforma fue el fortalecimiento de la APS por medio de la utilización de un modelo de atención integral en salud, que se desarrolla desde el Primer nivel de atención, el cual se organiza en **Áreas de Salud** con un promedio de 30.000 a 60.000 habitantes con base en la división político-administrativa del país.

Cada Área de Salud se dividió en **Sectores poblacionales** de 4.000 a 5.000 habitantes atendidos por un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) Los EBAIS del Área comparten un Equipo de Apoyo técnico-administrativo que complementa su quehacer. Estas poblaciones, de requerirlo, son referidas para su atención a los hospitales de referencia de su área geográfica de atracción.

Esta fue la principal estrategia del proceso de reforma que se ha desarrollado a lo largo de más de 13 años en todo el país. A junio de 2006 se registran 103 Áreas de Salud en las que laboran 903 EBAIS.

La **prestación de los servicios de salud** se organiza en **tres niveles de atención** **Primer nivel** ofrece servicios de atención integral a través de la red de áreas de salud, EBAIS y algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas.

**Segundo nivel** aquí se encuentran los servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos, proporcionados mediante una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales.

**Tercer Nivel** lo conforman los servicios intermedios y los servicios médico quirúrgicos de alta complejidad tecnológica, los cuales se proporcionan en tres hospitales generales nacionales y cinco hospitales especializados.

En el siguiente cuadro cabe señalar, que las Regiones Huetar Atlántica y Brunca, son las que presentan el mayor número de EBAIS por Área de Salud. Estas son las regiones con mayor proporción de población rural dispersa y con los mayores niveles de pobreza, lo que implica que se debe respetar **los principios** de universalidad, solidaridad y calidad con equidad.



**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD:  
POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

**Cuadro 11**

**Cantidad de Áreas de Salud y sectores de EBAIS funcionando  
por Dirección Regional, Porcentaje de EBAIS por Región y por Área de Salud, CCSS,  
Junio de 2006**

Dirección Regional	Cantidad de Áreas de Salud	Cantidad de sectores de EBAIS abiertos y funcionando	Porcentaje de EBAIS por Región	Proporción de EBAIS por Área de Salud
<b>Costa Rica</b>	<b>103</b>	<b>903</b>	<b>100</b>	8,8
Central Sur	27	266	29,5	9,9
Central Norte	32	258	28,6	8,1
Huetar Atlántica	8	105	11,6	13,1
Chorotega	13	95	10,5	7,3
Brunca	6	68	7,5	11,3
Pacífico Central	9	66	7,3	7,3
Huetar Norte	8	45	5,0	5,6

Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional, 2006

**3-2 Atribuciones de la APS en la Red de servicios de salud como fuente regular de atención y puerta de entrada (gatekeeper).**

**Mecanismos de adscripción o registro de la población en los servicios de atención primaria.**

En cada área de salud existe la **oficina de verificación de derechos** a la cual debe acudir cada persona que desee recibir atención en la salud pública. Dado que la sectorización es geográfica poblacional, ésta se respeta y se anota la dirección o sector asignado, en el carne de asegurado. Sin el carne de asegurado no se permite acceder al servicio de salud, a excepción de las emergencias, las cuales se atienden de inmediato, pero posteriormente se verifica su condición de asegurado.

Para registrarse como asegurado se le solicita a la persona, además de la cédula de identidad, la orden patronal propia o de su cónyuge o de sus padres, si se trata de personas menores de edad y, un recibo de cualquier servicio público, en que venga registrada la dirección de la casa y con ello se le asigna el sector de salud que le compete, según lugar de residencia.

Las personas que ingresan al sistema de salud de la CCSS, lo hacen a través de los EBAIS, donde el personal de REDES les abre un expediente clínico, en el cual anota sus datos de identidad, utilizando para ello la cédula de identidad, documento oficial, que tiene toda persona mayor de 18 años en el país, ese número es único para salud.



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

Para acceder al segundo o tercer nivel se requiere de una hoja de referencia, extendida por el médico del EBAIS, la cual tienen que ser avalada por el director médico de la consulta externa del hospital a que se es referido.

Los servicios de emergencias no requieren de documento alguno, pero una vez pasada la emergencia se inicia el trámite para corroborar que el paciente atendido es asegurado y si no lo es, se inicia el trámite de cobro respectivo. Pero, si la persona es indigente la trabajadora social debe visitarse hogar y rendir el informe respectivo.

Toda la población del sector está registrada, porque cada EBAIS, en su ronda inicial por su sector de trabajo, hace visitas al hogar, en la que le compete llenar una ficha familiar por hogar visitado, y se registran los datos en una hoja individual, de todos sus miembros, además de datos del estudio socioeconómico familiar. Esta ficha familiar permite verificar los datos suministrados por el usuario, al consultar. Es como un control cruzado.

La Oficina de Verificación de Derechos de la CCSS posee un funcionario que es el inspector, que se desplaza a los lugares de trabajo y entrevista los funcionarios para corroborar que estén asegurados.

Los registros de población asegurada en la Unidad de APS son obligatorios y no son iniciativa de los usuarios.

### **Cuál proporción de la población esta registrada adscrita a una unidad de salud APS?**

Cada EBAIS debe cubrir una población de 4 a 5 mil habitantes, Y, todos están censados por la Unidad de APS, pero dada ciertas características de la población, como barrio de ubicación o clase socio económica, no todos acuden al servicio de salud. Algunas unidades atienden unos 3.500 personas, mientras que otros triplican su población, con el mismo recurso humano, lo que hace que los servicios no sean equitativos.

### **Ventajas y desventajas de la adscripción por local de residencia o de trabajo**

El hecho de estar ubicado dentro de una comunidad limitada y conocer el contexto epidemiológico, social y económico de la población, le permite identificar sus problemas y necesidades y cumplir con su papel de filtro, característica útil de la APS.

**Pero una desventaja según los** resultados de la encuesta de opinión a los usuarios, estos califican la atención como de mala calidad, por la falta de cupos cuando van a sacar citas De los que buscaron atención en un consultorio público fueron rechazados un 11% por falta de cupo en el consultorios. Hoy día, la inseguridad ciudadana reinante en el país, hace que los hogares no quieran abrir sus puertas al personal de salud que los visita, reportándose en aumento el número de casas cerradas



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

### **Sistema de información utilizado para el registro de adscripción?**

En la actualidad existen diferentes sistemas de información, en la mayoría de las áreas de salud, las cuales no se encuentran integradas ni intercomunicados entre ellos, ni con los centros de referencia. Sin embargo, a nivel institucional existe un sistema único de padrón de asegurados llamado “Sistema Centralizado de Recaudación, llamado CISERE, al que todas las unidades u oficinas de verificación de derechos en cada sucursal de la CCSS deben consultar para conocer el estado de aseguramiento de sus usuarios. Se cuenta con una base de datos en la cual mediante el número de cédula de identidad de los usuarios, se califica su condición de adscripción. Esta base de datos se actualiza cada vez que el usuario cambie de dirección.

Cada EBAIS lleva un registro estadístico de las actividades realizadas, el cual es enviado al estadístico del REDES, quien lo consolida mensualmente, del que salen boletines semestrales.

### **Papel de filtro –gatekeeper APS como servicios de primer contacto**

Ya se ha mencionado anteriormente que el sistema de salud público costarricense es regionalizado y organizado por niveles de atención, según la capacidad resolutive de cada nivel, y que el primer nivel con sus servicios de APS cumple una función de filtro, lo que implica que para acceder a los servicios especializados se requiere obligatoriamente una referencia del médico de atención primaria.

Varias son las razones por las cuales los servicios de APS son el primer contacto con el servicio de salud, entre ellas la cercanía al lugar de residencia, o de estudios o de trabajo, y la otra razón es porque así lo obliga el sistema. Las evaluaciones del primer nivel de atención demuestran que los servicios de APS, son la fuente regular de atención de la mayor parte de la población, también los informes estadísticos.

En la evaluación de Primer nivel de Atención del 2005 se vió que en un 87 % de las viviendas donde se percibió morbilidad hubo necesidad de consultar a un servicio de salud cercano.

### **3.3- Estrategias y mecanismos de integración de la APS con otros Niveles de atención a-Cómo se articula la APS con los servicios especializados y hospitales de mayor complejidad?**

La CCSS cuenta con una estructura en redes claramente definida por áreas geográficas y con establecimientos de variado nivel de complejidad, que está distribuida en tres grandes redes, Este, Noroeste y Sur. Cada una de las áreas cuenta con un hospital nacional de referencia y para todo el país hay una serie de hospitales de especializados de referencia.



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

Los servicios de la red se inician en la comunidad, en las visitas al hogar, se continúa en las áreas de salud del primer nivel, y va subiendo a las áreas de salud del segundo nivel, al hospital periférico, al hospital regional, hasta llegar al hospital nacional, general o especializado, la cual se debe respetar, según la región a que se pertenezca y se esté adscrito.

Existe un sistema de referencia y contrarreferencia con sus normas específicas para garantizar la continuidad de la atención, para acceder a un segundo o tercer nivel se debe contar con la referencia del médico del EBAIS correspondiente. Existe programado una reunión periódica de los médicos directores de las áreas de salud con el director médico del hospital de referencia, donde se discuten problemas de coordinación, entre otros.

### **b-Describir los mecanismos formales e informales para la referencia y contrarreferencia a otros servicios y niveles del sistema**

De acuerdo a las políticas nacionales, el modelo establece y organiza la atención en tres niveles íntimamente relacionados entre sí y que deben trabajar de manera muy coordinada y eficiente, teniendo como base la estrategia de atención oportuna, integral y continua, tanto en el servicio vertical como horizontal, para lo cual se requiere que el sistema de referencia y contrarreferencia sea eficiente y oportuno. Sin embargo, la implementación del modelo alcanzó a realizarse en el primer nivel de atención, no así en el segundo ni el tercer nivel. No es suficiente contar con una red definida estructuralmente; se requiere de una serie de otros elementos que le den funcionalidad y que acerque a los profesionales, del sector salud con otros sectores.

El análisis de la organización y funcionamiento de la red de servicios de Costa Rica, desde el punto de vista de integración vertical, muestra serias dificultades en cuanto a la coordinación entre los diferentes niveles de atención, que promueven una operación disfuncional de la red de servicios de salud, que trae como consecuencia, entre otros, los siguientes efectos: Fragmentación del sistema entre los niveles, pérdida de la continuidad en la atención, pérdida de una visión integral en el seguimiento del paciente, ineficiencia en la gestión de los recursos. Decreciente calidad de la atención.

No existen mecanismos informales de referencia de usuarios a otros niveles, solamente se puede derivar pacientes, por medio de la hoja de referencia específica para tal fin, aunque siempre hay sus excepciones, y hay casos donde los médicos especialistas fueron formados en un hospital escuela, y dejan amigos allí, lo que les permite derivar ciertos pacientes, en forma particular.



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

### **c- Identificar mecanismos de interacción y comunicación entre profesionales de salud de los diferentes niveles del sistema entre médicos generales y especialistas**

Se entiende por referencia el envío de un paciente de un nivel de determinado problema de menor complejidad, a otro de mayor complejidad y la contrarreferencia se refiere a la devolución del paciente al nivel de menor complejidad, con un diagnóstico definido y claras indicaciones sobre su manejo y seguimiento. En este contexto se podría decir que, teóricamente, la red de la Caja se vincula por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia.

La comunicación se da mediante las reuniones periódicas del personal con su jefatura. En reuniones entre jefes de área con el jefe regional y con el director del hospital de referencia, con los otros niveles hay comunicación mediante llamadas telefónicas y además, existe en algunos lugares un sistema de radio entre los EBAIS y el hospital de referencia.

En CR existe una cobertura telefónica muy amplia y el médico de EBAIS puede hacer uso de esa tecnología para comunicarse con un médico especialista para evacuar dudas. De hecho hay servicios de emergencias hospitalarias que prefieren que antes de referirles un paciente se les llame para ellos indicar en que condiciones deben hacer el traslado.

### **d-Indicar los sistemas de información compartidos entre los niveles de atención**

Como se mencionó anteriormente existen sistemas diferentes que no se integran ni interconectan con las diferentes unidades.

### **e- Indicar las herramientas de informática utilizadas en las derivaciones o referencias**

No existe aún en el país sistema de referencia mediante herramienta informática. Es realizado mediante un formulario prediseñado y autorizado para el uso institucional.

## **MECANISMOS DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES**

Se realiza por diferentes medios; vía telefónica, fax, correo electrónico y más recientemente por Tele consulta a los puntos que cuentan con dicha tecnología y el médico de EBAIS puede hacer uso de esa tecnología para comunicarse con un médico especialista para evacuar dudas.

De hecho hay servicios de emergencias hospitalarias que prefieren que antes de referirles un paciente se les llame para ellos indicar en que condiciones deben hacer el traslado.



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

### **La trayectoria del usuario en la red de servicios mecanismos de acceso a los otros niveles de atención**

En los servicios de salud hay instrumentos para clasificar el riesgo bio-psico-social de los usuarios y si uno de ellos es clasificado como de alto riesgo debe ser atendido en un establecimiento de mayor complejidad, debe ser derivado al nivel que especifique la norma de atención y la norma de referencia.

#### **Existen encuestas para identificar esto?**

Desde el año 1997, en el Ministerio de Salud, se han implementado diferentes estrategias metodológicas de evaluación de la calidad de atención en redes de servicios. Este es el caso de la evaluación de la atención integral del I nivel, de los análisis de la Mortalidad Infantil y Materna, la evaluación con otras entidades trazadoras, como la Hipertensión arterial y el programa de tamizaje de Cáncer de Cérvix, entre otras. Estas evaluaciones nos han permitido identificar fortalezas y debilidades en los establecimientos de salud y en el funcionamiento de las redes de servicios que nos permiten señalar, que existe debilidad en los aspectos de coordinación y comunicación de la atención entre niveles.

A partir de 1997 se introdujeron los compromisos de gestión, los cuales se encuentran instaurados en el 100% de las unidades, y cuentan con indicadores que permiten evaluar la eficiencia de la red en la atención de algunos programas como lo son Cáncer de Cérvix, diabetes mellitus, hipertensión arterial y para el 2009 se inicia con la red de cáncer de mama.

#### **Describir las trayectorias del usuario en la red de servicios: mecanismos de acceso a los otros niveles de atención.**

1. Presentarse con los papeles requeridos en la oficina de adscripción a registrarse como asegurado y obtener el carne de asegurado.
2. Acudir al EBAIS correspondiente a que le abran el expediente clínico y le asignen sector que le corresponde.
3. Esperar en sala de espera a que sea llamado por el médico correspondiente
4. Consultar con el médico quien valora su estado de salud.
5. Si requiere ínter consulta con nutrición, trabajo social, odontólogo o exámenes de laboratorio se refiere al equipo de apoyo del área a la que pertenece el EBAIS.



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

### **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

6. Si es un caso que requiere exámenes de rayos x o exámenes más sofisticados o consulta con especialistas se refiere al área de salud de segundo nivel o al hospital periférico correspondiente, pero para ello debe primero ir a sacar la cita.
7. Si la condición de salud de la persona es una emergencia o requiere atención hospitalaria urgente se refiere al hospital periférico o al hospital regional. En los servicios de salud hay instrumentos para clasificar el riesgo bio-psico-social de los usuarios y si uno de ellos es clasificado como de alto riesgo debe ser atendido en un establecimiento de mayor complejidad, debe ser derivado al nivel que especifique la norma de atención y la norma de referencia.
8. Los hospitales regionales refieren a los hospitales nacionales o a los hospitales especializados previa consulta telefónica de si disponen de cupo.

#### **Identificación de listas de espera desde la APS para acceder a otros niveles del sistema.**

Existe una unidad de atención de las listas de espera a nivel nacional, y de acuerdo a las principales causas, establece diferentes proyectos para mejorar la oportunidad en la atención.

#### **Identificar las dificultades de acceso a la atención especializada y hospitalaria.**

Ya se mencionó anteriormente que la organización y el funcionamiento de la red de servicios de salud, desde el punto de vista vertical, demuestra dificultades serias en cuanto a la coordinación entre diferentes niveles de atención, por falta de cupos, por falta de especialistas, y de recurso humano en general.

**Dentro del primer nivel** para realizarse exámenes de laboratorio se pide cita. Los servicios de odontología requieren de cita y siempre hay lista de espera, por el escaso recurso humano disponible, a pesar de que por lo general existe un odontólogo de planta en el equipo de apoyo, otro que da servicios preventivos en las escuelas y otro que rota por las sedes de los EBAS.

El **área segundo nivel** tiene listas de espera, para ciertas especialidades médicas y sobre todo para ciertos exámenes de laboratorio y de gabinete especiales.



*República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra*

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

Si el usuario del EBAIS, después de ser valorado por el médico del EBAIS requiere ínter consulta con nutricionista, odontólogo trabajadora social, enfermera obstétrica o exámenes de laboratorio, debe ser referido al equipo de apoyo, o área de primer nivel.

Si se trata de una emergencia se refiere directamente al hospital que le corresponde, eso incluye la mujer en labor de parto (porque en este país ingresan por emergencias y no directamente a la sala de admisión de la maternidad). De hecho hay una lista de condiciones que se consideran emergencia en salud.

Si requiere consulta externa con un especialista se le refiere la clínica de segundo nivel para que le den la cita con el especialista, según lo que indique la referencia. Los usuarios que requieren una cirugía, y según el tipo de cirugía deben ir con la referencia respectiva al hospital de referencia, y allí dependiendo del tipo de cirugía es anotado en una lista de espera que a veces tarda años.

**Los hospitales periféricos y regionales** tienen según la época del año faltante de camas, por ejemplo: camas de maternidad, en el mes de setiembre octubre.

**Los hospitales nacionales generales** que están para recibir casos de alto riesgo o que requieren de cirugías, también cuentan con listas de espera, en específico porque hay un serio faltante de anestesistas, de ortopedistas entre otras especialidades médicas. Igual sucede con el HNN que es especializado y que atiende hasta los 12 años de edad, muchas veces se niega a recibir pacientes por falta de recursos humanos, más que de espacio físico.

### **Estrategias para fortalecer la resolución de los servicios de atención primaria a la salud , puerta de entrada resolutive con calidad**

- Ampliar número de EBAIS y fortalecerlos con otros profesionales como odontólogo, psicólogo, enfermera general
- Ubicar médicos de familia en áreas del primer nivel.
- Reforzar el primer nivel con especialidades básicas como obstetricia y pediatría
- Reforzar con enfermeras generales los EBAIS y con enfermeras obstétricas a las áreas de salud como apoyo para brindar dar consultas de prenatal y salud sexual y reproductiva
- Abrir servicios de cirugía ambulatoria en las áreas de segundo nivel
- Mejorar la capacidad resolutive de las unidades de segundo nivel
- Fortalecer el sistema de guías de atención interniveles
- Contar con sistemas y tecnología de apoyo a la gestión de la red
- Incrementar la formación de especialistas que permita disminuir la brecha existente actualmente.
- Extender los servicios de cirugía ambulatoria a las áreas de segundo nivel



República de Costa Rica  
Ministerio de Salud  
Despacho de la Ministra

## **“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

### **Cuál es la resolución de los servicios de APS?**

Los servicios de salud de AP resuelven muchas situaciones de salud de las personas y del ambiente. Existen estadísticas de coberturas de los diversos actividades y tareas que realizan los EBAIS, dentro de los programas de atención las personas, que revelan que del 85 al 90 % de la población no requiere trasladarse o consultar a niveles de mayor complejidad, aunque las coberturas de atención a los diferentes grupos etéreos, han ido en aumento. En los resultados de la Evaluación del Primer Nivel de Atención del año 2006 que los hogares son visitados, aunque no se realiza visita al hogar según sus prioridades o riesgo.

### **Qué proporción de consultas médicas resultan de derivaciones para la atención especializada?**

Según las estadísticas del 10 al 15% de los usuarios son atendidos en unidades de mayor complejidad, según su capacidad resolutive.

### **4 Fortalezas y debilidades de la APS como puerta de entrada preferencial al sistema de salud.**

#### **a- Factores políticos, socioeconómicos y técnicos que interfieren para que la APS sea constituya en puerta de entrada al sistema de salud**

Se puede decir que en el país el factor político y la vez económico que interfiere con la APS como puerta de entrada es la falta de recurso humano profesional en los EBAIS, tales como enfermera, odontólogo Hay una debilidad técnica que puede ser la falta de tecnología en el primer nivel. Hay sobre cargo de trabajo y población en los EBAIS.

#### **b- Principales puntos fuertes del proceso de constitución de la APS como puerta de entrada al sistema a en el país.**

- Las políticas sociales del país como Estado benefactor, entre las que se destaca la alianza estratégica entre educación y salud.
- El modelo readecuado y articulado de atención único, establecido por la institución prestadora universal del servicio de salud público, el cual responde a las disposiciones de la entidad rectora Ministerio de Salud.
- Los principios que orientan hacia la atención integral de salud con calidad y equidad, con énfasis en acciones de promoción de la salud, prevención recuperación y rehabilitación.
- La existencia de un Plan estratégico institucional (CCSS)de mediano plazo (2007-2012) y un plan a largo plazo 2007-2025,
- El sistema de seguro a la salud universal y de contribución obligatoria, mediante cuotas tripartitas



### “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”

- El recurso humano altamente calificado y comprometido
- El trabajo en equipo guiado por normas uniformes en todo el país.
- El trabajo en RED, que ha permitido la distribución en puntos estratégicos en todo el país, de los equipos de salud, que cubren el 100% de la visita domiciliar.
- La implementación por parte de la Entidad Rectora del modelo de desarrollo organizacional que propone como estrategia maestra trascender de la atención a la enfermedad a la promoción de la salud, conceptualizando la salud como un resultado de la interacción de sus determinantes

#### **C- Principales dificultades y desafíos para la consideración de la APS como puerta de entrada al sistema de salud del país.**

Una dificultad mencionada por los médicos, son las rígidas normas de rendimiento o los pacientes vistos por hora.

En las evaluaciones del primer nivel es evidente la falta de recurso humanos en los EBAIS (61% en el 2005) pero es más evidente en los equipos de apoyo que presentan una debilidad de personal en el área social.

La falta de incentivo para asegurar permanencia del RHS en zonas desfavorecidas urbanas y rurales.

Según datos del 2004, aún existe un 17% de población no asegurada, y un 12 % de asegurados por el Estado, a los que se le dificulta acceder al servicio de salud, porque desconocen su derecho y no lo reclaman.

Las visitas al hogar no se realizan según prioridad, según necesidades básicas insatisfechas.

En la evaluación del primer nivel de atención hay indicadores para medir el rechazo de los usuarios, en la evaluación del 2005 se tienen que de los que buscaron ayuda en el consultorio público fueron rechazados el 12,5% y la principal razón fue “*el no estar asegurados*”.

La metodología de evaluación de calidad en la red de servicios de salud, que aplica como evaluación externa el Ministerio de Salud, incluye indicadores sobre el sistema que revela que la referencia y contrarreferencia a los otros niveles de atención, no funciona adecuadamente. La trazadora hipertensión arterial al evaluar la plantilla del expediente se anotó que fueron referidos el 11% al especialista pero solo el 6 % fue contra referido por el segundo nivel y el tercer nivel contrarreferido el 6 % al segundo y primer nivel.



*República de Costa Rica*  
*Ministerio de Salud*  
*Despacho de la Ministra*

**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD:  
POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

**D-Implicaciones de la constitución de la APS como puerta de entrada preferencial del sistema de salud para una mayor cohesión social.**

El uso racional de los recursos implica disminución de costos, la detección de inequidades implica que se trate de reducir las brechas que existen entre unos lugares superdotados de recursos y otros con lo mínimo. El contar con un diagnóstico de la comunidad a la que se atiende sirve para focalizar en las áreas prioritarias y favorecer la equidad, El pago tripartito y solidario de la cuota de seguro social constituye un elemento de cohesión social La existencia de una red nacional de organizaciones sociales en salud y desarrollo, que portan su trabajo voluntario favoreciendo así la cohesión social en el país. La coordinación intersectorial y la participación comunitaria.



*República de Costa Rica*  
*Ministerio de Salud*  
*Despacho de la Ministra*

**“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD:  
POSIBILIDADES Y LIMITACIONES EN COSTA RICA”**

***BIBLIOGRAFIA CONSULTADA***

MS-OPS- Indicadores Básicos Situación de Salud en Costa Rica 2007

MS-CCSS-OPS- Memorias del taller Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud, en el marco de las estrategias de Atención primaria en salud y promoción de la Salud en Costa Rica 2004

MS-Evaluación de Calidad de la Atención Integral en Salud, en el Primer Nivel Resultados Nacionales , período 2006

MS-CCSS-OMS/OPS Necesidades prioritarias de salud en costa Rica El paradigma de Costa Rica : salud sin riqueza Costa Rica 1985

MS-CCSS- OPS- Atención Primaria de Salud en Costa Rica, 25 años después de Alma Ata Costa Rica 2005

MS-CCSS Normas de Atención Integral en salud . Primar Nivel de Atención. Costa Rica 1995

CCSS Reglamento del Seguro de Salud, San José, Costa Rica, 2006