

Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud (Accessibility Management and the Right to Health)

Gretchen Flores-Sandí

Resumen

Accesibilidad es la relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Considerando la salud como derecho fundamental, se plantea la necesidad de comprender la dinámica de los elementos implicados en el acceso a la asistencia sanitaria (tales como las desigualdades y la equidad en salud, la vulnerabilización de ciertos grupos, los factores determinantes de su salud y las dimensiones del acceso a los servicios) y determinar el papel de la gestión para mejorar el acceso. Como aspectos cruciales se identifican: la disponibilidad de evidencia sobre desigualdad en el acceso, el liderazgo local efectivo, la identificación de una intervención apropiada, el control y evaluación de gestión e impacto y la identificación de recursos adicionales que contribuyan a eliminar la exclusión. Se concluye que para lograr las mejoras en el acceso, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa a los usuarios y los propios pacientes son elementos clave a considerar en la dinámica de la atención y esto requiere a su vez del compromiso de las autoridades sanitarias, considerando el derecho a la salud como un tema transversal de las intervenciones destinadas a incrementar el acceso a los servicios.

Descriptor: Accesibilidad, Derecho a la salud, Determinantes de salud, Gestión de la Salud

Abstract

Accessibility is the relationship between health services and users in which both contain in themselves the ability or inability to meet. Considering health as a fundamental right, there is a need to understand the dynamics of the elements involved in access to health care (such as inequalities and health equity,

Afiliación de los autores: Departamento Medicina Legal Poder Judicial – Universidad de Costa Rica

Abreviaturas: OPS, Organización Panamericana de la Salud; CCSS, Caja Costarricense de Seguro Social.

Correspondencia:
gretchenflores@medicos.cr

the vulnerability of certain groups, the determinants of their health and the dimensions of access to services) and determine the role of management in order to improve access. The crucial aspects that have been identified: the availability of evidence on inequality in access, effective local leadership, identification of appropriate intervention, monitoring and evaluation of management and impact and the identification of additional resources to help eliminate exclusion. It is concluded that to achieve improvements in access, it is necessary to understand that those who provide direct care to users and the patients themselves are key elements to consider in the dynamics of care, and this in turn requires the commitment of health authorities that consider the right to health as a crosscutting issue of interventions to increase access to services.

Key Words: Accessibility, right to health, health determinants, health management.

Se dice que los actuales sistemas de salud precisan reformas centradas en la salud de las personas y encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.¹ En este sentido, el concepto de accesibilidad se refiere a una relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.²

En tanto se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre usuarios y servicios de salud, se considera que su análisis debe incluir el estudio de las representaciones, prácticas y discursos de la población conjuntamente con las condiciones, discursos y prácticas de los servicios con relación al proceso salud / enfermedad / atención.³ De tal forma que cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.²

La responsabilidad de los profesionales de la salud es educar para la salud, prevenir las enfermedades y dar la atención médica con la calidad, oportunidad y accesibilidad necesarias.⁴⁻⁵ Además, existen otras competencias de carácter transversal (o inespecíficas), igualmente necesarias para un buen ejercicio profesional, basadas en aspectos interpersonales del cuidado, en la capacidad de percibir la necesidad y comprender la situación de enfermedad en que el paciente se encuentra, como son: ser capaz de persuadir y convencer; tener iniciativa; desarrollar un pensamiento conceptual y analítico; mantener un grado elevado de autoconfianza, y tener una

notable capacidad de comprensión interpersonal para cooperar y trabajar en equipo.⁵⁻⁶

Sin embargo, en la mayoría de países en desarrollo, los gobiernos carecen no solamente de recursos suficientes sino también de la capacidad para utilizarlos adecuadamente, existen diversos factores internos y externos al sector salud que dan cuenta de las restricciones al acceso a la salud. Algunos de estos factores son variables de orden estructural, tales como las condiciones de acceso de tipo legal o dadas por la naturaleza intrínseca de las instituciones que componen el sistema destinado a proteger la salud de las personas en un país determinado. Esta situación torna imposible que puedan garantizar el derecho de todo individuo a disfrutar de los estándares de salud más altos que sea posible y estas condiciones de acceso constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud para todos.⁷⁻⁸

El derecho a la salud significa la garantía, por el Estado, de condiciones dignas de vida, y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.⁹

La salud, como derecho fundamental, se traduce en políticas y planes para la equidad, la justicia social y la igualdad de oportunidades.⁸ La búsqueda de equidad es un objetivo central de muchos sistemas de salud en la actualidad y representa un desafío que se extiende más allá del sector salud.⁷ El respeto de los derechos humanos, cuyas normas están contenidas en numerosos instrumentos internacionales, es una herramienta importante para la protección de la salud, y es que es fundamental no solamente defender el derecho a la salud, sino también velar por que se respeten todos los derechos humanos y se aborden los factores determinantes económicos, sociales y culturales que condujeron a la mala salud.¹⁰

Este derecho humano fundamental y clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales, puede abordarse desde la perspectiva social, económica y ética (Cuadro 1). Según lo cual los bienes, servicios y oportunidades de salud deben ser distribuidos de modo tal que una cantidad suficiente de personas alcance y conserve un estado de salud que permita generar y mantener el tejido social y la plataforma productiva. Sin embargo, para que las condiciones mencionadas contribuyan a la cohesión social y al

desarrollo humano de los países, el acceso a la salud no solo debe involucrar a un número crítico de personas, sino que además debe ser equitativa.⁷

Es precisamente considerando la relación existente entre la accesibilidad a los servicios y el derecho a la salud, que se plantea la necesidad de conocer cuál es el papel de los responsables de la gestión de los servicios en el acceso a los mismos, para esto es necesario primeramente comprender conceptos tales como las desigualdades y la equidad en salud, la vulnerabilización de ciertos grupos sociales, los factores determinantes de su salud y las dimensiones del acceso a los servicios y que se procederá a analizar a continuación.

Desigualdades en salud

El concepto de Desigualdades en salud alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja.¹¹

Un aspecto a considerar es la observación general de que la disponibilidad de buenos servicios médicos tiende a variar inversamente con la necesidad de la población a la que se presta el servicio, conocida como *Ley de Cuidados Inversos*.^{8,12}

Desde la óptica igualitarista, el término equidad en la atención de salud tiene varios criterios problemáticos según se considere como igualdad de tratamiento, de acceso o de salud¹³⁻¹⁴ y dos dimensiones que resaltar: que los individuos con iguales necesidades de salud deben tener iguales oportunidades de acceder a los mecanismos de satisfacción de esas necesidades (equidad horizontal) y que aquellas personas con necesidades de salud diferentes, deben tener a su vez oportunidades diferentes de acceso a la satisfacción de sus necesidades de salud (equidad vertical).^{7,15} Es importante hacer notar que la equidad en salud tiene efectos (externalidades) positivos sobre toda la sociedad a través de dos mecanismos:⁷

- a. La disminución de portadores o susceptibles a una enfermedad infecto-contagiosa disminuye a su vez el riesgo de contagio para los otros miembros de la sociedad
- b. La disminución del número de discapacitados como producto del daño a la salud aumenta la cantidad de

Cuadro 1. Perspectivas del derecho a la salud

Perspectiva	Abordaje
Económica	Para el desarrollo productivo de los países.
Ética	Para la distribución igualitaria de todos los bienes sociales primarios (libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, y las bases del auto respeto).
Social	Para la construcción de capital humano y tejido social, a través de la inserción de los individuos en la vida de su comunidad.

personas en condiciones de aportar a la comunidad y disminuye la cantidad de recursos que la sociedad debe invertir en subsidiar a aquellos que no pueden generar por sí mismos los medios para su subsistencia

En este contexto, el término vulnerabilidad pasó a ser utilizado en el campo de la salud pública, más allá de la dimensión biológica, incorporando otros elementos de análisis que posibilitan la mayor o menor susceptibilidad de ocurrencia de diferentes enfermedades.¹⁶

Concepto de vulnerabilidad

La vulnerabilidad es definida como un proceso dinámico establecido por la interacción de problemas de desarrollo, incapacidades personales, estatus social desventajoso, contactos y apoyos interpersonales inadecuados, ambiente y vecindarios degradantes y las complejas interacciones de estos factores sobre el curso de la vida. Aparece como una variable importante en el análisis de la inequidad y sus efectos en la organización social y en la salud de las poblaciones.¹⁷ Se admite que cada persona posee un umbral de vulnerabilidad que, cuando es ultrapasado, se enferma.¹⁸⁻¹⁹

Así, el análisis de las condiciones de las víctimas de los desastres naturales, las situaciones de marginalidad y delincuencia, la discriminación racial o de género, la exclusión social y los problemas de salud mental entre otros; llevan a la afirmación de que existen “*espacios de vulnerabilidad*”, que exponen a las personas a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias, y por tanto, a la desprotección.⁶ Va más allá de la pobreza, aunque es sin duda en condiciones de pobreza donde la vulnerabilidad se presenta más cotidiana y crudamente. La noción de vulnerabilidad puede aplicarse a individuos, a grupos sociales o a sociedades; puede obedecer a contextos nacionales y se puede aplicar en el ámbito internacional, así hay naciones que por ser más pobres y menos integradas son más vulnerables.²⁰

La relevancia del conocimiento sobre la vulnerabilidad a los agravantes de la salud, reside en la determinación de las necesidades de salud de los grupos afectados, con el propósito

de identificar las características o condiciones para reforzar los recursos disponibles para el enfrentamiento de la enfermedad y asegurarles una mayor protección; y puede ser analizada según las dimensiones individual, programática y social (Cuadro 2).^{16,19}

De tal forma que, de los efectos de muchas vulnerabilidades personales depende el acceso a los servicios de salud.¹⁸ Por consiguiente, se ha sugerido que se preste atención a los factores de género, ascendencia y grupo étnico, estado socioeconómico, discapacidad, orientación sexual y condiciones de vida en medios rurales que influyen en los resultados de salud, y que se preste asimismo atención a los efectos de salud que las instituciones, las leyes, las políticas y los programas pueden tener en los grupos étnicos y raciales.¹⁰

Grupos en situación de vulnerabilidad

La inequidad en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiesta en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Lo que representa la negación del derecho a la salud para estas personas.⁷

En este sentido el término “*poblaciones vulnerabilizadas*” se usa preferiblemente en lugar de grupos o poblaciones vulnerables. La razón de ser de este concepto es que ningún ser humano, ni grupo poblacional es vulnerable por naturaleza. Son las condiciones y factores de exclusión o discriminación, lo que hacen que muchas personas y grupos de personas vivan en situación de vulnerabilidad y de bajo disfrute de los derechos humanos. Por esto, el término adecuado es personas o grupos vulnerabilizados o en situación de vulnerabilidad. Estas son todas aquellas poblaciones que por el estigma y la discriminación, viven en una situación de desigualdad,²¹ y de acuerdo a esto todas las personas pueden ser vulnerabilizadas en algún momento.

En general, hay muchas dificultades de acceso a los servicios de salud y seguimiento de los tratamientos, por diversas razones: carencia de carné de salud (en parte por problemas en los empadronamientos); desconocimiento del

Cuadro 2. Dimensiones interdependientes de la vulnerabilidad

Dimensión	Definición
Individual	Calidad de las informaciones que el individuo posee sobre una situación de riesgo, la capacidad de elaborar e incorporar estas informaciones en su cotidianidad, así como el interés y las posibilidades de transformarlas en prácticas de protección y prevención.
Programática	Políticas públicas de enfrentamiento, metas y acciones propuestas en los programas de prevención y organización y distribución de los recursos para prevención y control.
Social	Informaciones que dependen no solo de los individuos, sino también del acceso a los medios de comunicación, escolaridad, disponibilidad de recursos, posibilidad de influenciar las decisiones políticas y la superación de barreras culturales.

Cuadro 3. Factores del Sector Salud determinantes de las desigualdades en salud

Factor	Elementos
Acceso a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Distintos grupos dentro de una sociedad. - Médicos, equipos y servicios.
Arquitectura del Sistema.	<ul style="list-style-type: none"> - Segmentación que impone condiciones de acceso. - Fragmentación que impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, encarece el costo de las intervenciones y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto.
Calidad de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> - Relación entre el médico y el paciente - El adiestramiento y el tamaño del equipo profesional y la disponibilidad y el empleo de tecnología, además del modelo de salud.
Discriminación en el sistema de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Exclusión social y la marginación de grupos de población específicos.
Forma de organizar las intervenciones y asignar los recursos para su realización.	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación, distribución y capacidades de los recursos humanos. - Magnitud y distribución del gasto público. - Distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud.
Oportunidad del acceso a los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> - Costo, ubicación e idioma. - Comprensión del proceso de salud/enfermedad. - Conocimientos y la información. - Perspectiva integral, étnica y sensible sobre la forma de organizar y suministrar los servicios.
Sensibilidad cultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Idioma y los valores culturales.

sistema (también uso incorrecto); miedo debido a la situación de irregularidad (junto a carencia de redes de apoyo); movilidad o desplazamiento; diferentes formas de percibir y en los usos en relación con la salud (incluye la percepción de la salud como algo secundario, frente al trabajo y la vivienda); problemas de comunicación (explicación y diagnóstico) médico/paciente (idioma, analfabetismo, distancia en roles de género, prejuicios, diferencias de conceptualización e interpretación o, directamente discriminación).²³

Los esfuerzos de los gobiernos para cumplir sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos pueden reducir la vulnerabilidad a la mala salud. El respeto de los derechos humanos se distingue y caracteriza precisamente por el principio de la ausencia de discriminación, que incluye el asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformidad con la ley, y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales. En este sentido el marco constitucional y legal de Costa Rica, incluida la jurisprudencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, contra la discriminación, es fiel garante de los derechos humanos. Además, la existencia de un amplio marco jurídico internacional vigente en el país sobre protección

de tales derechos contribuye a llenar las lagunas que presenta la legislación nacional.^{10,21}

Por lo tanto, se plantea que para terminar con las desigualdades en materia de salud y hacer valer el derecho a la salud, es necesario individualizar, analizar y responder directamente a los factores determinantes sociales de la salud que afectan estos grupos.^{8,10}

Factores determinantes de las desigualdades en salud

La OPS reconoce la siguiente escala de *determinantes de la salud de la población*: contexto político y de políticas; entorno físico, económico y social; servicios y sistemas de salud (políticas, estructuras y procesos); condiciones culturales y conductuales; y características individuales. En el contexto político destacan las políticas saludables (ambientales, sociales, económicas y de salud) y los sistemas políticos y valores (equidad, derechos humanos, democracia).⁸ La **investigación científica en el**

campo de la salud pública ha evidenciado la enorme influencia de estos determinantes en las desigualdades en salud y conocer su distribución y evolución resulta fundamental para:²³

- a. conocer la evolución de problemas relacionados con la salud como el desempleo o la pobreza;
- b. develar la desigual situación que disfrutan o padecen los grupos sociales (clases, géneros o etnias) y territorios (regiones, áreas pequeñas, ciudades, barrios, etc.);
- c. conocer su impacto poblacional y plantear una planificación sociosanitaria racional y equitativa basada en la evidencia científica, y
- d. evaluar la efectividad y eficiencia de las intervenciones relacionadas con la salud pública.

Debido a que las desigualdades en salud, se relacionan con factores estructurales como la pobreza, con factores directamente atribuibles a la organización de los servicios de salud y su calidad y con el nivel de información al alcance del público en lo referente a salud y asistencia sanitaria,¹⁰ los países deben saber cuáles son los principales factores determinantes en sus comunidades a fin de poder adoptar medidas que garanticen que la aplicación de estrategias se realice de forma equitativa.¹²

De tal forma, que las discrepancias en los indicadores sobre situación sanitaria y acceso a los servicios se explican no solo por factores socioeconómicos como la educación y la pobreza, sino por factores propios del sector salud (Cuadro 3).^{4,7,10,17,24-26} Que al existir generan exclusión, restringiendo de manera importante el ejercicio del derecho a la salud, estos sistemas deben contar con una rectoría pública bien desarrollada, que evite la segmentación, la fragmentación y el predominio del pago directo por parte del usuario, garantizando las funciones esenciales de salud pública y promover la intersectorialidad de las actuaciones.²

Determinantes de utilización de servicios en Costa Rica:

En el sistema de salud de Costa Rica han predominado siempre los servicios públicos de salud y de conformidad con la constitución política del país esta prestación le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), lo cual ha logrado con gran éxito. Los procesos de reforma del Sector Salud en Costa Rica, han transformado el sistema de salud con una clara direccionalidad: de la caridad a la beneficencia (a inicios del siglo XX); de la beneficencia al derecho individual (con la creación de la Seguridad Social a mediados del siglo XX) y finalmente, del derecho individual al derecho colectivo, con las transformaciones iniciadas en los años 70's del siglo pasado y que se consolidaron con las reformas propuestas en los 90's. En cuanto a la organización de los servicios se han priorizado la extensión y el fortalecimiento de la atención primaria de salud, enfatizando las intervenciones de prevención y promoción y dotando a equipos básicos de atención integral a la salud de mayor capacidad de resolución en el campo curativo. Las prestaciones que ofrece la CCSS son iguales para todos los

afiliados con independencia del valor de la contribución. En cuanto a la redistribución del gasto en salud, el 20% de los hogares con menores ingresos es el que más se beneficia del gasto público en salud y nutrición, ya que percibe el 27,7% del gasto total en salud. La proporción del gasto que reciben los hogares más ricos, último quintil de renta, es sustancialmente inferior: un 10,7% del gasto total.^{13, 27-32}

En 2010 *Morera y Aparicio*³³, de la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la CCSS, publicaron el resultado de una investigación realizada con el fin de analizar los determinantes de la utilización de consultas médicas en Costa Rica, utilizando los datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud para Costa Rica 2006, encontrando que los factores determinantes de la utilización de consultas médicas fueron el nivel educativo, el estado de salud percibida, el número de enfermedades crónicas declaradas y la región de residencia. Los autores concluyen que el hecho de que las variables de necesidad de salud expliquen de forma significativa la necesidad de contacto con las consultas médicas y que además no se registren diferencias significativas de utilización entre quintiles de ingreso y situación de seguro, es un resultado esperable y deseable en un sistema público solidario y casi universal como el costarricense.

Por lo tanto es importante enfocar la atención a los distintos “generadores” de salud y enfermedad, externos a los servicios de salud asistenciales, dentro y fuera del Sector Salud, así como su accesibilidad,³⁴ entendida esta última en su concepto de encuentro entre servicios y usuarios, para continuar haciendo valer el principio de que la salud es un derecho.²⁹

Alcance de la gestión de servicios de salud en la accesibilidad

Un objetivo principal de las auditorias y los estudios de impacto sobre las desigualdades de salud debe ser identificar el mejor método de distribución para distribuir recursos sobre la base de las necesidades de la salud y aliviar así los problemas causados por la “ley de cuidados inversos”, asegurando un acceso equitativo, servicios de salud inclusivos y una distribución de los recursos de salud de manera que los pobres con mayores necesidades de salud tengan acceso a la mayoría de los servicios de salud.⁸

Para entender el papel de la gestión de los servicios en la mejora de la accesibilidad como parte del derecho a la salud, conviene comentar el contexto actual. La reforma de salud ha supuesto indudablemente mejoras en eficiencia y equidad, pero en general el sistema sanitario sigue siendo cada vez más caro. Lo cual podría tener dos soluciones de mantenerse constante y efectivo el sistema de financiamiento:^{7,35-37}

- a. reducir de forma importante el paquete de servicios prestados a la población lo cual se opone al derecho universal a la salud y la gratuidad de la atención sanitaria. Quienes hablan a favor de definir un paquete de servicios, sustentan su tesis en que los recursos asignados al sector

salud en general, son insuficientes para brindar servicios de salud a todos los que los necesitan. De hecho, ningún país del mundo puede proveer servicios de salud que satisfagan todas y cada una de las necesidades de la población.

- b. introducir cambios en el sector público, que permitan mejorar la eficiencia del sistema mediante el traslado de responsabilidad, incentivos y riesgo tanto a gestores como a trabajadores, la separación funcional de competencias (financiación y compra, separadas de la gestión y provisión de servicios) y la capacidad de elección de los usuarios. Para que ello sea posible, las políticas destinadas a fortalecer el sistema de salud deben estar orientadas a reducir la segmentación y la fragmentación al interior de ellos e introducir con fuerza mecanismos que promuevan la equidad. Sin embargo, desde el punto de vista del profesional que brinda la atención, todo este panorama aparece como potencialmente comprensible pero difícilmente asumible, generando un conflicto de valores entre el profesional que brinda la atención y la administración, difícilmente resoluble y que puede ocasionar insatisfacción profesional y de los pacientes, y puede afectar la equidad en la prestación directa del servicio. Si se retoma el concepto de accesibilidad como un encuentro, el nuevo reto en la gestión de servicios de salud es que la divergencia entre el nivel de responsabilidad y el nivel de toma de decisiones, hace necesario ocuparse cada vez más de las necesidades de los usuarios / pacientes y el grado de satisfacción de los mismos.

Conveniencia de definir prioridades en salud

Priorizar no significa limitar necesariamente la atención de salud, sino cambiar el énfasis de las atenciones, creando e incrementando ciertos servicios y reduciendo el alcance de otros. Lo cual contribuye a la equidad (todos pueden acceder) y a la eficiencia (la atención primaria resuelve demanda a bajo costo y canaliza pacientes hacia niveles superiores sobre todo con sus acciones de prevención) y ahorra costos futuros de tratamiento. La conformación de un “paquete básico” constituiría una herramienta desde el punto de vista económico, social y político para focalizar el gasto público y la complementación de recursos comunitarios en los servicios de salud, responder a las necesidades percibidas por la población (con lo cual se aumenta la viabilidad de su implementación) y articular los intereses de los ciudadanos con los programas gubernamentales involucrados.³⁵

El problema es que si no se asume la escasez de recursos, se dará un racionamiento espontáneo o implícito, el cual se observa en el deterioro de la calidad de los servicios, falta de reparación de equipos médicos, insumos y medicamentos, recursos humanos, etc. Esto requiere establecer criterios para “priorizar” la asignación de recursos hacia aquellos servicios dirigidos a las personas o grupos de personas con mayores necesidades, considerando por ejemplo:³⁵

- a. *Magnitud*: Cantidad de personas que serán beneficiadas con la actividad.
- b. *Pertinencia*: Respuesta del servicio a las necesidades sentidas o expresadas por la población y está contemplada en los objetivos del Ministerio de Salud y CCSS y en el listado de problemas identificado en la comunidad.
- c. *Factibilidad*: Realizable con los recursos disponibles (humanos, financieros, tecnológicos, etc.) y teniendo en cuenta factores políticos, económicos e intereses de la ciudadanía en resolver el problema.

Se requiere un cambio en la actitud de los gestores, los funcionarios de salud y de los propios ciudadanos que cotizan para el régimen de seguridad social, para racionalizar el uso y oportunidad que hacen de los servicios. En la cual el Ministerio de Salud en su papel de rector y considerando la visión de promoción de la salud juega un papel importante.

Papel de la gestión administrativa en la desigualdad en el acceso

Las organizaciones sanitarias deben monitorear las desigualdades en el acceso a los servicios y actuar para mejorar el acceso e incrementar la equidad en la provisión del servicio a los grupos en situación de vulnerabilidad, en este sentido al comparar experiencias de varios proyectos han surgido un número de lecciones y se han identificado aspectos cruciales para mejorar el acceso, aplicables al contexto costarricense:^{7, 12,24,38-40.}

- a. *Disponibilidad de evidencia sobre desigualdad en el acceso*: Si bien es muy difícil cuantificar la desigualdad, se debe garantizar la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud. Los servicios que tienen un impacto genuino son aquellos que no solo consideran preciso aumentar la cobertura de los servicios sino además captar la población que no usa un servicio que considera necesario.
- b. *Liderazgo local efectivo*: Algunos miembros del equipo no perciben el acceso como una prioridad y en vez de esto perciben que el principal problema son los altos niveles de demanda más que el acceso inadecuado. Lo cual afecta la prestación de los servicios de ciertos grupos.
- c. *Identificación de una intervención apropiada*: La implementación más exitosa ocurre cuando hay una mezcla entre lo que la evidencia sugiere y lo que se observa a nivel local. Se describen cinco principios para la adaptación de las intervenciones: uso de los recursos para publicitar las intervenciones e incrementar la accesibilidad, identificar y dirigir las barreras en el acceso y participación, desarrollar estrategias de comunicación que sean sensibles al uso del lenguaje y los requerimientos de información, trabajar con valores culturales y religiosos que promuevan o inhiban el cambio y acoger la identificación cultural en el planeamiento y evaluación de intervenciones.

- d. *Control y evaluación de gestión e impacto:* Orientada a conocer y mejorar los programas y sus efectos y la valoración global de los resultados directos del programa, así como el impacto en las condiciones sociales en que el programa puede influir a largo plazo. Debe incorporarse a la toma de decisiones para ganar en eficiencia, equidad y calidad asistencial y comprende procesos de análisis, seguimiento y gestión de las consecuencias sociales, voluntarias e involuntarias, tanto positivas como negativas, de las intervenciones planeadas.
- e. *Identificación de recursos adicionales para apoyar la actividad:* Se debe crear y fortalecer mecanismos regulares de participación y control social sobre la gestión de los servicios de salud en el nivel local y privilegiar las estrategias orientadas a fortalecer la accesibilidad a los servicios de salud. El reto consiste en reorientar el modelo de atención para que responda efectivamente a las necesidades de salud de la población y en introducir los incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a eliminar la exclusión.

El sistema debe estar enfocado al usuario y por lo tanto comprender sus necesidades, para mejorar la eficacia del sistema. Lo anterior requiere fortalecer la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de salud, considerando que para que un determinado servicio sea demandado por los usuarios debe haberse consolidado previamente como necesidad percibida.³⁶ Esta percepción va a depender de las expectativas generadas y de la utilidad percibida, y por tanto, en buena parte, de la “venta” que los profesionales hagan de este servicio, del tiempo que lleve en cartera la prestación del mismo y de su nivel de implantación. Si se toma en cuenta que los servicios de salud obtienen influencia y reconocimiento sólo si son capaces de convencer a los grupos sociales claves de que su trabajo ofrece algún interés en especial, es posible concluir que con relación al proceso salud / enfermedad / atención, todavía no han calado de la forma requerida en los usuarios, debido fundamentalmente a lo reciente del proceso de implantación de las reformas y a que no se ha hecho una estrategia activa de “venta” a la población. Por todo ello, los usuarios siguen identificándolos mayoritariamente con actividades delegadas a la atención de la enfermedad y centrando su nivel de satisfacción en este tipo de actividades, y aun hay funcionarios que prestan la atención directa en una relación paternalista sin considerar las necesidades y cambios de los usuarios. Esto tiene como consecuencia un escaso reconocimiento social de la salud y el hecho de que las demandas de los usuarios todavía no actúan como facilitadores de la implantación de cuidados, con la potencialidad de vulnerabilizar ciertas poblaciones.

A manera de conclusión, para lograr las mejoras en el acceso que lleven no solo a la prevención de la vulnerabilización de ciertos grupos, sino lograr los objetivos que se plantea el sistema de salud, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa a los usuarios y los propios pacientes son elementos clave a considerar en la dinámica de la atención, en el logro de la eficacia y eficiencia del sistema y en la promoción de la salud de ellos mismos y sus comunidades; y este primer

paso requiere a su vez del compromiso real de las autoridades sanitarias, que consideren el derecho a la salud como un tema transversal de las intervenciones destinadas a incrementar el acceso a los servicios.

Referencias

1. Comprometidos con la salud pública de la población. Rev Cubana Educ Med Super 2003; 17:67-72
2. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, y otros. El Concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA 2006; 14: 201-9.
3. Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología – UBA 2008; 15: 263-9.
4. Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica. El Acceso a la Salud: Más allá de los precios, una responsabilidad compartida. AMIIF Investigación para la Vida. México DF. 2009.
5. Benavides FG, Moya C, Segura A, De La Puente M, Porta M, Amela C y otros. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit 2006; 20:239-43.
6. Feito L. Vulnerabilidad. An Sist Sanit Navar 2007; 30 (Supl. 3): 7-22.
7. Acuña MC. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS. San José, Costa Rica, 2005
8. Egúsqiza-Acero M. (editora) Exclusión y derecho a la salud: La función de los profesionales de la salud. Federación Internacional de Organizaciones de Derechos Humanos y Salud – IFHHRO / Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud – EDHUCASALUD. Lima, Perú. 2007
9. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR, Silveira RS. Derecho del ciudadano y evaluación en los servicios de salud: aproximaciones teórico-prácticas. Rev Latino Am Enfermagem 2010; 18:1013-9.
10. OMS/OPS. Salud y ausencia de discriminación. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, No. 2. Ginebra-Washington. 2003.
11. Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):158-67
12. Goyder EC, Blank L, Ellis E, Furber A, Peters J, Sartain K y otro. Reducing inequalities in access to health care: developing a toolkit through action research. Qual Saf Health Care 2005;14:336-9.
13. Mulholland EK, Smith L, Carneiro I, Becher H, Lehmann D. Equity and child-survival strategies. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86:399-407.
14. Vargas I, Vásquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro 2002; 18(4):927-37.
15. Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.
16. Barra DCC, Lanzoni GMM, Maliska ICA, Sebold LF, Meirelles BHS. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. Acta Paul Enferm 2010; 23:831-6.

17. Salgado VN, González-Vázquez T, Bojorquez-Chapela I, César Infante-Xibillé C. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México* 2007; 49: 8-10.
18. Mechanic D, Tanner J. Vulnerable People, Groups, And Populations: Societal View. *Health Affairs* 2007; 26: 1220–30.
19. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. La utilización del concepto “vulnerabilidad” por enfermería. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16:923-8.
20. González-Galván JA, Hernández MP, Sánchez- Castañeda A. La pluralidad de los grupos vulnerables: Un enfoque interdisciplinario. En *Derechos humanos. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional III*. IJ/UNAM, México. 2001, pp. 225-43.
21. Suárez D, Madrigal F, Alarcón S. Folleto informativo Homosexualidad Lesbianismo para personal en Salud Costa Rica. San José: CIPAC/ACOSAP. 2011.
22. Rodríguez- García D, San Román-Espinoza T. Inmigración, salud y gestión de la diversidad: Presentación y avances preliminares de un proyecto en barrios de Cataluña. *AIBR* 2007; 2: 489-520.
23. Benach J. Los determinantes demográficos y sociales de la salud. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):7
24. Netto G, Bhopal R, Lederle N, Khatton J, Jackson A. How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behavioural interventions. *Health Promotion International* 2010, 25: 248-57.
25. Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas /OMS. *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2008.
26. Flores-Sandí G. La salud como factor de crecimiento económico. *Revista Posgrado y Sociedad* 2006; 6: 1-34.
27. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gac Sanit* 2002;16:54-62
28. Saénz-Madrigal, MR. Conclusiones del foro: “Desarrollo de los Sistemas de Salud y Seguridad Social en algunos países de Iberoamérica” San José, Costa Rica. 9 al 11 de agosto de 2005. *Gaceta Médica de Costa Rica* 2006; 2:S6-S12
29. Bustamante-Castillo X. (Editora). *Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata*. OPS/OMS. San José, Costa Rica, 2005
30. Navarro-Fallas, R. *Derecho a la Salud*. San José, Costa Rica: Editorial Juricentro. 2010.
31. Universidad de Costa Rica. Programa de atención integral en salud. Accedido el 25 de junio de 2011 en: <http://accionesocial.ucr.ac.cr/web/vas/pais>
32. Área de Servicios y Sistemas de Salud (HSS-SP). Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Perfil del Sistema de Salud Costa Rica: Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D.C.: OPS. 2009
33. Morera-Salas M, Aparicio-Llanos A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gac Sani* 2010; 24:410–15.
34. Morales-Vargas R. Verdadero acceso a la salud: reestructurando el acceso. *Rev Costarr Salud Pública* 2009; 18. 61-3
35. Consejo Local de Salud. Municipalidad de Coronel Bogado Consejo Local de Salud Hospital Distrital de Coronel Bogado. *Definición del contenido del conjunto de servicios de salud esenciales*. Apoyo técnico CIRD/ USAID, 2003
36. Del Pino-Casado R y Martínez-Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Rev Adm Sanit* 2007;5(2):311-37
37. Renna O. La gestión hospitalaria. *Revista Médica Universitaria UNCuyo* 2009; 5(2). Accedido el 20 de junio de 2011 en: http://revista.medicina.edu.ar/vol05_02/articulos_de_revision/index.php
38. Libera-Bonilla BE. Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed [online]* 2007; 15(3)
39. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit* 2011;25(Supl 1):3-8
40. Sandín-Vásquez M, Sarría-Santamera A. Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82(3): 261-72