

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION
HERMENEUTICA. COSTA RICA**

PAOLA ANDREA TULCAN RODRIGUEZ

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2016**

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION
HERMENEUTICA. COSTA RICA**

**Tutor:
Dr. MAURICIO RODRIGUEZ ESCOBAR**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2016**

**APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO
DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION
HERMENEUTICA.**

INFORME COSTA RICA

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**TUTORES:
COINVESTIGADOR**

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR
TUTOR METODOLÓGICO**

COINVESTIGADOR

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR
TUTOR TEMATICO
BOGOTÁ, _____ DÍA ____ MES ____ AÑO _____**

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO DEL MISMO EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA.”

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, es producto de un gran esfuerzo y dedicación por parte de su autora, por esto agradezco a Dios y a mi familia, por apoyarme en cada etapa de este proceso. Además no hubiera sido posible sin la colaboración de mis tutores y muchas más personas que constituyeron un gran apoyo en todo momento y a lo largo de los años que llevó planear y realizar el proyecto, como es el cuerpo docente de la especialización, y la licenciada Martha Moreno, coordinadora del grupo de redacción y análisis de textos (GRAT) de la universidad el Bosque. A todos gracias por su tiempo y dedicación. **Costa Rica.**

Tabla de contenido

Resumen	10
INTRODUCCION	12
1. Contexto general del sistema de salud	14
1.1 Características generales del país	14
1.2 Generalidades del sistema de salud	16
1.2.1 Estructura.	16
1.2.2 Financiación:	18
1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios.	20
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios	23
2.1 Formación en medicina familiar	23
2.1.1 Hitos de la medicina familiar	23
2.1.2 Características de los programas de formación	27
2.2 Aporte de la medicina familiar a la APS	31
3. Conclusiones	33
4. Referencias bibliográficas	35
Anexo N 1. Protocolo de Investigación	37

Índice de Tablas

Tabla. 1. Indicadores demográficos y de Salud de Costa Rica	15
--	----

Índice de Figuras

Figura 1. Pirámide poblacional Costa Rica. Estimado 2014	13
---	----

Figura 2. Modelo de organización del sistema de salud	19
--	----

LISTA DE SIGLAS

ATAP: Asistente técnico de atención primaria

ASEMECO: Asociación de Servicios Médicos Costarricenses

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CEN: Centros de Educación y Nutrición

CENCINAI: Programa de niños y familias con problemas nutricionales en los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación

CENDEISS: Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social

CINAI: Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

EBAIS: Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud

FODESAF: Fondo de desarrollo social y asignaciones familiar

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

MS: Ministerio de Salud

MEDFAMCO: Agremiación médicos familiares de costa rica

SEM: Seguro de Enfermedad y Maternidad

SIVM: Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte

URC: Universidad de costa rica

RESUMEN

Aportes de la Formación de Médicos Familiares al desarrollo de la Atención Primaria en Iberoamérica, es una revisión hermenéutica, que busca reconocer las fortalezas de los sistemas de salud de los países de esta región, con el objetivo de identificar experiencias aplicables al contexto colombiano sobre los aportes que ha realizado el recurso humano de medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud.

La siguiente revisión es sobre Costa Rica, el cual es una república representativa y democrática. La república de Costa Rica es un estado democrático, conformado por provincias divididas en municipios y distritos. Su capital y centro económico es la ciudad de San José. Con un territorio de 51.100 km², limita al norte con la República de Nicaragua, al sur con Panamá, al este con el Océano Atlántico y al oeste con el Océano Pacífico.

El sector salud de Costa Rica es un sistema mixto con predominio del sector público. Su ente rector es el Ministerio de Salud. En el sector público, la aseguradora estatal es la CCSS, institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. Adicionalmente, otorga protección económica y social, tanto a la población asegurada, como a la de escasos recursos, con cubrimiento de invalidez, vejez y muerte. El sector privado es financiado por los recursos propios de cada usuario. Sus proveedores tienen convenios con el Instituto Nacional de Seguros (INS), que ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de

trabajo y accidentes de tránsito, y con aseguradoras que ofrecen un seguro privado de salud.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención. En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Cada uno está integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un asistente técnico en registros médicos, en el caso de EBAIS desconcentrados, y un técnico de salud en farmacia (Sáenz et ál., 2005). Los EBAIS atienden a grupos poblacionales de 3.500 a 4.000 personas y pueden contar con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria.

Tienen actualmente dos modalidades de formación en medicina familiar; el programa de especialización para médicos generales desarrollado por UCR de residencia médica y el proyecto de regionalización de la especialidad en medicina familiar que inicio en 2009 con el CCSS y (CENDEISSS).

Estas características que tiene el médico familiar en su formación, son el principal aporte que hace esta especialidad al desarrollo de la atención primaria en salud por lo que se considera un recurso valioso para el desarrollo de esta estrategia.

INTRODUCCION

Este escrito es parte de un trabajo que recoge informes de diferentes países de Iberoamérica. Está basado en un protocolo de investigación aprobado en la convocatoria interna para trabajos de investigación que hizo la Universidad El Bosque en el año 2012 (ver anexo 1). Se hizo un documento inicial que sirvió de requisito de grado para optar al título de especialista en medicina familiar de la Dra. Rosa Cardozo. Estas tesis de grado al ser revisadas por el centro de investigación no cumplieron los requisitos para ser publicadas. En conjunto con la vicerrectoría de investigaciones se evidenciaron falencias en la redacción por lo que surgió la necesidad de un apoyo para esta y fue aprobado para ser dirigida por el Grupo de Redacción y Análisis de Textos (GRAT) de la División de Humanidades de la Universidad El Bosque.

Se realizó una nueva revisión hermenéutica con la que se actualizó la bibliografía y se designó a la licenciada en idiomas con maestría en literatura, Martha Moreno coordinadora del GRAT quien diseñó un taller de escritura en el que participamos docentes y residentes del posgrado involucrados en la investigación. Se elaboró un formato con la estructura que se debía seguir para que el documento fuera publicable, teniendo en cuenta las asesorías que nos brindaron en el taller de escritura para la redacción, unificación de criterios, verificación y organización de toda la información, proceso que implicó la realización de varias versiones hasta llegar a este producto final.

Cada uno de los países tiene un documento que sintetiza la información acerca del sistema de salud, modelos de atención y prestación de servicios, programas académicos, ámbitos de desempeño, roles y aporte de los médicos familiares para la implementación de la Atención Primaria. Con respecto a este informe referido a Costa Rica, llama la atención el impulso importante que se dio a la medicina familiar entre los años setenta y ochenta que implicó un trabajo conjunto entre la caja costarricense de seguro social y Universidad Costa Rica. Uno de sus principales logros es extender, El proyecto de regionalización de la especialidad de medicina familiar en todo el país.

1. Contexto del sistema de salud

1.1 Características generales del país

La república de Costa Rica es un estado democrático, conformado por provincias divididas en municipios y distritos. Su capital y centro económico es la ciudad de San José. Con un territorio de 51.100 km², limita al norte con la República de Nicaragua, al sur con Panamá, al este con el Océano Atlántico y al oeste con el Océano Pacífico. Su idioma oficial es el español y la religión predominante es la católica romana, seguida de la cristiana (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2014). La Figura 1 representa la pirámide poblacional organizada por sexo y rangos de edad.

Figura 1.

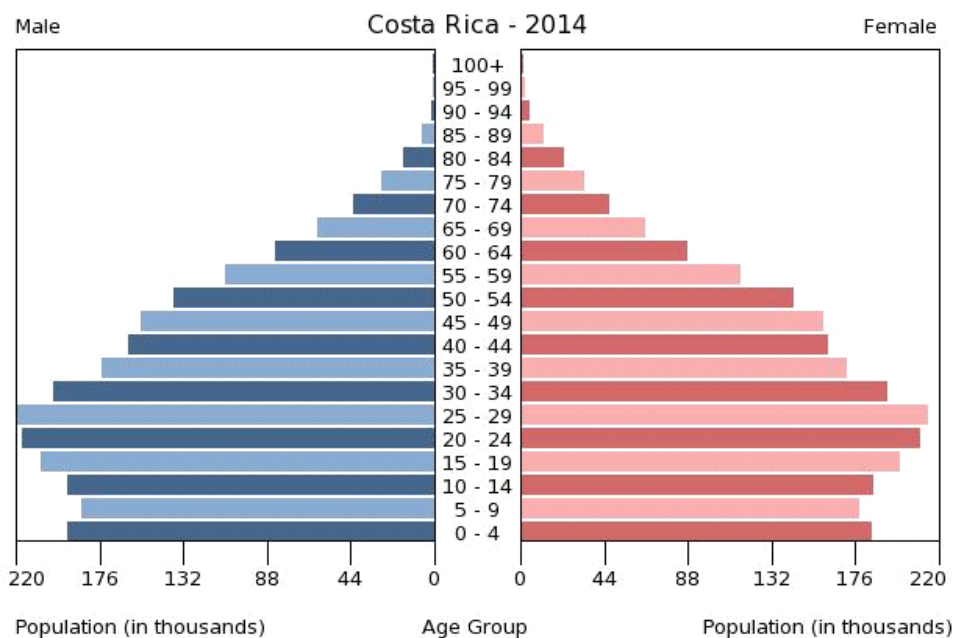


Figura1. Pirámide poblacional de Costa Rica, según estimado para 2014

Fuente: CIA, 2014.

De acuerdo con los datos anteriores, la distribución estimada por grupos de edad para 2014 era:

0-14 años: 23,5% (hombres 570.311 / mujeres 545.026)

15-24 años: 17,5% (hombres 423.340 / mujeres 407.335)

25-54 años: 43,8% (hombres 1.045.296 / mujeres 1.035.273)

55-64 años: 8,3% (hombres 193.205 / mujeres 201.377)

65 años y más: 6,8% (hombres 154.467 / mujeres 179.604) (CIA, 2014).

El Cuadro 1 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Población total	4.755.234 (2014) ¹
Población cubierta por el seguro popular de salud (%)	89 (2008) ⁴
Población no asegurada (%)	11 (2008) ⁴
Expectativa de vida (años)	78,23 (2014) ¹
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 n.v.	8,7 (2014) ¹
Tasa de mortalidad materna por 100.000	38 (2013). ¹
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	16,08 (2014) ¹
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	4,49 (2014) ¹
Médicos por 1.000 personas	1,32 (2000) ²
Enfermeras por 1.000 personas	5,9 (2011) ²
Gasto per cápita en salud cambio promedio (USD)	9,9 (2013) ⁵

Gasto nacional en salud (% del PIB)	13 (2013) ⁵
Gasto público en salud (%)	76,9 (2008) ⁴

n.v. nacidos vivos

PIB: producto interno bruto

Cuadro 1. Indicadores demográficos y de salud en Costa Rica

Fuentes:

¹ CIA, 2014.

² Rodríguez Herrera, 2006.

³ (organizacion panamericana de la salud, 2009)

(Sáenz MR, 2011)

⁵ OMS, 2014.

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Estructura

El sistema de salud de Costa Rica se originó entre 1941 y 1943 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En 1956 el ministerio de salud toma la decisión de ampliar la cobertura a familiares de los trabajadores afiliados, dando lugar a que en 1961 se extendiera el seguro a toda la población. En 1984 se promulgó la ley llamada Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado sobre la cobertura de la población en condición de pobreza (Sáenz, 2011; Sauma, 2013)

Entre 1992 y 1993 se desarrolló una nueva reforma a fin de generar cambios de la seguridad en salud que impulsaba un proyecto de modernización de la CCSS, teniendo en cuenta la atención primaria en la creación y consolidación de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) para dar cobertura a

todo el país (Sáenz, 2011); Sauma, 2013; Universidad de Costa Rica, 2003.)
Para el 2004-2006 se reglamentó la afiliación de trabajadores independientes.

El sector salud de Costa Rica es un sistema mixto con predominio del sector público. Su ente rector es el Ministerio de Salud. En el sector público, la aseguradora estatal es la CCSS, institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. Adicionalmente, otorga protección económica y social, tanto a la población asegurada, como a la de escasos recursos, con cubrimiento de invalidez, vejez y muerte (Sáenz, 2011). Los proveedores inmediatos de la atención de los usuarios son: EBAIS, hospitales, cooperativas y universidades bajo convenio con la CCSS, además de los centros nacionales de rehabilitación para personas con discapacidad (véase Figura 2) (Sáenz, 2011).

El Instituto Nacional de Seguros (INS) es la segunda institución financiadora, compradora y proveedora de servicios de salud. Recauda las primas obligatorias y administra la prestación de servicios médicos asociados a esos seguros. Le corresponde administrar el Seguro de Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Posee instalaciones propias para la prestación de atenciones a los asegurados. (Herrero & Durán, 2001).

El Ministerio de Salud (MS), como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), se encargan de la administración y financiación de

los recursos con los cuales se atiende a las poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente.

El sector privado comprende una amplia red de proveedores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. A este pertenece una variedad de compañías aseguradoras, que para el 2011 fueron cinco, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados (Sáenz, 2011). Estas instituciones brindan servicios de atención integral de la salud, que incluyen tratamiento y diagnóstico. (véase figura 2) (Sáenz, 2011).

1.2.2 Financiación

El sector público se financia mediante los aportes contribuciones de los asegurados, obligatorias para asalariados y trabajadores independientes, y por los aportes del estado para las personas cuyos ingresos familiares las colocan por debajo de la línea de pobreza, llegando su fondo a la (CCSS). La CCSS es una de las principales administradoras de los recursos en salud. El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Fodesaf) es un instrumento de la política social selectiva que asigna recursos internos, que sale por un porcentaje del producto interno bruto del país (véase figura 2) (Sáenz, 2011; (Social, 2011). El Ministerio de Salud financia múltiples programas que benefician a la poblaciones específicas, como las personas discapacitadas y con necesidades de servicios de rehabilitación que acuden al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). Otro programa está dirigido a niños y familias con problemas nutricionales, que son atendidos en los Centros Infantiles de Nutrición y

Alimentación (CENCINAI), y a personas con problemas de adicciones que recurren al Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (véase figura 2) (Sáenz, 2011; Reos, 2009).

El sector privado es financiado por los recursos propios de cada usuario. Sus proveedores tienen convenios con el Instituto Nacional de Seguros (INS), que ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y con aseguradoras que ofrecen un seguro privado de salud (véase Figura 2) (Sáenz, 2011).

La Figura 2 representa la estructura y financiación del sistema de salud de Costa Rica.

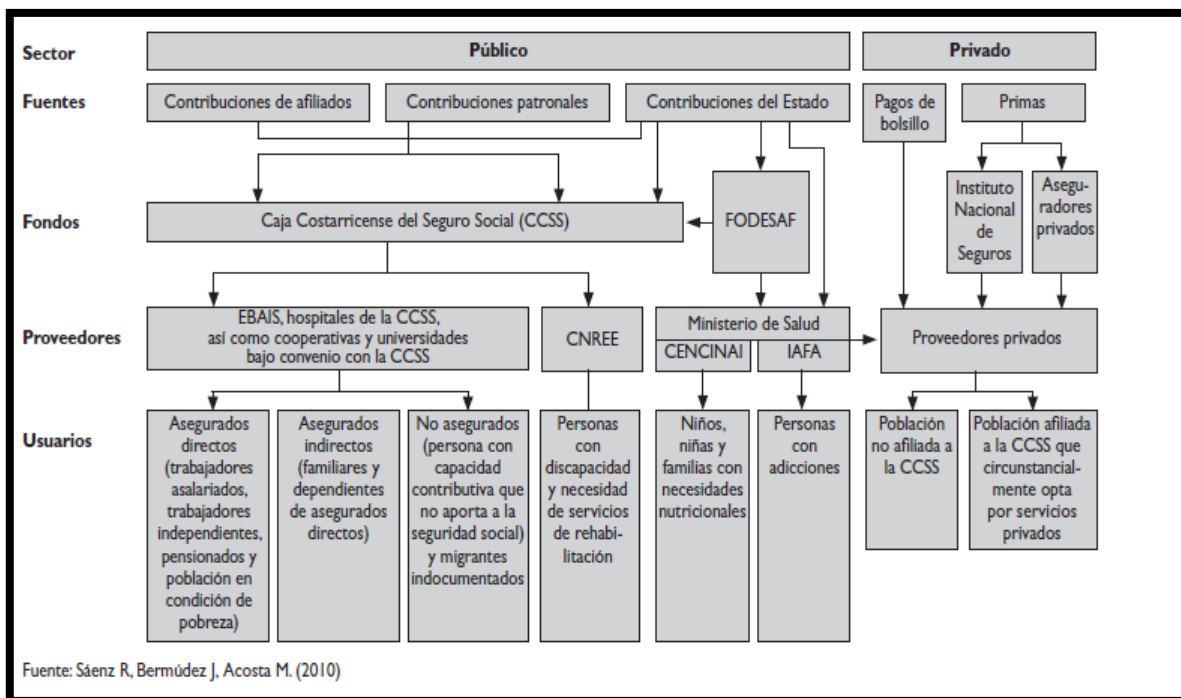


Figura 2. Sistema de salud de Costa Rica

Fuente: Sáenz, 2011.

1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios

En 1993 comenzó un proceso de reforma del modelo de atención: pasó de un enfoque biologicista a otro integral, con énfasis en la promoción y la prevención, orientado a la familia, la comunidad y el ambiente, acorde con los principios de la atención primaria en salud (APS). Con este cambio, el país se dividió en 90 áreas de salud, se identificaron las áreas con mayor pobreza del país y se dio cobertura con los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) (Herrero & Durán, 2001). Además, buscaría consolidar el programa de salud de atención primaria como ejemplo para el resto del continente con una nueva estrategia de ley que permitiera brindar calidad en la atención (Sauma, 2013).

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención. En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Cada uno está integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un asistente técnico en registros médicos, en el caso de EBAIS desconcentrados, y un técnico de salud en farmacia (Sáenz et ál., 2005). Los EBAIS atienden a grupos poblacionales de 3.500 a 4.000 personas y pueden contar con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria.

A este primer nivel pertenecen cinco programas de atención integral, organizados por condición etaria: niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. Este servicio se proporciona anualmente para promoción y prevención de la salud, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Se realiza en

los ámbitos domiciliario, comunitario, escolar y en la consulta externa de los establecimientos de salud (Rodríguez, 2008).

El segundo nivel lo conforma una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que apoyan el primer nivel, proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos de las especialidades básicas de medicina (cirugía, ginecología y obstetricia y pediatría), así como de algunas especialidades médico-quirúrgicas de gran demanda poblacional como oftalmología, dermatología y urología y, por consiguiente, hospitalizaciones cortas. (Rodríguez, 2008). El tercer nivel comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la mayor complejidad y especialización. Ofrece servicios de hospitalizaciones y médico-quirúrgicos de alta complejidad, que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados (Reos, 2009).

Adicionalmente la CCSS contribuye con otros contratos, bajo varias figuras, a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, cuando lo considera necesario. La Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO) y la Universidad de Costa Rica atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. La CCSS también contrata servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer (Reos, 2009)

Desde la década de 1990, la CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y

el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud de 2006 (Reos, 2009). El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio; asistencia en salud oral, y asistencia social, individual y familiar. El SIVM incluye pensión por vejez, por invalidez, por orfandad y por viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y otras prestaciones monetarias como por ejemplo las familias con casos de parálisis cerebral, este caso queda excluido de subsidios. (Baez, 2003).

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas por el CNREE, mientras que las familias con necesidades nutricionales reciben apoyo de CENCINAI y aquellos con problemas de alcoholismo y drogas en IAFA; el INS ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y vende un seguro privado de salud (Reos, 2009).

2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

2.1 Formación en medicina familiar

2.1.1 Hitos

En 1960 se creó el primer programa de medicina avalado por la Universidad de Costa Rica, de carácter público, y con el apoyo de una universidad estadounidense que seguía los esquemas de formación básica y clínica. En 1992 los médicos también podían recibir formación de pregrado en una universidad privada. El plan de estudios dura cinco años de estudio y uno de internado (Davis Haggerty & Filion-Laporte, The McGill-Costa Rica, 1992).

Hasta 1974 los médicos que querían tener una formación posgraduada debían viajar al extranjero. Con el fin de tener recursos humanos adecuados a las necesidades en salud de la población, el CCSS creó el Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). En 1987 entró en funcionamiento el programa de Medicina Familiar en la Universidad de Costa Rica, gracias a la gestión de un grupo de médicos especialistas formados en el exterior que querían ayudar a la población de médicos que no podían acceder a la formación de especialidad (Sistema de estudio de Postgrado, 2005-2012).

Durante los años de instauración de las especialidades, se evidenció una crisis generada por la poca credibilidad en el médico generalista, con una tasa de deserción del 34%, lo que devaluó el rol del médico de cabecera y acrecentó el fraccionamiento de la prestación de servicios en el sistema. De acuerdo con Davis

Haggerty & Filion-Laporte (1992), esta situación generó la necesidad de contar con médicos formados en atención primaria, con competencias para resolver la mayoría de problemas y capaces de cerrar la brecha existente entre el Ministerio de Salud y la CCSS, en una práctica que integrara la promoción y la prevención a la curación y rehabilitación de las personas atendidas en un nuevo modelo con centros integrados y equipos multidisciplinarios en que se prestara un cuidado integral.

Con la asesoría del International Centre for Family Medicine, se diseñó un programa de tres años, que incluía año y medio de rotaciones hospitalarias seguidas de un práctica en comunidad. Este programa comenzó en febrero de 1997, sin tener docentes modelo para un adecuado desarrollo de la formación. Se requirió entonces con urgencia el apoyo de una universidad con experiencia en este tipo de formación; se seleccionó la Universidad McGill de dentro de diferentes universidades de Estados Unidos y Canadá (Davis Haggerty & Filion-Laporte, The McGill-Costa Rica, 1992) Una vez la Universidad de McGill determinó los términos de la asesoría al programa, se contó con el apoyo financiero de la Fundación Rockefeller y de la Canadian Public Health Association. La Universidad de McGill designó un docente sénior y se recibió la colaboración de un recién egresado de Medicina Familiar de la Universidad de California, que participó en el proyecto durante diez meses sin recibir salario (Davis Haggerty & Filion-Laporte, 1992).

La transformación y el cambio del sistema de salud de la década de 1990 lograron superar una reforma educativa que abarcó incluso las escuelas de Medicina, pasando de un método socrático a la educación hacia la medicina

comunitaria y preventiva (Davis Haggerty & Filion-Laporte, The McGill-Costa Rica, 1992)

Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal, para consolidar el modelo propuesto con el proyecto McGill en la década 1990, inicia basado en experiencia de vida de algunos estudiantes en el internado costarricenses, que se ofrecen de intercambio con estudiantes canadiense y aprenden modelo de atención primaria en Canadá. a su vez recopilan parte de los aprendido por experiencia y por escrito para proponerlo y enseñarlo en el postgrado de medicina familiar de Costa Rica, actualmente sigue vigente el modelo de atención primaria (Baez, 2003).

Estos elementos de cambio en el área de la educación en salud han permitido formar profesionales idóneos con habilidades para responder a la comunidad. Se pasó entonces de un sistema generalista a uno con elementos de promoción de la salud con base en el conocimiento epidemiológico y entrenamiento en dichas necesidades. En este contexto, los especialistas en medicina familiar se desempeñan en muchos escenarios de trabajo no solo a nivel asistencial sino en educación y administración (Baez, 2003).

Entre 2009 y 2014 el CCSS y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) trabajaron en un proyecto de regionalización de la especialidad en Medicina Familiar. En desarrollo de este, en la provincia de Guanacaste en la región de Chorotega, en el 2015 se graduó la tercera promoción de especialistas de la región (Coto, 2015). No hay datos exactos de cuánto es el tiempo en formación; sin embargo se sabe que quienes

fueron seleccionados para especializarse como médicos de familia venían trabajando en la zona, conocían sus necesidades y tenían un vínculo de afecto y arraigo a su comunidad, según destacó el Dr. Héctor Araya Zamora, coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Coto, 2015). Se espera que este proyecto se expanda a las demás provincias. La Caja Costarricense del Seguro Social proyecta que, para 2025, **cada persona asegurada tenga asignado un médico de cabecera** (Coto, 2015).

Los médicos familiares en Costa Rica se encuentran agremiados en la Asociación de Médicos Familiares de Costa Rica (MEDFAMCO), conformado por la Junta Directiva de la Universidad de Costa Rica. Las fuentes consultadas no ofrecen mayores detalles sobre su creación y desarrollo (Solís, 2013).

2.1.2 Características de los programas académicos

En Costa Rica se conocen varios programas de Medicina Familiar, entre ellos el programa de Medicina Familiar que pertenece a la Universidad de Costa Rica, creada en 1987. Se estableció como una especialidad médica en 1988. El Postgrado de medicina familiar tuvo una duración inicial de tres años; actualmente es de cuatro años. El plan de estudios se elaboró con base en cuatro componentes:

1. Cursos teóricos en epidemiología, salud comunitaria, administración de servicios de salud y medicina familiar.
2. Pasantías por servicios ambulatorios en clínicas con servicios ambulatorios de la CCSS.
3. Rotaciones por diversas especialidades en hospitales de alta complejidad.
4. Turnos nocturnos en un hospital, en servicios de medicina interna y de emergencias. Durante los primeros años de la especialidad había entre 8 y 10 cupos para residentes; en los últimos años, entre 3 y 4 cupos (Baez, 2003).

Durante este periodo de 1990 es importante la adaptación del plan de estudios transformando los contenidos por los cambios propuestos en la reforma del sector salud. Se propuso entonces cuatro años para el posgrado, con el fin de ampliar el tiempo de algunos cursos como Medicina interna, Geriatría y Gerontología, y las acciones que el residente realiza en las comunidades. Se estableció también la conexión con rehabilitación y atención ambulatoria del paciente con dolor crónico y cuidado paliativo, entre otros. (Sistema de estudio de Postgrado, 2005-2012).

Las actividades académicas de primer año constan de: un curso teórico-práctico integral para medicina familiar I de dos horas semanales; práctica clínica en ginecología por tres meses y en medicina interna por seis meses. Se asigna un hospital para la práctica médica y un tutor de acuerdo con la especialidad.

En segundo año, los estudiantes realizan un curso teórico-práctico integral para medicina familiar II y psicología de la salud de dos horas semanales; epidemiología e intervención familiar y cirugía general de tres horas semanales;

se realiza práctica clínica en pediatría, geriatría de cuatro meses de rotación cada una, emergencias, psiquiatría dos meses de rotación cada una.

Las actividades académicas de tercer año comprenden una práctica clínica en dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, neonatología, endocrinología, ortopedia, clínica física y de rehabilitación, clínica de dolor y cuidado paliativo, de duración de un mes cada una, excepto dermatología que su duración es de dos meses. También se realiza curso Teórico práctica integral : Medicina familiar y comunitaria III de duración de tres meses; Gestión en salud, salud pública, investigación en atención primaria de duración de dos horas semanales.

Las actividades académicas de cuarto año son un curso teórico-práctico integral de medicina familiar y comunitaria II y III, de seis meses cada una, y el trabajo de grado con dos horas semanales.

Se espera del egresado que tenga una mayor capacidad e interés en educar a sus pacientes y guiar a su población hacia la toma de conciencia sobre su estilo de vida; también que sea resolutivo, integral y que brinde un trato humano al paciente y a su familia.

Y lo que se conoce actualmente por una revisión periodística de 2013 que se publicó en un artículo de la revista de la UCR, La nueva formación de médicos familiares región chorotega ahora cuenta con un **médico de familia** gracias al proyecto de regionalización de la especialidad de medicina familiar comunitaria en la región chorotega que ha formado **15 especialistas**. **En dicha información no especifican duración, el tiempo empleado a la formación.** (Coto, 2015)

Por primera vez la universidad de costa rica (UCR) y el centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social (CENDEISS) **forman a grupo de médicos fuera del gran área metropolitana. Comenzando desde 2009 y culmina en 2014 con la graduación de la tercera generación de especialistas**, deja el camino abierto para continuar impulsando programas de especialidades médicas desconcentrados en otras regiones del país. según lo señaló la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, directora ejecutiva del (CENDEISS), se realizará una evaluación de este proyecto con el objetivo de replicar la experiencia en otros sitios. (Coto, 2015)

Actualmente el país cuenta con un total de 158 especialistas en esta rama que vienen formándose en la gran área metropolitana desde el año 1990. (Coto, 2015)

2.2 Aporte de la medicina familiar a la atención primaria en salud

En el perfil del médico familiar del programa realizado en 2003 le describen 3 roles asistenciales. El primero como asistente especialista de medicina familiar y comunitaria cuyas funciones son: Garantizar la atención integral al individuo, la familia y la comunidad, capacitar al equipo y mantener los procesos actualizados, realizar una consulta integral (lo que incluye una historia clínica, un plan diagnóstico y de tratamiento), participar en la evaluación periódica de la calidad de los resultados de la atención médica; en la comunidad participar en la promoción y adopción de estilos de vida saludables, en la capacitación de la comunidad, planificar estrategias de trabajo comunitario y comprometer al equipo en la gestión comunitaria. El segundo rol asistencial es el de medico asistente especialista

ubicado en los equipos de apoyo cuyas funciones son: apoyo técnico al equipo del Ebais, implementar acciones para la atención integral en los ambientes familiar, comunitario, educacional y laboral; optimizar los recursos existentes para la atención de la población, participar en la elaboración del plan local de salud, supervisar las acciones del equipo del Ebais a partir de un plan operativo según prioridades, detectar, clasificar y dar seguimiento a situaciones de riesgo en salud detectadas, promover y participar en acciones de desarrollo del recurso humano en el primer nivel de atención, gestionar la información del área desde la recolección hasta el análisis de esta, promover, participar y asesorar investigaciones operativas y coordinar con las demás unidades del área la participación de las Ebais y de otros actores sociales. El tercer rol es el del médico asistente especialista en medicina familiar que realiza atención integral en la practica privada cuya responsabilidad es: brindar atención integral a las personas independiente de edad, sexo o problema por el que consulte, ya sea en consulta espontanea o programada (Baez Universidad de Costa Rica, 2003).

También se describen roles de investigador, para el área educativa y gerencial administrativa. De esta ultima la divide en asesoría técnica, dirección de programas, coordinación del Ebais (Baez, 2003). En el Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención realizado en 2004, aparece el rol del médico familiar en los equipos de apoyo para colaborar con acciones de supervisión técnica y administrativa, educación continuada y atención de referencia de casos de los Ebais (Garcia, 2004)

En Costa Rica el médico familiar puede laborar en consulta externa en el primer nivel de atención, como miembro de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS). Orienta la forma de trabajo, cinco especialistas en medicina familiar reforzarán la atención que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en la provincia de Guanacaste y en el cantón alajuelense de Upala.

esta labor esta denominada como puente entre el primer nivel y el segundo nivel de atención se destacó como objetivo institucional , con los nuevos especialistas, se mejore la capacidad de respuesta del primer nivel de atención en esa provincia, de manera que ellos puedan atender aquellos casos de difícil manejo remitidos por los diferentes Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que existen en Guanacaste y en el cantón de Upala y mejorar las referencias y contra referencias a los otros niveles de atención (Coto, 2015)

Su rol en este nivel de atención es importante ya que este se convierte en el médico de cabecera de sus pacientes y es quien define la necesidad y pertinencia de una derivación a otra especialidad u otro nivel de atención, pero así sea derivado el paciente posteriormente volverá y seguirá siendo manejado por su médico familiar. También se desempeña como médico de urgencias, en actividades médico-administrativas como coordinador, en puestos directivos y como tutor y docente en la formación de las nuevas generaciones de especialistas en medicina familiar (Universidad de Costa Rica, 2003).

En el Hospital Clínica Bíblica una clínica privada de Costa Rica, se oferta dentro de su portafolio de especialidades para atención de pacientes la especialidad de medicina familiar como “Especialidad médica que proporciona atención sanitaria

continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento” En estén portafolio aparecen cuatro médicos familiares ofertando sus servicios (Hospital Clínica Bíblica, 2016). Es posible que en estas experiencias privadas puedan cumplir más el rol de médico de cabecera.

3. Conclusiones

El sistema de salud costarricense es mixto, lo que significa que consta de un sector público y uno privado. El primero se financia con las contribuciones de los asegurados, obligatorias para asalariados y trabajadores independientes, y por los aportes del Estado para las personas cuyos ingresos familiares las colocan por debajo de la línea de pobreza, llegando su fondo a la (CCSS) y el sector privado, las personas. pueden pagar de manera particular, o bien a través de pólizas privada.

El sistema de salud está basado en un modelo de atención primaria, donde el médico familiar se pretende sea reconocido como el médico de cabecera. Esta organizado en tres niveles de complejidad, El primer nivel está conformado por equipos de atención básicas (EBAIS), las cuales son el primer contacto de las personas con el sistema de salud en el área rural.

Este sistema de atención Basado en medicina familiar demostró ser efectivo en la calidad de la atención, en el manejo óptimo de recursos, y sustentación del mismo a medida que aumentan los médicos familiares en el país de costa rica

En Costa Rica los Médicos Familiares están involucrados en los equipos de apoyo, para el manejo integral de los usuarios en áreas rurales.

En la literatura revisada no se ha encontrado que los Médicos Familiares en Costa Rica hubiesen podido medir el impacto que tuvieron sobre la población y sobre el sistema de salud.

También faltaría documentación escrita acerca del rol y papel que cumple el médico familiar en Costa Rica y la sociedad de medicina familiar en Costa Rica.

El proyecto de regionalización de la especialidad para lograr médicos de cabecera en la región de Chorotega y Guanacaste. Lograría extender a todo las regiones del país, según los relatos periodísticos del año 2014.

El desarrollo de este programa, fue posible en un corto tiempo ya que contaban con centros de practica suficientes y exclusivos para sus residentes, Centros de practica como estos aun no existen en Colombia y sería necesario crearlos antes de pensar en un proceso de masificación de la especialidad.

Bibliografía

- Ministerio de Trabajo & Seguridad social. (2011). <http://www.fodesaf.go.cr/fodesaf/Financiamiento.html>. Recuperado el 18 de enero de 2016
- Sistema de estudio de Postgrado. (2005-2012). UCR. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de UCR: <http://www.sep.ucr.ac.cr/salud/esp-med-familiar/inicio.html>
- Adolfo, R., & C., B. (2006). La reforma de salud en costa rica. *Unidad de Estudios Especiales, de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)* (págs. 83 PAG ,Serie 173). SANTIAGO DE CHILE: Publicación de las Naciones Unidas.
- Baez, N. (2003). *Especialidad de medicina familiar y comunitaria*. San jose, costa rica: universidad de costa rica.
- Bíblica, H. C. (2016). *Derechos Reservados. San José, Costa Rica*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de <http://www.clinicabiblica.com/index.php/es/>
- Coto, K. O. (15 de enero de 2015). UCR. Recuperado el 02 de febrero de 2016, de UCR: <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/02/04/medicos-de-familia-brindan-servicio-en-toda-la-region-chorotega.html>
- Davis Haggerty & Filion-Laporte, 1. (1992). The McGill-Costa Rica. *Canadian Family Physician*, 1-5 VOL 38.
- Davis Haggerty & Filion-Laporte, 1. (1992). The McGill-Costa Rica. *Canadian Family Physician*, 1-5 VOL 38.
- Herrero Fernando & Duran Fabio. (2001). *El sector privado en el sistema de salud de costa rica*. Santiago de Chile: Copyright © Naciones Unidas, abril de 2001 publicación de las Naciones Unidas.
- ISABEL, S. R. (5 de AGOSTO de 2013). <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/32-ccss/1001-ccss-reforzara-atencion-en-guanacaste-con-especialistas-en-medicina-familiar>. Recuperado el 01 de 02 de 2016, de <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/32-ccss/1001-ccss-reforzara-atencion-en-guanacaste-con-especialistas-en-medicina-familiar>
- OMS costa rica. (2014). <http://www.who.int/countries/cr/es/>. Recuperado el 12 de diciembre de 2015
- organizacion panamericana de la salud. (2009). Perfil del sistema de salud costa rica . En O. P. (OPS/OMS), *SERIE PRODUCTOS DE LA COOPERACION Perfil de situación de salud de costa rica* (págs. 20-25). Costa Rica: Washington, D.C.: OPS, © 2009 ISBN: 978-92-75-33291-7(Electrónico) 978-92-75-32973-3 (Impreso) .
- postgrado, s. d. (2005-2012). UCR. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de UCR: <http://www.sep.ucr.ac.cr/salud/esp-med-familiar/inicio.html>
- Reos, D. &. (0 de septiembre de 2009). PERFIL DEL SISTEMAS DE SALUD. Washington, D.C., Washington, D.C., EEUU.

- Rica, M. d. (2005). sistema de salud costa rica.
- Rodriguez, A. (2008). *LA COMPRA DE SERVICIO DE SALUD DE COSTA RICA ,CEPAL*. SANTIAGO DE CHILE: Copyright © Naciones Unidas.
- Saenz & Lopez & Villegas & De La Cruz & Vargas ... (2005). Atención Primaria de Salud en Costa Rica:25 años despues de alma ata. En d. s. www.corops-oms.org (Ed.), *25 años despues de alma ata* (págs. 1-168). san jose de costa rica: xinia bustamante castillo,ops/oms.
- Sáenz MR, A. M. (2011). sistema de salud de costa rica. *salud publica ,mexico*, s156-s167.
- (2007). historia de costa rica . En .. R. Sánchez, *Módulo de Formación*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Aprendizaje.
- Sauma, P. (2013). Analisis de experiencias internacionales sobrel sistemas nacionales de salud : el caso de Costa rica . *CEPAL* (pág. LC/MEX/L.1126). mexico: Copyright ©.
- Social, M. d. (2011). <http://www.fodesaf.go.cr/fodesaf/Financiamiento.html>. Recuperado el 18 de enero de 2016
- Solis, M. (5 de AGOSTO de 2013). <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/32-ccss/1001-ccss-reforzara-atencion-en-guanacaste-con-especialistas-en-medicina-familiar>. Recuperado el 01 de 02 de 2016, de <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/32-ccss/1001-ccss-reforzara-atencion-en-guanacaste-con-especialistas-en-medicina-familiar>

Anexo N 1. Protocolo de Investigación