



Modelo integral de salud sigue vigente a pesar de sus defectos

5 NOV 2010 Salud



Un equipo de la Gerencia Médica de la CCSS lleva varios meses de estar revisando el modelo de forma exhaustiva, informó el Dr. José Miguel Rojas (foto Laura Rodríguez).

Las largas filas, la morosidad de grandes contribuyentes, la descoordinación entre los diferentes niveles y la falta de comprensión de los condicionantes sociales de la salud son algunos de **los problemas que enfrenta el modelo de atención integral de salud** que funciona desde 1995 en Costa Rica.

Las principales limitaciones de este modelo así como las posibles soluciones fueron analizadas por reconocidos especialistas en el campo durante la mesa titulada: **"El modelo de gestión y la capacidad operativa de la CCSS: situación actual, retos y estrategias"**, que se realizó el 27 de octubre en el marco del *Foro Institucionalidad democrática y Seguridad*

Social en Costa Rica organizado por la Comisión Especial Institucional de la Rectoría de la Universidad de Costa Rica.

Participaron el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica de la [CCSS](#); la Dra. María Elena López pediatra y master en salud pública, con amplia experiencias en instituciones como el Cendeiss, el Ministerio de Salud, la UCR y la Organización Panamericana de la Salud; y la Dra. Lisbeth Quesada Tristán especialista en cuidados paliativos en pediatría y ex Defensora de los Habitantes de la República.

El actual modelo de atención se instauró tras una importante reforma de sistema **para superar las deficiencias del modelo tradicional biologista, curativo, positivista y centrado en la atención médica**, el cual no estaba dando respuesta adecuada a los problemas de salud de la gente, en un contexto donde los servicios de salud estaban entregados a la fuerza del mercado.

Este modelo guiado por un concepto integral de salud incluye: **la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación** en tres escenarios: el familiar, el comunal y el individual, con un enfoque social, emocional y físico. Plantea que la salud debe trabajarse como un producto social en diferentes niveles de atención.

Los problemas

Durantes estos 15 años, el modelo se ha ido implementando con diferentes gobiernos, políticas, gerentes y ministros que han tenido diferentes orientaciones. Estas orientaciones y estilos gerenciales han llevado a que en este momento el modelo tenga una serie de características diferentes a como fue concebido inicialmente, señaló el Dr. José Miguel Rojas.



Para cerrar la creciente brecha en la salud de las poblaciones hay que hacer cambios estructurales y en las condiciones de vida de las personas, Dra. María Elena López (foto Laura Rodríguez).

Hay un déficit en el paso de lo convencional a la atención primaria de salud. “En realidad seguimos con mucha prestación de servicios en la parte de curación cuando debíamos haber virado hacia la promoción y la prevención, el tratamiento y la atención discontinua mientras debía ser una atención continua” señaló el Dr. José Miguel Rojas.

Por su parte, la Dra. Lisbeth Quesada Tristán recalcó que el sistema de salud costarricense es solidario y obligatorio, prepagado para el usuario y basado en los derechos humanos. No obstante, **a menudo se violan los derechos de los pacientes y sus familiares** en los servicios hospitalarios; también se violan derechos de algunos grupos como los indígenas que siguen relegados, y de los adolescentes que son sacados de los programas infantiles a los 12 años, por ejemplo.

Por su experiencia como ex Defensora de los Habitantes, Quesada considera que **se viola el derecho a una atención pronta, cumplida y de calidad**, pues el acceso es deficiente y todo esto disminuye la credibilidad y pone presión en el sistema, lo cual termina favoreciendo a la medicina privada.

Hacia las redes integradas

Los especialistas coinciden en que uno de los principales problemas del modelo es que **no existen redes integradas de servicios en salud**, no existe o es muy débil la coordinación y comunicación entre hospitales periféricos, regionales y nacionales, además hay un desarrollo desigual entre los diferentes niveles, áreas geográficas y servicios.

El Dr. Rojas explicó que los niveles de salud y sus funciones es algo que todavía no está claro, el primer nivel se definió y se estructuró bien pero no está claro que deben hacer el segundo y el tercer nivel dentro de una red de servicios.

Para la Dra. María Elena López “el gran reto que tenemos en el país si queremos dar una atención integral e integrada y continua sería la conformación de verdaderas redes integradas de servicios de salud”.

La integralidad es de todo el sistema y no de un solo nivel e incluye la prevención, la atención primaria, la secundaria, la terciaria y también la paliativa, exige la coordinación entre todas las partes del sistema para satisfacer las necesidades de salud de la gente y su atención a lo largo de todo el ciclo de vida, detalló la especialista.



La Dra. Lisbeth Quesada Tristán opina que el acceso deficiente y las largas filas de espera hace que se pierda la credibilidad en el sistema (foto Laura Rodríguez).

Hay que afianzar y fortalecer estas redes para evitar la ruptura entre los diferentes niveles de atención. A su juicio, fortalecer solo el nivel primario podría llevar a que se levanten voces de segmentación para privatizar el resto de la cadena y que las clases medias se convenzan de salirse del sistema porque no entienden su esencia y las muchas ventajas que posee.

Salud: una cuestión política

Para el Dr. Rojas la principal conclusión es que el modelo planteado en la reforma está vigente en la actualidad, no obstante **hay que revisar no solo el modelo de prestación de servicios de salud sino el modelo de país.**

Por su parte la Dra. López enfatizó que, **el modelo costarricense de reforma en salud como un modelo de atención primaria y universal, resistió las presiones neoliberales** y ahora está siendo atacado desde diferentes ámbitos, pues podría haber intereses afuera y a lo interno para que no se consolide.

López además explicó que los [determinantes sociales de la salud](#), definidos en 2008 por la Organización Mundial de la Salud, son los que producen los fenómenos de enfermedad y muerte en las poblaciones, y son de origen estructural, entre ellos están: las condiciones económicas y sociales generales, culturales y de ambiente de las sociedades.

Incluyen la definición de políticas públicas que determinan condiciones de vida materiales en los diferentes grupos poblacionales como: el ambiente de trabajo, el ingreso, la educación, saneamiento ambiental, desempleo, vivienda y el tipo de servicios de salud, esto determina y condiciona el nivel de vida y el impacto en la salud de las personas.

El personal de salud tiene que entender qué son los determinantes sociales de la salud, para luchar contra **la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos** y ese es un

principio absolutamente político de acción, enfatizó la Dr. María Elena López.

Para consultar otras informaciones relacionadas con este tema puede visitar los siguientes enlaces de esta pagina de noticias universitarias:

<http://www.ucr.ac.cr/noticias/2010/11/01/seguridad-social-tica-privilegiada-en-el-istmo.html>

<http://www.ucr.ac.cr/noticias/2010/10/28/seguridad-social-se-debate-entre-la-privatizacion-y-la-solidaridad.html>

<http://www.ucr.ac.cr/noticias/2010/10/27/ucr-analiza-institucionalidad-democratica-y-seguridad-social.html>



[Katzy O'Neal Coto](#)

Periodista Oficina de Divulgación e Información

katzy.oneal@ucr.ac.cr