

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE FARMACIA

**DISEÑO DE UN MODELO DE SERVICIOS
FARMACÉUTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN
SALUD, PARA EL ÁREA DE SALUD HORQUETAS-RÍO
FRÍO, SARAPIQUÍ, EN EL PERIODO DE ENERO A
MAYO DEL 2021**

AUTOR

JONATHAN AGUIRRE ALFARO

TUTOR

LEXI CHAVEZ SILES

SAN JOSÉ, COSTA RICA, ENERO 2021

Tabla de contenido

<i>Agradecimientos</i>	5
<i>Dedicatoria</i>	5
<i>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</i>	6
Planteamiento del problema	6
Objetivos	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Justificación	8
Antecedentes	11
Antecedentes históricos	11
Antecedentes Internacionales.....	12
Antecedentes Nacionales.....	13
Proyecciones	14
<i>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</i>	16
Salud Pública	16
Salud y enfermedad.....	17
Promoción de la salud.....	18
Programa de salud pública.....	23
Prevención de las enfermedades.....	25
Atención farmacéutica.....	29
Legislación en salud de Costa Rica	32
Participación de Costa Rica en la Organización Panamericana de Salud.....	33
Ministerio de salud.....	34
Leyes de salud pública.....	36
Principios y ejes transversales de los planes de salud en Costa Rica	41
Promotores de la salud en Costa Rica.....	44
Caja Costarricense de Seguro Social.....	46
Sistema de Seguridad Social Solidario.....	48

Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS)	53
Áreas de salud de Costa Rica	54
Atención Primaria de Salud	55
Alcances de la APS.....	56
Perspectivas sobre la calidad en los servicios de salud.	58
La APS en América Latina.	59
La APS en Costa Rica.	60
Sistemas y servicios de salud de Costa Rica.	62
<i>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</i>	63
Enfoque de la investigación	63
Tipo de la investigación	64
Fuentes de información	65
Fuente primaria.	65
Fuente secundaria.....	65
Sujetos de investigación.....	66
Población	66
Instrumentos	66
Entrevista semiestructurada.....	67
Hojas de cotejo.	68
Categorías de análisis	68
Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos	76
<i>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</i>	77
Determinación de las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de atención primaria en salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas	78
Nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud en los servicios farmacéuticos en atención primaria de Salud del Área de Salud de Horquetas	89
Selección del tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas	111
<i>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	125
Conclusiones	125

Objetivo N° 1: Determinar las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de atención primaria en salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas.	125
Objetivo N° 2. Identificar el nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud en los servicios farmacéuticos en atención primaria de Salud del Área de Salud de Horquetas.....	125
Objetivo N° 3. Seleccionar el tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas.....	126
Recomendaciones	127
<i>Referencias Bibliográficas</i>	<i>128</i>
<i>APÉNDICES.....</i>	<i>136</i>

Índice de cuadros

Cuadro 1	20
Cuadro 2	48
Cuadro 3	69
Cuadro 4	122

Índice de figuras

Figura 1.....	24
Figura 2.....	35
Figura 3.....	42
Figura 4.....	51

Agradecimientos

Agradezco primero a Dios, por darme las fuerzas y el valor de emprender este proyecto de vida, que será para su honra y gloria.

A mi hermosa familia, por generar la felicidad en mi vida, ya que no existe nada más importante para mí que su amor.

A la Dra. Lexi, por su guía durante este arduo proceso, gracias a su ayuda y sus conocimientos, se pudo concretar este proyecto.

Al Dr. Honorio, quien generó en mí un cambio de mi visión de vida, demostrándome la generosidad del corazón humano.

Dedicatoria

Mi vida está llena de mujeres especiales, quienes, de diferentes formas, hacen mi vida un lugar increíble, soy un hombre que ama a cuatro mujeres: a mi madre, mi esposa y mis hijas, por eso les dedico este trabajo, como una pequeña muestra de mi infinito amor por todas.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Desde la década de los setenta, específicamente a partir de la Declaración de Alma Atá de 1978, en la práctica social de la salud pública se ha instado a implementar en diferentes instituciones modelos de Atención Primaria en Salud (APS). Se espera que estas estrategias sean adoptadas de manera efectiva por la mayoría de las organizaciones; tanto desde universidades como facultades de la salud, gobiernos y organizaciones nacionales e internacionales.

De forma que la APS requiere que se cuente con recurso humano que tenga una visión clara de sus alcances. Por lo que es fundamental identificar si, desde la formación de los profesionales de la salud, se está cumpliendo o si, por el contrario, se presentan obstáculos para la implementación de la estrategia de este modelo. Situación que es de valor analizar, debido a que la distancia entre las entidades formadoras y los sistemas de salud puede llegar a constituir un impedimento para lograr un adecuado perfil del recurso humano acorde a la necesidad de cada país y región específica (Vela, Fernández y Álvarez, 2012).

Además, al considerar el argumento de que los sistemas de salud tienen una función clara y específica de sus fines, aún existen limitantes en cuanto la adopción del concepto de Atención Primaria en Salud. Sobre lo anterior, si bien es cierto, la principal concepción de la APS es el primer nivel de contacto del sistema sanitario para que los ciudadanos puedan encontrar una solución razonable a su enfermedad, sus alcances no solo se circunscriben en este punto. Puesto que se vincula también con otros elementos que le brindan un carácter humanista al sistema de salud.

Sobre ese aporte social, Zurro y Jodar (2011) resaltan que este modelo también contempla elementos igual de esenciales como su carácter accesible y próximo, su adaptación al entorno donde se enfoca en familias y comunidades con necesidades específicas. Lo que evidencia que no solo se enfoca en el ámbito salud, sino también en la parte social y hasta educativa. A su vez, la APS llega a servir como puente al desarrollo social y económico de la comunidad, pues promueve la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de diversas necesidades y problemáticas de las personas que se acercan a los sistemas de salud.

De manera que, al realizar una valoración científica de la forma en que se gestiona la Atención Primaria en Salud, permite problematizar la situación que a nivel de sistema de salud público costarricense se enfrenta. Puesto que se debe realizar una adecuada gestión de los recursos, tanto humanos como materiales, tecnológicos u otros, lo que implica un uso estratégico de ellos para continuar ofreciendo servicios a la mayor cantidad de población. De tal forma que esta se puede identificar como una causa de origen de la problemática.

Con el fin de ampliar el argumento anterior, Rosa, Zarate y Cuba (2013) mencionan que la atención primaria sirve como “filtro”, es decir, al enfocarse primeramente en la persona y no en la enfermedad en sí, se logra tener un mejor conocimiento de la situación que presenta el paciente. Lo que permite identificar y resolver el grado de urgencia y, si es necesario, tratamientos o especialistas que lleguen a aumentar el costo global de las operaciones o incluso saturar el sistema de salud.

Por ello, este estudio se centra en los servicios farmacéuticos que se ofrecen en el área de salud de Horquetas-Río Frío, Sarapiquí, con la finalidad de hacer una comprensión de la manera en que se da la atención al usuario y así reflexionar sobre el nivel de cumplimiento de los principios de la APS que ofrece el recurso humano de estos centros de salud.

Por tanto, la problemática de este proceso investigativo aborda el tema de la APS, para que así se desarrolle un modelo de servicios farmacéuticos pertinente tanto a los postulados de este modelo en estudio como de los requerimientos sociales. Lo cual se amplía en la sección de justificación. Por ello, la investigación busca responder a la siguiente interrogante: ¿cuál es el diseño que debe tener un modelo de servicios farmacéuticos en atención primaria en salud (APS) para el área de salud Horquetas-Río Frío, Sarapiquí, en el periodo de enero a mayo del 2021?

Objetivos

Objetivo general.

Desarrollar un modelo de servicios farmacéuticos en atención primaria en salud (APS) para el Área de Salud Horquetas-Río Frío, Sarapiquí, en el periodo de enero a mayo del 2021.

Objetivos específicos.

Determinar las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de Atención Primaria en Salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas.

Identificar el nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud en los servicios farmacéuticos en Atención Primaria de Salud del Área de Salud de Horquetas.

Seleccionar el tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas.

Justificación

La Atención Primaria de Salud (APS) es un programa que se implementa en diversos países como una forma estratégica para el desarrollo social de la ciudadanía, a través de los sistemas nacionales de salud. Este es el primer paso de un proceso que debe ser consecuente y permanente en la atención sanitaria social, por lo que esta idea es el punto de partida del aporte que esta investigación busca ofrecer. Debido a que, al abordar el tema de la APS, no solo se gestionan aspectos vinculados meramente a las ciencias farmacéuticas, sino también al aporte social que desde la atención se ofrece a las personas pacientes.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019), un sistema que se base en atención primaria de salud debe realizar esfuerzos para llevar sus estructuras hacia los valores de equidad y la solidaridad social. Además de tener claro el derecho que tienen todos los ciudadanos sin excepción a un nivel de salud superior. Para ello, se considera que se debe aumentar la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de cada uno de los ciudadanos, sin importar su religión, raza, condición económica, política o ideología. A su vez, la

APS incluye la capacidad de vigilar, por parte de todos los involucrados en el avance para la renovación y la mejora continua, lo que implica que los gobiernos deben rendir cuentas sobre la calidad de la atención brindada a la comunidad, siendo el pueblo quien fiscalice e intervenga de forma directa sobre la prestación de estos servicios.

De tal manera, se identifica que este estudio es de valor tanto para las personas funcionarias de los centros de salud como la ciudadanía que llegue a necesitar servicios médicos. Puesto que, la APS, al representar el primer nivel donde cada individuo es evaluado para poder gestionar la necesidad de atención que este tiene, se puede señalar que es un sistema primario clasificatorio, donde el paciente es atendido si es por una causa tratable o es remitido a un segundo grado de atención para poder tratar su fisiopatología, esto con el fin de no abarrotar los niveles superiores de atención (Delcid, 2015). Por lo que es importante realizar este proceso con los protocolos o estrategias adecuadas, con tal de no llegar a incurrir en errores que puedan ser considerados discriminatorios o de negligencia.

Smith (2019) llega a argumentar que la atención primaria pone énfasis en la salud del paciente como un todo y no específicamente en un órgano o sistema. Lo que permite una mejora significativa en la salud total del paciente y, por ello, la necesidad de buscar un fortalecimiento en este campo, ya que, para que un paciente pase de un segundo o tercer nivel de atención, sea por una causa de peso donde tenga que intervenir un especialista o exámenes de alto costo para la salud pública.

Con lo anterior, se observa que es también un estudio relevante a nivel de la construcción de política pública en materia de salud. En diferentes países se ha creado un movimiento de renovación de los servicios de salud, donde América Latina no ha sido la excepción. Gracias al documento de posición de la OPS/OMS del 2007, se establece que se busca una atención para toda la población, tratando de alcanzar el mayor nivel de salud posible, de forma equitativa y solidaria. Debido a que, con la implantación de estos modelos, se espera aumentar la capacidad resolutoria del sistema público, crear un músculo estatal para fortalecer los programas de salud pública optimizando los recursos, además de una reorientación de los objetivos y metas hacia las necesidades de la población (Giraldo y Vélez, 2013).

Además, desde una postura teórica de las ciencias farmacéuticas, al realizar procesos investigativos enfocados en los cambios de los sistemas de salud pública, se logra tener una mayor comprensión de los alcances ejecutados para mejorar significativamente la calidad de vida de las personas ciudadanas. Dentro de las acciones que han permitido estos avances, Dedeu, Lapena, Martí, Monguet y Manel (2011) argumentan que la implementación de la APS ha sido eje principal, pues introdujo la visión preventiva de las enfermedades tanto agudas como crónicas.

Dedeu et al. (2011) amplían su análisis al señalar que la APS se caracteriza por ser un modelo de trabajo en equipo, que introduce una visualización general del paciente, donde cada uno de los equipos que lo atienden durante el proceso de consulta pueda aportar para la mejora de este. Estas buenas intenciones deben llevar un proceso riguroso y secuencial en donde todos los actores puedan asegurar que se vuelva sostenible en la situación económica, flexible y adaptativo al entorno social que no es estático.

A su vez, se identifica que el estudio aporta valor hacia los centros de enseñanza superior. Debido a que estos entes deben proveer a los futuros actores de los sistemas de Atención Primaria en Salud, las herramientas para su quehacer diario y más importante, para la formación de profesionales con un enfoque social y humanitario. En estos momentos, estas casas de formación orientan sus esfuerzos principales a la búsqueda de conocimientos nuevos y la comprobación de los ya existentes, pero la APS ofrece un sin número de espacios nuevos de investigación, como lo es la perspectiva histórica de los resultados obtenidos por los programas ya ejecutados. Además de los servicios y sistemas de salud, donde se puede acceder a una retroalimentación para la ejecución de nuevos y novedosos programas. Cabe recordar que es el principal eslabón para la integración de los sistemas nacionales de salud (López y Segredo, 2013).

Antecedentes

Antecedentes históricos.

Es importante señalar que la atención primaria de salud ha sido promovida por diferentes organizaciones líderes regionales en temas de salud. La Organización Panamericana de Salud ha desarrollado una serie de documentos relacionados con el tema, donde propone el uso de guías enfocadas propiamente en la APS. Estos esfuerzos institucionales, en materia internacional, a pesar de no ser vinculantes, no significa que no deban ser analizados por las personas profesionales en salud de Costa Rica.

A nivel costarricense, alrededor de los años sesenta, el sistema de salud comenzó a abordar el tema de la Atención Primaria en Salud. Al tener la APS el interés de brindar asistencia sanitaria que sea primordial y dé accesibilidad a todas las personas (Arias, 2015). Por ello, era compatible, a su vez, con los fines que persigue la Caja Costarricense de Seguro Social. Con el fin de que exista una mayor participación o crear un proceso de cambio, a pesar de que posiblemente va a tardar décadas.

Arias (2015) hace también una reflexión que permite tener un mejor panorama sobre la trayectoria de la APS en el país. Pues se establece que los comienzos de la atención primaria en salud tienen sus orígenes en los años setenta, como respuesta a la demanda de las necesidades de las comunidades que tenían una baja escolaridad. Menciona, además, que se inicia en la región de Alajuela como plan piloto.

De manera que, durante el tiempo que en el país se ha utilizado la APS, se ha llegado a evidenciar mejoras a los servicios hospitalarios. Puesto que, con la APS, se busca que el profesional de la salud oriente su quehacer de una manera eficiente con todos los recursos vinculados con los servicios sanitarios (Canales, 2019).

No obstante, a pesar de los esfuerzos, cabe destacar que aún existen limitaciones en cuanto a una promoción de la APS de manera integral y eficiente en los centros de salud nacional. Sobre ello, Canales (2019) señala que, al haber escasos recursos financieros, débil formación académica y una escasa capacitación profesional, ha generado que el conocimiento sobre las APS sea bajo y,

por ende, su ejercicio profesional también. Aspecto que da paso para la fundamentación y justificación de este estudio.

Antecedentes internacionales.

En el año 2011, en Uruguay, los autores Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa en su artículo *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*, desarrollan conceptualmente los diferentes niveles de atención, además de poner en entredicho la complejidad de cada uno de ellos. También comentan de manera asertiva, el cambio que existió a partir de la implementación de atención primaria en salud como un programa exitoso en este país, donde la enfermedad era el centro de atención por parte de los especialistas dejando de lado el paciente. Ellos concluyen explicando que la estrategia de APS es aplicable en todos los niveles de atención, no siendo únicamente de primer nivel, además de que la prevención primaria se puede desarrollar en todos los niveles y que, para que este sistema funcione, se debe crear un grupo interdisciplinario.

En Colombia, el autor Gustavo Malagón, en el 2010, en su artículo *Atención primaria en salud: una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad*, dice que se deben incluir en la atención primaria en salud un conjunto de actividades primordiales, como lo son: educación en salud, promoción de suministro adecuado de alimentos, una nutrición correcta, agua segura, saneamiento básico, prevención y control de enfermedades endémicas locales, provisión de medicamentos esenciales, además de programas preventivos de inmunización para los diferentes sectores de la sociedad. Este autor encontró una mejora de programas a futuro, donde se involucran diferentes aspectos, como lo es el fortalecimiento del recurso humano y la formación de equipos multidisciplinarios con un enfoque en la educación a todos los campos sociales.

En el 2018, Ramírez con su artículo publicado en México, *Atención Primaria a la Salud: a propósito de lo pendiente e importante*, realiza un análisis sobre tomar decisiones en esferas básicas, como lo es gobierno y su obligación de una salud pública accesible para todos sus ciudadanos, empoderar a las personas y comunidades en la toma de decisiones políticas que repercutan de una forma directa en la mejora de la salud pública; establecer una APS que sea sostenible en el tiempo, alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. El apoyo de las partes interesadas puede ayudar a destinar suficientes recursos

humanos, tecnológicos y financieros. El autor concluye que se debe renovar los APS para adaptarse a los nuevos desafíos epidemiológicos y destruir la inequidad en la salud social.

En Brasil, los autores Giovanella, Fidelis, Vega y Oliveira, en el 2015, hablan en su artículo titulado: *Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos*, sobre la situación actual de la APS en 12 países suramericanos. Además, comentan sobre la conducción, financiamiento, características, integración de red de servicio, fuerza de trabajo, participación ciudadana y también de la acción intersectorial incluyendo las esferas gubernamentales. El estudio arroja que este conglomerado de países tiene una forma muy similar de seguridad social y esto hace que las recomendaciones sean aplicables a los mismos. Dentro de lo que plantean, se encuentra el reto para la prestación y organización de APS por la falta de profesionales en salud disponibles con una orientación adecuada para la ejecución en este campo.

En el 2011, el autor Franco, en su artículo publicado en Colombia titulado: *Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado?*, expone la crisis de los sistemas de salud sobre todo en países pobres, donde la Organización Mundial de la Salud ha planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia, buscando garantizar los servicios primarios con un acceso equitativo, además de complementarse con diferentes niveles de atención especializada, también introducir mecanismos de coordinación que incluyan planeación, financiación y evaluación. Este concluye con la necesidad de una reorientación de los servicios para transformar los sistemas de salud, impulsando la política, la comunidad, favoreciendo el desarrollo de movimientos sociales y la acción intersectorial.

Antecedentes nacionales.

En Costa Rica, los autores Sáenz, Gamboa, Sojo y Bolaños, en el año 2019, publicaron su artículo: *Costa Rica, experiencia exitosa en APS, camino recorrido y los retos futuros*, donde hablan de todo lo que se ha hecho hasta el momento, pero más importante, las proyecciones que se tienen a futuro en este campo, para que pueda ser tomado en cuenta por las personas que toman las decisiones del camino a seguir por el país; entre las cuales proponen la autonomía del individuo para ejercer su derecho sobre la salud-enfermedad. Acciones y compromisos saludables son parte de sus teorías donde explican la necesidad de que cada individuo sea visto humanitariamente y no

como un número o parte de una estadística social. Esto hace que todo el sistema de salud pública mejore por el empoderamiento de cada actor.

En el año 2019, el autor Canales, en su artículo: *Atención Primaria de la Salud como estrategia para el quehacer del profesional de la salud en Costa Rica*, habla de la importancia de la APS como el eje central para el sistema de salud costarricense, la cual requiere del compromiso y participación de todos los actores sociales involucrados, los cuales son: el Ministerio de Salud, el sector público que es la Caja Costarricense del Seguro Social, el sector privado que son los centros clínicos y de salud privados, el sector mixto como lo son las aseguradoras, los profesionales de la salud y los ciudadanos. Este concluye instando a los profesionales de la salud (que son los que interactúan de primera mano con el paciente), para que analicen sus actividades diarias, adaptando su quehacer con el fin de contribuir a la salud de la población costarricense.

El autor Arrea, en el 2011, con su artículo: *Atención primaria de la salud, una necesidad urgente*, hace una llamada a la capacitación de los profesionales en la salud para implementar de una manera adecuada la atención primaria en salud, siendo el factor económico el desencadenante de este escrito, ya que se realiza una comparación monetaria entre un paciente que es atendido de forma preventiva con respecto a otro paciente que llega a un segundo nivel de atención con síntomas y enfermedades que se pudieron tratar en una primera línea; esto con la visión de evitar la aglomeración de pacientes en hospitales por enfermedades que pudieron ser controladas con chequeos periódicos. Concluye con la idea de capacitación para mejorar la atención primaria con proyección a la educación comunitaria.

Proyecciones

En cuanto a la sección de proyecciones, se hace referencia a los resultados o alcances que se espera obtener con la investigación, ante ello se plantean los siguientes tres niveles:

- Por medio de un proceso de recolección de datos apoyado tanto en técnicas de observación estructurada como de encuesta, se espera llegar a determinar las fortalezas y debilidades que el servicio farmacéutico del Área de Salud de Horquetas, realice al implementar las guías de Atención Primaria en Salud. De manera que se pueda tener conocimiento, tanto de

las buenas prácticas como de los aspectos por mejorar, con tal de llegar a brindar conclusiones y recomendaciones para los actores involucrados.

- Una vez se identifiquen las fortalezas y debilidades de la aplicación de las guías de la APS que realizan las personas del servicio de farmacia, es importante identificar esos comportamientos, junto con las recomendaciones de atención dictaminadas por la Organización Panamericana de la Salud. De manera que, por medio de una técnica de observación no participante, apoyada en instrumentos como hojas de cotejo, se pueda diagnosticar las prácticas locales versus las recomendaciones internacionales.
- Como última proyección y nutrida por los resultados esperados previamente, se espera recopilar información que permita seleccionar el tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud que sea pertinente a las necesidades del Área de Salud de Horquetas. Para ello, se recurre a una revisión documental, tanto de lo establecido por instancias internacionales rectoras del tema de la APS, así como de los lineamientos de acción utilizados por el Área de Salud de Horquetas y con ello, identificar una tropicalización del modelo de la APS propia para el lugar de estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Como parte de las acciones claves para un adecuado proceso investigativo, se presenta el siguiente capítulo de marco teórico. En este, se reúne una serie de términos conceptuales vinculados con el fenómeno en estudio, con tal de contrastarlos con las posiciones de diversos autores y así generar una propia reflexión que sustente el planteamiento de los hallazgos esperados para el desarrollo del modelo de servicios farmacéuticos en atención primaria.

Salud pública

En una población existe un bien que es resultado de múltiples factores sociales y no únicamente de los servicios hospitalarios que se le ofrezcan a dicha población, este bien involucra muchos participantes y diversos sectores, para generar esfuerzos que deben ser aplicados de una manera orquestada para el beneficio de la población. A este preciado tesoro se le conoce como salud pública que incluye la medicina preventiva como el pilar fundamental en su aplicación social. Aunque se realizan reformas de salud a través de los años, la salud pública no pasa de moda y es un indicador de desarrollo social que toma en cuenta la accesibilidad de la población a este sistema social (Álvarez y Kuri, 2017).

Algunas de las primeras definiciones de salud pública lo limitan a medidas sanitarias, donde se tomaba como el único problema existente que un individuo pudiera o no infectar a los demás conciudadanos; con el avance de la ciencia y en específico la bacteriología, se demuestra con el pasar del tiempo que no es eso únicamente, entonces, se desarrolló el nuevo concepto de prevención de enfermedades en los individuos. La salud pública pasó a ser considerada como un todo, donde se integraban ciencias sanitarias y médicas, tomando una visión de medicina social donde se busca impedir las enfermedades, prolongar la vida de las personas y fomentar la salud a un nivel de comunidad (Revista Cubana de Salud Pública, 2014).

Por su parte, los conceptos ampliados de salud pública la definen como un intento de mejorar o aumentar el bienestar de la población con acciones que promuevan este objetivo. Además, en este campo también toma relevancia actores directos, que hacen el ejercicio de la medicina y financiación de la misma, por este motivo, se considera como un accionar social, donde los diferentes protagonistas dan una contribución desde sus campos específicos, para generar un

nivel conceptual de bienestar donde no solo se observe la patología del paciente, asimismo, contribuyendo en la promoción de la salud aplicando programas preventivos (Santoro, 2016).

Por consiguiente, las autoridades en salud pública buscan eliminar las diferencias sociales para sus habitantes, donde no sean de importancia factores como color de piel, raza, religión o estatus social, ya que este concepto busca ser un indicador de lo bien que está la sociedad como un todo y no únicamente de una fracción. Estas desigualdades deben hacer que un gobierno anteponga el bienestar social antes del individual, creando programas sociales donde los aportes sean solidarios y en los casos donde un ciudadano no tenga este beneficio, sea considerado por el sistema de salud para otorgarle la asistencia necesaria (Arcaya, Arcaya y Subramanian, 2015).

Salud y enfermedad.

Es bastante complicado definir el concepto de salud sin mencionar su contraparte: enfermedad, antiguamente, se presentaba un concepto de salud negativa haciendo que el individuo permaneciera en un limbo donde los encargados de generar bienestar buscaran de forma rudimentaria volver a restablecer el equilibrio corporal conocido como salud; siempre la humanidad buscando ese objetivo, centró su atención al concepto de un modelo de salud holista donde salud y enfermedad no son términos meramente biológicos o psicológicos, sino un total del individuo, con una correcta relación mente-cuerpo, que al final se puede interpretar como un equilibrio (Juárez, 2011).

Estos dos conceptos están íntimamente relacionados, sin uno no existe el otro, aunque a lo largo de la historia de la humanidad han sido cambiantes y dependen de las personas que son partícipes, ya que cada uno tiene un contexto diferente donde, en algunos casos, está configurado a la presencia de una patología o dolencia interpretada según los estereotipos culturales, siendo la salud un estado de recuperación de la “normalidad” funcional del individuo y la adaptación que hace posible la vida en comunidad. Aunque el estado de enfermedad es muy fácilmente identificado por los pacientes, el de salud es un poco más abstracto, ya que no se puede diferenciar de la vida cotidiana (Gavidia y Talavera, 2012).

Desde otro aspecto, muchas disciplinas han concluido que, en diferentes agrupaciones sociales del mundo, las percepciones de buena o mala salud están íntimamente relacionadas con la

cultura, es decir, cada pueblo tiene diferente punto de vista de esta definición, porque cada grupo social interioriza y transmite generacionalmente este conocimiento, aunque no tenga un fundamento científico que lo respalde; siendo las representaciones sociales un sistema de interpretación de la realidad, que rige de manera directa las relaciones de los individuos en su entorno físico y social, determinando sus comportamientos colectivos e individuales y generando lo que comúnmente se llama comportamiento social (Torres et al., 2010).

De igual modo, el concepto puro de enfermedad ha sido tema de disputa entre los practicantes de la medicina desde tiempos pasados, donde pensaban que podía ser un fenómeno generalizado del individuo o una entidad específica, que invade y se localiza en partes del cuerpo, donde los síntomas pueden ser generalizados o, por lo contrario, muy específicos, modulados por diferentes factores biológicos, cognitivos, culturales, religiosos, sociales o económicos. Sin embargo, ha sido de sentido colectivo que ningún ser tiene porqué sufrir dolor o malestares, pudiendo brindar una cura por parte de los que tienen el conocimiento (Cuba y Campuzano, 2017).

Por último, La Organización Mundial de la Salud define salud como: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, siendo esta definición de los años cuarenta, ha sufrido a lo largo de las décadas modificaciones y críticas, pero siempre funcionando como la más conocida y aceptada por la comunidad sanitaria de diversos países. La Real Academia Española define este concepto como: “estado donde un ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, siendo biológicamente correcto, pero socialmente no bien aceptado, porque la salud desde el punto de vista moderno debe involucrar más que las funciones corporales (Herrero, 2016).

Promoción de la salud.

Un primer término por abordar es el de la promoción de la salud. Para ello, se toma como referencia el trabajo desarrollado por Firmino, Mesquita, Costa de Sousa, Lima, Carvalho y Santos (2013), quienes analizan el tema bajo la perspectiva de la calidad de vida en las prácticas de enfermería.

De tal manera, se busca comprender los orígenes de discusión de la promoción de la salud, lo cual es ofrecido por Firmino et al. (2013), quienes lo identifican en la I Conferencia Internacional

sobre Cuidados Primarios en Salud, en Alma-Ata, Kazajistán de 1978 y llegó a ser también planteado en la I Conferencia sobre Promoción de la Salud, en Ottawa, Canadá en el año 1986.

En estas conferencias, se llegaron a presentar las bases del modo de conceptualización de la promoción de la salud, donde inicialmente se comprendió como una: “propuesta “empoderamiento” de las personas, familias y comunidades, que permita su plena y efectiva participación en la discusión y elaboración de las políticas públicas, las cuales colaboran a la mejora de la calidad de vida” (Firmino et al., 2013, p. 260).

No obstante, los mismos autores logran identificar que este concepto se amplía al introducir la visión de la producción de ambientes saludables, donde se incluye los entornos familiares, laborales y de ocio. Con ello, se busca, entonces, reducir los factores que fomentan condiciones de vulnerabilidad y riesgo que llegan a estar relacionados con las dinámicas sociales. De manera que se ofrece como un concepto más amplio que busca dar valor al tejido social que es parte del soporte social, de tal forma que la promoción de la salud se presenta como una herramienta para fortalecerlo.

Por ello, Firmino et al. (2013) asumen una postura que defiende el argumento de la relación que hay entre la promoción de la salud y la calidad de vida, puesto que son elementos que tienen influencia en las relaciones, convivencia y cotidianidad de la que se desarrollan las personas de una comunidad determinada.

Con esta argumentación, sobre la relación entre promoción de vida y calidad de vida, es importante validarlo junto con una comprensión de los factores con que la calidad de vida se asocia. Para ello, Firmino et al. (2013) ofrecen una reflexión de los factores objetivos y subjetivos que intervienen, de manera que se ofrece, como forma sistemática, el siguiente cuadro 1 que expone dichos factores:

Cuadro 1

Factores objetivos y subjetivos de la calidad de vida

Factores objetivos	Factores subjetivos
Condiciones materiales necesarias para una supervivencia libre de miseria	Relaciones con otros factores
	Formación de identidades sociales
	Sentimiento de integración social
	Armonía con la naturaleza

Nota: elaboración propia basada en Firmino et al. (2013, p. 261).

A partir del cuadro anterior, se evidencia que, al mencionar los factores objetivos, se relaciona con las condiciones o elementos que son básicos para una supervivencia, por lo que la salud es uno de ellos y son los Estados los que velan por ello, así como el hecho de que ofrezcan condiciones para acceder a dichas condiciones, por ejemplo, el empleo. Con lo que se quiere resaltar, entonces, el vínculo con la promoción de la salud, como una condición que debe ser ofrecida y accesible para los actores sociales.

Sobre este argumento, Firmino et al. (2013) han mencionado que:

La calidad de vida aún está asociada a la capacidad (combinaciones de potencialidades y situaciones en que una persona es apta para ser o hacer) y a la funcionalidad (estados de una persona, las varias cosas que ella hace o es). La calidad de vida debe ser entendida por medio de las oportunidades efectivas de que las personas disponen para ser, realizaciones pasadas y presentes. (p. 261)

De tal manera, se evidencia que la calidad de vida se puede comprender como un subproceso que da vida a la promoción de la salud. Esto bajo la idea que permite visualizar los elementos, como el nivel de accesibilidad al que disponen las personas a oportunidades que le permitan alcanzar un bienestar efectivo de su vida. Donde la salud es evidentemente un punto focal de atención.

Con el fin de ampliar el análisis sobre el concepto de promoción de la salud, se abordan también los argumentos presentados por los autores Díaz, Pérez, Báez y Conde (2012), quienes hacen una exposición acerca de la promoción y educación para la salud. De manera que mencionan una serie de condiciones y prerrequisitos que se deben presentar para que se dé la salud, estos señalan que son: “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” (Díaz et al., 2012, p. 301).

A partir de las condiciones y prerrequisitos mencionados por Díaz et al. (2012), se logra reflexionar que son factores que deben ser promovidos por las estructuras sociales, fomentadas a través de procesos culturales y de atención estatal mediada con acciones de políticas de gobierno con visión integral de la salud. Por ello, Díaz et al. (2012) mencionan que es importante que cualquier iniciativa de mejora de salud sea abordada con estos requisitos.

Por lo cual, el atractivo de los argumentos que ofrecen Díaz et al. (2012) se sustenta por la visión de una promoción de salud enfocada en alcanzar una equidad sanitaria, donde coloca esta condición como la indispensable para la existencia correcta de una promoción de salud. Por lo que este concepto es nuevamente presentado como una herramienta de gestión que permita ofrecer y garantizar las condiciones de bienestar, evidenciado en la oportunidad de una mejor calidad en el acceso a la prestación de los servicios de salud.

Por tanto, se logra reflexionar que la postura de Díaz et al. (2012) ante la promoción de la salud es de interpretarla como una estrategia, pero, a su vez, una forma de pensamiento, que busca ofrecer las condiciones de salud a todas las personas, sin ninguna distinción. Ante ello, le reconoce la característica a la promoción como un bien social de carácter universal, impulsa el desarrollo de acciones en el ámbito social, económico, político y psicosocial, los cuales tienden a preservar la vida, no a degradarla; otorgan un mayor bienestar y protección a la población, a partir de programas que estimulan la adopción de conductas y estilos de vida saludables en lo individual y lo colectivo (Díaz et al., 2012, p. 302).

Por lo anterior, se resalta, nuevamente, que la promoción de la salud no es tarea única de las instituciones de salud y su personal profesional en esta área, la salud demanda acciones de forma integral y para que se alcance, necesita contar con programas, lo que, a su vez, implica la asignación de recursos de todo tipo. Sobre ello, Díaz et al. (2012) también ofrecen una postura al

señalar que la promoción de la salud es un asunto integral e intersectorial que demanda la participación de los sectores sociales. Acerca de este argumento Díaz et al. (2012) ofrecen el siguiente señalamiento:

(...) no es el sector de la salud el único responsable, este tiene que actuar con liderazgo, estableciendo alianzas intersectoriales y compromisos políticos, que faciliten la movilización de los recursos para la construcción social de la salud. Específicamente, en el continente latinoamericano, la promoción de la salud presenta cada día más posibilidades, por cuanto son más los gobiernos, que asumen como compromiso, el bienestar de sus poblaciones (Díaz et al., 2012, p. 302).

Por lo tanto, del argumento anterior, se analiza que, desde la participación del sector de salud, que es bajo el cual este estudio se enfoca, el rol que se espera que tenga durante la promoción de salud no puede concebirse bajo una visión panacea, sino que se debe tomar conciencia de que requiere de apoyo de otros sectores. Su mejor estrategia es presentarse como el sector líder que busca encausar el involucramiento de sectores políticos, los cuales permitan la asignación de recursos necesarios para tener mayor campo de acción.

Ahora bien, para comenzar a enlazar la conceptualización de la promoción de la salud con la atención primaria, fenómeno central de análisis del presente estudio, se toma como referencia la posición de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2016). Puesto que ofrecen una explicación teórico-práctica que se considera de valor para considerar en la propuesta que se busca implementar en el Área de Salud en estudio.

En el primer argumento ofrecido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2016), se considera a la promoción de salud como la piedra angular de la atención primaria de salud, es decir, la proyecta como una función clave de la salud pública. Esta afirmación la sustentan con el hecho de que, al darse un mayor desarrollo, se logrará materializar la eficiencia para reducir la morbilidad y así aportar en mitigar los impactos de las enfermedades a nivel social y económico. Por lo que se maneja bajo la visión de equidad y en concordancia con aspectos sociales, culturales, ambientales, a nivel individual y colectivo.

En ese sentido, el documento de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2016) evidencia que el interés de la última década de reconocer la influencia de los aspectos sociales en la salud, que ha implicado el desarrollo de políticas públicas más integrales, se debe en gran medida al enfoque de salud en todas las políticas impulsado por la OMS en la Declaración de Adelaida. Ello ha fortalecido que las políticas de gobierno promuevan una construcción intersectorial para garantizar el acceso a oportunidades de mejora en salud sin brechas sanitarias. Sobre este aspecto, la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2016) señala que:

Desde esta mirada, los desafíos estratégicos de la promoción de salud se asocian a la creación e impulso de políticas públicas saludables, intersectoriales, cuya finalidad sea crear entornos de apoyo que permitan a las personas y comunidades desarrollar una vida saludable. Desde esta perspectiva, los gobernantes y quienes tienen poder político deben realizar acciones dirigidas a solucionar los problemas vinculados a la salud de la población, bienestar y calidad de vida (p. 1).

Por lo tanto, se debe buscar promover una Promoción de Salud considerada como una herramienta que brinda oportunidades y condiciones para que las personas alcancen un desarrollo basado en su calidad de vida y estado de salud. Lo cual implica la sensibilidad por desarrollar hábitos saludables y considerando la necesidad de mitigar las diferentes brechas sociales que están impidiendo alcanzar estilos de vidas saludables en todas las personas.

Programa de salud pública.

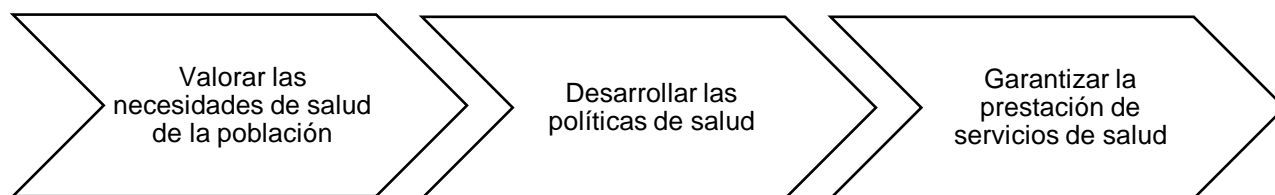
Para ampliar la revisión de referentes teóricos que sustentan este estudio, el término de programa de salud pública se identifica como clave para el análisis del fenómeno investigativo. De tal manera que se sigue lo planteado por Méndez (2014), puesto que realiza una exposición sobre la planificación y programación en salud pública que, a pesar de ser de origen español, ofrece una visión de los objetivos que se deben perseguir para la salud pública, los cuales son importantes de revisar para el sustento de la propuesta del diseño de servicios farmacéuticos en atención primaria.

Se comienza por revisar la propuesta de objetivos de la salud pública presentada por Méndez (2014), los cuales son el: “proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas” (p. 1). De esta forma e inclusive en concordancia con lo desarrollado en el

apartado de la promoción de la salud, se evidencia cómo la visión de la salud desde el rol público implica acciones colectivas que vayan más allá de solo brindar el servicio, sino también de ser protegido, fomentado y restaurado.

Además, Méndez (2014) ofrece una exposición de funciones esenciales que se desprenden de estos mismos objetivos. Para ello, se presenta la figura 1 que sistematiza dichas funciones:

Figura 1



Funciones esenciales para la salud pública

Nota: elaboración propia a partir de Méndez (2014, p 1).

A partir de la figura 1, se mencionan las funciones básicas para que se garantice la salud desde el rol de la salud pública. El valor agregado que se busca resaltar de la primera función, sobre valorar las necesidades de salud, es porque se da una comprensión y medición de factores determinantes de salud según el contexto social, político y ecológico (Méndez, 2014, p. 1), que dispone las dinámicas de la comunidad o grupo de personas de un sector. Por lo que se evidencia la necesidad de hacer planteamientos pertinentes, es decir, que no sean propuestas que impongan modelos o acciones que no sean de necesidad o interés de las poblaciones por impactar.

En cuanto a la segunda función, la de desarrollar las políticas de salud, hace referencia a la necesidad de construir respuestas sociales que sean pertinentes y sostenibles con los objetivos de mantener, proteger y promover. Para el caso de la última función, que es propiamente el desarrollo de las políticas de salud, se menciona que estas sean capaces de tener garantía de eficiencia, sostenibilidad, subsidiaridad, equidad y paridad, tanto en los planteamientos de las políticas como programas y servicios relacionados a la salud.

Méndez (2014), además, señala que la gestión basada en la planificación y programación son las actividades medulares para el desarrollo de las funciones esenciales analizadas previamente.

Esto porque, como consecuencia de la complejidad y variedad de problemáticas que se vinculan con la salud, se llega a demandar un mayor uso de técnicas y procedimientos que se enfoquen en alcanzar la efectividad. Sobre ello, Méndez (2014) especifica: “ese conjunto de técnicas constituye la gestión o administración que ha sido definida como la solución de los problemas sociales por medio de una acción cooperativa y racionalizada” (p. 24).

De tal manera, se logra validar el argumento de que la salud se caracteriza por su multidimensionalidad, por lo que esa dependencia con factores sociales, culturales, ambientales e individuales es, a su vez, necesaria, pero también un reto para la persona planificadora, pues son distintas variables por considerar para una efectiva, pertinente y sostenible propuesta de salud.

Prevención de las enfermedades.

En este apartado, se ofrece un análisis sobre los alcances del término prevención de las enfermedades. Para ello, se sigue el documento de Perrot, Caprani, Goñi y Ustaran (2018), puesto que ofrecen argumentos válidos para el tipo de concepción esperada para este estudio. De manera que lo primero por considerar es la definición con que se sustenta la idea de la prevención de enfermedades, por lo que Perrot et al. (2018) citan a la Organización Mundial de la Salud, quienes para 1998 explicaban que eran: “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 1).

Por tanto, se comprende que la prevención de enfermedades se sustenta en el desarrollo de acciones que permitan la reducción o mitigación de factores, los cuales son proclives a la aparición de enfermedades. Por lo cual, para Perrot et al. (2018), el sustento de la prevención está en los recursos o acciones que sean gestadas de manera anticipada a aquellas circunstancias indeseadas, para así alcanzar una promoción del bienestar y reducir el riesgo.

Con lo anterior, se logra, entonces, validar el argumento de que la prevención de enfermedades hace alusión a acciones de primer nivel de atención, pues se busca impedir la posible presencia o aparición de enfermedad. De tal forma, según lo señalado por Perrot et al. (2018), la prevención tiene como finalidad la disminución de la incidencia del número de casos nuevos de enfermedades.

Específicamente sobre las acciones para promover esa prevención primaria, Perrot et al. (2018) ofrecen una categorización de procesos que se deben aplicar en las personas que se pueden considerar en periodo prepatogénico, la cual se caracteriza por los factores de riesgo y causalidad, que no han llegado a originar la enfermedad como tal. Estas medidas de prevención primaria son comprendidas a través de los siguientes puntos:

- Sobre el medio ambiente: saneamiento cloacal, higiene de los alimentos, etc.
- Sobre las personas: inmunizaciones (vacunas), quimiopprofilaxis (por ejemplo, el ácido fólico en mujeres que planifican un embarazo), educación sanitaria, etc.
- Se incluyen todas las acciones de promoción de la salud y consejería. Promover el uso del cinturón de seguridad en el auto; adoptar estilos de vida saludables como una dieta sana, realizar actividad física diariamente, no fumar; o las relaciones sexuales seguras. (Perrot et al., 2018, p. 4)

De lo anterior, se evidencia cómo la primera clasificación de acción, sobre el medio ambiente, considera los aspectos o condiciones externas en las que la persona interactúa, tales como el saneamiento o higiene. En el punto sobre las personas, son aspectos de índole intrínseco, relacionados con lo que propiamente ha podido acceder la persona en materia de salud, tanto en educación como en recursos, tales como vacunas. Por último, se consideran las acciones que haya recibido para la promoción de la salud, las cuales se relacionan con la socialización, divulgación y consejería.

Para ampliar la reflexión por la prevención de la salud, se sigue lo también mencionado por Villar (2011), puesto que hace una reflexión fundamental sobre los factores determinantes de la salud. Lo interesante de su análisis es que comienza resaltando el hecho de que, a pesar de los avances significativos en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, lo fundamental para la consecución de una vida sana y digna es mayormente gracias a las acciones de prevención.

Con el argumento anterior, se sustenta la importancia de la atención primaria en salud, puesto que la asignación a recursos desde este nivel de atención permite una mejor gestión de la salud para que las personas no presenten enfermedades o complicaciones que sean mucho más avanzadas y que, por ende, requieran una mayor inversión de recursos.

Sobre este asunto, Villar (2011) apunta al reconocimiento de que en los últimos años la situación de la salud de la población ha sido más demandante, lo que se ha evidenciado con momentos de insatisfacción de los sistemas de salud. Por ello, se han comenzado a gestar las modificaciones que se basan en el fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, con énfasis en un fortalecimiento del nivel primario de atención.

Villar (2011), además, enfatiza la importancia de estas medidas que buscan fortalecer el nivel de atención primario y es porque se caracteriza por estar más cerca de la población. Esto se evidencia en el sistema de salud costarricense, el cual cuenta con cobertura en diferentes comunidades a lo largo del territorio nacional de servicios de salud del primer nivel de atención. Según indica la CCSS (2010), son aproximadamente 1921 sectores integrados por Áreas de Salud, Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y puestos de visita periódica (PVP).

De tal manera que, en concordancia con lo señalado por Villar (2011), al darse este cambio de la prevención de enfermedades con un mayor énfasis en la atención a la salud de primer nivel, se está dando una prioridad en cuanto promoción de la salud, la cual es la mejor herramienta para el logro del objetivo clave: la prevención. El argumento principal de Villar (2011) sobre este cambio de visión es bajo la siguiente idea:

En la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención (donde también están incluidas las de promoción de la salud) deben ocupar un lugar preponderante, porque permiten incrementar los niveles de salud de la población, evitar que esta se enferme, a un costo menor, en comparación a los altos costos que generan la atención de la salud recuperativa (p. 239).

Asimismo, Villar (2011) señala un grupo de funciones básicas que constituyen a la atención integral de la salud. Estas funciones son la de promoción de la salud, protección de la salud, prevención de la enfermedad y restauración de la salud. A continuación, se ofrece una comprensión general de cada una de ellas que permitan comprender cómo se relacionan entre sí y con la atención integral.

Primeramente, se comienza con la función de la promoción de la salud, la cual ha sido incluso analizada previamente en el apartado 1.2 de este estudio. Villar (2011) explica que esta

debe tener un significado de deber realizar acciones de salud que sean dirigidas para que la población pueda ejercer mayor control de su salud, de manera que la pueda mejorar. Con ello, se observa relación con la postura desarrollada previamente en este estudio, pues la promoción de salud implica una visión amplia de las responsabilidades de los actores sociales, donde el papel de los gobiernos de cada Estado es cautelar esas condiciones de vida, como el acceso a un empleo, por ejemplo, que permita acceder a la salud o de, al menos, brindar opciones alternas a personas que por sus condiciones de riesgo o vulnerabilidad lleguen a tener un limitado acceso a estas opciones sociales que permiten la garantía de salud.

En cuanto la protección de la salud, con esta función básica se hace referencia a acciones dirigidas al control sanitario del medio ambiente. Sobre esto, Villar (2011) destaca que dicho control sanitario implica que se dé:

- Vigilancia y Control de la contaminación del agua, aire y del suelo (Control Sanitario del Medio Ambiente o Saneamiento Ambiental)
- Vigilancia y Control de la Contaminación de los Alimentos (Control Sanitario de los Alimentos o Higiene Alimentaria) (p. 239).

Lo anterior evidencia la importancia del resguardo de factores externos que pueden ser detonantes de enfermedades en la población. Por lo que se resalta la responsabilidad de las autoridades estatales por la lucha contra la contaminación ambiental, así como buscar medidas que permitan una adecuada higiene y seguridad alimentaria.

En cuanto al punto de la prevención de la enfermedad, se observa, por tanto, que es un medio y no específicamente un fin en sí mismo de lo que implica la atención integral de salud. Puesto que son necesarias otras funciones como las ya analizadas. En este sentido, Villar (2011) ofrece una visión de la prevención de la enfermedad como función básica, que toma como referencia la definición de la OMS (1998), sobre que son medidas destinadas tanto a la prevención como a la reducción de los factores de riesgo. Lo que implica que se ejecuten actividades específicas como inmunización, educación sanitaria, pruebas de detección y demás acciones, según sea el tipo de condición de enfermedad que se busque tratar.

Por último, en cuanto la restauración de la salud, Villar (2011) señala que son aquellas acciones de los servicios de salud que, a través de la asistencia sanitaria, permiten que se fomente la recuperación de la salud de aquellas personas que se han visto afectadas y han reducido su calidad o perdido su salud.

Por tanto, se logra comprender que la prevención de enfermedades llega a ser, por supuesto, un indicador del nivel de salud que pueda tener una persona. Pero lo ideal no es concebirlo como un fin en sí mismo, sino que llega a ser un engranaje clave que se debe constituir a lo largo del proceso de atención integral de la salud. Por ello, esta práctica preventiva debe ser fortalecida y promovida desde los niveles de atención primaria, pues son el primer acercamiento con la población.

Atención farmacéutica.

En este apartado, se busca hacer una reflexión de lo que implica la atención farmacéutica, en el entendido de que la propuesta de guía de atención primaria en salud es visualizada desde esta perspectiva profesional, por lo que es clave exponer algunas características de este tipo de atención. Para ello, se sigue lo señalado por Hidalgo y Tames (2014), quienes hacen una descripción tanto de la terminología como de la aplicación de las actividades vinculadas con la parte farmacéutica.

Para tener una comprensión en cuanto el concepto como tal de lo que es la atención farmacéutica, Hidalgo y Tames (2014) apuntan a que son todas aquellas actividades que la persona profesional en farmacia realiza para la atención que debe brindar al paciente. En ese sentido, los autores en cuestión ofrecen un listado de actividades claves de la función:

- Dispensación de medicamentos
- Educación sanitaria
- Seguimiento farmacoterapéutico
- Farmacovigilancia
- Consulta o indicación farmacéutica
- Uso racional de los medicamentos
- Formulación magistral

Otro argumento clave por resaltar de lo señalado por Hidalgo y Tames (2014) es la especificación que destacan del objetivo de la Atención Farmacéutica como eje clave para la prevención y resolución de las desviaciones que generen limitaciones en la consecución de los alcances terapéuticos. Para lo cual se considera que el aporte de esta atención está en la evaluación que da de los problemas de salud que tenga una persona paciente, al partir de la visión de las necesidades, de la efectividad y seguridad que se espera tengan los medicamentos. Donde, además, se debe reconocer lo fundamental que es el trabajo interdisciplinario que representa el equipo de salud que atiende a determinada persona paciente.

A su vez, retomando lo señalado previamente sobre el listado de actividades que se gestan desde la atención farmacéutica, se considera relevante apoyarse en las explicaciones que ofrecen Hidalgo y Tames (2014) de ellas. Por ello, a continuación, se procede a presentar cada una de ellas según las características que los autores en cuestión les han asignado:

Lo primero por comprender es la dispensación de medicamentos, Hidalgo y Tames (2014) mencionan que es el acto profesional que se da a partir de la solicitud de un medicamento, ya sea con o sin receta. En este punto, es de importancia que la persona profesional verifique que la persona tiene los conocimientos y comprensión adecuada del tipo de tratamiento al que se sujeta y que sepa cómo utilizarlo. Además, en este punto, es de importancia que la persona profesional tome en cuenta la legislación vigente que regula el medicamento para determinar que este sea adecuado a las condiciones de la persona paciente.

Sobre el segundo punto, el de los seguimientos farmacoterapéuticos, Hidalgo y Tames (2014) destacan que es una práctica clínica que busca hacer un monitoreo y evaluación continua, pero, además, sistematizada y documentada de la farmacoterapia que se le ha asignado a una persona paciente y determinar si esta realmente ha conseguido mejorar los resultados en su salud.

Para el caso del tercer proceso, el de la farmacovigilancia, la OMS (2014, citado por Hidalgo y Tames, 2014) explica que esta es la actividad de notificar, registrar y evaluar de manera sistemática todas aquellas reacciones adversas que puedan representar los medicamentos, tanto los que sean con receta como los que no. De manera que está relacionada con la detección de reacciones adversas que permita lograr la prevención de ellas.

Como cuarta actividad, Hidalgo y Tames (2014) exponen sobre la consulta o indicación farmacéutica, la cual es comprendida como el servicio que se ofrece a las personas pacientes que demandan presentarse ante la farmacia sin necesariamente saber qué tipo de medicamento es el que deben solicitar a la persona farmacéutica. Básicamente, el interés es consultar por un remedio que les pueda ser de utilidad para solventar o mitigar cierto problema de salud.

En una quinta posición está la educación sanitaria, según argumentan Hidalgo y Tames (2014), hace referencia a acciones de carácter educativas que la persona farmacéutica realiza para promover una vida saludable en pro de la prevención de enfermedades dirigida a las personas pacientes y comunidad en general. Además, en este se espera que se fomente la motivación y autoestima que permitan mejorar la salud de las personas.

Para la sexta acción, propiamente la del uso racional de los medicamentos, con ello se alude al uso correcto y adecuado de ellos. De forma que la persona profesional en farmacia haga una adecuada prescripción de los medicamentos, lo que, a su vez, implica que se dé una adecuada dosis que pueda ser debidamente suministrada en un periodo de tiempo suficiente.

Por último, está la formulación magistral, en este caso, se toma como referencia a Dáder et al. (1999 citado por Hidalgo y Tames, 2014), quienes señalan que consisten en la asignación de medicamentos que se han dirigido a un paciente en específico. Por lo que es elaborado por la persona farmacéutica para que se satisfaga la prescripción facultativa que se ha detallado de las sustancias medicinales requeridas. Por supuesto, dando también la información debida a la persona usuaria sobre lo que se le ofrece.

Cada una de estas acciones o procesos son los identificados como los principales dentro de lo que implica la atención farmacéutica, pero es importante también señalar las recomendaciones generales que ofrecen Hidalgo y Tames (2014), para que la atención farmacéutica, al menos a nivel contextual en territorio costarricense, sea mucho más efectiva. Debido a que aluden a la necesidad de que el Estado, como ente rector de la salud, a través del Ministerio de Salud regula la planificación de la política nacional que se gesta desde la CCSS, impulsen y coordinen programas de atención farmacéutica tanto a nivel institucional como a nivel privado. Sobre esta idea agregan:

Por ejemplo, la realización de campañas sobre el uso racional de medicamentos y concientizar a la población de la gran inversión que efectúa el Estado en la compra de medicamentos para proveerlos a la población, por tanto, el buen uso de estos contribuirá a una mejor la calidad de vida del paciente de la mano de la optimización de los recursos (Hidalgo y Tames, 2014, p. 7).

Así que, con lo destacado en el ejemplo, se comprende el alcance de los argumentos de los autores en cuestión sobre que la atención farmacéutica también se vincula con una sensibilización, concientización y educación, lo que representa el poder contar con un sistema de salud estatal que provee de medicamentos y cómo es necesario que se haga una adecuada gestión y uso de ellos.

Asimismo, llama la atención el señalamiento de la necesidad de que en los centros de enseñanza superior también se considere esta temática de la atención primaria en salud, puesto que es necesario ofrecer preparación académica sobre ella que los prepare a la inserción laboral, pero, además, porque se le brindan las herramientas con principios de humanidad, solidaridad, equidad y respeto al ser humano (Hidalgo y Tames, 2014, p. 7).

Legislación en salud de Costa Rica

Para ampliar la comprensión teórica-conceptual con que se fundamenta este estudio, llega a ser clave revisar la legislación en materia de salud que rige en Costa Rica. De manera que se toma como referencia lo planteado por Vargas (s.f.), quien ofrece una revisión sistematizada del ordenamiento jurídico nacional, el cual está basado en una serie de normas que se han diseñado con el fin de regular las actividades de salud.

El punto de partida de la concepción jurídica de la salud se da en la Constitución Política, que en el artículo 21 establece que la vida humana es inviolable. Esto ha sido también reiterado por la Sala Constitucional que, según argumenta Vargas (s.f.), ha llegado a interpretar que este artículo, bajo una perspectiva de salud, llega a reconocerla como un derecho humano y, por ende, se constituye como un bien jurídico de primer orden.

Por tanto, bajo esa concepción de la salud como un bien jurídico, a nivel nacional se ha desplegado una plataforma institucional que articula los esfuerzos de actores para la consecución del sector salud costarricenses; donde el Ministerio de Salud ha sido el ente rector.

Participación de Costa Rica en la Organización Panamericana de Salud.

Según se observa en el sitio web de la Organización Panamericana de Salud, esta es una organizacional internacional que se ha creado para atender asuntos de salud pública, propiamente de las Américas. Su finalidad es apoyar a los países de la región para que puedan mejorar y proteger la salud de su población. El aporte principal es por medio de cooperación técnica en salud, para el abordaje de las enfermedades transmisibles y padecimientos crónicos; además, busca fortalecer los sistemas de salud y lo vinculado con la atención a situaciones de emergencia y desastre.

En cuanto la visión de la OPS (s.f.), se enfoca en: “ser el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades” (párr. 7). De manera que se evidencia el interés de esta organización por promover una visión de salud integradora, es decir, la considera como un factor clave en el bienestar integral de la sociedad.

Sobre su misión, la OPS (s.f.a) menciona que se caracteriza por: “liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas” (párr. 9). De esta misión sobresale la postura de organización colaborativa.

Actualmente, son 51 miembros los que integran a la OPS representados tanto en países como territorios. Costa Rica es uno de ellos y ha mantenido un vínculo permanente con la organización desde sus inicios; “fue uno de los 11 países que, en 1902, durante la Primera Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas fundaron la OPS, representado en aquel momento por el Dr. Juan Ulloa” (OPS, s.f.b).

Según menciona la OPS (s.f.b), Costa Rica se catalogó como Estado Miembro de la organización el 2 de octubre de 1947, cuando se llevó a cabo la adopción de la Constitución de la

Organización. Desde entonces, se han gestado diferentes espacios para la prestación de cooperación técnica.

Sobre la manera en que se desarrolló la estrategia de cooperación técnica hacia los países centroamericanos, para los años 60, la OPS contaba con una Oficina Regional en Guatemala, desde la cual se daba la logística para el envío de consultores para la asistencia técnica que solicitarán los gobiernos de los Estados centroamericanos (OPS, s.f.b).

Sin embargo, para 1963, la OPS consideró necesario instalar una oficina permanente en Costa Rica, lo cual ha fortalecido en el establecimiento de una relación de trabajo más estrecha. A partir de dicha alianza, se ha dado una: “unión de conocimiento, mística, experiencia y espíritu solidario del personal de la OPS/OMS y de los funcionarios nacionales” (OPS, s.f.b). Todo esto bajo la premisa de que se busca trabajar incansablemente por el fortalecimiento del estado de la salud y condiciones de vida de la población costarricense, tal como se ha logrado hasta la actualidad.

Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud está adscrito al Poder Ejecutivo, se rige por la Ley General de Salud N.º 5395 y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. En dichas normativas, se le asigna a este Ministerio la responsabilidad, potestad y obligatoriedad de conducir la formulación de la Política Nacional de Salud y sus correspondientes planes de implementación, así como el seguimiento y la evaluación de estos.

Además, este ministerio implica que se dé un ejercicio de la rectoría, por lo que desde esta institución se definen los lineamientos y directrices que orientan las intervenciones en salud. Cabe destacar que esta acción rectora debe plantearse al tomarse como base las necesidades y requerimientos de la población. Debido a que lo fundamental es establecer: “la mejora continua de los servicios de atención directa a las personas y del ambiente humano, todo ello, para impactar positivamente en el estado de salud de la población” (Ministerio de Salud, 2016, p. 1).

Además, según lo mencionado por Chávez y Montoya (2011), al ser este ministerio el ente rector en salud pública, debe estar en vigilancia del desempeño de funciones esenciales. Por ello,

la política nacional en esta materia debe conducir a una planificación y coordinación, tanto de las actividades públicas como privadas en materia de salud. De manera que el Ministerio de Salud debe encargarse de:

- Fomento y promoción de salud.
- Prevención de enfermedades.
- Control del ambiente.

Chávez y Montoya (2011) presentan, además, que, desde la reforma de la década de los noventa que vivió este ministerio, se reafirmó su rol como ente rector al definirse sus cuatro funciones básicas de rectoría que se presentan en la figura 2:

Figura 2



Nota: elaboración propia a partir de Chávez y Montoya (2011, p. 67).

De la figura 2 se evidencia que, con esta reforma a las funciones básicas de la rectoría del ministerio, se busca ir más allá de solo la vigilancia o control, sino que también espera que dé las pautas de conducción que deben tener las acciones de salud del país. Así como regulación de los servicios e investigaciones, donde también se llegan a involucrar los procesos de salud a nivel privado y público. Con la función del desarrollo tecnológico, la clave está en centrarse en las construcciones de mejoras en el proceso de salud, colocando al sistema de salud nacional a la vanguardia.

A nivel de gobierno local, según explica Chávez y Montoya (2011), a los municipios les compete la administración de los servicios e intereses de la comunidad de su área de atención, con el fin de promover en el desarrollo integral de los cantones e influir en la armonía del desarrollo nacional, pero siempre en concordancia con los lineamientos y rectoría que dicta el Ministerio de Salud.

Leyes de salud pública.

Desde la normativa costarricense, se han establecido instrumentos jurídicos para resguardar todo lo relacionado a la materia en salud. En la Constitución Política de Costa Rica de 1949, se llega a exponer que la seguridad social es un concepto integral, esto se establece desde el Título V que aborda los derechos y garantías sociales. En este apartado, se hace mención del rol del Estado, al ser el procurador del mayor bienestar a todos los habitantes del país, con la obligatoriedad indelegable, por tanto, de velar por la salud, el bienestar físico y mental de sus ciudadanos.

Además, la norma jurídica especializada es la Ley General de Salud, Ley nro. 5395. Esta se estableció desde el 03 de octubre de 1963, cuenta con 394 artículos. Dentro de los más significativos para efectos de este estudio, se considera el artículo 1 que establece: “la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado”. Con esto le da al Estado el deber de velar por la salud bajo una figura de bien de interés público, lo que significa que se plantea como un servicio esencial.

Asimismo, se considera relevante lo establecido desde el artículo 2, el cual señala:

Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias. (Ley General de Salud, art. 2).

A partir del artículo 2, se evidencia lo desarrollado previamente sobre el rol que cumple el Ministerio de Salud como ente representante del Poder Ejecutivo, para que se desarrolle lo relacionado con la política nacional de salud. Ampliando la reflexión, se considera también importante revisar el artículo 3, que dicta:

Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad (Ley General de Salud, art. 3).

En este artículo 3, se hace referencia a la visión de los servicios de salud como un derecho que tienen los habitantes donde, además, se dicta el deber del Estado bajo la figura de las leyes y reglamentos que mencionan lo referente a la conservación de la salud. Con una lógica similar, desde el artículo 4 se menciona:

Toda persona, natural o jurídica, queda sujeta a los mandatos de esta ley, de sus reglamentos y de las órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia, que las autoridades de salud dicten en el ejercicio de sus competencias orgánicas y tiene derecho a ser informada debidamente por el funcionario competente sobre las normas obligatorias vigentes en materias de salud (Ley General de Salud, art. 4).

Desde el artículo 4, se aborda la concepción que se tiene de los sujetos de derecho según lo establecido desde la ley. Donde se resalta el derecho a la información que debe ofrecer la persona funcionaria que tiene las competencias según la materia en salud. Cabe también analizar lo establecido desde el artículo 5, donde se argumenta que:

Toda persona física o jurídica, está obligada a proporcionar de manera cierta y oportuna los datos que el funcionario de salud competente le solicite para los efectos de la elaboración, análisis y difusión de las estadísticas vitales y de salud y demás estudios especiales de administración, para la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario hacer para el oportuno conocimiento de los problemas de salud y para la formulación de las medidas de soluciones adecuadas (Ley General de Salud, art. 5).

Por lo que se puede evidenciar que, desde nivel normativo, se da un respaldo a las personas funcionarias de salud para que las personas que son pacientes o usuarias puedan brindarles la información que sea competente, con el fin de que se puedan dar los procesos que permitan prestar el servicio oportuno de salud. En una concordancia similar está lo señalado en el artículo 6 de la misma ley que expone:

Todo habitante del país que no esté justamente impedido tiene la obligación de concurrir al llamamiento de las autoridades sanitarias para declarar en cualquier asunto relacionado con la salud pública. Asimismo, debe prestarles auxilio cuando fuere requerido por la autoridad competente (Ley General de Salud, art. 6).

De este artículo, se interpreta que las personas que habitan en suelo nacional tienen la obligación de acudir al llamado que hagan las autoridades sanitarias, con excepción de si la persona presenta alguna situación de impedimento. A su vez, el artículo hace un llamado a que es también deber de las autoridades brindar el auxilio cuando así se requiera. No obstante, el análisis de esta ley debe ir más allá de solo estos artículos de alcance general, puesto que, en esta normativa, hay más de 300 artículos que hacen una explicación jurídica de cómo debe gestarse el proceso de salud en suelo nacional.

Para ello, se procede a hacer una revisión, a groso modo, de cada uno de los títulos y capítulos que la conforman. En el caso del título I, este integra lo relacionado a los derechos y deberes que son concernientes a la salud personal, por lo que su primer capítulo establece los derechos y deberes relativos a la promoción y conservación de la salud personal y familiar. En su capítulo dos, lo que reúne son los derechos y deberes relativos a la recuperación de la salud personal.

También está el título II, que explica los deberes y restricciones a que quedan sujetas las personas en consideración a la salud a terceros; por lo que, en su capítulo I, dan las disposiciones preliminares vinculadas con la materia concerniente a la materia del título. El capítulo II expone los deberes de las personas que actúan en materias directamente ligadas con la salud, además, explica las restricciones a las que quedan sujetas en el ejercicio de tales actividades.

En el capítulo II, cabe recalcar que se da una sección enfocada en los deberes y restricciones en el ejercicio de las profesiones y oficios en ciencias de la salud. Para la sección dos de ese capítulo, se exponen los deberes de las personas que operan establecimientos dedicados a la atención médica y de las restricciones a las que quedan sujetas tales actividades. Su sección tercera trata de los deberes de las personas que operan establecimientos dedicados a las acciones auxiliares, complementarias o de apoyo a la atención médica y de las restricciones a las que quedan sujetas tales actividades.

Otro aspecto importante por considerar también en el capítulo II es el párrafo III que expone sobre los medicamentos, en cuanto los requisitos para la operación de los establecimientos farmacéuticos y las restricciones a las que se sujetan. Donde el artículo 95 menciona sobre las características que tienen los establecimientos farmacéuticos:

- a) Farmacia, aquel que se dedica a la preparación de recetas y al expendio y suministro directo al público de medicamentos.
- b) Droguería, aquel que opera en la importación, depósito, distribución y venta al por mayor de medicamentos, quedando prohibido realizar en éstos el suministro directo al público y la preparación de recetas.
- c) Laboratorio Farmacéutico o Fábrica Farmacéutica: aquel que se dedica a la manipulación o elaboración de medicamentos, de materias primas cuyo destino exclusivo sea la elaboración o preparación de los mismos y a la manipulación o elaboración de cosméticos; y
- d) Botiquín, el pequeño establecimiento destinado, en forma restringida, únicamente al suministro de medicamentos que el Ministerio autorice, oyendo previamente el criterio del Colegio de Farmacéuticos. En el caso de medicamentos para uso veterinario, será necesario, además, oír previamente el criterio del Colegio de Médicos Veterinarios (Ley General de Salud, art. 95).

De tal manera, se logra interpretar que, desde la normativa costarricense, se hace una definición detallada de los alcances o roles que se deben cumplir desde el área de farmacia.

Además, en este mismo párrafo, se incluyen una serie de artículos relacionados con la visión legal de la gestión de los laboratorios farmacéuticos y el tratamiento de los medicamentos, desde su compra, empaque y venta con o sin receta.

Continuando con la revisión de los fines que contiene esta ley, se observa que, en el párrafo cuarto de este mismo capítulo dos, hay un tratamiento sobre los deberes y restricciones de las personas en relación con estupefacientes. Además, en el párrafo cinco se incluyen directrices en torno a los deberes y restricciones relativas a productos de higiene, cosméticos no médicos y otros. El párrafo seis se enfoca en las restricciones a la promoción y propaganda de medicamentos y similares. El párrafo siete sobre las restricciones a las que quedan sujetas las actividades a equipos y aparatos médicos y similares.

La Ley cuenta también con un capítulo tercero, donde expone sobre los deberes y restricciones a los que quedan sujetas las personas que por acciones o actividades puedan afectar la salud de terceros. Por lo que cuenta con una sección primera, la cual hace una exposición de los deberes y restricciones de las personas relativos al control nacional e internacional de las enfermedades transmisibles. Para el caso de su sección segunda, se da énfasis a los deberes y restricciones de las personas relativos a control de la zoonosis. Mientras que en su tercera sección el abordaje está en los alimentos, de los deberes de las personas que operan en materia de alimentos y de las restricciones a las que quedan sujetas tales actividades. La sección cuarta habla sobre los deberes y restricciones a las que quedan sujetas las personas que por sus acciones han estado relacionados con sustancias tóxicas y peligrosas.

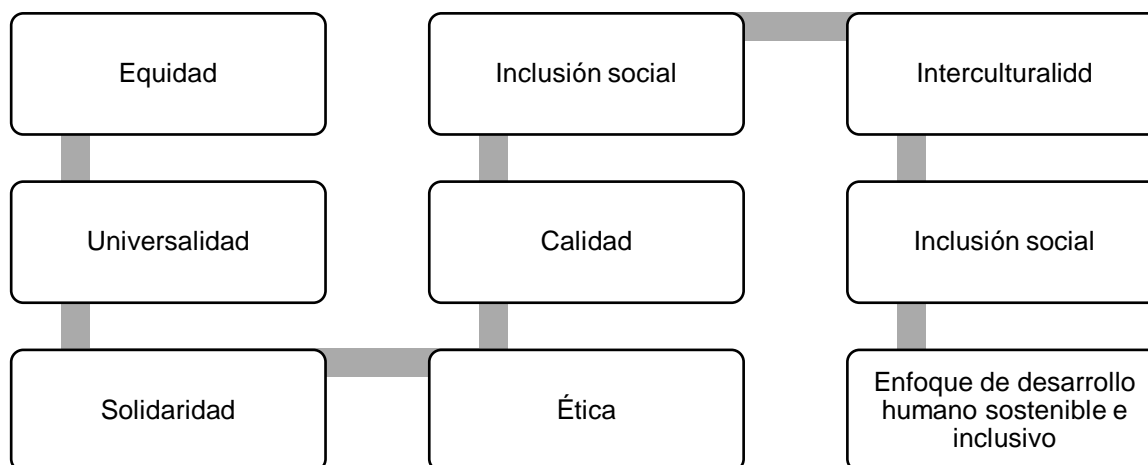
En cuanto el título tercero que conforma esta ley, trata lo relacionado con los deberes de las personas para la conservación y acondicionamiento del ambiente, de las restricciones a las que quedan sujetas sus actividades en beneficio de su preservación. Por lo que el capítulo uno de este título reúne todos los artículos pertinentes al acceso del agua para uso y consumo humano, así como los deberes y restricciones a las que quedan sujetas las personas en la materia. El capítulo segundo se enfoca en las obligaciones y restricciones relativas a la recolección y eliminación de residuos sólidos, el tercero sobre la evacuación sanitaria de excretas y aguas servidas y negras. Como cuarto capítulo se habla sobre lo relacionado a evitar la contaminación del ambiente. Así como otros temas pertinentes a la materia de salud.

Por tanto, se logra reflexionar que, en materia jurídica, la Ley General de Salud costarricense es de amplio alcance e impacta a diferentes ramas de las ciencias médicas que participan en el ofrecimiento de los servicios de salud a las personas que habitan el país. Hacer un análisis de esta normativa deja entre ver que no hay un apartado que explícitamente mencione una atención primaria en salud, pero sí alude al derecho de acceso a una atención de salud de calidad y que requiere por ello de un conjunto de deberes, restricciones y delimitación de derechos para garantizar que efectivamente se cumpla, por lo que la atención primaria puede verse como una herramienta sujeta a estas directrices.

Además, según amplían Chávez y Montoya (2011), el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica está también reglamentado en el decreto 19276-S de 1989. En este se determina que la salud y el bienestar originan derechos y deberes a las personas habitantes y que, por este motivo, debe ser el Estado el que vele por ellos. Por lo cual, el gobierno responsabiliza al Ministerio de Salud de la rectoría, la coordinación y el control técnico del sistema, dirigidos a alcanzar la salud y el bienestar para toda la población, con equidad, eficiencia, eficacia y participación.

Principios y ejes transversales de los planes de salud en Costa Rica

En el sistema de salud costarricense gestado desde la visión rectora del Ministerio de Salud, se ha establecido una serie de principios orientadores y ejes transversales señalados desde el Plan Nacional de Salud del 2016-2020. Es clave conocerlos porque llegan a fundamentar los planes de salud. Por ello, primeramente, se procederá a valorar los principios orientadores, los cuales se pueden visualizar en la figura 3:

Figura 3**Principios orientadores del Plan Nacional de Salud 2016-2020**

Nota: elaboración propia basada en Plan Nacional de Salud, 2016-2020.

El principio de equidad señalado desde este plan del Ministerio de Salud hace referencia a la justa distribución de las posibilidades y oportunidades de acceso en cuanto: información, conocimientos, recursos, bienes y servicios. Con el fin de promover, mejorar y mantener la salud, tanto a nivel individual como colectiva, bajo la visión de “dando más a quien más necesita”, de manera que se pueda aportar en la disminución de las diferencias en salud.

Además, ese principio de equidad reconoce que debe haber una visión de igualdad ante todos los seres humanos, sin embargo, no se puede ignorar que existen condiciones sociales, del entorno y culturales que llegan a comprometer y generar brechas entre ciertos grupos y poblaciones, lo que ocasiona que haya una mayor desventaja, además, que el valor de estas personas, sus derechos y su autonomía sean irrespetados y discriminados.

De tal manera que, desde este principio de equidad incorporado en la concepción de los planes de salud, se busca generar contextos que visibilicen estas brechas y se construyen acciones positivas que aporten para su disminución. Con ello, se busca proteger el derecho a la salud y se promuevan mejores oportunidades para lograr un adecuado desarrollo humano.

El segundo principio es el de la universalidad, el cual se vincula con la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar, siguiendo un enfoque de derechos, que se dé el acceso al sistema de salud, además, que este sea de calidad y con oportunidades a toda la población. En este punto se observa una relación también con el principio de equidad, pues se considera que no debe haber ninguna distinción por motivos de límites geográficos, sociales, económicos y culturales.

Un tercer principio por considerar es el de solidaridad. Con este, se busca asegurar la protección de la salud para toda la población. Para ello, se cuenta con el modelo de financiamiento compartido, que en Costa Rica se ejecuta en una figura tripartita con el aporte del Estado, patrono y trabajador, lo que permite el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos.

Sobre el principio de la ética, parte de la conceptualización general del: “conjunto de reglas, normas, mandatos, que guían y regulan el comportamiento humano dentro de una determinada colectividad” (Ministerio de Salud, 2016, p. 17). De tal forma que, desde una postura de un plan de salud, esto es fundamental, puesto que busca la promoción del respeto hacia la dignidad, integridad y autonomía de las personas, para así alcanzar el principal logro esperado por la sociedad que es el bienestar humano y la justicia social.

También está el principio de calidad, el cual hace alusión a la capacidad que se puede generar en el sistema de salud para que pueda ofrecer una atención integral. El énfasis de una atención de este tipo se debe a que las personas y grupos sociales cuentan con diferentes necesidades y es deber ofrecer las condiciones apropiadas para satisfacerlas con mayores beneficios que se han establecido en los mejores estándares y así se evite la menor cantidad de riesgos

Sobre el sexto principio, el de inclusión social, desde el Plan Nacional de Salud del Ministerio de Salud se menciona que es una condición en la que se busca el reconocimiento de los derechos, deberes, igualdades y equidades de las personas y grupos sociales, los cuales se caracterizan por tener alguna desventaja y vulnerabilidad, de manera que no se dé ninguna distinción por el género, orientación sexual, etnia o ideología. Lo fundamental de este proceso de inclusión es que haya una integración tanto a nivel social como institucional que abarque los espectros políticos, económicos, sociales y culturales.

A su vez, el Ministerio de Salud hace un llamado a cumplir con el principio de interculturalidad, el cual expone la necesidad de que se reconozcan las diversidades culturales presentes tanto a nivel de sociedad como en individuos. Al darse este reconocimiento a existencia de la diversidad, se llega a fortalecer la identidad nacional y fomentar una convivencia pacífica y respetuosa entre los grupos.

Por último, sobre el noveno principio, del enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo, el Ministerio de Salud expone que se debe dar un reconocimiento de la responsabilidad que tiene el Estado para la generación de condiciones que permitan el bienestar y desarrollo integral de sus habitantes. Para ello, se debe promover un contexto que permita tener sostenibilidad tanto a nivel ambiental como social y económico.

De tal manera que, al analizar cada uno de estos principios, se evidencia que, desde el Ministerio de Salud, se ha buscado generar planes de salud que tengan una visión integral de lo que implica la atención y promoción de la salud. Aspectos que son también medulares para los fines de este estudio, pues sirven como parámetros e indicadores de cómo debe regirse la propuesta por plantear sobre la atención primaria en salud por ofrecer desde las áreas de farmacia.

Promotores de la salud en Costa Rica.

Para este apartado, se expone una revisión de las figuras promotoras de la salud en Costa Rica, de manera que se expondrá sobre la Caja Costarricense de Seguro Social enfocándose en el sistema de seguridad social solidario, en las características de sus áreas de salud y Equipos Básicos de Atención Integral.

Previo a comenzar la exposición sobre la figura de la CCSS, es clave hacer una contextualización de las condiciones sociales y de salud presentes en Costa Rica. Para ello, se toma como referencia lo indicado por Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez (2011), quienes se basan en los datos obtenidos durante el último censo realizado en el país, donde se mencionaba que la población total era de 4.451.205 habitantes, de los cuales el 49,2% correspondía a mujeres y el 50,7% a hombres. Además, en cuanto la tasa de crecimiento poblacional, esta era de un 1,4%, donde las personas mayores de 65 años representaban un 5% de la población total y se proyecta que para el 2050 representen el 21%.

Sáenz et al (2011) también exponen los datos sobre la mortalidad presente en el país, la cual ha descendido de forma significativa en los últimos años, pues: “pasó de 10.1 por 1000 habitantes en 1950 a 3.4 en el momento actual” (p. 157). Algunos de los motivos de este descenso han sido producto, en gran medida, de la disminución de la mortalidad infantil, ya que pasó de 14.3 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 8.8 en 2009, siendo de las tasas más bajas a nivel regional. Por ello, se logra relacionar el hecho de que estos descensos permiten explicar el aumento de la: “esperanza de vida al nacer, que entre 1990 y 2009 aumentó 2.5 años, para alcanzar 81.2 años en las mujeres y 76.4 años en los hombres” (Sáenz et al., 2011, p. 157).

También es importante analizar lo señalado por Sáenz et al. (2011) sobre la tasa global de fecundidad y su comportamiento en el país, puesto que se ha observado un descenso: de “5.0 hijos por mujer en 1970 a 1.9 en 2010” (p. 158). Hay, además, una dependencia baja donde casi 58% de la población está constituida por personas de entre 20 y 65 años.

Sobre la oferta de servicios de salud, en Costa Rica se prestan los servicios desde el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto, según señalan Sáenz et al. (2011). Propiamente sobre el sector público, el principal proveedor de servicios personales es la CCSS, junto con la figura del Ministerio de Salud, como ente rector del sistema. Además, están instituciones adscritas, integradas por los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Entidades que atienden propiamente a poblaciones con carencias nutricionales, así como problemas de adicción a sustancias psicoactivas.

Sobre el subsector privado, Sáenz et al. (2011) mencionan que se encuentran servicios médicos privados, junto con un registro de cinco compañías aseguradoras. También hay presencia de cooperativas, bajo la figura de organizaciones sin fines de lucro que son contratados por la CCSS. Así como empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados.

Sáenz et al. (2011) hacen alusión al rol que tiene el Instituto Nacional de Seguros (INS), pues es una entidad que opera tanto en el sector público como en el privado. Su principal responsabilidad es la cobertura de los riesgos laborales y de tránsito, así como otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados.

Por tanto, una vez comprendido este contexto, es clave profundizar en los aspectos del origen, funciones y responsabilidades que tiene la Caja Costarricense del Seguro Social, pues con esta revisión se podrá llegar a profundizar en los conocimientos sobre el sistema de seguridad social solidario, las áreas de salud y los EBAIS.

Caja Costarricense de Seguro Social.

Para comprender el papel que tiene la Caja Costarricense de Seguro Social, es importante hacer un breve recuento de sus antecedentes históricos. Debido a que su creación llegó a representar el desarrollo del Estado costarricense como República. Según expone el sitio web de la CCSS, del Museo Virtual, se debe considerar que, para el siglo XX, el país comenzó a analizar opciones de desarrollo para apoyar en materia de salud y seguridad familiar, por lo que se enfocó en la promoción de políticas sociales.

De manera que se diseñó una política social que se enfocaba en unir esfuerzos de forma solidaria entre trabajadores, patronos y el mismo Estado, con el fin de mejorar la calidad de vida de los habitantes. Con lo que dio paso a la creación de la CCSS, que, por medio de la figura del seguro social, ha logrado solventar carencias en protección desde ejes como la salud y pensiones. Por lo que ha sido un instrumento que ha fomentado el progreso y estabilidad que caracteriza la vida en sociedad de Costa Rica.

Actualmente, la CCSS tiene la misión de:

Proporcionar los servicios de salud en forma integrar al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica social y de pensiones conforme la legislación vigente a la población costarricense , mediante: 1) el respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS (universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad, equidad y subsidiaridad; 2) el Fomento de los principios éticos la mística el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la institución; 3) la orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes; 4) la capacidad continua y la motivación de los funcionarios, 5) la gestión innovadora con apertura al cambio para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios; 6) el aseguramiento de la sostenibilidad financiera

mediante un sistema efectivo de recaudación y 7) la promoción de la investigación y el desarrollo de las Ciencias de la salud y de la gestión administrativa (CCSSa, 2021, párr. 1).

Mientras que como visión establece lo siguiente:

Seremos una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano (CCSS, 2021a, párr. 2).

Además, sobre las características de los servicios que se ofrecen desde esta institución, se contempla que son los relacionados con la salud, pensiones y prestaciones sociales. Para ofrecerlos, la CCSS cuenta con redes integradas que son establecimientos de salud organizados por regiones y niveles de atención, donde cada uno responde a grados de complejidad y capacidad de respuesta.

Sobre lo anterior, desde el sitio web de la CCSS (2021b) indica que:

Los establecimientos de salud y dependencias de la Institución operan bajo un modelo de redes, con un abordaje interniveles entre las distintas unidades del sistema; se basa en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. Lo anterior busca asegurar la continuidad de la atención de los usuarios. Las oportunidades de trabajo en Red, a nivel vertical u horizontal, según alternativas viables de distribución geográfica, complementariedad de servicios y otras, garantizan la sostenibilidad del sistema (párr. 2).

De manera que, para la red integrada que comprende el área geográfica en estudio, corresponde a la RIPSS Central Norte, en la cual se cuenta con los siguientes servicios según su nivel correspondiente, a partir del último registro del 2019:

Cuadro 2

RIPSS Central Norte

Servicio	Cantidad
Hospital Regional	2
Hospital Periférico	2
Áreas de Salud	26
Ebais Conformados	264
Sede de Ebais	118
Puestos de Visita Periódica	76

Nota: elaboración propia con datos de la CCSS según registro del 2019 (CCSS, 2021b).

Sistema de Seguridad Social Solidario.

Sobre el seguro de salud, Sáenz et al. (2011) detallan que se llegó a constituir para la población trabajadora, pero con los años llegó a extenderse a otros beneficiarios que se ligaban a diferentes categorías de contribuyente e incluso de aquellos que no son contribuyentes al sistema. Dentro de las clasificaciones de las modalidades de aseguramiento, se encuentran:

- De forma directa: trabajadores asalariados, pensionados y jubilados de los distintos sistemas estatales, personas del seguro voluntario, trabajadores independientes y población en condición de pobreza asegurados por el Estado.
- De forma indirecta: familias y dependientes de los asegurados que son directos que les asignan el beneficio familiar.
- No asegurados: que son personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y en condición de migrantes indocumentados.

Además, es importante mencionar la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1943, con numeral n°17, debido a que en ella se engloban argumentos jurídicos que

permiten hacer una mejor comprensión del seguro social como herramienta promotora de la salud costarricense. Para ello, se considera lo estipulado desde el artículo 2, el cual establece:

El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional (artículo 2, Ley n° 17).

A partir de lo señalado en este artículo, se interpreta que este seguro social costarricense va más allá de solo atender riesgos a nivel de enfermedad, sino que también incluye la maternidad, la invalidez, vejez e inclusive el desempleo involuntario. Pero también se cuenta alcances para aquellas situaciones donde hay cargas de maternidad, viudez u orfandad y lo relacionado con entierros con una cuota de apoyo. Esto evidencia que, desde su creación, el Estado costarricense buscó promover una atención integral a su población dándole opciones de apoyo diverso a sus ciudadanos que se han adjuntado al proceso de seguro social.

Asimismo, se considera de importancia contemplar los señalamientos que hace el artículo 3, donde se establecen las siguientes especificaciones jurídicas:

Las coberturas del Seguro Social -y el ingreso al mismo- son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario. El monto de las cuotas que por esta ley se deban pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen, con motivo o derivados de la relación obrero-patronal (artículo 3, Ley n° 17).

Este artículo ha garantizado el modo de financiamiento del seguro social costarricense, puesto que se ha establecido con carácter de obligatoriedad para aquellas personas que son trabajadoras directamente asalariadas. Por lo que, para gozar de los beneficios del seguro, se requiere contar con el aporte o con el pago de manera directa de este. Argumento que es reforzado a la luz del artículo 5 que establece:

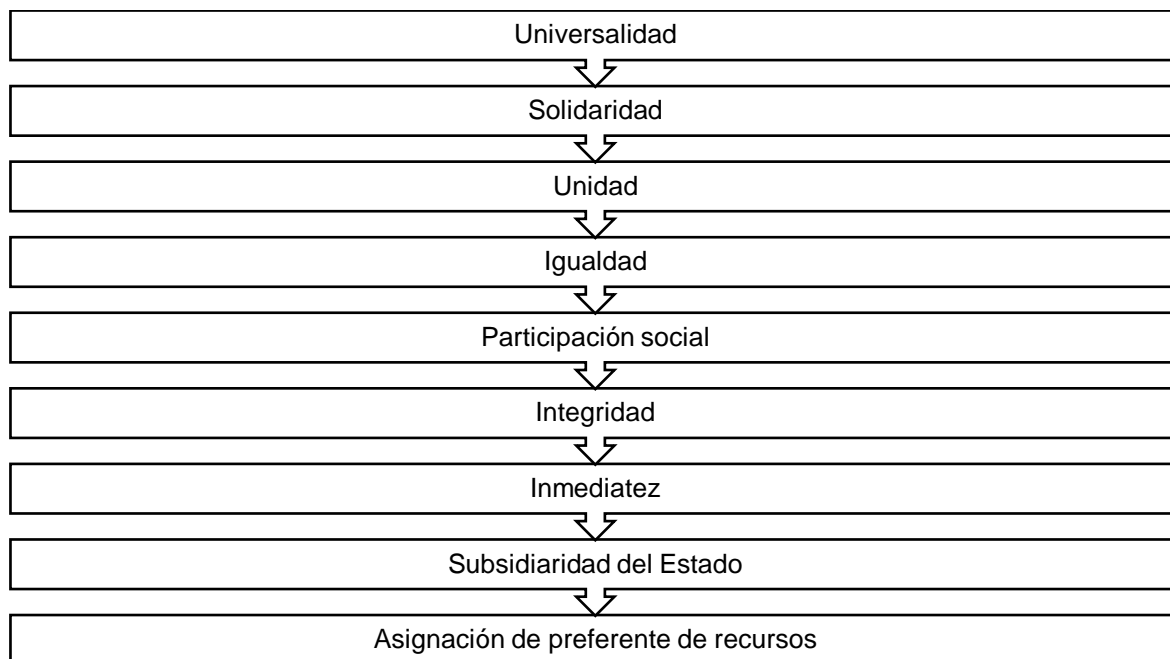
El seguro social será facultativo solo para el trabajador que por cualquier circunstancia deje de ser asegurado obligatorio y que voluntariamente desee continuar en el goce de los beneficios de la presente ley. En este caso, deberá cubrir la cuota que para el seguro facultativo establezca la Junta Directiva, la cual también determinará, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3º, los beneficios a que tendrá derecho el interesado (artículo 5, Ley n° 17).

De tal manera que, en aquellas situaciones donde la persona asegurada cambia su estatus a no ser más una persona trabajadora asalariada, se adhiere al sistema de aseguramiento voluntario para gozar de los beneficios que ofrece el contar con el seguro. Existen otras excepciones de este aseguramiento, las cuales son establecidas desde el artículo 4 que establece:

- a. Los miembros de la familia del patrono que vivan con él, trabajen a su servicio y no perciban salario en dinero;
- b. Los trabajadores que reciban una pensión o jubilación del Estado, sus Instituciones o las Municipalidades.

Sin embargo, continuarán en el seguro obligatorio de Enfermedad y Maternidad aquellos que llenen los requisitos que exija el Reglamento respectivo; c. Los trabajadores que a juicio de la Junta Directiva no deban figurar en el seguro obligatorio. (artículo 4, Ley n° 17).

Cabe también hacer una mención, a groso modo, de los principios que versan sobre la seguridad social. En ese sentido, se sigue a Calvo (s.f.) donde menciona que hay una serie de enunciados generales que vale la pena considerarlos como los puntos ideales para alcanzar un modelo de seguridad social. De tal manera, hace referencia a los principios de universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, participación social, integridad, inmediatez, subsidiaridad del Estado y asignación preferente de recursos.

Figura 4**Principios rectores de la seguridad social**

Nota: elaboración propia basado en Calvo (s.f.).

Sobre el principio de universalidad, este alude a la oportunidad que tienen las personas de ser beneficiarias del sistema de seguridad social. Por lo que se busca abandonar visiones clasistas de los sistemas de protección. Para alcanzar una visión de seguridad social que protege a cada ser humano, en el entendido que se está en una colectividad social. Sobre este punto Calvo (s.f.) menciona:

El acceso a la seguridad social es un derecho humano, es un derecho inherente al ser humano por el solo hecho de serlo. Además, en tanto está reconocido por el derecho positivo, se califica, desde el punto de vista técnico jurídico, como un derecho fundamental de rango constitucional (p. 1).

En cuanto al principio de solidaridad, va de la mano con el de universalidad, según los argumentos de Calvo (s.f.), en el sentido de que este principio de solidaridad alude a que toda la población, según sean sus posibilidades socioeconómicas, debe contribuir para el financiamiento

de la protección. Aunque debe considerarse que este es un principio que requiere todavía de atención para su mantenimiento.

Para el caso del principio de unidad, este alude al sistema de seguridad social que se comprende como un todo, es decir, que se requiere de: “una congruencia en la gestión de las diferentes entidades que participan en la administración del sistema de seguridad social y en los beneficios otorgados (...)” (Calvo, s.f., p. 2).

También está el principio de igualdad, el cual hace referencia al principio general del derecho que alude a que se debe dar un mismo trato a las personas sin importar sus cualidades personales, ya que el fin es que puedan tener las mismas condiciones. No obstante, se debe considerar que: “debe darse un trato distinto y adecuado a cada circunstancia a las personas que se encuentren en situaciones distintas” (Calvo, s.f., p. 2).

En un orden de ideas similar, también se encuentra el principio de participación social, el cual hace énfasis a los grupos sociales o colectivos que deben estar en representación de la dirección de las entidades que administran los programas de seguridad social. Donde se espera que tengan: “participación en el diseño del sistema y de los cambios que se puedan dar en general, y en particular en el perfil de beneficios” (Calvo, s.f., p. 4).

En cuanto el principio de integridad, este alude a la prestación de seguridad social que se espera tengan los sistemas sociales, en concordancia con las necesidades que tienen los colectivos a los que se pretende dar protección. Sobre ello Calvo (s.f.) amplía:

Las prestaciones de la seguridad social no deben quedarse en la protección de los riesgos clásicos (invalidez, vejez, muerte, enfermedad y maternidad), sino que debe tener un crecimiento constante tendiente a detectar las diferentes necesidades sociales para acudir a su protección. Para satisfacer las diferentes necesidades, de acuerdo con cada uno de los sectores protegidos, deben establecerse beneficios adecuados a las diferentes circunstancias (p. 4).

Para el caso del principio de inmediatez, se alude al beneficio de la seguridad social de llegar a ofrecerse de manera oportuna para las personas beneficiarias. Por lo que se requiere contar

con procedimientos ágiles y sencillos que, además, concuerden con los plazos de gestión. Calvo (s.f.) recalca que: “la participación material del beneficiario en el trámite debe reducirse al mínimo, pues la administración de la seguridad social debe suplir los trámites” (p. 4).

Está también el principio de subsidiaridad del Estado, el cual hace referencia a que el Estado es la entidad responsable de sostener y promover los programas de seguridad social. En una lógica similar de ideas, está también el principio de asignación preferente de recursos, el cual se vincula con la tutela del ser humano como tarea primordial del Estado, por lo que se debe preferir hacer una asignación de recursos dirigidos a las iniciativas de seguridad social que permitan satisfacer las necesidades de la sociedad.

Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

En este subapartado se busca comprender los antecedentes de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud o también conocidos como EBAIS. Para ello, se sigue el documento de Jiménez y Ruíz (s.f.), quienes abordan en su escrito las características concernientes a esta temática.

Lo primero por considerar es que, en el año 1994, el Sistema de Salud nacional implementó el Proyecto de Reforma del Sector Salud. Con esta iniciativa, se buscaba la aplicación de una política que permitiera tener un aumento de la eficiencia y la productividad de los servicios de salud. Puesto que se había identificado la necesidad de eliminar las duplicaciones, descentralizar la administración y aumentar la participación del sector privado; con la finalidad de llegar a mejorar la capacidad gerencial y financiera del Sector Salud (Jiménez y Ruíz, s.f.).

De tal manera, desde este proyecto, se proponía ofrecer un modelo de atención sanitaria que tuviera como eje central el brindar una atención integral, para que se le pueda garantizar a todas las personas usuarios una aplicación más certera de los conceptos de universalidad y solidaridad. Puesto que, con ello, se espera poder garantizar el derecho a la atención básica, que busca proteger los posibles riesgos de enfermar y facilitar las condiciones básicas que permitan el desarrollo de las potencialidades y el logro aspiraciones de cada persona.

Este modelo consistió en los tres niveles de atención, siendo el primer nivel relacionado con la medicina general, por ejemplo, donde se ofrecería servicios básicos de salud. En este punto

entran los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) como proveedores de salud de este nivel.

Jiménez y Ruíz (s.f.) explican, además, que los EBAIS tienen dentro de sus funciones generales el brindar la atención integral a la salud considerando los ámbitos desde la familia, comunal, educativo, laboral y los servicios de salud, según estén establecidas en las prioridades nacionales y locales, así como recursos existentes para mantener y mejorar la salud de la población.

Desde la CCSS, según explican Jiménez y Ruíz (s.f.), el concepto de atención integral es interpretado como aquel abordaje de las diferentes necesidades y problemas de salud en individuos, familias o comunidades, en una sociedad concreta, que llegan a definir las condiciones de vida, lo cual demanda que se dé la perfilación de un nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Para lo cual se desarrollan actividades y tareas de promoción, prevención, mantenimiento y recuperación, ejecutadas por el equipo de salud, la comunidad y demás actores sociales. Aspectos que llegan a estar relacionados con las competencias que se espera ejecuten los EBAIS.

Además, siguiendo a Jiménez y Ruíz (s.f.), con esta modalidad de servicios se busca ofrecer estrategias que permitan la atención integral en salud, tanto a nivel individual como grupal y colectiva, todas complementarias y no excluyentes. Asimismo, dentro de la oferta básica de servicios de salud, se contemplan escenarios de atención según las condiciones de las personas en condición de niñez, adolescencia, mujeres, adultos y adultos mayores. Se busca, a su vez, y dentro del contenido de morbilidad del adulto sobre enfermedades crónicas, de manera que se contempla tamizaje para diabetes e hipertensión arterial y programas de enfermedades crónicas.

Áreas de salud de Costa Rica.

Las Áreas de Salud son el primer nivel de atención que se ofrece en Costa Rica. Según datos de la representación de la OPS/OMS (2016), en el país se cuenta con una organización de 103 Áreas de Salud, que se dividen en Sectores. En cada uno de los cuales está encargado un EBAIS o Equipos Básicos de Atención Integral en Salud que brindan acciones de carácter de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

Sobre los otros niveles presentes en el sistema de salud costarricense la OPS/OMS (2016) explica: “El segundo nivel está representado por clínicas mayores, hospitales regionales y periféricos que ofrecen consulta especializada, internamiento y cirugía de especialidades básicas. El tercer nivel está representando por hospitales nacionales generales y especializados de mayor complejidad” (p. 21).

Atención Primaria de Salud

Para comprender la Atención Primaria de Salud (APS), se sigue lo elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (2008), donde se reconoce a este tipo de atención como un componente clave de los Sistemas de Salud. Este argumento se fundamenta en la evidencia que ha tenido al impactar la salud y desarrollo de la población. La OPS (2008) sustenta que la APS se ha fortalecido a partir de las experiencias que se han recopilado tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, con lo que se evidencia que se puede adaptar a distintos contextos políticos, sociales y culturales.

Cabe destacar que, con tal de ofrecer una APS de impacto y pertinencia para la sociedad, la OPS ha promovido acciones para que se hagan valoraciones sobre las estrategias con que se da respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población, desde este tipo de atención. Por ello, en 2003, la OPS da una propuesta a sus Estados miembros que se integra en la Resolución 1 CD44.R6, en la cual se insta a la adopción de una serie de recomendaciones para fortalecer la APS.

Con este tipo de espacios de valoración de los principios de la APS, se busca que las actividades propuestas desde los programas de cooperación técnica tengan una visión más actualizada de lo que realmente es necesario. Por ello, se considera necesario tomar una postura de la APS donde se cumplan los siguientes postulados, en concordancia con lo señalado desde la OPS (2008):

- Evaluar diferentes sistemas basados en la APS e identificar y diseminar las mejores prácticas.
- Concurrir en la capacitación de trabajadores de la salud para la APS.
- Apoyar modelos de APS definidos a nivel local.

Además, para el 2005, se llevó a cabo la Consulta Regional de Montevideo, Uruguay, donde participaron más de 30 países. Gracias a este espacio, se redactó el borrador de la Declaración Regional sobre APS, la cual quedó ratificada en el 46° Consejo Directivo y se ratificó la Declaración Regional. En dicho documento, se plantea la Renovación de la APS donde se definen las consecuencias para el recurso humano en el diseño de un Sistema de Salud Basado en la APS, el cual establece (OPS, 2008):

- La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo con las necesidades de la población.
- El entrenamiento de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.
- Deben desarrollarse políticas sobre calidad de desempeño del personal.
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinario de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe incluir, a quienes trabajan en los sistemas de información, gerencia y administración de servicios (pp. 4-5).

Alcances de la APS.

En este subapartado, se exponen los alcances que representa la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia dentro de los sistemas de salud. Para ello, se sigue los argumentos ofrecidos por Delcid (2015), pues ofrece información que sustenta la idea de que esta modalidad de atención ha sido promovida y utilizada desde diferentes países, tanto de aquellas desarrollados como los que están en proceso.

Dentro de los alcances que Delcid (2015) ha identificado sobre cómo en los diferentes países se ha promovido esta atención, evidencia una relación entre los intereses por promover

estrategia de desarrollo social y económico global de las comunidades. En especial, porque con el APS se busca proyectarlo como el primer nivel de contacto que puedan tener las personas con los sistemas nacionales de salud.

De tal manera, se logra señalar que el papel de la APS ofrece una mayor oportunidad de acceso a la atención, en especial en aquellas personas que probablemente se ubiquen a mayores distancias en comparación a la atención hospitalaria. Delcid (2015) indica que la APS es una oportunidad de llevar: “lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas; constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria” (p. 7).

Es posible detenerse a analizar los retos que implica cumplir efectivamente con esos alcances que ofrece la APS, pues es necesario que las entidades encargadas de la administración de salud valoren las ventajas que ofrece esta atención y asuman los retos de brindar la condiciones para aprovechar sus réditos. Sobre ello, Delcid (2015) indica que es necesario que se dé una readecuación y reorganización de los recursos, tanto de los físicos como humanos o materiales.

De tal manera, se identifica que la APS no puede ser únicamente un asunto de voluntad del personal de salud a nivel de primera línea de atención, sino que necesita contar con el acompañamiento y apoyo a nivel de política pública. Debido a que: “el cumplimiento de sus objetivos implica el uso de servicios básicos de salud con participación comunitaria partiendo del propio núcleo familiar” (Delcid, 2015, p. 7).

Esta situación puede validarse al hacer una revisión de las percepciones que se tienen sobre el papel de la APS como herramienta para el desarrollo del sistema social y de salud. Puesto que en países europeos o aquellos industrializados, la APS se ha identificado como el primer nivel de atención de los servicios de salud al que puede acceder su población, catalogada entonces como atención primaria (Delcid, 2015).

Mientras que, en aquellos países que están en desarrollo, la perspectiva que se tiene de la APS ha sido de carácter selectiva, según explica Delcid (2015), pues se realiza una concentración de esfuerzos para el desarrollo de intervenciones que sean de alto impacto, pero en ejes específicos como la atención a la mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas.

Perspectivas sobre la calidad en los servicios de salud.

Para reflexionar mejor en torno a los alcances de la APS, se considera importante hacer también comprensión de las perspectivas de lo que implica la calidad en los servicios de salud. De manera que se sigue la postura de la Organización Mundial de Salud, pues se da una conceptualización bajo la siguiente lógica:

La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (OMS, s.f. citado por UNICEF, 2018, párr. 2).

De tal manera, de la definición anterior sobresalen las ideas de asegurar, que se puede relacionar con el acceso que se espera ofrecer a las personas que sean pacientes, según sea el tipo de servicio médico que requiera para alcanzar su satisfacción. Cabe reconocer que esta no es precisamente la única definición que se pueda reconocer de lo que implica la calidad de los servicios de salud, ello llegará a depender de la visión que las personas le asignen según el rol en que estén.

En ese sentido, se considera de relevancia hacer análisis de las posturas que puede tener la idea de calidad de atención de la salud, siguiendo lo mencionado por Zurita (1996), donde ofrece una interpretación en tres niveles: absoluta, individualizada y social.

- Calidad absoluta: hace referencia al grado conseguido de restauración de la salud de la persona paciente, es decir, que se considera como un enfoque científico-técnico, siguiendo la lógica de salud-enfermedad.

Así que hace referencia a la calidad que desde el accionar científico, técnico y profesional se brinda para atender la salud, lo cual es de gran valor y relevancia, en especial al enfocarse en los campos de acción de la disciplina de farmacia que se centra en las ciencias de la salud, cuyos fenómenos o aspectos en estudio suelen enfocarse en dicha lógica: salud-enfermedad.

- Calidad individualizada: esta parte de una perspectiva individual, es decir, es la persona usuaria quien la define a partir de sus expectativas y valoraciones, tanto de la atención como los costos, los beneficios y los riesgos.

De manera que esta visión de la calidad le da protagonismo a la persona usuaria o paciente para valorar el tipo de calidad que se le ofrece desde la atención de salud. Además, se debe considerar que su nivel de participación y juzgamiento de la calidad dependerá de qué tanta información le suministre la persona profesional que le esté atendiendo. Por lo que Zurita (1996) indica que se: “exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá” (párr. 5).

- Calidad social: con este se hace alusión al valor que se puede hacer del beneficio y utilidad neta que tiene el servicio que se ofrece para la población.

En este modelo de calidad, prima la visión de la eficiencia que se pueda ofrecer para la distribución de los beneficios a la población. Es decir, en este se hace una valoración desde posturas de justicia social, pensado desde la equidad e igualdad que se pueda dar de los bienes y servicios que son requeridos por la sociedad.

La APS en América Latina.

Se considera de valor también revisar la evolución y comportamiento de la APS en los países que integran la región de América Latina. Esto debido a que, si se toma en cuenta la transformación que se ha dado en los contextos sociopolíticos de los Estados de la región, se ha identificado la implementación de diferentes regímenes políticos y formas de gobierno que llegan a impactar la manera en que se gestan los sistemas de salud y, por ende, la APS.

Para ello, se sigue los argumentos desarrollados por Almeida, Artaza, Donoso y Fábrega (2018), quienes resaltan que se han llevado a cabo en los diferentes Estados de la región y en diferentes momentos, una serie de reformas sanitarias, las cuales solían estar enfocadas en la incorporación de modelos de contención de costos, pero otros donde ha premiado el interés por fomentar la protección social. Con lo que en muchos países se ha podido llevar a cabo acciones que favorecen la implementación de la APS.

Sin embargo, Almeida et al. (2018) señalan que no se puede omitir que, en muchos otros Estados, se han implementado modelos económicos que reducen la inversión en el gasto público en salud, lo que ocasiona que las necesidades y demandas de las comunidades en asunto sanitarios sean tratados como segundo punto. Inclusive, siguiendo a Almeida et al. (2018), en América Latina se han llegado a dar gobiernos regidos por el populismo donde ponen en práctica acciones, pero son a un corto plazo, lo que dificulta observar los réditos de esta atención en la salud de las personas.

Otra característica de los sistemas de salud de América Latina que resaltan Almeida et al (2018), es el hecho de que suele darse mayor uso a la planificación “desde arriba”, lo que concentra la toma de decisiones en la cúpula política y frena el proceso de descentralización política y administrativa que es necesario para llegar a un nivel de participación intersectorial en procesos de planificación local con enfoque estratégico y sustentable. Almeida et al. (2018) indican que:

A pesar de que distintos procesos dan cuenta de la intencionalidad de promover un cambio en el eje de las acciones de salud desde los puntos de vista individual y asistencial hacia las acciones colectivas, preventivas y de promoción, resultan insuficientes para alterar la práctica tradicional biomédica y asistencial a nivel de la APS (párr. 6).

No obstante, cabe resaltar que las buenas prácticas en las políticas de salud que se han implementado en las últimas décadas América Latina han ido dirigidas a aumentar la cobertura en salud. Esto gracias a la apertura que ha ido tomando la redemocratización y crecimiento económico, lo cual llega a facilitar un mayor acceso a financiamiento, que se puede ver reproducido en: “mejores indicadores de salud y reducción de las desigualdades” (Almeida et al., 2018, párr. 6).

La APS en Costa Rica.

Una vez comprendidos los alcances de la APS según la OPS, es importante considerar cómo esta es concebida desde Costa Rica. Para ello, se sigue lo que señalan Sáenz et al. (2005), quienes indican que, con el fin de fomentar la equidad y el fortalecimiento de la democracia, la APS encuentra un terreno fértil para apoyar en el desarrollo humano sostenible.

De tal manera, se resalta como Costa Rica se ha esforzado por incluir a la Atención Primaria de Salud dentro de las necesidades de transformación del Sistema de Salud. En concordancia con atacar el desafío de permitir el acceso a prestaciones integrales de salud a sus habitantes. Además, porque es una estrategia que permite diseñar soluciones a las dificultades cambiantes de la sociedad.

Así que, en suelo nacional, Saéñz et al. (2005) destacan que se han logrado avances significativos en este tema. Los cuales se pueden evidenciar a través de los cambios notables: “en el perfil demográfico, el perfil epidemiológico, la esperanza de vida y otras diversas formas de desarrollo de la salud y del bienestar, reconocidos en todos los foros internacionales” (p. 7).

Además, se puede señalar que, desde el sistema de salud costarricense, la Atención Primaria de la Salud no se ha adoptado como una estrategia limitada a atender personas en condición de vulnerabilidad, tampoco como un nivel de atención más. Puesto que busca ser una opción inclusiva para toda la población, donde se consideran sus necesidades particulares (Saéñz, 2005).

De la condición anteriormente descrita, cabe resaltar que, para su consecución, se considera la distribución de los recursos financieros y tecnológicos que la sociedad pone a disposición de todos los ciudadanos. Sobre ello, Saéñz et al. (2005) recalcan que: “para hacer posible la Salud para Todos no sólo es necesario reiterar la decisión de la universalización del acceso a los servicios, sino consolidar la participación de todos” (p. 8).

No obstante, es importante recalcar que, desde los niveles más altos de la administración política, es necesario que se establezcan prioridades que estén encaminadas con el desarrollo continuo del Sistema de Salud y la focalización del gasto en salud. Sobre ello Saéñz et al. (2005) recalcan:

Los líderes y representantes de las comunidades y de la opinión pública, los partidos políticos, los representantes de los cuerpos legislativos, las asociaciones profesionales y de los trabajadores, las universidades, los grupos religiosos y los empresarios, los dirigentes comunitarios y todas las formas de representación de la población, deben participar en el proceso de hacer permanente la decisión que oriente y empuje la acción hacia la superación de los problemas, la atención integral y el desarrollo humano sostenible (p. 8).

De tal manera que se pueda continuar con una Atención Primaria de Salud que se resalte como uno de los logros más destacados en Costa Rica, que se encamina en los avances en la prevención y control de enfermedades. Con el fin de se pueda alcanzar una promoción de la atención integral que se enfoque también en la reducción de factores de riesgo y así se promuevan niveles adecuados de salud, desarrollo humano y bienestar para todas las personas que habitan Costa Rica.

Sistemas y servicios de salud de Costa Rica.

Por último, en este apartado se busca analizar lo relacionado con las condiciones y características que tienen los sistemas y servicios de salud en Costa Rica. Para ello, se sigue el estudio de la OCDE sobre los sistemas de salud del 2017, que indica evaluaciones y recomendaciones de las condiciones de salud de Costa Rica. Donde, de manera general, sobresale la estabilidad institucional en materia de financiamiento y planificación.

Además, siguiendo los hallazgos del estudio de la OCDE (2017), se evidencia que el sistema de salud costarricense cuenta con una fuerte base a nivel de atención primaria. Se cuenta también con un grado de coordinación intersectorial a nivel nacional que ha fortalecido la construcción de un diálogo efectivo entre personas usuarias y representantes de la administración de servicios de salud a nivel local.

Asimismo, la OCDE (2017) señala la innovación que se ha desarrollado en torno al uso de los expedientes electrónicos de salud, lo que podría ser una experiencia que se puede compartir con otros sistemas de salud de la región de Latinoamérica. Sobre ello, el informe de la OCDE (2017) agrega:

Todo esto lleva a unos resultados de salud que están al nivel de varias economías de la OCDE: la esperanza de vida es de 79.9 años, comparada con los 80.6 que muestra el promedio de la OCDE, y menos del 1% de la población reporta no usar los servicios de salud debido a razones financieras (p. 3).

Sin embargo, a pesar de estos avances en la gestión de la salud costarricense, hay puntos críticos que la OCDE (2017) ha identificado. Por ejemplo, en lo que respecta a los gastos según la

base del presupuesto, pues se basa en las unidades del gasto del año anterior. Lo que no siempre se asocia con una mejora en los servicios: “ciertos indicadores clave del desempeño -tales como los tiempos de espera entre la puerta y el quirófano para los pacientes que hayan sufrido de un ataque al corazón- están empeorando” (OCDE, 2017, p. 3).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de la investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, ya que, según los autores Hernández, Fernández y Batista (2018): “la investigación desde la ruta cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 390). De manera que se identifica un interés en las experiencias u opiniones de los sujetos que la investigación determine como fuentes de información. Según amplían Hernández et al (2014):

Los planteamientos cualitativos son una especie de plan de exploración (entendimiento emergente) y resultan apropiados cuando el investigador se interesa en el significado de las experiencias y los valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en que ocurre el fenómeno estudiado, así como cuando buscamos una perspectiva cercana de los participantes (p. 364).

De tal forma que, gracias a la cita anterior, se logra sustentar que ese enfoque es de interés para la investigación, puesto que, por el tipo de planteamiento de problema, la base se da en quererse conocer el punto de vista que tienen las personas profesionales en farmacia que laboran en el Área de Salud de Horquetas. Además, Hernández et al. (2018) amplían la explicación del enfoque con la siguiente argumentación:

Con el enfoque cualitativo también se estudian fenómenos de manera sistemática. Sin embargo, en lugar de comenzar con una teoría y luego “voltar” al mundo empírico para confirmar si esta es apoyada por los datos y resultados, el investigador comienza el proceso examinando los hechos en sí y revisado los estudios previos,

ambas acciones de manera simultánea, a fin de generar una teoría que sea consistente con lo que está observando que ocurre (p. 7).

Por lo anteriormente expuesto, este trabajo se encuentra en la categoría cualitativa, debido a que el objetivo primordial de la misma es obtener datos de una forma indagatoria, bajo un concepto de no medir los conocimientos de los participantes, sino de observar la aplicación o no de dichos conocimientos de las guías de Atención Primaria en Salud, propiamente en el campo específico de farmacia. Se busca alcanzar un conocimiento por parte del investigador, para generar una adecuada recomendación de la aplicación o adaptación de las guías en esta área de salud. De manera que se pueda contribuir con la formación continua del profesional en farmacia, brindándole una nueva herramienta para su quehacer diario.

Tipo de la investigación

El diseño de este trabajo de investigación, según los autores Hernández, Fernández y Batista (2018), se puede encasillar dentro del concepto de investigación-acción. El cual busca comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad propia de un ambiente. Además, este tipo de investigación tiene como objetivos propiciar el cambio social, al buscar la transformación de la realidad en sus diferentes niveles de interacción humana, de manera que se tenga una mejor conciencia del papel que determinados actores tienen sobre el proceso de transformación. Sobre ello, Hernández, Fernández y Baptista (2018) mencionan:

Por ello, implica la total colaboración de los participantes en: la detección de necesidades (ya que ellos conocen mejor que nadie la problemática a resolver), el involucramiento con la estructura a modificar, el proceso a mejorar, las prácticas que requieren cambiarse y la implementación de los resultados del estudio (p. 552).

Además, se selecciona este tipo de investigación en concordancia con lo indicado por Campos y Madriz (2017), quienes apuntan a que: “la investigación cualitativa es el marco general sobre el cual se basa la I-A” (p. 15). Por ello, se considera más pertinente a diferencia de otro tipo. A su vez, porque la Investigación Acción tiene como finalidad:

La finalidad última de la i-a es mejorar la práctica, al tiempo que se mejora la comprensión que de ella se tiene y los contextos en los que se realiza. Es decir, pretendemos mejorar acciones, ideas y contextos; un marco idóneo como puente de unión entre la teoría y la práctica, la acción y la reflexión (Suárez, 2002, p. 43 citado por Campos y Madriz, 2017, p. 25).

De tal manera, al analizar la caracterización sobre la investigación acción, propiamente en el hecho de que se busca un cambio social, se fundamenta el planteamiento de esta investigación. Debido a que este estudio busca plantear acciones para que, desde el área de farmacia, se pueda dar una mejor atención a las personas pacientes y el impacto que se pueda dar en el entorno social. Donde estas acciones serán señaladas por las mismas personas profesionales de farmacia, para que indiquen los puntos críticos que se tienen en esta área, con el afán de proveer una solución o mejora en la aplicación de guías de APS.

Fuentes de información

Fuente primaria.

Para el caso de una fuente primaria, Hernández, Fernández y Baptista (2014) las comprenden por ser datos de primera mano que: “(...) sistematizan en mayor medida la información, profundizan más en el tema que desarrollan y son altamente especializadas (...)” (p. 65). Por lo que, para efectos de este estudio, se considera:

- Documentación diseñada por la OPS.
- Documentación e información suministrada por las personas funcionarias del área de farmacia del Área de Salud de Horquetas.

Fuente secundaria.

Gómez (2018) detalla que son aquellos análisis que provienen de documentos que no han sido recogidos por la persona investigadora, sino que provienen de una fuente primaria de estudios previos. De tal manera que, para efectos de la presente investigación, se hará uso de esta fuente en:

- Libros especializados en la materia.

- Artículos científicos publicados en revistas indexadas.
- Normativa jurídica relacionada con la materia.
- Tesis de grado académico.

Sujetos de investigación

La presente investigación toma en cuenta al personal farmacéutico que labora en el Área de Salud de Horquetas, como los actores fuentes de información. Específicamente a aquellas personas que desarrollan la Atención Primaria en Salud.

Población

Los autores Hernández, Fernández y Batista (2018) señalan en esta definición específica:

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Una deficiencia que se presenta en algunos trabajos de investigación es que no describen lo suficiente las características de la población o consideran que la muestra la representa de manera automática. Por ello, es preferible establecer tales características con claridad, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales. (p.198)

Para el análisis, se escoge una población total de los farmacéuticos, ya que la población total es muy reducida y, con el fin de tener una información confiable y destacada, se toma a todos en cuenta, quienes en total representan cinco personas. Esto es muy importante, ya que, aunque todos son funcionarios continuos de la CCSS, tienen una formación académica muy variada en el aspecto universitario, debido a que algunos son egresados de universidades públicas como la Universidad de Costa Rica y otros de universidades privadas como Universidad Internacional de las Américas, Universidad de Ciencias Médicas y Universidad de Iberoamérica, lo que proporciona una rica variabilidad en el conocimiento

Instrumentos

En esta sección, se describen los instrumentos de recolección de datos por utilizar durante la fase de recolección. Es importante señalar que estos se han construido respondiendo a cada

objetivo específico y las categorías de análisis. En total son dos instrumentos: entrevista semiestructurada y hojas de cotejos.

Cabe destacar que la selección de estos dos instrumentos de recolección de datos está sustentada en una investigación previa por parte del autor, con el fin de tener de forma adecuada información importante para elaborar una guía que puede ayudar a la aplicación de APS en los servicios farmacéuticos.

Entrevista semiestructurada.

Según Campos y Madriz (2017), las entrevistas semiestructuradas se caracterizan porque son flexibles y permiten que la persona investigadora llegue a determinar una serie de puntos establecidos en una guía, pero que aun así se le permite hacer variaciones según sea el comportamiento presentado durante el proceso de entrevista.

Este instrumento responde al objetivo que busca determinar las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de atención primaria en salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas. Está dirigido hacia especialistas en farmacia y cuenta con 12 ítems o guías. Cabe señalar, además, que cada ítem corresponde a una de las cuatro subcategorías y cada una de estas está ligada a una de las dos grandes categorías de análisis. Esta información se puede analizar a detalle en el cuadro 1.

Sobre el proceso de aplicación, este se dará considerando dos posibles escenarios, los cuales dependerán de la evolución y comportamiento de la situación de COVID-19 y las medidas dictaminadas por el Ministerio de Salud. Para ello, se considera, en caso de continuar las alertas de distanciamiento físico, solicitar cita para realizarla vía telefónica o virtual por medio de la plataforma Zoom. Como segunda opción, por medio de visita de campo al área de salud, solicitando la entrevista presencial, respetando los protocolos sanitarios.

Para una adecuada fluidez de las respuesta de los entrevistados, toda la entrevista será grabada para, posteriormente, hacer uso de todas sus respuestas, las cuales van a ser abiertas y sin ningún tipo de coacción por parte del entrevistador, esto con el fin de conocer a profundidad todas las cualidades que se tienen en el Área de Salud Horquetas Río Frío, esperando brindar un

instrumento que venga a satisfacer las necesidades que tienen los farmacéuticos en este tema, en caso de ser necesario.

Hojas de cotejo.

Este instrumento se apoya en la técnica de observación, la cual se da cuando se asume un rol de espectador, sin darse una interacción con los actores integrantes de aquello que se observa, de manera que se pueda analizar de manera objetiva y sistemática los datos o información recopilados, para así someterlos a categorización de análisis (Campos y Madriz, 2017).

Por tanto, este instrumento es utilizado para dos objetivos específicos de este estudio, en primer lugar, para hacer una identificación del nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la OPS a los servicios farmacéuticos en atención primaria. Para ello este instrumento responde a una categoría de análisis que, a su vez, tiene dos subcategorías y cinco criterios de análisis.

En cuanto el segundo objetivo, también hace uso de este tipo de instrumento, el que busca seleccionar el tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas. Este también responde a una categoría, una subcategoría y dos criterios de análisis.

Categorías de análisis

En este apartado, se ofrecen las categorías de análisis por estudiar, las cuales son: fortalezas en la utilización de las guías de APS, debilidades en la utilización de las guías de APS, cumplimiento de recomendaciones de la OPS en los servicios farmacéuticos y modelos de servicio farmacéutico. A cada una de ellas se le han asignado subcategorías y se definieron conceptualmente. Lo que permite hacer las definiciones instrumentales que corresponden a cada uno de los instrumentos de estudio, las cuales son expuestas en el cuadro 3:

Cuadro 3

Categorías de análisis

Objetivo	Categoría	Subcategoría	Definición conceptual	Instrumento	Ítem
Determinar las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de Atención Primaria en Salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas.	Fortalezas en la utilización de las guías de APS.	Reconocimiento por parte de las personas farmacéuticas sobre las guías APS.	Las fortalezas de la utilización de las APS se basan en la perspectiva del acceso universal que busca: “la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad” (OPS, 2008, p. 15) A su vez, se entiende como fortaleza el acceder a	La categoría será analizada por medio de una entrevista semiestructurada dirigida a las personas especialistas en farmacia del Área de salud de Horquetas.	Desde su experiencia como farmacéutico/a, ¿cómo define la atención primaria en salud? En el tiempo que usted ha ejercido la profesión o cuando estudiaba, ¿tuvo la oportunidad de conocer cuál es la entidad que establece el formato de las guías de APS utilizadas en Centroamérica? ¿Podría indicar el nombre de esa entidad? En el tiempo que lleva laborando en el área de salud de Horquetas, ¿ha aplicado una guía de APS? En caso de respuesta negativa: ¿Por qué no ha aplicado?

<p>Identificación por parte de las personas farmacéuticas sobre las fortalezas de la guía de APS.</p>	<p>información que: “permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas se requieren algunos documentos básicos: la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta. Esto no significa que sean los únicos, ya que existen otros que también se utilizan con frecuencia en la APS y que complementan de alguna forma los anteriores (hojas de interconsultas-derivación al nivel secundario de atención, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras)” (OPS, 2008, p. 20).</p>	<p>La categoría será analizada por medio de la técnica de observación no participante con el apoyo del instrumento hoja de cotejo.</p>	<p>En caso de respuesta afirmativa: ¿Cómo describe la experiencia?</p> <p>Según señala la OPS, las guías de la APS están diseñadas para cumplir con una serie de elementos esenciales, a continuación, le voy a mencionar algunas de estas competencias de manera que, desde su postura como farmacéutico/a me explique su percepción sobre ellas</p> <p>¿Son las guías una opción para ____?</p> <p>(Acceso y cobertura universal, atención integral e integrada, énfasis en promoción y prevención de la salud, atención apropiada, orientación familiar y comunitaria y mecanismos activos de participación)</p>
---	---	--	---

Debilidades en la utilización de las guías de APS.	Identificación de debilidades de la atención primaria en salud por parte de las personas farmacéuticas.	En cuanto a la debilidad en la utilización de las APS, se considera presente, al no darse una eliminación de las barreras discriminatorias que limiten: “la participación dentro del sistema de salud o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad” (OPS, 2008, p. 15). Asimismo, otra debilidad va en la línea de la limitada coordinación, la cual: “es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de	La categoría será analizada por medio de una entrevista semi estructurada dirigida a las personas especialistas en farmacia del Área de salud de Horquetas.	¿Qué otra fortaleza considera que ofrece la implementación de la atención primaria en salud dentro del área de salud de Horquetas?
				Desde su experiencia profesional en el área de salud de Horquetas, ¿considera que la Atención Primaria en Salud representa alguna debilidad en los servicios de salud locales?
				¿Cómo valora que es la coordinación interdisciplinaria que se espera realicen en el área de salud de Horquetas?
				¿Podría mencionar cuáles han sido las debilidades en la coordinación interdisciplinaria del área de salud de Horquetas?
				¿Considera que el escenario actual de coordinación interdisciplinaria del área de salud de Horquetas impacta la calidad del servicio a los pacientes?

Identificación de debilidades por parte de las personas farmacéuticas sobre las guías de APS que utiliza el área de salud de Horquetas

la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo” (OPS, 2008, p. 15).

Preguntas solo para quienes han aplicado una guía

En las ocasiones en que ha aplicado una guía de APS, ¿ha identificado alguna debilidad que limite la calidad de atención que le pueda brindar al paciente?

<p>Identificar el nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud en los servicios farmacéuticos en Atención Primaria de Salud de Horquetas</p>	<p>Cumplimiento de recomendaciones de la OPS en los servicios farmacéuticos.</p>	<p>Revisión de los cambios en los servicios farmacéuticos.</p> <p>Descripción de los elementos de los servicios farmacéuticos.</p>	<p>“(...) sobre el papel del farmacéutico, donde se exhorta a los farmacéuticos a colaborar con los objetivos de garantizar la calidad, el acceso y el uso racional de medicamentos, y a que apoyen el desarrollo de la atención farmacéutica; a los Estados Miembros y a las asociaciones de farmacéuticos a definir el papel del farmacéutico en la atención de salud, a aprovechar mejor sus</p>	<p>Esta variable será analizada por medio de la técnica de análisis de contenido, apoyado en un instrumento de matriz de análisis.</p>	<p>Tipo de desafíos para el cambio en los servicios farmacéuticos.</p> <p>Tipo de visión sobre los servicios farmacéuticos.</p> <p>Tipo de acciones para el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos.</p> <p>Tipo de organización y gestión.</p> <p>Tipo de recursos humano.</p>
--	--	--	--	--	--

capacidades en los sistemas de salud; y pide al Director General de la OMS que apoye a los países para desarrollar servicios farmacéuticos y regulación de medicamentos” (OPS, 2011, p. 17).

<p>Seleccionar el tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas.</p>	<p>Modelos de servicio farmacéutico.</p>	<p>de Características del modelo de servicio farmacéutico de la OPS.</p>	<p>Se comprende el modelo de servicios farmacéuticos, primeramente, desde la perspectiva que se basa en el desarrollo de: “mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de</p>	<p>Esta categoría será analizada por medio de la técnica de análisis de contenido, apoyado en un instrumento de matriz de doble entrada.</p>	<p>Tipo de funciones esenciales de los servicios farmacéuticos.</p>	<p>Tipo de responsabilidades y acciones de articulación intersectorial.</p>	<p>¿Le gustaría que se les impartiera un taller sobre APS?</p>
---	--	--	---	--	---	---	--

salud de la población” (OPS, 2008, p. 6). Aspecto que es delimitado, propiamente en el servicio farmacéutico que es entendido como: “conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa de las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, contribuyendo a su acceso equitativo y uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico o bajo su coordinación, incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como

objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejoría de la calidad de vida de la población" (OPS, 2011, p. 26).

Nota: elaboración propia, 2020.

Procedimiento de recolección y análisis de datos

Sobre las fases de análisis de datos, se sigue lo planteado por Barrantes (2013), quien señala que esta fase se da en dos momentos, al darse el acceso al campo y al momento de darse propiamente la recolección de datos. Por lo que ese primer momento, el acceso al campo, es en el que este estudio se encuentra, pues consiste en los acercamientos que se han dado con la institucionalidad para verificar la viabilidad de participación de los actores de interés: personal farmacéutico.

Para el caso de la fase de recolección de datos, Barrantes (2013) menciona que esta es una fase de gran relevancia para el proceso, debido a que es el acercamiento directo con las personas sujetos y fuente de información. Para este caso, este estudio se ha planteado realizarlo de la siguiente manera:

- Solicitar autorización a las personas participantes de las entrevistas para poder grabar el audio de lo conversado.
- Realizar transcripción escrita de la grabación de la entrevista.
- Asistir al puesto de trabajo del entrevistado para poder evidenciar de manera personal las facilidades que tiene la farmacia.

Para el caso de la fase de análisis de datos, Barrantes (2013) explica que esta fase está estrechamente relacionada con la fase de recolección de datos, pues la primera debe darse de la mejor manera posible para que el análisis sea efectivo. Por ello, en esta parte, como se indicó previamente, se tendrán las respuestas de las entrevistas transcritas y se podrá tener un mayor acceso a cada dato con el fin de categorizarse. Para el caso de las hojas de cotejo, la información obtenida de la documentación por observar se categorizará en los cuadros, de manera que se pueda hacer la identificación de respuesta a cada categoría.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el capítulo por desarrollar, se analizan los resultados obtenidos a través de la investigación de campo. De manera que la investigación pueda basarse en los criterios de la percepción de fenómeno en estudio, a partir de la situación de los farmacéuticos del Área de Salud Horquetas Río Frío, en cuanto la aplicación de criterios de Atención Primaria en Salud; se aplicaron dos tipos de instrumentos de investigación:

- El primer instrumento corresponde a la entrevista semiestructurada, donde cada una de las personas participante se grabó en audio, para, posteriormente, transcribir las respuestas.

Este instrumento es de gran valor porque, a la hora de aplicarlo, se observó de manera personal a los participantes del estudio, para conocer de primera mano la situación de cada farmacia específica.

- El segundo fue la hoja de cotejo, la cual ha permitido analizar qué tipo de criterios se cumplen de APS en farmacia, según los estándares de la Organización Panamericana de la Salud.

Este es muy importante porque muestra de manera directa la aplicación o no de ciertos factores importantes que se deben tomar en cuenta para la elaboración de una guía adecuada.

Las variables analizadas en este estudio se consideraron como factores necesarios para la investigación. Se contó con la participación de la totalidad de la muestra de los farmacéuticos del área geográfica seleccionada en el estudio. Además, cabe recalcar que la población participante demostró una grata disposición a la colaboración en este trabajo, brindando respuestas muy variadas, pero con mucho contenido, siendo sumamente importante para la elaboración de este estudio.

Dentro de todos los entrevistados, se contó con una amplia gama de información, la cual se ve reflejada más adelante en este capítulo, pero la mayoría de las respuestas convergen en una cualidad común que es la preocupación de ellos por la mejora en el servicio hacia los usuarios, para poder brindar un servicio de calidad e integral, con el afán de promover la mejora en la salud y,

por consiguiente, en la calidad de vida de los ciudadanos en la comunidad de Horquetas de Sarapiquí.

Para obtener respuestas con la mayor sinceridad posible, se entrevistó a cada participante de manera individual brindado una atmósfera de familiaridad, con el fin de obtener resultados confiables para ejecutar consideraciones basados en hechos. Además, se grabó de manera fluida toda la entrevista para brindar la mayor fluidez de las respuestas, aunque esto significó la transcripción de muchos minutos de entrevistas que contenían un rico y variado abanico de posibilidades para el análisis que se pretendía hacer en este trabajo.

Por este motivo, se agradece a los participantes, quienes tienen un perfil de farmacéuticos, por la colaboración en esta investigación que busca brindar de manera tangible una herramienta que brinde un pequeño apoyo en su lucha para mejorar los servicios de salud en pro de la comunidad.

Determinación de las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de Atención Primaria en Salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas

En este apartado, se generaron respuestas sobre las fortalezas y debilidades que perciben los profesionales en farmacia, los cuales tienen una experiencia de más de tres años de laborar en la Caja Costarricense de Seguro Social, pero tratando de contribuir de una forma activa, se busca la mejora continua en esta investigación. Además, brinda más conocimientos sobre la percepción de los participantes.

Se conoce que, al ejecutar cualquier proyecto, se deben conocer las fortalezas que posee para poder replicar la constancia con que se llega a estas, además, se debe saber en qué campos no es tan fuerte, considerando que esto puede convertirse en una debilidad para tomar acciones correctivas en los diferentes actores, con el fin de eliminar esta cualidad de los servicios de salud, ya que el bien más preciado de cualquier ser es la salud y los servicios que la brinden no pueden caer en una mediocridad a la hora de hacerlo.

Es muy importante destacar que la mayoría de los entrevistados tiene un excelente conocimiento de la institución donde trabaja, esto hace posible que, como los profesionales que

son, también conozcan las carencias en algunos campos. La mayoría de ellos conoce que las normas y reglas de una institución son proporcionadas por jefaturas superiores y estas, a su vez, acatan mandatos de un ministerio que por decreto de la República tiene sobre sus hombros la creación de leyes que busquen beneficiar la salud de una manera macro, pero esto limita a la atención micro, la cual se refiere a pacientes específicos que tienen necesidades variadas.

La primera pregunta de la entrevista semiestructurada se planteó de manera que se pudiera indagar sobre la percepción como profesionales de farmacia, de lo que es Atención Primaria en Salud. En el apéndice 3, se exponen en forma de resumen las ideas centrales de las respuestas ofrecidas por las personas participantes.

Dentro de las ideas principales que las personas farmacéuticas entrevistadas señalaron, se encuentran argumentos como: “(...) es como el enlace que existe paciente médico, para luego genera otros eslabones y principalmente la parte de prevención, (...)”, “Es a nivel de EBAIS, primero el área de salud y se subdivide en varios EBAIS para dar atención a los usuarios”, “Somos preventivos, ese es el punto (...)”, “El objetivo es darle a los pacientes la prevención” y “APS es la primera atención que recibe un paciente (...)”.

De tal manera, se logró observar que, aunque textualmente no todas las respuestas son iguales, en los cinco casos se nota la percepción de que la APS es un primer escalón en la atención que se le brinda al usuario de los servicios de salud. Además, se demuestra la necesidad de tener una adecuada atención para el bien de las personas usuarias, donde es necesario un programa o sistema que haga que las personas farmacéuticas tengan una mayor claridad en su función dentro de esta ecuación que es la atención primaria.

Asimismo, se logra analizar que estas respuestas tienen concordancia con lo señalado por la OPS; para comprender la Atención Primaria de Salud (APS), se sigue lo elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (2008), donde se reconoce a este tipo de atención como un componente clave de los Sistemas de Salud. Este argumento se fundamenta en la evidencia que ha tenido al impactar la salud y desarrollo de la población. La OPS (2012) sustenta que la APS se ha fortalecido a partir de las experiencias que se han recopilado tanto en países desarrollados como en desarrollo, con lo que se evidencia que se puede adaptar a distintos contextos políticos, sociales y culturales.

Otro cuestionamiento establecido dentro de la entrevista a la población en estudio consistió en determinar el conocimiento acerca del nombre de la entidad que generan las guías de Atención Primaria en Salud. Ante lo cual, todas las entrevistadas comentaron que no conocían el nombre de esta institución. Aunque es una respuesta unánime, sorprende la ausencia de conocimiento en un tema importante como lo es quién hace y establece la Atención Primaria en el área de farmacia, no solo en Costa Rica, sino también a nivel de América Latina.

No se pudo identificar por parte de los participantes el ente que estable las propuestas para las Guías de Atención Primaria; según OPS (2012), una guía de Atención Primaria debe estar fundamentada con información basada en literatura, para el fortalecimiento de los servicios de salud de la comunidad de Horquetas.

En América Latina, es evidente el proceso de renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), según el Documento de Posición de la OPS/OMS en 2012. Este ha sugerido un proceso de desarrollo marcado por la reaparición de la APS como eje central de los sistemas de salud con un enfoque renovado, razonado y basado en la evidencia para lograr una atención universal, integral e integrada.

Otro de los criterios analizados en la entrevista se planteó con la finalidad de conocer si las personas entrevistadas han aplicado, en alguna oportunidad, una guía de Atención Primaria. Además, si lo han realizado, cómo ha sido la experiencia de hacerlo, pero si la respuesta era negativa, la pregunta se dirige a determinar el por qué no lo han hecho. De manera que, en la sección de apéndice, propiamente el número 4, se sintetizan las ideas principales de la respuesta brindada por las personas farmacéuticas.

Es importante señalar el perfil de los participantes de la entrevista, siendo estos profesionales en farmacia, con un grado académico de Licenciatura, con una variada cantidad de años de laborar en la CCSS que va de tres años en adelante.

A partir de las ideas seleccionadas, se generaron estos argumentos de la experiencia de las personas entrevistadas: “A nivel personal en un área de salud como esta uno, se ve muy limitado (...)”, “Yo por estar en la parte administrativa no doy atención farmacéutica (...)”, “A nivel de guías es un campo muy rico, tenemos las guías que tenemos en farmacia para pacientes (...)”, “(...) ha

hecho que aplicara talvez no una guía de APS, pero cosas relacionadas” y “Pues una guía como tal no (...) o sea a uno le dan atención farmacéutica y todo, pero como una guía no (...)”.

De lo anterior se evidencia que la población no ha tenido la experiencia de aplicar una guía como tal en atención primaria. Con esta respuesta, se genera una característica por resaltar, puesto que se observa con las respuestas a las interrogantes previas, que hay un conocimiento de lo que era Atención Primaria, aspecto que expresa una de las ideas de la persona entrevistada: “(...) cada uno va adecuando, dependiendo de la experiencia y la necesidad, pero es muy propio de cada farmacéutico”.

De tal manera, se puede decir que la promoción de la atención primaria llega a plantearse como un elemento individual que depende de la propia rutina de atención que considera el farmacéutico. No obstante, esta situación puede traer perjuicios para el paciente, porque a la hora de tener una consulta con un farmacéutico, no se tiene un estándar de atención.

Asimismo, otro planteamiento de la entrevista se enfocó en conocer de dónde los farmacéuticos han adquirido el conocimiento de Atención Primaria en Salud. Por lo cual se les planteó la interrogante sobre si, desde la formación universitaria o por medio de capacitaciones por parte de la CCSS, se les ha facilitado conocimiento en la temática. Así que, en el apéndice 5, se sintetizan las ideas principales de las respuestas de las personas participantes, las cuales versaron sobre: “He hecho cursos de la CCSS donde vienen cosas, no dicen específicamente APS, pero si explican (...)”, “Fue cuando entré a trabajar con esta institución (...)”, “Básicamente lo conocí estando en la institución(...)”, “(...) más que todo capacitaciones de la Caja” y “La Caja lo que da son cursos (...)”.

Este ítem genera una convergencia de respuestas, las cuales dicen que el conocimiento en este tema fue por cursos y capacitaciones que la CCSS ha impartido de manera no secuencial, es decir, a los participantes se les comenta el significado de lo que es Atención Primaria, pero no pudieron decir específicamente que han tenido un curso de este tema para mejorar la atención de los ciudadanos que necesitan de un servicio de salud de calidad. Además, se observa que los participantes no tuvieron, por parte de su formación académica, una orientación de lo que son la APS.

De tal manera, se logra señalar que el papel de la APS consiste en que ofrece una mayor oportunidad de acceso a la atención, en especial en aquellas personas que probablemente se ubiquen a mayores distancias en comparación con la atención hospitalaria. Delcid (2015) indica que la APS es una oportunidad de llevar: “lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas; constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria”.

Otro aspecto que se analiza es conocer el criterio de cada participante, por lo que se identificó como clave incluir una pregunta donde la población proporcionara un postulado que considerara adecuado sobre cuáles son los elementos de la APS que se consideran de competencia farmacéutica como cualidades requeridas. Dentro de las respuestas están: mejorar mi desempeño como farmacéutico, crear un grupo de atención integral del EBAIS y destacar las necesidades del paciente. En el apéndice 6, se reúnen las respuestas de las cinco personas participantes.

Con el criterio anterior, cabe recalcar que su intención buscaba estimular la participación para conocer sus percepciones de las competencias que son necesarias por parte de las personas profesionales que integran los servicios de salud a nivel de APS. Por lo que, al analizar las respuestas, se ve una tendencia a considerar que la Atención Primaria en Salud no mejoraría su desempeño como profesional farmacéutico. Situación que puede ser por falta de conocimiento de las guías y su impacto favorable en la ejecución de programas que pueden mejorar el desempeño individual y grupal del equipo de EBAIS en el área de farmacia, en favor de las personas aseguradas.

Al respecto, Giraldo y Vélez (2014), en su investigación *La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios*, determinan que la atención primaria ha demostrado resultados efectivos sobre las condiciones y la calidad de vida de la población, siendo la APS un elemento clave para la mejora continua en la calidad de atención, siempre y cuando los usuarios de los servicios de salud realicen evaluaciones en lo que tiene que ver con la atención brindada por parte de los que prestan el servicio y no poniendo atención en la parte administrativa.

Asimismo, se les consultó a las personas participantes que destacaran sobre las fortalezas que consideran puede ofrecer la implementación de la APS dentro del Área de Salud de Horquetas; de forma que se pueda conocer su posición si están de acuerdo o en desacuerdo con que este

programa pueda aportar alguna cualidad importante para dicha área. Sobre ello, se sistematizan las repuestas que se pueden observar en el apéndice 7.

Sobre lo mencionado por las personas entrevistadas, se determina que consideran: “(...) gracias a la Caja Costarricense y a toda la estructura ayuda a fortalecer la Atención Primaria (...)”, “(...) educación a nivel médico que podemos dar nosotros si existe un programa de atención primaria”, “Creo que hacía eso va la Caja”, “(...) pero a nivel de área y a nivel institucional viene mucho el auge de la prevención”, “Pues sí, como un protocolo, para yo tener claro que tengo que hacer con cada paciente (...)” y “Es más fácil para que todo el mundo sepa que hacer (...)”.

A partir de lo anterior, en todas las repuestas se destaca la percepción de estar de acuerdo con la implementación de una guía de Atención Primaria en Salud en farmacia, esto con el fin de estandarizar la atención y la realización de labores que conlleva este programa interdisciplinario. Sobre ello, se resalta una de las ideas ofrecidas por una persona participante, quien indica que existe un grupo interdisciplinario para ayudar a los pacientes que tienen síndrome metabólico, al narrar que:

(...) aquí hay un grupo multidisciplinario que es para personas con síndrome metabólico, o sea personas que con vistas a unos años van a padecer de HTA, diabetes, entonces se hace todo un estudio para ver quienes tienen este síndrome para incluirlos en un programa, que se da cada mes cada 15 días, se miden resultados y es muy integral. Lo componen un médico, un farmacéutico, el de laboratorio y un enfermero, para darles seguimiento.

Al respecto, Giraldo y Vélez (2013), en su artículo *La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina*, enfatizan el movimiento que existe en América Latina para la reorientación de todos los servicios de salud a un sistema de Atención Primaria en Salud, ya que este modelo debe ser un eje transversal de los sistemas de salud con un enfoque basado en evidencia para alcanzar una atención al usuario integrada y universal, ya que un modelo de esta índole pretende alcanzar el máximo nivel de salud posible como su objetivo principal, además de buscar junto a esto la equidad y solidaridad del sistema de salud brindado a la población, demostrando así las fortaleza que ofrece la implementación de la atención primaria en salud dentro del área de salud de Horquetas.

Un sistema de salud basado en la APS se define como un enfoque amplio de la organización y la operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad de la atención.

A su vez, desde el instrumento se les planteó una pregunta cuya finalidad fue generar información que permitiera conocer, a partir de la experiencia profesional de cada participante al laborar en el área de salud de Horquetas, si consideran que la Atención Primaria en Salud presenta necesidades en los servicios de salud locales. En el apartado de apéndices, propiamente el número 8, se expone una figura que sintetiza las opiniones más significativas.

De estas respuestas de la población participante, se obtienen ideas como: “La necesidad de tiempo, de implementar una retroalimentación (...)”, “Falta de coordinación”, “Creo que la parte de trabajo interdisciplinario (...)”, “Existen muchas limitantes (...)” y “Sí, falta de apoyo a nivel administrativo (...)el tiempo que se nos da es muy poco”.

De la información brindada por las personas entrevistadas, a pesar de que, palabra por palabra, no todas las respuestas son iguales, se notan dos factores que consideran los farmacéuticos como una debilidad para una correcta implementación de un programa de Atención Primaria en Salud: falta de coordinación por parte de los mandos superiores y falta de tiempo para hacer reuniones donde los equipos interdisciplinarios discutan temas que tengan que ver con la salud y el trato del paciente.

De acuerdo con Flores, Román, Labanda, Pulgarin y Guamán (2017), las debilidades en los sistemas de salud provocan un éxodo y congestiónamiento de los hospitales, ya que, si la calidad de la APS es deficiente, provoca esto. Cabe destacar que existen barreras relacionadas con problemas de traslado de los pacientes a los servicios de atención primaria, además, la falta de medicamentos para enfermedades que se deben tratar de forma expedita y con el mayor régimen terapéutico posible.

Por esto, determinar las debilidades del sector primario de salud y las causas que provocan el éxodo y congestiónamiento de los hospitales es importante, ya que no es una situación ajena al resto del sector de la salud pública en América Latina y otros países como Guatemala, que encontró barreras relacionadas con las distancias, escasez de transporte y falta de medicamentos, por eso los

autores comentan: “La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el buen vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable”.

Estos aspectos se deben considerar a la luz de las argumentaciones resaltadas previamente por la población participante, sobre que la razón de ser en los servicios de salud son las personas usuarias.

A su vez, otro de los ejes que se le consultó a la población en estudio se enfoca en conocer cómo valoran la coordinación interdisciplinaria que se espera realicen en el Área de Salud de Horquetas. Esto con el fin de encontrar los detonantes que limitan la calidad del servicio para con el paciente, en el apéndice 9, se ha diseñado una figura que sintetiza las respuestas generales dadas por los profesionales en estudio

Así que, dichas ideas destacadas por la población entrevistada giran sobre argumentos como: “Muy poco (...)”, “Se han hecho manuales, para que el paciente siga en casa”, “Nuestra jefatura hace guías para hacer mediciones”, “(...) no hay reuniones semanales o un coordinador que nos facilite esa comunicación (...)” y “(...) si hubiese un trabajo más interdisciplinario se podría llevar mejor el campo de la atención”.

Con lo presentado, se logra destacar que la opinión de la mayoría apunta a que bajaron los alcances de la retroalimentación interdisciplinaria. A pesar de que se sabe que el trabajo conjunto, farmacéutico, médico, enfermería, trabajo social, nutricionista, ha evidenciado en diferentes ámbitos, el gran beneficio que es para el paciente y más si este presenta enfermedades como lo es hipertensión, diabetes, entre otras que son medicadas de por vida.

Además, si se considera que un cambio de rutina física o a nivel de alimentación puede presentar una ventaja para un control no farmacológico. Situación que es incluso señalada por una de las personas entrevistadas: “muchos pacientes tienen problemas de nutrición, podríamos tener enlaces con otras instituciones para mejorar la salud del paciente, dando seguimiento, pero caemos en lo mismo, falta de tiempo”. De manera que, en la mayoría de los casos, todos están de acuerdo con que un abordaje a una enfermedad no puede ser únicamente farmacológico, sino que también

debe ser integral y multidisciplinario, pero es necesario diseñar espacios de tiempo entre los quehaceres diarios para el abordaje integral con las otras disciplinas.

De acuerdo con OPS (2012), una estrategia que involucre una renovada Atención Primaria en Salud debe vincular una serie de estrategias que promuevan el desarrollo por medio de acciones intersectoriales, como lo son promoción y espacios saludables, además de un ambiente y economía sostenibles; refiriéndose a este trabajo que no solo involucra a los pacientes y doctores, ya que esta entidad reconoce la importancia de las acciones conjuntas para alcanzar un nivel de salud poblacional superior, comentan: “Es importante involucrar a los diversos actores, de forma intersectorial, incorporando los distintos niveles de atención de salud y las Redes Institucionales Salud Sanitaria. Como parte del marco político-institucional”.

También se consideró importante incluir en este estudio un ítem que se enfocó en conocer cuáles han sido las debilidades en la coordinación interdisciplinaria en la farmacia, del Área de Salud de Horquetas, que la población en estudio ha identificado. Por lo que se podrá encontrar en el apéndice 10 la síntesis de las ideas principales ofrecidas en las respuestas de la población participante. Cuyas visiones fueron en torno a ideas como: “No nos reunimos para hablar de temas importantes (...)”, “No se invierte lo necesario para poder dar este programa”, “(...) cada herramienta es toda una logística para que se lo den (...)”, “Creo que no se le da prioridad que se merece (...)” y “Ahorita la debilidad que yo veo es que la administración no colabora con designar más tiempo (...)”.

Bruno, Bustamante, Jiménez, Maldonado, Segura y Tuesca (2015) se refieren: “Más de la mitad desconoce las limitantes de políticas, planes y programas con respecto a la equidad. De igual forma, desconocen estrategias para el abordaje y la resolución de inequidades, no se actúa o generan acciones intersectoriales de promoción y prevención”. Por este motivo, se recalca el desconocimiento de que los recursos humanos deben estar planificados de acuerdo con la población, para poder brindar el servicio enfocado en satisfacer las necesidades de salud. También comentando que las políticas de calidad son inadecuadas y necesitan mecanismos de evaluación continua del desempeño.

A su vez, cabe considerar lo mencionado por una de las personas entrevistadas: “a nivel monetario, todo lo que se le tenga que dar al paciente, cada herramienta es toda una logística para

que se lo den a usted y no siempre se lo van a dar (...)". Ellos comentan que, aunque el personal esté en toda la disposición de ejecutar programas de variable índole, no se pueden llevar a cabo por tiempo y dinero.

También se consultó a las personas participantes su opinión acerca del escenario actual de coordinación interdisciplinaria del área de salud de Horquetas, sobre cómo ello impacta la calidad del servicio a los pacientes. Por lo que la figura ubicada en el apéndice 11 reúne la síntesis de las respuestas ofrecidas, las cuales señalan ideas como: "Yo pienso que si todos nos entendiéramos y que el médico supiera lo beneficioso que es un programa de atención farmacéutica apoyaría más este servicio (...)", "Sí, porque no se tiene una coordinación muy clara", "Creo que sí, ya que en ocasiones no se puede solicitar tiempo (...)", "Por supuesto, los otros profesionales deberían alimentarme de lo que necesita cada paciente (...)" y "Claro que sí influye (...)".

Según Violán, Grandes, Zabaleta-del-Olmoa y Gavilán (2012), comentan que la Atención Primaria en Salud impacta de manera positiva en la promoción de la salud y, consecuentemente, la prevención de las enfermedades, ya que este tipo de modelos buscan promover: "la aplicación real de los conocimientos generados, para buscar optimizar la calidad de los servicios de atención primaria de salud y la salud de la población, mediante proyectos de investigación-acción, que implique, desde el diseño de los estudios, a profesionales, equipos directivos y ciudadanos". Ya que muchos de los esfuerzos conjuntos pretenden que diversas instituciones busquen promover la salud como un bien común, aplicando la mejora de la calidad en los servicios.

Con lo anterior, se refleja que los entrevistados tienen la impresión de que la acción interdisciplinaria tiene un efecto directo sobre la salud del paciente. Por lo que, al no darse una comunicación fluida en el equipo interdisciplinar, se llega a perjudicar la calidad de la atención. Además, nuevamente, se puede recalcar la necesidad de la aplicación de un Guía de Atención Primaria, que permita iniciar con un trabajo e integración conjunta para que el usuario de los servicios de salud se vea beneficiado por el trabajo interdisciplinario.

Esto se sustenta también con una de las ideas recalçadas por una doctora, pues hace alusión a la necesidad de este trabajo conjunto:

(...) por ejemplo, un diabético que tenga problemas con el apego terapéutico se nos refiere a farmacia, por ejemplo, en una semana se nos pueden enviar 5 o 6 pacientes, pero con el mismo tiempo, entonces si desde arriba no nos dan las herramientas y al final el perjudicado es el usuario.

Como última opinión, se consultó sobre si se ha identificado alguna debilidad que limite la calidad de atención que le pueda brindar al paciente, esto para saber si los profesionales en medicamentos han logrado detectar debilidades o requerimientos, bajo su rol de promotores de la salud, que implica brindar una solución una vez detectado el problema. Ante ello, en el apéndice 12 se exponen las respuestas significativas de la población. Cuyos argumentos fueron: “El tiempo, la infraestructura (...)”, “Para mí es la falta de tiempo (...)”, “No te dan el material ni las herramientas (...)”, “(...) el tiempo porque a uno le llega el paciente que requiere atención tarde (...)” y “(...) un lugar apto, tipo consultorio (...)”.

De acuerdo con Torres, Guerra, Ordás, Salas y Sánchez (2018), en su artículo *Desarrollo científico y tecnológico. Su impacto en la Atención Primaria de Salud*, comentan de manera reiterada que se debe tomar en cuenta la calidad de los servicios de salud para crear programas que busquen satisfacer la necesidades de los pacientes, dentro de su investigación analizan: “analizar el empleo de la ciencia y la tecnología apropiada en la Atención Primaria de Salud para garantizar la calidad y la excelencia en los servicios prestados”, siendo los autores partícipes de una idea que se debe desarrollar a mayor profundidad por los integrantes de los equipos de Atención Primaria.

Situación que se logra expresar con las valoraciones de los farmacéuticos dentro de esta entrevista, quienes resaltan la necesidad de brindar a los pacientes una mayor garantía desde los alcances que ofrece la profesión de farmacia, la cual es la disciplina que da acompañamiento para el proceso de adaptación a un medicamento o un régimen de una nueva vida por alguna enfermedad crónica. Sobre ello, señala una persona entrevistada: “entonces cuando el paciente inicia con la enfermedad o está en una prediabetes es importante abordarlo, también el conocimiento del paciente sobre el medicamento, para que confíe en él”. Lo que permite reflejar que no siempre los medicamentos dan una mejoría visible al ojo de una persona no experta en medicina y por ello la necesidad de una mejoría, siendo la APS una herramienta clave para alcanzarlo.

Nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud en los servicios farmacéuticos en Atención Primaria de Salud del Área de Salud de Horquetas

Para este objetivo, se procedió con el llenado de la hoja de cotejo, la cual fue completada por medio de la observación, así como con consultas a la persona profesional farmacéutica que cuenta con mayor experiencia en el puesto laboral dentro del Área de Salud de Horquetas. Esto con el fin de tener una perspectiva del funcionamiento, no solo en un EBAIS, sino también una visión más integral del área de salud. Es importante conocer que la información dentro de esta herramienta fue adaptada de la OPS. (2012), de su publicación Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud, para obtener información necesaria y precisa.

De acuerdo con Pérez (2018), describe las cualidades que tiene una hoja de cotejo, siendo una herramienta de recolección de datos sencilla de interpretar y con un gran valor en una investigación de cualquier índole, él comenta que es un listado de diferentes tipos de enunciado que abarcan tareas, procesos, conductas, entre otras características. Se describe que, frente a la generación de estos enunciados de interés para el estudio, se generan dos columnas para que el observador pueda registrar las características determinadas previamente, comenta su utilidad: “Es útil para evaluar todo tipo de saberes, preferentemente, aprendizajes referidos al saber hacer y al saber ser. Es decir, para evaluar: Habilidades o destrezas (...)”.

Cabe destacar que, durante la experiencia de la consulta al especialista en farmacia, este indicó, mientras compartía la información que se buscaba observar para el llenado de la hoja de cotejo, que existen varios temas en los que el grupo de trabajo demuestra fortalezas significativas; pero, en otros campos, mencionó que aún se deben reforzar.

Es importante conocer que esta hoja de cotejo fue llenada de forma digital por la Dra. Sofia Vargas, cédula 1-1311-0061, código de farmacéutico 3455, que lleva desde el año 2009 hasta la fecha trabajando en el Área de Salud Horquetas Río Frío, siendo la de más experiencia laboral, desempeñando varios cargos en todos los EBAIS de dicha área, así como jefatura en varias oportunidades.

Además, se considera importante señalar que, la forma en que se plantearon los criterios en la hoja de cotejo fue clara para la entrevistada. Dentro de lo que incluían funciones vinculadas a la organización, funciones vinculadas al medicamento, funciones vinculadas al paciente y funciones vinculadas a la educación y conocimiento, siendo muy importante para obtener información.

También, se puede recalcar su apertura en cuanto la información y percepciones que brindó durante los comentarios, situación que se percibió, a su vez, en la experiencia de aplicación con las personas entrevistadas para la primera parte del estudio. De forma que se presupone que las personas funcionarias tienen claridad de la importancia del don de servicio para con las personas pacientes. Esto hace más fácil que se pueda aplicar alguna herramienta cuando tiene que ver con la mejora del servicio que se les brinda a los usuarios.

En cuanto la manera en que se llevó a cabo la aplicación de este instrumento, se parte de la finalidad de hacer una identificación del nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud a los servicios farmacéuticos en atención primaria, específicamente en el Área de Salud Horquetas Río Frío. Por lo que el instrumento responde a cuatro grandes grupos entre los que se incluían:

Para el primer grupo de ítems en los cuales se marcaba con una “X” en la casilla “Sí”, que corresponde a una observación afirmativa para el cumplimiento de cada subdivisión y “No” para la que evidencia un incumplimiento. De manera que este bloque analizaba los aspectos relacionados con las funciones vinculadas a las políticas públicas, a la organización, gestión de sistemas y servicios farmacéuticos, en el cual se ofrecen, además, ocho subcriterios.

Por lo que, en lo correspondiente al primer enunciado, se pretende indagar sobre la participación y realización de formulación, implementación y evaluación de políticas farmacéuticas en el área de influencia de los servicios farmacéuticos. Ante la cual se logró evidenciar que, en esta área de salud, no se cumple a cabalidad este criterio.

De acuerdo con Ortiz (2015), aunque la salud es un bien público, existe un ente superior al cual se le otorga la dirección y generación de políticas públicas en Costa Rica que es el Ministerio de Salud, siendo su potestad por lo siguiente: “La Ley General de Salud N°5395 en su Artículo No. 2 y la Ley Orgánica Artículo No. 2 inciso a), le asignan al Ministerio de Salud, la responsabilidad,

potestad y obligatoriedad de conducir la formulación de la Política Nacional de Salud, así como su seguimiento y evaluación”. Por consiguiente, en el ejercicio de la rectoría, genera directrices y lineamientos que van dirigidos a la salud, teniendo como base los requerimientos y necesidades actuales de la población, para así brindar una mejora continua de los servicios impactando positivamente en el perfil salud enfermedad.

Es importante dar a conocer que el campo de políticas públicas es una atribución que se ejecuta de manera directa por el Ministerio de Salud de Costa Rica, aunque la CCSS tiene normas internas que pueden ejecutar y obligar a sus empleados a seguir, es el primero quien vela de manera directa por la creación de leyes que beneficien a los ciudadanos, pero la redacción de leyes tiene que ver con una necesidad de atender un problema específico. Por este motivo, se pueden crear grupos que brinden recomendaciones sobre temas de salud pública para que los jerarcas, quienes no están en un contacto directo con los usuarios, se den cuenta de estas carencias y puedan ejecutar dichos mandatos.

Con lo observado y comentado por la persona profesional, esta expresa que existe una ausencia de programas donde el personal de salud, específicamente los farmacéuticos, puedan brindar una alimentación a los sistemas que deben ser integrales y multidisciplinarios. Lo que se visualiza como limitante para la adecuada identificación de las perspectivas de necesidades que pueda requerir la persona usuaria de los servicios de salud. Puesto que se considera que si se crearan políticas o directrices que buscaran un bienestar más integral, se estaría tomando en consideración el rol de las personas farmacéuticas y así alcanzar un mejor desempeño del EBAIS.

El enunciado del primer bloque de cotejo se relaciona con la participación del área de farmacia en la elaboración y actualización de la legislación y normativa vinculada con los servicios farmacéuticos, de manera que se pueda cumplir con la legislación vigente (incluyendo aspectos éticos/bioéticos). Se indica por parte de la profesional que apoyó en el llenado del instrumento que, desde los alcances de las funciones que se ejercen desde el Área de Salud en estudio, no se ha tenido oportunidad de relacionarse en este nivel de elaboración de legislación.

Según Jiménez, Rojas y Arias (2012), aunque el gobierno da al farmacéutico la potestad de ser el único que bajo la legislación actual de Costa Rica tiene el uso exclusivo de sustancias controladas, además de funciones como el despacho de medicamentos: “La ley General de Salud

se entiende por despacho se entiende la entrega al paciente del medicamento prescrito, con las recomendaciones e indicaciones para su uso correcto”. La OMS recalca en diversas ocasiones que el profesional en farmacia tiene diferentes papeles en el desarrollo de sus funciones, siendo Costa Rica el país de la región que dentro de sus normativas debe tener un farmacéutico para el funcionamiento de un establecimiento de ventas de medicamentos.

Simplemente, se da el hecho de que no, según la entrevistada, se ha tenido la oportunidad de tomar en cuenta al equipo de farmacia cuando existe la necesidad de una nueva normativa. De manera que la situación consiste en que solo se les hace llegar una circular para el cumplimiento de la ley, directriz o normativa que se haya dictado.

Lo que cabe recalcar de este hallazgo es a un nivel más específico de la creación de directriz o planificación que se da a nivel de la misma área de salud, puesto que se considera que la baja comunicación y participación de los conocimientos y requerimientos que sean gestados desde el área farmacéutica, puede hacer que los señalamientos dictados por la administración no sean los más pertinentes. Debido a que se debe hacer, como mínimo, un proceso de diagnóstico que permita identificar limitaciones propias que se tengan en el área, tales como personal, infraestructura y recursos en general, los cuales, de una u otra manera, interfieren para el cumplimiento efectivo de los señalamientos que dé la ley, normativa o directriz.

Otro aspecto por considerar se relacionó con si se daba, desde el área de formación, una planificación, implementación, gestión y evaluación de los servicios farmacéuticos de manera integrada a la RISS y al sistema de salud.

Castellano (2013) comenta en su artículo *Evaluación de la calidad de servicio en farmacias de Maracaibo y de la costa oriental del lago del estado Zulia* que se tienen dos tipos de calidad para un servicio de farmacia: la objetiva que implican los rubros que se deben tener de acuerdo con leyes y reglamentos vigentes, la cual puede ser medida por una lista de verificación y la calidad percibida, donde se examina lo que el usuario de la farmacia piensa o parecía con respecto al servicio, siendo ambas medibles tienen un manejo de cualidades diferente y de gran ayuda para programas de mejora continua dentro de la prestación de servicios.

Esto permite hacer una lectura de que el resultado a nivel de servicio puede estar siendo deficiente o presentando nudos críticos para algunas personas pacientes, ya que lo que se busca con la integración de los diferentes grupos es brindar una atención enfocada a las necesidades de este. Puesto que las personas profesionales que integran el área de farmacia tienen también una percepción que ofrecer, la cual puede mitigar alguna problemática que no esté siendo identificada por parte de algún otro profesional.

Además, al considerar lo comentado por la profesional entrevistada, todo lo que tiene que ver con la parte de gestión a nivel de institucionalidad, se identifica que no se toma en cuenta la participación de los encargados del Área de Salud, únicamente se mandan directrices para un acatamiento obligatorio.

Lo cual provoca que las partes implicadas en la gestión tengan que buscar los recursos y condiciones que son en ocasiones deficientes o limitados, para poder cumplir con los lineamientos, lo que se reproduce, por ende, en una aplicación de baja efectividad. De manera que se considera oportuno hacer el señalamiento de lo fundamental que son los equipos conjuntos para la toma de decisiones administrativas, pues sería una oportunidad de visualizar de una forma tangible la consecución de las metas que se tienen planeadas.

También se ha considerado, para este primer grupo de criterios, si desde el sector de farmacia del Área de Salud en estudio se da una promoción al acceso, calidad, seguridad y Uso Racional de Medicamentos (abogacía). Para el cual fue posible determinar que sí se cumple con este criterio que insta la Organización Panamericana de la Salud.

El hecho de observar y respaldar con los comentarios ofrecidos por la persona profesional en farmacia entrevistada deja entrever que, en Costa Rica, hay una fuerte estructura legal que regula el tema del acceso y calidad de los medicamentos, tal como se logró constatar en la Ley General de Salud, donde desde su capítulo II, se dedica un párrafo tercero que expone las pautas a seguir sobre lo vinculado a los medicamentos, en cuanto los requisitos para la operación de los establecimientos farmacéuticos y las restricciones a las que se sujetan. En donde, por ejemplo, esta normativa señala en el artículo 103:

ARTICULO 103.- En todo caso, el Gobierno Central y las instituciones públicas con funciones de salud podrán, directamente importar, elaborar, manipular, almacenar, vender o suministrar medicamentos, materias primas o materiales médico-quirúrgicos, cuando el cumplimiento de sus programas o situaciones de emergencia lo requieran, con la sola aprobación del Ministerio, conforme al Reglamento respectivo (Ley General de Salud).

El artículo anterior refleja la estructura legal que tiene el sistema de salud costarricense para indicar que existe una gestión estatal para resguardar la seguridad y acceso a los medicamentos. Además, si se considera lo destacado por la persona profesional que apoyó el proceso de llenado de la hoja de cotejo, se detalla que, dentro de las labores a las que se deben apegar las personas funcionarias especializadas en farmacia, deben cerciorarse por cumplir con la custodia, cuidado y despachado de los medicamentos.

Para cumplir satisfactoriamente con este despacho, son estos los profesionales que deben hacer la inspección final de la preparación de las recetas, puesto que, en concordancia con la normativa y directrices establecidas, toda receta debe salir firmada. Proceso medular para el cumplimiento del protocolo que establece la Caja Costarricense del Seguro Social.

Ahora bien, sobre el aspecto del uso racional de los medicamentos, este debe ser considerado como un tema de mayor complejidad, debido a que se limita a la receta que se trae por parte del usuario de los servicios. Por lo que dependerá de lo que haya sido solicitado por la persona médico tratante. En ese sentido, lo que los profesionales en farmacia deben vigilar es por la parte de tratamientos crónicos, en cuanto al hecho de si la persona usuaria está logrando acceder a ellos, ya que, por medio del sistema, se puede acceder a información en caso de que no se hayan suministrado o, por el contrario, están llevando un medicamento dos veces. Con lo cual se da un aporte en la contribución del uso racional de los medicamentos.

Otro criterio que ha sido considerado en esta primera parte de la identificación del cumplimiento de consideraciones de la Organización Panamericana de Salud toma como referencia la gestión y gerencia en cuanto el suministro de medicamentos e insumos esenciales, del cual fue posible constatar que sí se cumple con este señalamiento por parte del Área de Salud de Horquetas.

Iglesias, Rovira, Izko, Pérez, Rodríguez y Álvarez (2011) hacen referencia a que debe existir un adecuado suministro de medicamentos desde las bodegas de almacenaje principales hacia los diferentes puntos de despachamiento en los niveles primarios de atención: “La gestión del suministro de medicamentos a las ZBS (zonas básicas de suministro) desde los SF (servicios de farmacia) permite una mejor monitorización de consumos y la adecuación de stocks en cada ZBS a las necesidades del momento”. Además, al disponer de un sistema de suministro, permite a la entidad ir más allá de la mera gestión, buscando la mejora continua en todos sus procesos, mejorando los puntos críticos que existan y con esto la eficiencia de los recursos disponibles.

En ese sentido, es clave que se comprenda que cada EBAIS tiene como parte de su funcionamiento el acto de solicitar, de forma mensual, el inventario total de medicamentos. Para lo cual tiene como parámetro de medición el consumo de meses anteriores y una cuota de reserva en caso de ser necesario. Además, los suministros de la parte no farmacéutica también deben ser solicitados al departamento de proveeduría central para el correcto funcionamiento.

Cabe destacar que, dentro del mes, se pueden hacer pedidos extraordinarios por si existe una receta de especialista que mande un medicamento muy exclusivo o de uso hospitalario. A su vez, se logró constatar tanto durante el proceso de observación como con la información descrita por la persona profesional que apoyó el llenado de este instrumento, que a las personas pacientes que llegasen a necesitar de tratamientos con mayores costos económicos o que presenten enfermedades no comunes, se pueden llegar a solicitar, para así poderse disponer de forma directa a cada EBAIS con el fin de proceder con su respectivo despacho.

Con lo cual se evidencia que la calidad en cuanto al acceso a medicamentos que puede requerir una persona usuaria en el sistema de salud costarricense es alta, al considerar que, sin importar el costo que represente el medicamento o que sea para una cantidad reducida de personas pacientes, las áreas de farmacia del primer nivel de atención de salud pueden llegar a ofrecerlo siempre y cuando se goce de un sistema de inventario mes a mes que esté actualizado y debidamente planificado para no dejar por fuera ninguna solicitud. Además, el disponer de este servicio de farmacia desde estos niveles de atención permite alcanzar los fines que busca la Atención Primaria en Salud, con el fin de que a nivel hospitalario no se deba dar atención a situaciones de salud que pueden abordarse desde estos niveles previos y así no saturar los servicios.

Continuando con el primer punto de valoración relacionado con las políticas públicas y gestión de los sistemas y servicios farmacéuticos que insta la OPS, se ha incluido el criterio de si logra contribuir con la protección de la salud y seguridad de la población y del ambiente. Para lo cual, las averiguaciones pertinentes han evidenciado que el Área de Salud de Horquetas sí logra cumplir con el criterio.

Al respecto, Salazar (2017) comenta en su artículo *Derecho a la protección de la salud en el sistema constitucional mexicano y español*, que existen una serie de normativas dictadas por la OMS, donde se recalca la importancia de la protección de la salud por parte de las entidades reguladoras de cada país, pero siendo un derecho fundamental de todo ser humano en todo el mundo sin importar nada. “La Organización Mundial de la Salud afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Toda vez que este organismo internacional ha establecido que el derecho a la salud es un derecho humano (...)”. Ellos promulgan que el Estado debe generar programas sociales, políticas públicas y estrategias adecuadas para conseguir el goce de este derecho con principios de universalidad, acceso y sin ningún tipo de discriminación.

Este argumento se sustenta al observar y constatar con las percepciones de la profesional que apoyó el proceso de recolección de datos, que en esta Área de Salud se realiza un despacho de forma adecuada que llega a contribuir directamente con la protección de la salud de las personas pacientes. Además, se logra identificar que con la manera en que el personal se relaciona con la población usuaria se fomenta el uso racional de los medicamentos, lo cual contribuye con la adecuada posología y apego terapéutico que promueve una mejora considerable en la calidad de vida.

Además, dentro del desarrollo social que se tiene establecido en la farmacia, está el realizar campañas de concientización en diferentes campos como lo es hipertensión arterial, cáncer de mama, vacunación, Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, diabetes, síndrome metabólico, entre otros. Los cuales han sido llevados a cabo dentro del Área de Salud en estudio. Asimismo, se ha indicado que se dan campañas de recolección de medicamentos, práctica pertinente para darse un debido desecho o destrucción de los medicamentos o envases de ellos, lo que, a su vez, permite la concientización y sensibilización por la protección del medio ambiente.

También se cuenta en esta primera parte de la identificación de cumplimiento, la subcategoría de si se da una gestión de la disponibilidad y promoción del uso racional de los medicamentos y otros insumos esenciales en situaciones de mitigación y prevención de desastres y emergencias sanitarias. Ante lo cual ha sido posible observar que sí se cumple con ello.

Para sustentar esta afirmación, vale la pena considerar las acciones que se han gestado desde el 2020 en donde se ha operado en medio de una situación de emergencia sanitaria a causa de la pandemia del COVID-19. Contexto en el que se ha vivido de manera directa la necesidad de una distribución de los medicamentos de forma adecuada, bajo el entendido de que se debe buscar la manera de garantizar el bien de la población más vulnerable. Pauta de conducta que evidencia el carácter social de esta institución, ya que no se vacuna o se ofrece atención bajo una visión clasista de que se atiende aquel o aquella que tenga más dinero, sino que se aseguran dosis de medicamento a quien por su condición de salud, exposición o edad lo requiera.

Además, según lo que señaló la profesional entrevistada para completar la visión de observación que buscaba llenar la hoja de cotejo, se han dado circunstancias en las que se necesita que en los EBAS recurran a generar traslados de medicamentos en los casos donde su población atendida los necesita por algún motivo específico. Acción que se puede identificar como una contribución a la mitigación y prevención de enfermedades en emergencias sanitarias.

Por último, como criterio de análisis, se busca indagar el nivel de cumplimiento en cuanto la implementación y coordinación o inclusive participación de comités de Farmacia y Terapéutica (selección de medicamentos) u otros comités relacionados a los servicios farmacéuticos. Ante la cual fue posible hacer una lectura de que efectivamente desde el Área de Salud en estudio este parámetro sí se ha cumplido.

Según Escobar, González, Amador, Amador y Cariqueo (2018), comentan que el farmacéutico es un especialista en la recomendación de un uso racional y adecuado de los medicamentos, ya que posee por su formación académica conocimientos en farmacología, toxicología, farmacocinética y patologías asociadas al mal uso de estos. Por este motivo, los autores hacen referencia a que OPS comenta que el farmacéutico es un pilar en el uso de las terapias medicamentosas, además, recomiendan que estos participen en acciones destinadas al uso del medicamento: “Estas intervenciones son resultado de un proceso en el que un farmacéutico clínico

analiza el contexto clínico del paciente e identifica problemas presentes o potenciales asociados a su farmacoterapia, desarrollando recomendaciones para resolverlos o prevenirlos”.

A partir de lo analizado, tanto por medio de la observación como de la información y percepciones ofrecidas por la profesional que colaboró con el llenado de esta hoja de cotejo, se refleja que, dentro de los esfuerzos realizados por las personas profesionales en farmacia, está el realizar capacitaciones de atención farmacéutica, las cuales están diseñadas para brindar una adecuada atención a las personas pacientes.

Además, se logra constatar que se da una rotación de las personas profesionales farmacéuticas que asisten a los comités de farmacovigilancia de la Caja Costarricense del Seguro Social. Decisión que se considera oportuna, pues se da oportunidad a que haya una participación equitativa en la atención y acceso a las herramientas actualizadas que permitan y faciliten la búsqueda de la mejora continua en la atención que se les puede brindar a los usuarios.

En ese sentido, el farmacéutico agrega que cada cierto tiempo estos comités se reúnen para poder generar inquietudes desde los diferentes puntos de despacho del Área de Salud, con el fin de resolver o generar una petición a las jefaturas superiores. De manera que este es una forma burocrática en la que se puede hacer la comunicación de inquietudes que va en concordancia con el sistema de mando verticalizado, aspecto que se identifica como uno de los puntos por evaluar para una mejora de la gestión.

Por tanto, de esta primera parte de identificación del nivel de cumplimiento del Área de Salud en estudio vinculado con las funciones que se dan en el marco de las políticas públicas y gestiones de sistema y servicios farmacéuticos, se llega a evidenciar que, de los ocho subcriterios contemplados, solamente tres arrojaron no tener las condiciones suficientes para ser reconocidos como cumplidos, lo que significa que el Área de Salud de Horquetas sí demostró tener las condiciones para cumplir satisfactoriamente los otros cinco aspectos considerados por la OPS.

Ahora bien, en un segundo orden de ideas de verificación de cumplimientos que insta esta organización, la OPS, se reúne un conjunto de subcriterios que versan sobre la lógica de las funciones vinculadas al medicamento. Aspecto que se considera de importancia por la relación directa que existe a nivel farmacéutico-medicamento y que, además, se puede considerar como la

razón de ser de la profesión. A su vez, porque de manera legal se tiene el entendido de que el peso que existe sobre la persona profesional en farmacia se concentra, principalmente, en la correcta dispensación de los fármacos y que la normativa jurídica es clara al indicar que una inadecuada gestión de ellos deja entrever el incurrir en un delito, si se lleva a la ligera esta potestad.

Para validar el argumento anterior, se considera clave mencionar lo dictado desde la Ley General de Salud, pues en el artículo 102 establece que: “La importación de medicamentos y su distribución sólo serán permitidas a las personas jurídicas o físicas inscritas en el Ministerio, previa autorización y registro en el Colegio de Farmacéuticos, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes”. De lo cual se logra comprender que tanto el proceso de importación como de distribución es autorizado solo para aquellas personas, físicas o jurídicas, que han sido constatadas por las autoridades correspondientes que son profesionales en ejercicio de la Farmacia (Ley General de Salud).

Otro aspecto que se evalúa en este segundo nivel del instrumento de la hoja de cotejo está vinculado con el fraccionar y realizar el acondicionamiento adecuado de los medicamentos e insumos esenciales. Subcriterio que se logró constatar que sí se cumple en la farmacia del Área de Salud de Horquetas.

Esto se debe a que, si se considera que dentro de las responsabilidades que están designadas para cada persona funcionario farmacéutica se encuentra el conteo y preconteo de los diferentes insumos de la farmacia, dentro de los que se incluyen medicamentos, jeringas para insulina, apósitos para curación, entre otros, se logra, por ende, constatar que este paso es fundamental para cumplir con el subcriterio en estudio, ya que al realizarlo se puede llevar a cabo una inspección de las fechas de vencimiento, por ejemplo. Pero también es considerado de utilidad para minimizar el tiempo de despacho de los pacientes, debido a que normalmente se preempacan para agilizar esta gestión.

De acuerdo con CCSS (2014), el concepto de medicamentos esenciales para un correcto funcionamiento de sus establecimientos periféricos está bajo en concepto de la lista oficial de medicamentos (LOM) que contiene 457 principios activos en 648 diferentes presentaciones farmacéuticas. Esto con el fin de resolver las principales causas de enfermedad y que, posteriormente, si no se es tratado, puede llevar a la muerte, es decir, son insumos estrictamente

necesarios que cumplen con estándares de calidad, ante esto los autores mencionan: “Dentro de esta realidad, para lograr los objetivos fue fundamental el fortalecimiento del recurso humano, las fuentes de información y el apoyo político”; por eso hacen referencia al costo que existe en la adquisición y manejo de un inventario que cumpla con el Formulario Terapéutico Nacional.

A su vez, una situación en concreto identificada en el área de salud en estudio es que los medicamentos son traídos al EBAIS en un empaque terciario que protege a los empaques secundarios y primarios respectivamente. Por lo que este empaque es de gran tamaño y hace imposible una dispensación de forma expedita para el usuario, por ello, se debe realizar la fragmentación del contenido.

Para este segundo nivel de identificación, también se incluye el subcriterio que buscaba implementar las medidas necesarias para garantizar la calidad de los medicamentos a lo largo de la cadena de suministro. Aspecto que permitió ser constatado durante la fase de recolección de datos, por lo que se permite afirmar su cumplimiento.

OPS (2012) aclara que, para tener un éxito en una implementación de un modelo basado en Atención Primaria en Salud, se debe contar con suministro confiable y a tiempo para poder solventar las necesidades farmacológicas de los pacientes, como hacen alusión con esta frase: “En otros de los problemas detectados en distintos países están la falta de coordinación entre las diversas agencias y donantes; la fragmentación y segmentación de los sistemas de suministro que comprometen su sustentabilidad”; comentando que, por este motivo, se puede tener problemas graves de salud cuando existe un paciente que por su condición de salud necesita un medicamento de forma continua para poder vivir.

Su adecuado cumplimiento se ha identificado que se debe ante la necesidad específica de que cada medicamento disponga de condiciones especiales para su correcto resguardo y, por ende, calidad, por lo que se debe garantizar aspectos como la temperatura, exposición a la luz, entre otras. La persona farmacéutica es considerada como la encargada de garantizar la calidad del medicamento a lo largo de la cadena de suministro. En especial, al considerar que las personas pacientes deben tener seguridad de que el tratamiento que reciben está debidamente custodiado por un profesional con conocimientos técnicos y científicos que garantizan al máximo la eficacia de ellos.

Cabe también considerar que, normalmente, las personas profesionales farmacéuticas que reciben los medicamentos a lo largo de la cadena deben realizar inspecciones de las cualidades organolépticas visuales, para garantizar la estabilidad. Así como de los aspectos termolábiles que se debe tener según el protocolo de cadena de frío, el cual consiste en toma de temperatura en la mañana y la tarde, esto con el fin de protegerlos.

Como último subcriterio contemplado para esta segunda parte de identificación, se consideraron los aspectos vinculados con implementar las medidas necesarias para la disposición adecuada de los residuos de medicamentos e insumos esenciales. Del cual, ha sido posible señalar que se ha dado un cumplimiento adecuado.

Al respecto, Carvajal y Mora (2016) comentan que una de las causas principales de contaminación es por la mala manipulación de diferentes tipos de desechos industriales, lo que perjudica de manera directa la salud y bienestar de la comunidad, siendo el artículo 50 de la Constitución Política de Costa Rica muy claro en que se debe contar con un ambiente sano como un derecho fundamental de todas las personas, a su vez, los autores comentan: “Los seres humanos tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza. El desarrollo económico y social, y la protección del medio ambiente son elementos interdependientes y sinérgicos en aras de mejorar la calidad de vida de todas las personas”. Por este motivo, cualquier tipo de alteración que afecte esta primicia, el Estado está en el deber de prevenirla.

Durante el desarrollo de la primera parte de la hoja de cotejo, se destacó que, en el Área de Salud, se realizan campañas de recolección de medicamentos. Además, según fue descrito por la persona profesional que apoyó el llenado del instrumento, en aquellas ocasiones en las que se da que una persona paciente devuelve algún medicamento, este se almacena para que, en el momento que exista una destrucción, se realice, con el fin de cumplir con la normativa establecida del adecuado desecho y destrucción de medicamentos.

Por tanto, a partir de la identificación realizada para este segundo grupo de criterios valorativos, el cual integraba un grupo de cuatro subcriterios, es posible señalar que solo en uno de ellos, el de la formulación, elaboración y acondicionamiento de preparaciones magistrales extemporáneas, soluciones parentales, reconstitución de citostáticos y otras formulaciones requeridas por los servicios, el Área de Salud de Horquetas no cumple. Pero, tal como se constató,

no se debe a una omisión adrede, sino por las competencias propias que le corresponden a un nivel primero de atención.

Mientras que, de los otros tres subcriterios, sí se logró evidenciar un nivel de cumplimiento que, según lo observado y analizado por la información suministrada por parte de la persona profesional que acompañó el llenado de la información, ha sido adecuada la forma en que se da el desarrollo de las funciones pertenecientes a la gestión de los medicamentos.

Ahora bien, para la tercera parte de identificación que se diseñó en el instrumento de hoja de cotejo, este se enfocó en las funciones relacionadas directamente con la persona paciente, familia y continuidad intra y extramural, es decir, dentro y fuera de la comunidad donde opera el EBAIS. Cabe justificar que este se considera un grupo de enunciados claves, puesto que es necesario no solo limitarse a la ejecución dentro de las competencias del área de farmacia, sino porque este es un tema también de relevancia para la Atención Primaria en Salud en el campo de farmacia, ya que se busca una integración no solo multidisciplinaria, sino también un acercamiento con enfoque social, para tratar de mejorar la calidad de vida de las personas ciudadanas, gracias a la integración de programas de prevención y concientización.

De tal manera, el primer enunciado abordado en concordancia con las consideraciones de la OPS habla sobre desarrollar, así como apoyar programas y actividades de prevención de enfermedades y de promoción, protección y rehabilitación de la salud. Ante el cual la información observada y ofrecida por la persona profesional en farmacia indica que esta consideración sí se cumple.

De acuerdo con OPS (2014), en su plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas, donde hace referencia a la importancia de la creación de programas sociales que tengan un carácter preventivo, ya que esta organización genera una gran cantidad de información cuantificable sobre que las enfermedades que no se transmiten son la causa principal de enfermedad, siendo evitable, pero también comenta: “(...)Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico (...)”, esto hace que se vuelva un reto importante para los países que deben generar intervenciones eficaces basadas en evidencia.

Si se recalca lo previamente señalado, sobre el desarrollo de campañas de concientización e información, se logra constatar que el Área de Salud tiene claridad sobre que el desarrollo de campañas tiene eficiencia. De ellas, la persona profesional en farmacia indica que cabe destacar las que se han desarrollado en materia de SIDA para reconocer la importancia de su prevención y realización de exámenes de control; así como del cáncer de mama, donde se trata de concientizar a las mujeres para autorrealizarse el examen de mama. Pero también se puede observar que hay gran variedad de carteles informativos que son incluso cambiados periódicamente para educar a la población, no solamente con información de enfermedades, sino también con medios de prevención de estas.

Es importante mencionar que muchas de estas semanas de campaña vienen acompañadas con charlas impartidas por el equipo profesional del área de salud del EBAIS. Lo que evidencia que se cuenta con un modelo de trabajo efectivo para la concientización de llevar una vida saludable con estilos de vida no sedentarios, además de acompañados de una dieta adecuada. Acciones concordantes con los fines de la promoción de la salud y de la mano con lo esperado desde la promoción de la Atención Primaria en Salud.

Otro enunciado clave también considerado en este tercer espacio de identificación diseñado desde la hoja de cotejo se relaciona con la dispensación propiamente de los medicamentos. Subcriterio que, incluso analizado a la luz de los elementos previamente analizados, se evidencia que sí se cumple a cabalidad con él.

Rodríguez, García, Carbonell y León (2017) hacen referencia a la dispensación de medicamentos como un sistema que ayuda al paciente de muchas maneras, como lo es el apego terapéutico, evitar toxicidad e interacciones, aunque el farmacéutico es el especialista en medicamentos, el uso racional es una responsabilidad que cae sobre todo el equipo de salud, ya que el proceso de prescripción está a cargo del médico mediante sus conocimientos científicos, enfermería para administrar los medicamentos con las mejores prácticas, mientras que, el acto de dispensarlos al paciente, garantizando la efectividad y seguridad de la farmacoterapia prescrita, debe ser responsabilidad de un profesional farmacéutico.

De acuerdo con Rodríguez et al. (2017), un elemento de importancia en lo que tiene que ver con dispensación es:

La dispensación es un acto profesional propio de los farmacéuticos desde tiempos remotos y constituye una serie compleja de acciones que mejoran el uso correcto y seguro de los medicamentos. En el momento que un farmacéutico decide dar una medicación o da el visto bueno a sus técnicos para que se realice la entrega de un medicamento a un paciente, acaba de validar el acto profesional de la dispensación.

Se debe considerar que esta suele ser la función más reconocida por la población usuaria de las áreas de salud nacional, pero se debe recordar que dispensar medicamentos no es sinónimo de entregar, debido a que el acto en sí lleva tras de él una serie de conocimientos que van implícitos dentro de la acción. Por este motivo, según las leyes de Costa Rica, se debe contar con un especialista en farmacia cuando se tengan medicamentos en custodia, ya que, para normativa jurídica, todo lo que técnicamente conlleve esta práctica debe tener una persona capacitada con los conocimientos requeridos para esta labor.

Otro enunciado integrado en esta tercera parte de valoración del cumplimiento de las consideraciones a las que insta la OPS, tiene que ver con el desarrollo de actividades de promoción de uso racional de medicamentos dirigidas al público y los demás miembros del equipo de salud. Ante el cual se logra constatar que también hay un cumplimiento de él, dentro de la manera en que el área de farmacia de Horquetas lleva a cabo sus funciones.

Según SEMFYC (2016), el uso racional de los medicamentos debe ser un esfuerzo en todos los campos de la Atención Primaria en Salud, ya que no solo el farmacéutico es partícipe del plan farmacoterapéutico de los pacientes, sino que tiene varios actores como lo son el médico de familia y hasta el mismo paciente. Este tema se toca desde hace décadas demostrando el esfuerzo que realizan las autoridades para promover un uso adecuado y con esto una sostenibilidad del sistema de salud de los diferentes países. El papel del ente regulador debe cumplir una serie de condiciones de vigilancia y autorización de los medicamentos.

De acuerdo con SEMFYC (2016) citando a OMS (1985), un elemento de importancia en lo que tiene que ver con medicamentos es:

Que se recete el medicamento apropiado, que se disponga de este oportunamente y a un precio asequible, que se dispense en las condiciones debidas y que se tome en las dosis indicadas y en los intervalos y durante el tiempo prescritos. El medicamento apropiado debe ser eficaz y de calidad e inocuidad aceptables.

Si se considera, además, que como parte de las cualidades de las personas profesionales farmacéuticas está el conocimiento acerca de las características y usos de los diferentes medicamentos, se tendrá entonces la comprensión requerida para reconocer la importancia de un uso racional de estos. No obstante, no se puede omitir que es parte de la función aportar conocimiento a las demás personas colaboradoras, quienes, aunque no sean necesariamente profesionales en la materia, deben comprender aspectos básicos del tema para poder ejecutar de manera segura la prescripción por parte de los miembros del grupo de atención.

Sobre este aspecto, fue posible observar que, en las zonas de espacio público, se organizan murales informativos donde se les comunica a las personas pacientes de forma verbal y escrita que deben apegarse a los tratamientos farmacológicos para poder obtener el resultado deseado. Este tema es importante en muchos ámbitos como lo es la antibioticoterapia, en el que se debe seguir una estricta posología para eliminar el patógeno y no crear resistencia bacteriana.

También se consideró en esta tercera fase de identificación de cumplimiento de indicaciones de la OPS si, desde el Área de Salud de Horquetas, se realiza atención farmacéutica, incluido el seguimiento farmacoterapéutico. Ante lo cual ya se ha evidenciado información suficiente sobre que, efectivamente, sí se cumple con lo señalado desde las expectativas de este organismo regional.

Para ampliar el argumento, es importante mencionar que, dentro de lo que se realiza en esta Área de Salud, se encuentra la atención farmacéutica, la cual se describe como una herramienta de importancia para las personas pacientes, porque se les conoce de forma personal, por lo que se logra tener una mejor comprensión de sus necesidades especiales.

De acuerdo con Peña (2020), la atención farmacéutica está catalogada como una cualidad que se debe tener para generar un valor agregado a la profesión, como lo menciona: “una actitud primordial a la que todo farmacéutico debe tender, prestada siempre en interacción con el resto de servicios de profesionales sanitarios”. También hace hincapié a la importancia para los pacientes de que exista un programa de atención farmacéutica, el cual venga a satisfacer las carencias que se tienen en el campo de los medicamentos y todos sus efectos secundarios e interacciones. La autora también realiza un llamado a la renovación de los estudios universitarios para que los estudiantes tengan un acercamiento con los pacientes desde los primeros cursos de la carrera.

Además, se logra identificar posibles hipótesis cuando no existe una adecuada evolución del tipo de fármaco que se les envía. En ocasiones, esto se da cuando el médico encargado se da cuenta de que existen problemas con pacientes que consumen medicamentos para patologías crónicas y los mismos no dan resultado, entonces, se refiere a una consulta con el farmacéutico para ejecutar una atención farmacéutica.

No obstante, según lo indicado por la persona profesional que acompañó el proceso de completar la hoja de cotejo, se logra identificar que la atención farmacéutica no suele ser tan recurrente como se esperaría lo fuera. Dentro de sus principales motivos, se menciona una cuestión de presupuesto y recurso humano que limita el poder atender a más personas pacientes, ya que los referidos son los que están con situaciones agobiantes con sus enfermedades. Los que normalmente se atienden son personas que tienen hipertensión y diabetes.

Por último, como subcriterio de esta tercera parte de identificación, se considera el nivel de cumplimiento en cuanto la capacidad de desarrollar y participar en programas de farmacovigilancia. Del cual se logró constatar que sí se cumple desde la operación de farmacia del área de salud de Horquetas.

Según Calderón (2016), los programas de farmacovigilancia se ven hechos realidad por una necesidad que se desarrolló debido a diferentes incidentes que se han dado a través del tiempo, los cuales han protagonizado un sinnúmero de historias donde los pacientes se ven afectados por una reacción adversa hasta la muerte. Esta disciplina se ha desarrollado con un fin específico: mejorar de manera tangible la seguridad de los pacientes ante el uso de medicamentos para tratar sus enfermedades, siendo por esto un tema que compete a la industria encargada de producir los

fármacos, las autoridades reguladoras de cada país y, por último, a los profesionales en salud que son los que deben cumplir dichas responsabilidades.

De acuerdo con Calderón (2016), un elemento importante con respecto a materia de regulación por el *Reglamento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia* es:

El Reglamento describe los deberes que debe cumplir la Industria Farmacéutica para con la autoridad costarricense. En este reglamento se establece en el artículo número 12, la obligación de notificar las sospechas de reacciones adversas serias o inesperadas en el formulario adaptado del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y enviarlo en un plazo máximo de 24 horas desde que se tuvo conocimiento de las mismas.

Lo recolectado para validar dicha postura fue identificado a partir de lo señalado por la persona profesional que acompañó el proceso, ya que indica que los programas de farmacovigilancia se hacen con la información brindada por las personas pacientes, los cuales hacen referencia al problema que está presentando, ya sea reacción adversa medicamentosa o bien por falla farmacéutica.

De manera que, en ambos casos, se documentan. Sin embargo, el trato de las boletas es diferente, en el primer caso, se llena la boleta amarilla, la cual es digital y se envía a jefatura, quien hace un acopio durante un mes calendario para al final enviarlas todas juntas al ente encargado, que es el Ministerio de Salud de Costa Rica. Para el segundo caso, se envía una nota digital o correo al laboratorio de control de calidad para que ellos realicen análisis del medicamento o lote.

Después de realizar las pruebas pertinentes, control de calidad envía una nota directamente al profesional farmacéutico que realizó la consulta, para ejecutar lo que proceda, siendo opción el retiro de un lote específico que no cumpla con las cualidades deseadas, o bien retirar el medicamento hasta obtener más información de la falla reportada.

Por tanto, a partir de la valoración del nivel de cumplimiento en los subcriterios vinculados con la atención a la persona paciente, familia y comunidad, se logra afirmar que todos los criterios son cumplidos a cabalidad en el Área de Salud de Horquetas. Lo que permite afirmar que a nivel

de interacción con la comunidad el área de salud está afianzada y ha logrado hacer un uso efectivo de los recursos con los que cuenta.

Como última fase de identificación contemplada en este instrumento, se procedió con la valoración de las funciones vinculadas a la investigación y gestión del conocimiento, aspectos que son contemplados desde la OPS para una atención primaria en salud de calidad desde los alcances de acción de las farmacias de los centros de salud. Por lo que, en esta sección, se integran cuatro subcategorías por considerar.

En la primera de ellas, se busca indagar acerca del cumplimiento en cuanto la participación en el diseño, monitoreo y evaluación de ensayos clínicos, promoviendo y respetando principios bioéticos. De la cual, tanto lo observado a partir del rol investigativo como de lo mencionado por la persona profesional que labora en el área de farmacia del Área de Salud de Horquetas, quien acompañó en la recolección de los datos, se determina que no se cumple con esta condición que señala la OPS.

De acuerdo con OPS (2012), es muy común que los farmacéuticos en muchos países participen en ensayos clínicos donde se busca mejorar la calidad de vida de las personas enfermas con el descubrimiento de nuevas drogas o regímenes terapéuticos; todos los servicios farmacéuticos deben estar vinculados a la realización de ensayos clínicos siempre salvaguardando todo lo que tiene que ver con la regulación del país donde se realice, además, tener presentes los valores éticos y bioéticos en busca de medicamentos destinados a los pacientes. Cabe destacar que, en muchas de las empresas donde se realizan este tipo de estudios, el farmacéutico es el encargado de la preparación de los medicamentos que se le dan a los pacientes, entonces, debe velar porque estos tengan estrictos controles de calidad y seguridad.

Cabe analizar a detalle la finalidad de este criterio, puesto que, de una forma directa, busca conocer la participación que han tenido los farmacéuticos en procesos de ensayos clínicos. Ante lo cual es necesario indicar que se tiene conocimiento de que desde la Caja Costarricense de Seguro Social no ejecuta este tipo de acciones. Por lo que se ha considerado importante tener una respuesta por parte de la persona entrevistada para realizar un descarte de este rubro, de manera que se valida que no es un incumplimiento adrede o por omisión irresponsable, sino que no es parte de las competencias del área de salud en estudio.

Además, con esta explicación se puede comparar lo que se hace en esta institución y las normas que se siguen a nivel internacional, para que tal vez en un futuro a un mediano plazo, se puedan tener profesionales en farmacia a cargo de labores de ensayos clínicos desde los alcances de competencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En esta cuarta parte también se hace inclusión de un subcriterio que busca determinar si se llevan a cabo acciones enfocadas en la promoción y participación en el diseño, monitoreo y evaluación de investigaciones en salud. Ítem del cual se identifica que no se cumple en las personas profesionales que laboran en el área de salud en estudio.

Al respecto, la OMS (2019) se pronuncia sobre la Atención Primaria en Salud, ya que esta entidad espera que los diferentes países seleccionen diversos mecanismos e indicadores ajustados a su contexto político social específico, para poner en marcha una evaluación de sus necesidades sanitarias, con el fin de que exista una promoción de la salud por medio de acciones, estrategias e intervenciones muy específicas para alcanzar un nivel superior en la calidad de vida de los ciudadanos por medio de la Atención Primaria en Salud., buscando la prevención de enfermedades y servicios de carácter curativo, además, indica: “(...) la participación de las comunidades y otras partes interesadas debería integrarse en todos los sectores y orientar las acciones e intervenciones asociadas a todos los niveles”. Dando como primicia que es un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

La entrevistada menciona que, por el alto número de saturación en los servicios de atención, no existe la posibilidad de ejecutar planes que busquen un diseño idóneo para este tipo de procesos investigativos a nivel de las áreas de salud. Por lo que se considera una omisión a nivel de administración y planificación de recursos, puesto que, si las personas profesionales de esta área de salud tuvieran las condiciones, tanto financieras, tecnológicas como de capital humano y tiempo para problematizar su entorno, podrían diseñar acciones de mejora mucho más pertinentes a las necesidades y demandas de salud de la población usuaria a la que atienden.

Además, en esta cuarta parte, se hace una valoración de la capacidad de cumplimiento en cuanto la gestión, promoción de información y desarrollo de competencias que están relacionadas a nivel de medicamentos. Ante lo cual se pudo constatar que no es un criterio que se puede asegurar que se cumple dentro del campo de acción de la farmacia del área de salud estudiada.

Al respecto, la OMS (2012) hace referencia a formación, además de la creación de una cultura de cambio, donde el personal que se encuentra directamente vinculado a la Atención Primaria en Salud para el área de farmacia cree competencias de salud acordes con los elementos basados en este modelo, dentro de la definición de este concepto, se encuentra: “(...) las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole (...)”. Esto es muy importante, ya que todo el equipo de trabajo se verá beneficiado por el aprendizaje continuo y aprender una serie de nuevas habilidades para su labor diaria dentro de la farmacia.

Cabe señalar que se reconoce que, dentro de las cualidades que se necesitan en una persona profesional farmacéutica, en concordancia con las condiciones de las dinámicas sociales actuales, se caracteriza por una búsqueda de gestión activa con una capacidad resolutive en lo que tiene que ver con medicamentos. En este momento, la institución no los toma en cuenta o no se han asignado los recursos y voluntad política para enfrentarlo. Por lo que se considera que se está desaprovechando una oportunidad de conocimiento que puede ayudar de manera significativa a las personas pacientes de los servicios de salud, para tratar de evitar muchas reacciones adversas, además, elevar la respuesta farmacoterapéutica que se tiene hacia los medicamentos.

Por último, en esta cuarta sección se investiga para conocer el cumplimiento en cuanto la promoción de la educación permanente de los recursos humanos de los servicios farmacéuticos y del equipo de salud. Criterio que se ha identificado como el único de esta etapa de cotejo que sí se cumple.

De acuerdo con Molinari (2012), la educación permanente en los servicios de salud es un proceso de aprendizaje que se mantiene de manera continua durante toda la vida laboral de los profesionales, también brinda a los trabajadores de los servicios de salud un alto grado de satisfacción y compromiso por poner en práctica lo aprendido, ya sea con los pacientes o con los otros miembros del equipo. La capacitación es una estrategia muy utilizada para contrarrestar los problemas de desarrollo en los servicios de salud, este proceso de educación debe fundamentarse en una identificación de las necesidades de aprendizaje por parte del equipo, además de las

habilidades y actitudes que posee cada trabajador para generar un enriquecimiento de la práctica profesional.

Cabe señalar que se reconoce que, aunque no es una acción que está directamente ordenada por las jefaturas, la mayoría de las personas farmacéuticas buscan tener una educación permanente para estar al tanto de las nuevas técnicas, fármacos, guías de atención de enfermedades y estudios de diferente índole, los cuales dan una riqueza de conocimiento, ayudando de forma directa al usuario en la búsqueda de la mejora a una enfermedad aguda o ya sea crónica.

Por lo que, dentro de los planes que se ejecutan en la Caja Costarricense de Seguro Social, está la búsqueda de la mejora continua en la formación del profesional de farmacia y de todos los participantes en un despacho activo, para brindar de forma idónea el servicio. Para ello se ofrecen espacios de formación de diferente índole.

A partir de la comprensión del cumplimiento de los criterios de esta cuarta fase de identificación, según parámetros de la OPS (2012), es posible señalar que esta ha sido una de las áreas que mayores nudos críticos de atención presentó. Debido a que, de las cuatro subcategorías que la integran, solamente en uno se determinó cumplimiento. Cabe argumentar lo alarmante que resulta este hallazgo, debido a que estos criterios hacen referencia a la creación de conocimiento científico que se espera se pueda construir desde el área de farmacia del sistema de salud costarricense.

Sin embargo, este no es un problema directo del área de salud analizada, sino una problemática a nivel estructural que demanda atención a nivel político sobre la desactualización que se pueda llegar a dar a un largo plazo de los conocimientos que puedan originarse a partir de los contextos nacionales. Por lo tanto, es necesario visualizar la necesidad de diseñar acciones en esta lógica de ideas.

Selección del tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas

A partir de los datos e información recopilados en las secciones previas de este capítulo, se ha determinado la necesidad de ofrecer al área de salud en estudio, una Guía de Atención Primaria

en Salud, propiamente desde la visión de las funciones que se dan en el área de farmacia. Para ello, es importante exponer la postura que se asume de Atención Primaria en Salud, la cual es concordante con lo argumentado en el Marco Teórico de este escrito, donde se siguen los señalamientos de Delcid (2015), puesto que ofrece una valoración de este tipo de atención atinente a lo observado que sucede en el Área de Salud de Horquetas.

El primer aspecto por señalar es la visión de la Atención Primaria en Salud como el primer nivel de contacto al que pueden recurrir las personas que requieren asistencia en los sistemas de salud nacionales. Delcid (2015) recalca que esta es una práctica afianzada en aquellos países que se caracterizan por una renta per cápita alta a los que se pueden categorizar como países desarrollados. Además, menciona que, en los países de menores ingresos o considerados en vías de desarrollo, se ha comenzado a implementar, aunque de forma paulatina.

Si se toman como referencia estas reflexiones de Delcid (2015) y se contraponen con la realidad del sistema de salud costarricense, se logra observar que, a pesar de que los índices de desarrollo económicos de Costa Rica no se pueden comparar con el de otros Estados que sí se han categorizado como países desarrollados, la estructura del sistema de salud pública es bastante fuerte y afianzado. Sin embargo, este sistema opera con un acceso a recursos económicos, tecnológicos, humanos y de tiempo de un país en vías de desarrollo. Es decir, se cuenta con un modelo de salud robusto a nivel de niveles de atención, pero es necesario contar con un mayor apoyo a nivel de política pública que permita un mayor aprovechamiento y potenciación de calidad.

Situación que fue tomada en consideración por Delcid (2015), al señalar que los alcances de la Atención Primaria en Salud se pueden cumplir de una manera más efectiva si las autoridades administradoras de la salud hacen una adecuada valoración de las ventajas que representa este nivel de atención y están dispuestas a solventar o al menos mitigar los retos y necesidades existentes en este tema en los diferentes servicios de salud en los que se enfoca esta atención.

De tal manera, esta propuesta de guía se fundamenta en la idea de que, con la Atención Primaria en Salud, se puede ofrecer una mayor capacidad para que las personas puedan acceder a una promoción de la salud integral. En palabras de Delcid (2015), con este modelo se está más cerca de una: “atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas; constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria” (p. 7).

Además, si se considera que en Costa Rica se cuenta con una organización de 103 Áreas de Salud ubicadas en diferentes puntos geográficos del país, las cuales tienen a su cargo EBAIS (OPS/OMS, 2016), se puede visualizar como el terreno firme para entonces promocionar con más fuerza la importancia de diseñar una guía de atención que se fundamente en aspectos de estándar internacional y regional, como es el caso de las consideraciones que da la OPS sobre el tema.

Por tal motivo, el formato de la presente Guía de Atención Primaria en Salud de los servicios farmacéuticos tiene como fin guiar a los especialistas en farmacia del Área de Salud Horquetas Río Frío. La cual se busca promover como una sencilla herramienta que pretende medir las cualidades y debilidades de los servicios en ejecución, esto con el fin de brindar un diagnóstico rápido para contribuir con la mejora de los servicios de salud. Además, incluye una breve descripción de los puntos evaluados que puedan llegar a considerarse para generar una adecuada comprensión de esos aspectos que deben fortalecerse.

Cabe destacar que, hasta el momento, no existe ninguna herramienta física que pueda utilizarse para mejorar los servicios y brindar a los pacientes una atención de calidad. Sobre este punto, el de la calidad en los servicios de salud, cabe señalarse que la guía se sustenta en los argumentos ofrecidos por Zurita (1996), que se expusieron en el capítulo de Marco Teórico, donde se presentan tres tipos de calidad. La primera es la calidad absoluta, que alude al grado de restauración de la salud de la persona paciente, la cual implica, por tanto, que los servicios de salud dispongan de equipo técnico y conocimientos científicos que permitan dicho fin. La segunda postura es la calidad individualizada, que es la satisfacción de las expectativas de atención de las personas usuarias y, por último, la calidad social que se relaciona con el beneficio y utilidad que da a la población en general.

La guía se ha diseñado al considerarse bajo la lógica de la búsqueda individualizada de cada caso, que permita brindar soluciones adecuadas a las condiciones particulares según la salud o necesidades de la población usuaria. Además, esta guía fomenta abrir la influencia del farmacéutico no únicamente sobre los medicamentos, también de una forma activa en la comunidad y la naturaleza. Por lo que esta propuesta se puede considerar como un plan piloto que puede luego aplicarse en otras áreas de salud que gusten fortalecer los procesos de Atención Primaria en Salud.

En cuanto a la estructura como tal de la guía, es importante aclarar que las dos primeras funciones desarrolladas en las guías de Atención Primaria ofrecidas por la OPS hacen alusión a aspectos de nivel jurídico. Elementos que, por ende, engloban el estar sujeto a legislación costarricense, por lo que se hace un llamado al ente encargado de dictar las normativas por seguir, el Ministerio de Salud.

De manera que, bajo el ideal de hacer una propuesta lo más real posible a las competencias de acción de los actores considerados para este estudio, se determina que no es labor de las Áreas de Salud el dictar de manera unilateral las directrices por seguir. Por este motivo, las funciones vinculadas a las políticas públicas, donde se implementa un desarrollo de políticas públicas, una implementación de programas, actualizaciones de reglamentos y directrices, además de la contribución de la protección de la salud y el ambiente, se ven excluidas de esta propuesta.

Además, en congruencia con la línea de las limitaciones y mecanismos de autogestión que puede tener un Área de Salud y EBAIS sobre las funciones vinculadas a la organización y gestión de servicios farmacéuticos, son características de normativa jurídica, de forma que no se tiene injerencia, al menos de forma directa en un corto periodo de tiempo, sobre este rubro. Puesto que se reconoce que, en este apartado, se busca planificar, gestionar y evaluar los servicios farmacéuticos de forma integrada a la Redes Integradas de Servicios de Salud y al sistema de salud. Además de una selección de los medicamentos que se deberían despachar en el establecimiento, realizar el retiro y la eliminación de medicamentos. Todos estos aspectos son considerados desde la Ley General en Salud y demás reglamentos promulgados desde el Ministerio de Salud.

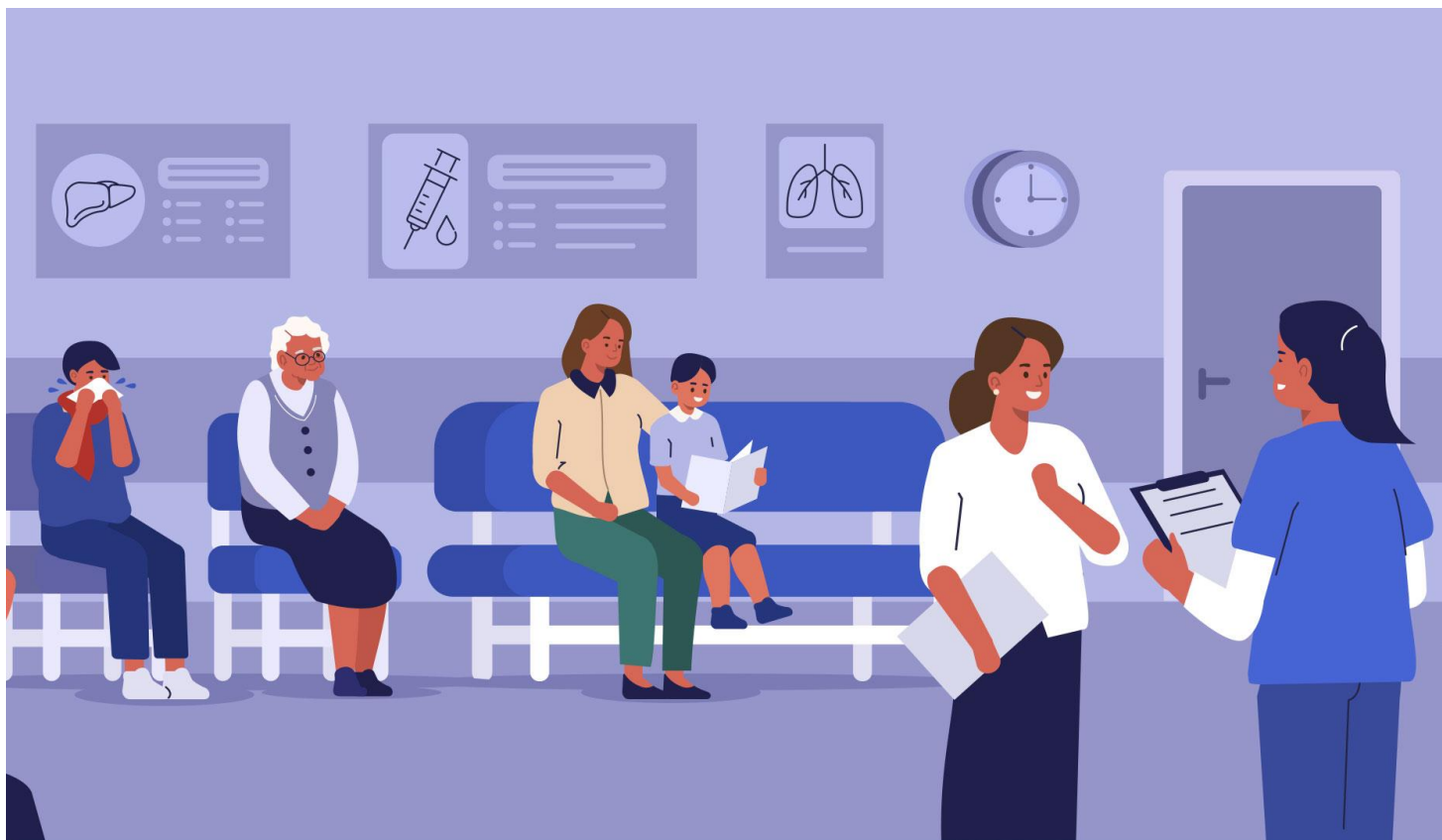
Situación que permite evidenciar lo argumentado a nivel de Marco Teórico, sobre que, para el cumplimiento adecuado de la Atención Primaria en Salud, no basta solamente con la voluntad del personal de primera línea de salud, sino que también se requiere del apoyo a nivel de política pública y legislativo. Pero, a pesar de este requisito, no es un impedimento para hacer problematización de la necesidad de un modelo de atención, de manera que se considera la justificación de esta propuesta como una oportunidad para dialogar sobre el tema.

En ese sentido, la siguiente propuesta cuenta con siete elementos, el primero con una introducción de los alcances y conceptualizaciones que sustentan la propuesta de la guía. En un segundo nivel, se ofrece la descripción de las responsabilidades que se espera sean asumidas por

parte de las personas a las que dicha guía impacta. En un tercer nivel, se ofrecen también los objetivos que se enfocan en el diseño del instrumento, el inculcar la participación y el disminuir la cantidad de pacientes que ingresan a niveles superiores de atención

Además, se ofrece un glosario de los principales términos o referentes conceptuales que se considera guardan relación con la temática que aborda la propuesta de guía de atención. Se presenta también un cuadro descriptivo de las funciones y competencias para el desarrollo de los servicios farmacéuticos en concordancia con la Atención Primaria en Salud, el cual se proyecta como la razón de ser de la presente propuesta. A su vez, se incluye un instructivo para la adecuada utilización de esta propuesta y una guía de preguntas.

Propuesta de modelo de una Guía de Atención Primaria en Salud en servicios farmacéuticos, para el Área de Salud Horquetas Río Frío.



Guía de Atención Primaria en Salud, para el Área de Salud Horquetas Río Frío

Universidad Internacional de las Américas

Jonathan Aguirre Alfaro

2021

Introducción de la propuesta de Guía de Atención Primaria en Salud para el Área de Salud Horquetas Río Frío.

La presente Guía de Atención Primaria en Salud parte de la idea de reconocer que este modelo de atención es una herramienta que busca mejorar los servicios de salud de manera integral para la persona paciente. Se conocen a nivel internacional las mejoras que se implementan al realizar un programa de esta índole.

Además, este tipo de asistencia es considerada como esencial a nivel sanitario, debido a que está fomentada en diferentes prácticas y métodos con un sustento científico, las cuales, además, están socialmente aceptadas porque buscan que exista un alcance global de todas las personas usuarias individuales y familiares pertenecientes a una comunidad.

Se caracteriza por fomentar una participación activa de la comunidad y actores de la salud. Que, además, toma en cuenta el rubro tan importante como lo es la sostenibilidad económica por parte del gobierno de la República de Costa Rica y las entidades aliadas que aportan este sustento, para buscar que todos los actores dentro de esta ecuación puedan soportar la carga en cada una de las etapas de su desarrollo.

Cabe destacar que el tipo de estrategia que genera la Atención Primaria en Salud es un desarrollo por medio de una acción intersectorial que genera promoción de espacios y lugares saludables para las poblaciones. Aunado a esto, se enfoca en la educación relacionada directamente con el medio ambiente y una economía social en busca de un fin común que es la promoción de la salud social.

Además, desde la Atención Primaria en Salud, se han identificado grandes esfuerzos que se realizan por parte de instituciones de carácter social como lo es la Caja Costarricense de Seguro Social. No obstante, se ha identificado que, para algunos sectores de la población, aun no se ha dado una visualización del valor agregado que brinda la APS, si es abordada desde un enfoque farmacéutico, puesto que no solo se trata de la gestión novel de medicamento como el único bien que se puede generar para los usuarios.

Por lo tanto, se logra argumentar que la siguiente propuesta considera a los servicios farmacéuticos dentro del sistema de salud, cuyo objetivo es garantizar un atención continua e

integral en las necesidades de la salud de la población de manera individual y colectiva, donde el medicamento es uno de los elementos esenciales que demanda también esfuerzos que contribuyan a su uso racional.

Por lo tanto, si desde la injerencia de las personas farmacéuticos se vela por la gestión de procesos vinculados a los medicamentos, si se suma la visión de la Atención Primaria en Salud, se puede apostar por la búsqueda de la participación comunitaria para tener resultados efectivos en la mejora de la salud y la calidad de vida de toda la población. De forma que el servicio sea concordante con valores que generan el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad.

Además, si se considera que la comunidad de Horquetas es una de las áreas que se encuentran excluidas de la tenencia de un hospital nacional, esta guía pretende mejorar el nivel de apoyo por parte de las personas farmacéuticas a la salud pública. Porque es fundamental dar resultados en los primeros pasos de una enfermedad para poder eliminar el paso de ese paciente al siguiente nivel de atención, con el cual no se cuenta en la comunidad.

Responsabilidades de los actores participantes de la Guía de Atención Primaria en Salud.

Es importante reconocer que, aunque no todos los actores que participan en la ecuación para la atención primaria buscan un cambio de paradigma a la hora de brindar servicios de atención de primera línea, que se caracteriza por la búsqueda de una individualización de los usuarios; es clave considerar que se deben tener deberes por parte de todos los participantes para lograr un éxito en la implementación de esta serie de recomendaciones, las cuales permitan ejecutar de buena manera las acciones reunidas en la presente guía.

En un primer orden de ideas sobre los grados de responsabilidad, se reconoce que son los gobiernos los encargados de la formulación de leyes. Además, a nivel de los actores que son parte de ejecución y discusión de políticas de salud de carácter público y privado, donde por lógica se incluyen las que tienen que ver con los servicios de farmacia, se considera oportuno señalar la necesidad de tomar decisiones afines con la implantación de un nuevo modelo de gestión, donde las personas especialistas en farmacia no se vean únicamente como despachadores de medicamentos, sino como un promotor de la salud a un nivel primario y con interacción directa con la persona paciente para así juntos buscar soluciones a sus problemas.

De tal manera, se identifica que son las personas profesionales de la salud quienes están directamente asociadas a la ejecución de los planes de implementación de atención farmacéutica, para lo cual deben estar comprometidas con garantizar el cumplimiento de las recomendaciones sobre el papel indiscutible del rol de la persona farmacéutica, en pro de una salud con alcance social e individual.

Sobre la participación de las personas usuarias de los servicios, aunque no tienen injerencia directa en las políticas, deben actuar como entes fiscalizadores de los servicios que se les ofrecen en la prestación de servicios farmacéuticos, ya que ellas tienen una voz social y son el ser de la institución, demostrando así la enorme capacidad de inclusión que posee. Por lo que, desde los centros de salud, se deben ofrecer espacios de participación basados en principios de diálogo y receptividad de las ideas, opiniones e inquietudes que proyecten las personas pacientes y usuarias.

Objetivos de la Guía de Atención Primaria en Salud

Para una mejor consecución de la propuesta, se han determinado tres objetivos estratégicos que dan la configuración a la Guía de Atención Primaria en Salud identificadas para el área de salud en estudio. Dichos objetivos se presentan en tres niveles:

1. Diseñar un instrumento que brinde de manera clara, sencilla y directa la ejecución de una Guía de Atención Primaria en Salud en el campo de farmacia para el Área de Salud Horquetas Río Frío.
2. Inculcar a la población participante una actitud de ejecución y servicio en pro de las personas usuarias de los servicios de salud para esta área específica.

Glosario de los principales términos por considerar para la comprensión de la Guía de Atención Primaria en Salud

Se considera clave para una mejor comprensión de la lógica de acción de la presente Guía de Atención Primaria en Salud, tener claridad de la terminología o referentes conceptuales que versan sobre la temática en estudio. Por lo que se presenta un listado de conceptos con sus respectivas definiciones generales:

- **Atención Primaria en Salud:** es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
- **Salud:** la salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede verse a nivel subjetivo o a nivel objetivo. El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.
- **Intersectorial:** intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- **Asistencia sanitaria:** conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- **Caja Costarricense de Seguro Social:** institución pública encargada de la seguridad social en la República de Costa Rica. Su sede central está ubicada en la ciudad de San José, entre las avenidas segunda, cuarta, las calles quinta y séptima.
- **Farmacéutico:** es el profesional con habilidades integrales en salud, fabricación de medicamentos, control de calidad, desarrollo e investigación de estos. Además, el farmacéutico tiene conocimientos de toxicología, legislación (que rige los productos medicamentosos y sanitarios), tecnología farmacéutica y salud pública, entre otros.
- **Servicios farmacéuticos:** es el servicio de atención en salud, responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones, de carácter técnico, científico y administrativo relacionado con los medicamentos y dispositivos médicos.
- **Medicamento:** sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o aquellas para establecer un diagnóstico médico.
- **Participación comunitaria:** es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad, además, mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.

- **Farmacovigilancia:** es la ciencia que trata de recoger, vigilar, investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información sobre nuevas reacciones adversas y prevenir los daños en los pacientes.

Funciones y competencias para el desarrollo de servicios farmacéuticos basados en la Atención Primaria a la Salud.

En este subapartado, se presenta el cuadro de diagnóstico que busca determinar el cumplimiento o no de las funciones y sus respectivas competencias para el desarrollo de los servicios farmacéuticos, según lo esperado desde la atención primaria a la salud. De tal manera que se incluyen tres grandes funciones principales:

La primera vinculada con la atención directa a la persona paciente, la familia y comunidad intra y extramuros, para la cual se presentan siete competencias que incluyen aspectos como la promoción de la salud y evaluación de la situación de salud de la personas, la entrega de los medicamentos e insumos, la documentación de información de la persona paciente, el brindar asesoría con respecto a posibles síntomas menores y la respectiva referencia a otros servicios, la gestión de la terapia y el seguimiento farmacoterapéutico, la promoción del uso racional de los medicamentos y la participación en farmacovigilancia.

La segunda función principal se relaciona con la investigación y gestión del conocimiento, para la cual se consideran las competencias de promoción o participación en investigaciones relacionadas a temas de la salud y la gestión en cuanto brindar información al público sobre los medicamentos. Como tercera función, se establece lo relacionado con el desempeño profesional, de la cual se desprenden las competencias de cumplir con la legislación vigente, la promoción de la educación permanente del capital humano, propiamente del especializado en materia de servicios farmacéuticos y la promoción del desarrollo profesional continuo.

La manera en que estas competencias se considerarán es si se logra evidenciar a través de la información y datos que se estén recolectando en diferentes momentos del monitoreo de la propuesta, si el personal y condiciones generales de la administración del Área de Salud evidencian un cumplimiento o no de ellos.

Cuadro 4

Funciones y competencias

Funciones	Competencias	Se cumple	No se cumple
Funciones directamente vinculadas al paciente, la familia y comunidad, intra y extramuros.	<p>a. Promover la salud y evaluar la situación de salud.</p> <p>b. Entregar medicamentos e insumos.</p> <p>c. Documentar la información del paciente, la familia o la comunidad.</p> <p>d. Brindar asesoría al paciente, la familia o la comunidad, con respecto a síntomas menores y con referencia a otros servicios.</p> <p>e. Gestionar la terapia y el seguimiento farmacoterapéutico.</p> <p>f. Promover el uso racional de los medicamentos.</p> <p>g. Participar en y llevar a cabo la farmacovigilancia.</p>		
Funciones vinculadas a la investigación y la gestión del conocimiento.	<p>a. Promover o participar en investigaciones en salud.</p> <p>b. Gestionar y brindar información sobre medicamentos.</p>		
Funciones	a. Cumplir con la legislación vigente (incluyendo los aspectos éticos/bioéticos).		

vinculadas al desempeño profesional.	b. Promover la educación permanente de los recursos humanos (de los servicios farmacéuticos y del equipo de salud).
	c. Promover el desarrollo profesional continuo.

Nota: elaboración propia, basada en guía de Atención Primaria en Salud OPS, 2021.

Instructivo de utilización de la Guía de Atención Primaria en Salud.

Para esta sección, se busca ofrecer un instructivo de la utilización de forma efectiva de la propuesta de Guía de Atención Primaria en Salud, ante la cual se puede responder a dos grandes interrogantes:

- ¿Qué es la Guía de Atención Primaria?

Es una herramienta para brindar a la persona farmacéutica una perspectiva de lo que es la Atención Primaria en Salud, la cual está hecha específicamente para el Área de Salud Horquetas Río Frío.

- ¿Qué se pretende lograr?

Con las acciones que incluyen los servicios farmacéuticos, se trabaja de manera conjunta con otras personas profesionales en salud. Por lo que se considera que la integración de criterios permite dar una respuesta más integral y creativa a las necesidades de promoción de salud de la comunidad.

De manera que se busca, por ejemplo, una disminución del tabaquismo con consejos directos cuando se tenga la oportunidad, campañas informativas para dejar de fumar, disminución de enfermedades cardíacas para tratar de reducir la mortalidad de los ciudadanos dando información y consejos sobre un estilo de vida saludable en campañas públicas que se puedan desarrollar, además, vigilancia de los factores de riesgo de la población que puedan llevar a enfermedades metabólicas.

Así mismo, contribuir a la disminución de la obesidad creando conciencia acerca de los riesgos que ocasionan problemas de salud, en niños, adolescentes y adultos, para lo cual se busca brindar información y asesoría sobre los beneficios de una dieta saludable y la actividad física, cuando se dé una atención farmacéutica a personas que sufran este cuadro; siendo también importante la acción directa sobre el apego farmacológico de los pacientes con una farmacovigilancia constante, más en pacientes que tienen enfermedades crónicas para poder aumentar los resultados de sus tratamientos.

Se debe imprimir desde su portada para aplicar durante una reunión, o se puede mandar de forma digital, pero se considera de suma importancia recopilar los datos que se van a brindar por parte de las personas farmacéuticas para establecer sus fortalezas y debilidades, desde el punto de vista personal hasta llegar a la parte institucional.

Guía de preguntas establecidas para la propuesta de Guía de Atención Primaria en Salud.

Dentro del primer grupo de funciones que están directamente vinculadas al paciente, la familia y comunidad, intra y extramuros, se busca que las personas farmacéuticas participen de forma activa en todo lo que tenga que ver con el ámbito social y no solamente en la parte de despacho de medicamentos para los usuarios.

El segundo grupo de preguntas se refiere a las funciones vinculadas a la investigación y la gestión del conocimiento que permiten de forma directa analizar las cualidades anteriormente mencionadas, dado que la investigación es un baluarte en el progreso de la ciencia y más en la parte médica, se tiene como ítem importante en esta guía que busca la mejora continua en la profesión de farmacia.

El último grupo de preguntas busca conocer las funciones vinculadas al desempeño profesional de todos los farmacéuticos, con el fin de enmarcar en una tabla cuáles aspectos de su desarrollo profesional pueden mejorar o bien pueden replicar a la hora de crear grupos de trabajo interdisciplinarios.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Objetivo N.º 1: Determinar las fortalezas y debilidades en la utilización de las guías de Atención Primaria en Salud del servicio de farmacia del Área de Salud de Horquetas.

Se concluye que existen muchas debilidades con respecto al conocimiento de las guías de Atención Primaria en Salud por parte de todos los farmacéuticos que laboran en el área de salud Horquetas.

Además, se determinó que la falta de conocimiento en el campo de Atención Primaria en salud en farmacia está ligado a la parte académica, en este rubro. También se determinó que existe un conocimiento variado y sin un esquema claro de lo que se trata la Atención Primaria en Salud por parte de los entrevistados.

Se concluye que el perfil del farmacéutico debe ser amplio en conocimiento de los nuevos programas de atención.

Objetivo N.º 2. Identificar el nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la Organización Panamericana de la Salud en los servicios farmacéuticos en Atención Primaria de Salud del Área de Salud de Horquetas.

En cuanto el segundo objetivo específico, se logra identificar una falta de cumplimiento de las consideraciones señaladas por parte de la OPS, en el área de farmacia. Además, se identificó que la parte organizacional es donde se tiene una menor participación los farmacéuticos.

Se concluye que la parte normativa y de leyes no es competencia de los EBAIS. También se determinó que las funciones directamente vinculadas al paciente, familia y comunidad por parte de la OMS son acatadas en su totalidad.

Objetivo N.º 3. Seleccionar el tipo de modelo de servicio farmacéutico en Atención Primaria en Salud, basado en OPS para que responda a las necesidades del Área de Salud de Horquetas.

Se concluye con la propuesta de una guía de Atención Primaria en Salud en farmacia, basada en OPS, para el Área de Salud Horquetas Río Frío. Aunado a esto, se genera una guía de Atención Primaria en Salud para una posterior validación y aplicación, específica para el Área de Salud Horquetas Río Frío.

Recomendaciones

Se recomienda al Ministerio de Salud, la creación de leyes que ayuden al buen desempeño de los farmacéuticos en Atención Primaria en Salud. Además, a la Caja Costarricense de Seguro Social, impartir capacitaciones en Atención Primaria, para favorecer la atención que se le pueda brindar a los usuarios, con el fin de dar un trato personalizado y un tiempo adecuado para evacuar todas sus dudas con los medicamentos.

Se recomienda a las jefaturas de esta Área de Salud, generar y promover un cambio de rumbo con lo que tiene que ver con APS, para garantizar a las personas pacientes una atención con altos estándares de calidad, con el fin de que se vean inmersas en una satisfacción cuando acudan a los servicios de salud de la comunidad.

Se recomiendo al COLFAR, propiciar la participación en cursos para generar conocimiento en temas relacionados con Atención Primaria en Salud. Así mismo, se recomienda a las universidades incluir dentro de su malla curricular la Atención Primaria para enriquecer el conocimiento de los futuros farmacéuticos.

Por último, se recomienda a los farmacéuticos del Área de Salud Horquetas Río Frío, tener una constante capacitación para estar en educación continua, con el fin de conocer sobre herramientas y programas que se disponen para un cambio en los estándares que existen hoy, buscando así la mejora continua como profesional y ser humano.

Referencias bibliográficas

- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N. y Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panam Salud Pública*, Vol. 42(104). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385857/>
- Arrea, C. (2011). Atención primaria de la salud, una necesidad urgente. *Colegio de médicos y cirujanos*, 168-169.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1963, 30 de octubre) Ley General de Salud, n° 5395. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC#up
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1943, 22 de octubre) Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, n° 17. Organización Internacional del Trabajo Recuperado de: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/875/Ley%2520constitutiva%2520de%2520la%2520caja%2520costarricense%2520de%2520seguro%2520social.pdf>
- Barrantes, R. (2013). Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Bruno, V. Bustamante, M. Jiménez, A. Maldonado, L. Segura, I. Tuesca, R. (2015) Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 31(2), pp. 295-308
- Calderón, T. (2016) Elementos básicos de farmacovigilancia Centroamérica y el Caribe. Universidad de Costa Rica, pp 7-17
- Calvo, J. (s.f.) Principios de la seguridad social. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS). Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rjss/juridica8/art3.pdf>
- Campos, J. y Madriz, L. (2017). *Investigación-acción en contextos educativos*. San José: Editorial

Universidad Estatal a Distancia.

Carvajal, F. Mora, J. (2016). Medicamentos no utilizables pertinentes para su disposición final. REVISTA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, 10(1), p 27-36

Castellano, S. (2013). Evaluación de la calidad de servicio en farmacias de Maracaibo y de la costa oriental del lago del estado Zulia. Centro de Investigación de Ciencias Administrativas y Gerenciales, 10(2) p.24-43

CCSS. (2010). Perfil del Recurso Humano CCSS. Dirección de Administración y Gestión de Personal. Caja Costarricense del Seguro Social.

CCSS. (2010). Bosquejo histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social, la seguridad social costarricense y la organización sanitario en Costa Rica. Sitio web Museo Virtual. Recuperado de: https://www.ccss.sa.cr/museo_virtual/historia.html

Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Lista Oficial de medicamentos y Normativa. Binasss. <https://www.binasss.sa.cr/lom2014.pdf>

CCSS. (2021 a). Misión y Visión. Sitio Web Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cultura>

CCSS. (2021 b). Servicios. Sitio Web Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cultura>

Chávez, B. y Montoya, Y. (2011). Comparación de las reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 29 (1), pp. 65-74. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020036007.pdf>

Dedeu, A., Lapena, C., Martí, T., Monguet, J., & Manel, J. (2011). Reflexiones sobre la atención primaria de salud. *Fundación Alternativas*, 1-80.

Delcid, E. (2015). ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. *Revista de la Facultad De Ciencias Médicas* , 7-9.

- Díaz, Y., Pérez, J., Báez, F. y Conde, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 28 (3). Pp. 299-308. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n3/mgi09312.pdf>
- Escobar, L. González, C. Amador, R. Amador, J. Cariqueo, M. (2018) Consenso de farmacia clínica intensiva a nivel nacional. *Revista Médica Chile*, 146(1), p. 1452-1458
- Firmino, S., Mesquita, A., Costa de Sousa, S., Lima, M. Carvalho, A. y Santos, M. (2013). Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Revista Enfermería Global*, Vol. 11 (32). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016
- Flores, A. Román, M. Labanda, K. Pulgarin, L. Guamán, Y. (2017). Una mirada a las debilidades en el primer nivel de atención de salud desde la Medicina Familiar. *Revista Portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/debilidades-medicina-familiar/>
- Franco, A. (2011). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 83-94.
- Jiménez, A. Rojas, M. Arias, F. (2012). Caracterización de los servicios brindados en las farmacias de Costa Rica. *Revista Pharmaceutical Care*, 1(1)p 4-10
- Giovanella, L., Fidelis, P., Vega, R., & Oliveira, S. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Universidade Federal Fluminense*, 300-323.
- Giraldo, A., Vélez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Elsevier*, 45(7), 384-392
- Giraldo, A., Vélez, C. (2014). La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Enfermería Global*, 13(34)

- Gómez, M. (2016). *Elementos de estadística descriptiva*. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill Education. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hidalgo, R. y Tames L. (2014). Atención farmacéutica: descripción del concepto y la aplicación de sus actividades por parte de farmacéuticos a nivel institucional y privado de los cantones centrales de San José y Cartago durante el periodo de octubre a noviembre, 2014. Asociación de Farmacéuticos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.afam.org.ar/textos/articulo_atencion_farmaceutica.pdf
- Iglesias, A. Rovira, M. Izko, N. Pérez, O. Rodríguez, R. Álvarez, L. (2011). Suministro de medicamentos desde hospitales a centros de Atención Primaria y gestión de la calidad. Elsevier.9(1) p. 15-19
- Jiménez, M. y Ruíz, L. (s.f.) La atención médica actual en los EB AIS: factor predisponente para una mayor aparición de descompensaciones y complicaciones en pacientes diabéticos. Revista. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/565/02.htm>
- López, P. P., & Segredo, P. A. (2013). El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. *Educación Médica Superior*, 259-268.
- Malagón, G. (2010). Atención primaria en salud: Una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad. *REVISTA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN*, 5-14.
- Méndez, M. (2014). Planificación y programación en salud Pública. Diplomado en Salud Pública, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Recuperado de: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M6T02.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). Plan Nacional de Salud 2016-2020. Ministerio de Salud, Gobierno de la República de Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>

Molinari, S. (2012) Educación Permanente en Salud: Una herramienta para el desarrollo de los Servicios de Salud. Universidad Abierta Interamericana, Argentina. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC108581.pdf>

OCDE. (2017). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica Evaluación y Recomendaciones. OECD y Ministerio de Salud, Costa Rica. Recuperado de: https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2019). Proyecto de marco operacional Atención primaria de salud: transformar la visión en acción. p 2-7

Ortiz, J. (2018) POLÍTICA NACIONAL DE SALUD. Ministerio de Salud. pp 5-6

OPS. (2012) Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. 6(1), pp. 1-15

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

OPS. (2019). *Organizacion Panamericana de la Salud* . Obtenido de OPS: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

OPS/OMS. (2016). Estrategia de Cooperación con Costa Rica 2016-2019. Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud representación en Costa Rica.

Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255014/ccs_cri_2016-2019_es.pdf;jsessionid=615D6875FB57C3843073F831E1EA2844?sequence=1

OPS. (s.f.a.). Quiénes somos. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/quienes-somos>

OPS. (s.f.b.). Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/costa-rica>

Pérez, C. (2018). Uso de la lista de cotejo como instrumento de observación. Universidad Tecnológica Metropolitana. pp 5-8

Peña, C. (2020). La atención farmacéutica a nivel mundial y nacional. *Ars Pharmaceutica*, 61(1), p 9-13

Perrot, A., Dominiq, C., Goñi, M. y Ustaran, J. (2018). Prevención de las enfermedades. Documento de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/8_0.pdf

Ramírez, A. (2018). Atención Primaria a la Salud: a propósito de lo pendiente e importante. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*, 227-231.

Rodríguez, O. García, A. Carbonell, A. León, P. (2017). La dispensación como herramienta para lograr el uso adecuado de los medicamentos en atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), p 1-10

Rosas, M., Zarate, V., & Cuba, M. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina. *Acta Médica Peruana* , 42-47.

Sáenz, M. d., Gamboa, V., Sojo, A., Loría, R., Ruiz, J. Z., Madeline, P., . . . Bejarano, A. (2019). COSTA RICA: UNA EXPERIENCIA EXITOSA EN APS. *Salud publica UCR*.

Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 53 (2), pp. 156-167. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/11.pdf>

- Sáenz, M., López, M., Villegas, H., Sáenz, L., Vargas, W., Solano, A. (2005). Atención primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata. Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social y Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&alias=208-atencion-primaria-de-salud-en-costa-rica-25-anos-despues-de-alma-ata&category_slug=servicios-de-salud&Itemid=222
- Salazar, I. (2017). Derecho a la protección de la salud en el sistema constitucional mexicano y español. *Revista Conamed*, 22(2), p. 87-92
- Secretaria de Redes Asistenciales. (2016). Promoción de salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf
- Secretaria de Redes Asistenciales. (2016). Promoción de salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf
- Secretaria de Redes Asistenciales. (2016). Promoción de salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf
- SEMFYC (2016) Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. pp 5-17 https://www.semfyec.es/wpcontent/uploads/2016/05/Recomendaciones_uso_medicamentos.pdf
- Smith, Y. (27 de Febrero de 2019). *News Medical*. Obtenido de [https://www.news-medical.net/health/Benefits-of-Primary-Health-Care-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Benefits-of-Primary-Health-Care-(Spanish).aspx)
- Sobrado, J. A. (2015). Hospital sin paredes, estrategia pionera de la Atención Primaria de la Salud en Latinoamérica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la salud* , 34-38.

Torres, T. Guerra, L. Ordás, A. Salas, O. Sánchez, L. (2018), Desarrollo científico y tecnológico. Su impacto en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cuba y Salud*. 13(3),p 91-96.

UNICEF. (2018). Metodología para la observación de los procesos de atención y humanización en los servicios materno. UNICEF República Dominicana. Recuperado de: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/informes/metodolog%C3%ADa-para-la-observaci%C3%B3n-de-los-procesos-de-atenci%C3%B3n-y-humanizaci%C3%B3n-en-los>

Vargas, K. (s.f.). Marco legal de la Salud Pública en Costa Rica. *Revista La Salud Pública en Costa Rica*. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B0D1087F710557EE05257BC5007A2640/\\$FILE/23_Marco_legal.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B0D1087F710557EE05257BC5007A2640/$FILE/23_Marco_legal.pdf)

Vela, V. J., Fernández, S. J., & Álvarez, S. R. (2012). Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 259-270.

Vignolo, J., Vacarezza, M., & Álvarez, C. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud . *Prensa Médica Latinoamericana.*, 11-14.

Violán, C. Grandes, G. Zabaleta-del-Olmoa, E. Gavilán, E. (2012), La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. Elsevier, 26, p 76-81

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Revista Acta Médica Peruana*. Vol. 28 (4) pp. 237-241. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

Zurro, M., & Jodar, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *Elsevier*, 1-14.

APÉNDICES

Apéndice 1. Transcripción de la entrevista semiestructurada que se le realizó a los farmacéuticos del Área de Salud Horquetas Río Frío.

<p>1.Desde su experiencia como farmacéutico/a ¿cómo define la atención primaria en salud?</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>Para mí es súper importante y” (...) es como el enlace que existe paciente médico, para luego genera otros eslabones y ´principalmente la parte de prevención, (...)” que se supone que ese es el objetivo principal de la atención primaria, se ven los programas de vacunación, tamizaje, control prenatal y detección de diferentes patologías como lo son D.M, HTA entre otras... es más que todo medicina preventiva.</p>
	<p>Dra. Aguilar</p> <p>Es a nivel de Ebais, primero el área de salud y se subdivide en varios Ebais para dar atención a los usuarios del área de salud de Horquetas</p>
	<p>Dra. Campos</p> <p>Somos preventivos, ese es el punto, vamos a hacer la prevención de las enfermedades para no llegar a un tercer nivel de atención, entonces va a ir todo lo que es la educación del paciente, el trato, el tú a tú con el usuario y son enfermedades crónicas que se pueden prevenir, vamos más que todo a la prevención.</p>
	<p>Dra. Sparks</p> <p>El objetivo es darles a los pacientes la prevención, la promoción de la salud, eso es para mí uno de los objetivos de la atención primaria y por lo tanto es muy importante lo que es la educación a los pacientes.</p> <p>Yo parte que cuando una persona se enferma el primer medicamento que debe recibir es el conocimiento de su enfermedad, ya que esto le permite al tomar decisiones oportunas de cómo mejorar o controlar la enfermedad que se le diagnostica.</p>
	<p>Dra. Vargas</p>

	Atención Primaria en Salud es la primera atención que recibe un paciente cuando va a consultar por alguna enfermedad, definitivamente la hacemos todos los días indistintamente en el campo donde ejerzamos.
2.En el tiempo que usted ha ejercido la profesión o cuando estudiaba, ¿tuvo la oportunidad de conocer cuál es la entidad que establece el formato de las guías de APS utilizadas en Centroamérica? ¿Podría indicar el nombre de esa entidad?	Dra. Arguedas No
	Dra. Aguilar No
	Dra. Campos No
	Dra. Sparks No
	Dra. Vargas No
3.En el tiempo que lleva laborando en el área de salud de Horquetas, ¿ha aplicado una guía de APS? 4.En caso de respuesta negativa:	Dra. Arguedas Bueno, nosotros como somos farmacia y siento que por muchas razones no se ha podido, tal vez en otros Ebais del Área de Salud sí, yo he tenido varias etapas laborales entonces cuando estaba de jefatura si las aplicaba, pero como guías de atención farmacéutica y supervisión de las mismas. A nivel personal en un área de salud como esta uno se ve muy limitado, aun cuando somos un puente súper importante en lo que es atención primaria, nos limitan porque la forma de evaluar es cupones, nos ven como metas numéricas no como un

<p>¿por qué no la ha aplicado? 5.En caso de respuesta afirmativa: ¿cómo describe la experiencia?</p>	<p>concepto de calidad, que el paciente se valla más satisfecho con una mejor atención. Pienso que se ha menospreciado lo que es una consulta y lo que es la atención farmacéutica, yo no puedo atender el despacho y dar atención porque no me da tiempo, algunos farmacéuticos somos olvidados como un profesional que da atención al paciente. Realmente para una correcta Atención Farmacéutica uno necesita una hora, para saber que realmente ese paciente entienda y hasta uno darse cuenta de las cosas que él hace, porque a veces dicen que hacen cosas y no las hacen, como tomarse los medicamentos por ser medicamentos gastrotóxicos, ya que nos damos cuenta de que los pacientes devuelven muchos medicamentos por no tomárselos e imagínese la otra gran cantidad que botan, sería mucho el ahorro de medicamentos para la CCSS. Seríamos un complemento para l médico, ya que habría una retroalimentación, tanto para mejorar la efectividad del tratamiento del paciente y mejorar así la calidad de vida y disminuir riesgos de intoxicaciones, interacciones, bueno un montón de cosas que ya sabemos que ocurren, Farmacia necesita un profesional dedicado exclusivamente a la atención del farmacéutico para no hacer todo a la carrera, ya que el farmacéutico se ha visto con un papel de solo despachar.</p>
	<p>Dra. Aguilar Yo por estar en la parte administrativa no doy atención farmacéutica, pero si las conozco</p>
	<p>Dra. Campos A nivel de guías es un campo muy rico, tenemos las guías que tenemos en farmacia para pacientes diabético, hipertensos, con problemas de asma, tuberculosis, además están las guías</p>

	<p>médicas que también tenemos que tener conocimiento que son las que usan para diagnosticar y después su tratamiento, no las usamos comúnmente, entonces tenemos que buscar la información, como por ejemplo la guía de diabetes que tenemos que estar actualizados en los tratamientos.</p>
	<p>Dra. Sparks</p> <p>He laborado muchos años para esta institución y como parte de los diferentes roles o tareas he dado atención farmacéutica, esto ha hecho que aplicara talvez no una guía de APS, pero cosas relacionadas.</p>
	<p>Dra. Vargas</p> <p>Pues una guía como tal no, de hecho, desde que uno está en la universidad esa parte no se la enseñan, ósea a uno le dan atención farmacéutica y todo, pero como una guía no, que el paciente llegue y estas son las preguntas que hay que hacerle, como el camino eso no se lo dan en la universidad y en la caja donde trabajo yo tampoco, cada uno va adecuando, dependiendo de la experiencia y la necesidad, pero es muy propio de cada farmacéutico.</p>
<p>6. ¿Su conocimiento de APS es por algún curso universitario o capacitación por parte de la CCSS?</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>He hecho cursos de la CCSS donde vienen cosas, no dicen específicamente APS, pero si explican, que es la atención primaria, igual uno al estudiar la historia de la institución se explica este concepto</p>
	<p>Dra. Aguilar</p> <p>Fue cuando entre a trabajar con esta institución, ya que uno no conoce en lo que va a trabajar, también dentro de las mismas áreas tienen manejos diferentes y aplican criterios diferentes.</p>
	<p>Dra. Campos</p>

	<p>Básicamente lo conocí estando en la institución, solamente en la práctica y solamente a nivel institucional conoce las guías, a nivel privado no las va a conocer</p>
	<p>Dra. Sparks En la universidad como un curso no. Lo que pasa conforme uno trata otros temas de salud en el trabajo se habla de ese concepto, más que todo, capacitaciones de la caja, además he leído muchos artículos de este tema.</p>
	<p>Dra. Vargas La caja lo que da son cursos de atención farmacéutica, básicos, donde le dicen a uno que parámetros porque también se tiene que hacer informes mensuales de las atenciones farmacéuticas que uno le da al paciente o un informe anual donde se dicen las mejorías que tiene cada paciente. No existe algo que te diga “Si el paciente es diabético se va a hacer esto, esto y esto”</p>
<p>7.Según señala la OPS, las guías de la APS están diseñadas para cumplir con una serie de elementos esenciales, a continuación, le voy a mencionar algunas de estas competencias.</p> <p>8.Son las guías una opción para:</p>	<p>Dra. Arguedas Yo diría que todas (A, B, C) es un complemento, uno como profesional puede ser una gran ayuda para el paciente.</p> <p>Dra. Aguilar B y C</p> <p>Dra. Campos B y C</p> <p>Dra. Sparks B y C</p> <p>Dra. Vargas B y C</p>

<p>A-Mejorar mi desempeño como farmacéutico.</p> <p>B-Crear un grupo de atención integral del EBAIS.</p> <p>C-Destacar las necesidades del paciente.</p>	
<p>9. ¿Qué otra fortaleza considera que ofrece la implementación de la Atención Primaria en Salud dentro del área de salud de Horquetas?</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>Primero que todo que los pacientes, al tener fortalecido este sistema pueden por ejemplo nosotros en un Ebais como este se despacha Ensure, medicamentos de especialista, asea, aunque el lugar sea lejano se le da la misma calidad de atención que por ejemplo en un hospital nacional, gracias a la Caja Costarricense y a toda la estructura que tenemos de solidaridad, equidad y todos los principios que tiene esta institución, ayuda a fortalecer la Atención Primaria</p> <hr/> <p>Dra. Aguilar</p> <p>Por el desconocimiento que tiene el paciente se ve la falta de educación a nivel médico que podemos dar nosotros si existe un programa de atención primaria.</p> <p>Creo que hacia eso va la caja.</p> <hr/> <p>Dra. Campos</p>

	<p>Ahora con el tema de pandemia es un tema que está un poco pausado, pero a nivel de área y a nivel institucional viene mucho el auge de la prevención.</p> <p>Aquí hay un grupo multidisciplinario que es para personas con síndrome metabólico, o sea personas que con vistas a unos años van a padecer de HTA, diabetes, entonces se hace todo un estudio para ver quienes tienen este síndrome para incluirlos en un programa, que se da cada mes cada 15 días, se miden resultados y es muy integral. Lo componen un médico, un farmacéutico, el de laboratorio y un enfermero, para darles seguimiento.</p>
	<p>Dra. Sparks</p> <p>Pues sí, como un protocolo, para yo tener claro que tengo que hacer con cada paciente, porque en atención primaria que yo sepa no hay.</p>
	<p>Dra. Vargas</p> <p>Es más fácil para que todo el mundo sepa que hacer, por ejemplo, si un paciente es atendido por un farmacéutico y ese día no está, el otro que llegue y pueda seguir la guía, como para estandarizar la atención.</p>
<p>10.Desde su experiencia profesional en el área de salud de Horquetas, ¿considera que la Atención Primaria en Salud presenta alguna debilidad en</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>Si, la necesidad de tiempo, de implementar una retroalimentación por parte del nivel central hacia nosotros.</p> <p>Dra. Aguilar</p> <p>Falta de coordinación</p> <p>Dra. Campos</p> <p>Creo que la parte de trabajo interdisciplinario para poder darle al paciente una atención integral y mejorar así su calidad de vida.</p>

<p>los servicios de salud locales?</p>	<p>Dra. Sparks Existen muchas limitantes para poder dar un servicio de atención primaria el paciente.</p>
	<p>Dra. Vargas Si, falta de apoyo a nivel administrativo, en el caso de nosotros hacemos atención y el tiempo que se nos da es muy poco y tenemos que abarcar otras funciones de farmacéutico como es la dispensación, la revisión de recetas y entonces al final uno no puede cumplir en su totalidad o como uno quisiera la parte de atención. Se requiere más tiempo para poder dar una mejor atención, ese es el apoyo que falta.</p>
<p>11. ¿Cómo valora que es la coordinación interdisciplinaria que se espera realicen en el área de salud de Horquetas?</p>	<p>Dra. Arguedas Muy poco, ya que eso va a depender de la parte local, cuando la dirección no lo ve necesario, hasta hace poco se va a hacer supuestamente las reuniones son muy escasas porque nosotros directamente no estamos obteniendo retroalimentación con nuestra jefatura, entonces imagínese el resto.</p>
	<p>Dra. Aguilar Se han hecho manuales, para que el paciente siga en casa.</p>
	<p>Dra. Campos Nuestra jefatura hace guías para hacer mediciones</p>
	<p>Dra. Sparks Existe, lo que pasa es que el límite está en las barreras de cada profesional, porque siempre estamos como grupos y no hay reuniones semanales o un coordinador que nos facilite esa comunicación, pero el problema es si un paciente necesita psicología, trabajo social es hay mucho limite, tiene que ser un caso muy preocupante para que yo me comunique con trabajo social.</p>

	<p>Dra. Vargas</p> <p>Lo que es médico y el farmacéutico trabajamos más en conjunto, pero lo que es enfermería y las otras disciplinas no nos toman tanto en cuenta, si hubiese un trabajo más interdisciplinario se podría llevar mejor a cabo el campo de la atención.</p>
<p>12. ¿Podría mencionar cuáles han sido las debilidades en la coordinación interdisciplinaria del área de salud de Horquetas?</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>No nos reunimos para hablar de temas importantes como lo son circulares a farmacia, ya que todos podemos aportar después de analizarla. Yo me doy cuenta de ciertas cosas porque me las cuentan de manera extraoficial el médico, la enfermera, pero no de reuniones programadas y oficiales.</p> <p>Yo conozco lugares donde se reúnen todas, todas las semanas.</p> <hr/> <p>Dra. Aguilar</p> <p>No se invierte lo necesario para poder dar este programa</p> <hr/> <p>Dra. Campos</p> <p>A nivel monetario, todo lo que se le tenga que dar al paciente, cada herramienta es toda una logística para que se lo den a usted y no siempre se lo van a dar, existen áreas que dan mucha atención y no tienen pictogramas.</p> <hr/> <p>Dra. Sparks</p> <p>Creo que no se le da prioridad que se merece, ya que con un buen programa se puede evitar que un paciente pase a un segundo nivel de atención.</p> <hr/> <p>Dra. Vargas</p> <p>Ahorita la debilidad que yo veo es que la admiración no colabora con designar más tiempo, además le piden más informes y cosas así.</p>

<p>13. ¿Considera que el escenario actual de coordinación interdisciplinaria del área de salud de Horquetas impacta la calidad del servicio a los pacientes?</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>Sí, porque yo pienso que si todos nos entendiéramos y que el medico supiera lo beneficioso que es un programa de atención farmacéutica apoyaría más este servicio, se ha ido logrando durante el tiempo, pero siento que se podría mejorar.</p>
	<p>Dra. Aguilar</p> <p>Sí, porque no se tiene una coordinación muy clara.</p>
	<p>Dra. Campos</p> <p>Creo que sí, ya que en ocasiones no se puede solicitar tiempo para poder dar una atención integral para el paciente.</p>
	<p>Dra. Sparks</p> <p>Por supuesto, los otros profesionales deberían alimentarme de lo que necesita cada paciente, el sistema EDUS me funciona como una herramienta.</p>
	<p>Dra. Vargas</p> <p>Claro que si, por ejemplo, un diabético que tenga problemas con el apego terapéutico se nos refiere a farmacia, por ejemplo, en una semana se nos pueden enviar 5 o 6 pacientes, pero con el mismo tiempo, entonces si desde arriba no nos dan las herramientas y al final el perjudicado es el usuario.</p>
<p>14. ¿Ha identificado alguna debilidad que limite la calidad de atención que le pueda brindar al paciente?</p>	<p>Dra. Arguedas</p> <p>El tiempo, la infraestructura. Uno necesita privacidad para atender un paciente y recursos, una computadora, siento que medio se ha ido implementado, pero lo limitan un poco, ya que le dicen que, si no se cuenta con un lugar adecuado para dar atención, tiene que mandar una nota de auditoría.</p> <p>Se ha logrado apunta de lucha, los que están arriba los mismos farmacéuticos han luchado, pero quieren que hagamos tanto que se les ha olvidado que los que estamos abajo tenemos muchas</p>

	<p>necesidades, esto por falta de retroalimentación ... ellos solo nos dicen que tenemos que cumplir.</p> <p>Muchos pacientes tienen problemas de nutrición, podríamos tener enlaces con otras instituciones para mejorar la salud del paciente, dando seguimiento, pero caemos en lo mismo, falta de tiempo.</p>
	<p>Dra. Aguilar</p> <p>Para mí es la falta de tiempo, por ejemplo, las farmacéuticas que están en el Ebais no pueden descuidar el despacho de las recetas, entonces tienen que hacer las dos cosas, entonces no le dedican el tiempo necesario.</p>
	<p>Dra. Campos</p> <p>No te dan el material ni las herramientas, además piden mucha documentación, esto afecta las ganas y el esfuerzo del farmacéutico y siempre le ponen peros y peros.</p>
	<p>Dra. Sparks</p> <p>Bueno, voy a hablar desde el punto de vista del profesional farmacéutico, el tiempo porque a uno le llega el paciente que requiere atención tarde, yo creo en la prevención y como se sabe es “antes de”, entonces cuando el paciente inicia con la enfermedad o está en una prediabetes es importante abordarlo, también el conocimiento del paciente sobre el medicamento, para que confíe en él.</p>
	<p>Dra. Vargas</p> <p>A miles de costos se ha hecho un poco de espacio para poder atender al paciente en un lugar apto, tipo consultorio, pero son espacios muy reducidos, además se tiene que atender al paciente y seguir revisando recetas, si hubiese una posibilidad de abrir otra plaza de farmacéutico para que se dedique solo</p>

	atención y no tenga que cortar sus funciones de revisión para no perjudicar a los otros pacientes que están esperando su receta no se vean afectados, ya que una receta que va a durar 1 hora puede durar 3 horas porque el farmacéutico está dando atención
--	--

Apéndice 2. Instrumento Hoja de cotejo

Agradezco su participación en esta investigación, este documento tiene como finalidad hacer una identificación del nivel de cumplimiento de recomendaciones de atención que brinda la OPS a los servicios farmacéuticos en atención primaria.

Para completar esta hoja, únicamente señale la casilla “Sí” o “No”, según sea su criterio.

1. Funciones vinculadas a las políticas públicas y a la organización y gestión de sistemas y servicios farmacéuticos	Sí	No
a) Participar y realizar la formulación, implementación y evaluación de políticas farmacéuticas en el área de influencia de los servicios farmacéuticos.		x
b) Participar en la elaboración y actualización de la legislación y normalización para los servicios farmacéuticos y cumplir con la legislación vigente (incluyendo aspectos éticos/bioéticos).		x
c) Planificar, implementar, gestionar y evaluar los servicios farmacéuticos de forma integrada a la RISS y al sistema de salud.		x
d) Promover el acceso, calidad, seguridad y Uso Racional de Medicamentos (abogacía).	X	
e) Gestionar y gerenciar el suministro de medicamentos e insumos esenciales.	X	
f) Contribuir con la protección de la salud y seguridad de la población y del ambiente.	X	

g) Gestionar la disponibilidad y promover uso racional de los medicamentos y otros insumos esenciales en situaciones de mitigación y prevención de desastres y emergencias sanitarias.	X	
h) Implementar y coordinar o participar de Comités de Farmacia y Terapéutica (selección de medicamentos) u otros comités relacionados a los servicios farmacéuticos.	X	

2. Funciones vinculadas al medicamento	Sí	No
a) Formular, elaborar y acondicionar preparaciones magistrales extemporáneas, soluciones parenterales, reconstitución de citostáticos y otras formulaciones requeridas por los servicios.		x
b) Fraccionar y realizar el acondicionamiento adecuado de los medicamentos e insumos esenciales.	X	
c) Implementar las medidas necesarias para garantizar la calidad de los medicamentos a lo largo de la cadena de suministro.	X	
d) Implementar las medidas necesarias para la disposición adecuada de los residuos de medicamentos e insumos esenciales.	X	

3. Funciones directamente vinculadas al paciente, familia y comunidad, intra y extramural	Si	No
a) Desarrollar y apoyar programas y actividades de prevención de enfermedades y de promoción, protección y rehabilitación de la salud.	X	
b) Dispensar medicamentos.	X	
c) Desarrollar actividades de promoción de uso racional de medicamentos dirigidas al público y los demás miembros del equipo de salud.	X	

d) Realizar atención farmacéutica, incluido el seguimiento farmacoterapéutico.	X	
e) Desarrollar y participar en programas de farmacovigilancia.	X	

4. Funciones vinculadas a la investigación y gestión del conocimiento	Sí	No
a) Participar en el diseño, monitoreo y evaluación de ensayos clínicos, promoviendo y respetando principios bioéticos.		x
b) Promover y participar del diseño, monitoreo y evaluación de investigaciones en salud.		x
c) Gestionar, proveer información y desarrollar competencias relacionadas a medicamentos.		x
d) Promover la educación permanente de los recursos humanos de los servicios farmacéuticos y del equipo de salud	X	

Esta hoja de cotejo fue llenada de forma digital por la Dra. Sofia Vargas, cédula 1-1311-0061, código de farmacéutico 3455, que lleva desde el año 2009 hasta la fecha trabajando en el Área de Salud Horquetas Río Frío, desempeñando varios cargos en todos los EBAIS de dicha área.

Apéndices 3: Definición de APS desde perspectiva profesional de farmacéuticos del Área de Salud

"(...) es como el enlace que existe paciente médico, para luego genera otros eslabones y principal mente la parte de prevención, (...)"

"Es a nivel de Ebais, primero el área de salud y se subdivide en varios Ebais para dar atención a los usuarios"

"Somos preventivos, ese es el punto (...)"

"El objetivo es darle a los pacientes la prevención"

"APS es la primera atención que recibe un paciente (...)"

Nota: Elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 4: Percepción de experiencia en la implementación de una guía de Atención Primaria

"A nivel personal en un área de salud como esta uno se ve muy limitado (...)"

"Yo por estar en la parte administrativa no doy atención farmacéutica (...)"

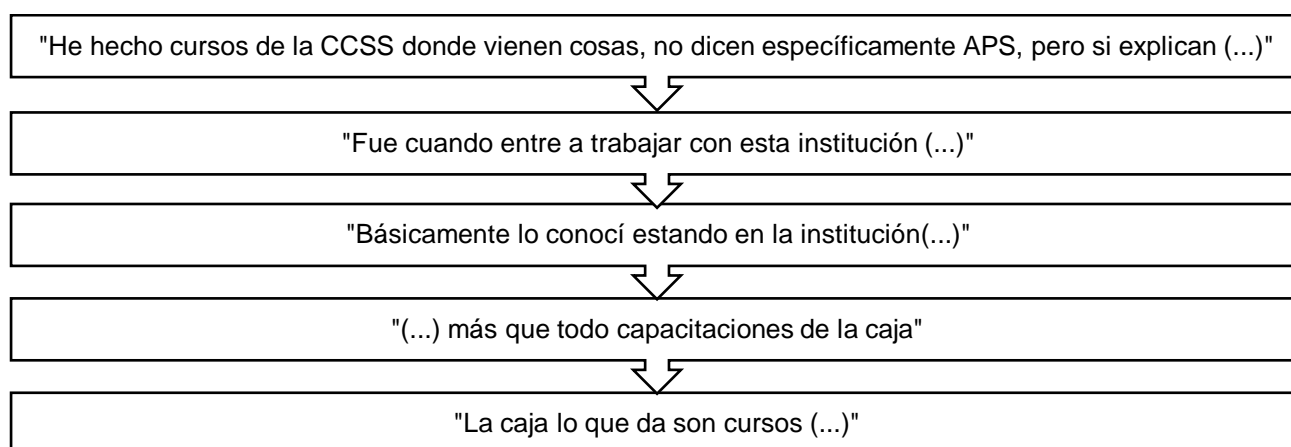
"A nivel de guías es un campo muy rico, tenemos las guías que tenemos en farmacia para pacientes (...)"

"(...) ha hecho que aplicara talvez no una guía de APS, pero cosas relacionadas."

"Pues una guía como tal no (...) ósea a uno le dan atención farmacéutica y todo, pero como una guía no (...)"

Nota: Elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 5: Espacios de aprendizaje y formación de las personas farmacéuticas en Atención Primaria



Nota: Elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 6: Consideración de cualidades requeridas por personal farmacéutico como elementos claves de la APS

Participante A: 1-2-3
Participante B: 2-3
Participante C: 2-3
Participante D: 2-3
Participante E: 2-3

Nota: elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 7: Consideración sobre aporte que puede representar la APS para el Área de Salud de Horquetas

"(...) gracias a la Caja Costarricense y a toda la estructura ayuda a fortalecer la Atención Primaria (...)"

"(...) educación a nivel médico que podemos dar nosotros si existe un programa de atención primaria. Creo que hacía eso va la caja."

"(...) pero a nivel de área y a nivel institucional viene mucho el auge de la prevención."

"Pues sí, como un protocolo, para yo tener claro que tengo que hacer con cada paciente (...)"

"Es más fácil para que todo el mundo sepa que hacer (...)"

Nota: Elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 8: Percepción de las necesidades de la APS en Área de Horquetas

"La necesidad de tiempo, de implementar una retroalimentación (...)"

"Falta de coordinación"

"Creo que la parte de trabajo interdisciplinario (...)"

"Existen muchas limitantes (...)"

"Si, falta de apoyo a nivel administrativo (...)el tiempo que se nos da es muy poco"

Nota: Elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 9: Percepción de la coordinación interdisciplinaria del Área de Salud de Horquetas

"Muy poco (...)"

"Se han hecho manuales, para que el paciente siga en casa"

"Nuestra jefatura hace guías para hacer mediciones"

"(...) no hay reuniones semanales o un coordinador que nos facilite esa comunicación (...)"

"(...) si hubiese un trabajo más interdisciplinario se podría llevar mejor el campo de la atención"

Nota: elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 10: Percepción de debilidades en la coordinación interdisciplinaria del Área de Salud de Horquetas.

"No nos reunimos para hablar de temas importantes (...)"

"No se invierte lo necesario para poder dar este programa"

"(...) cada herramienta es toda una logística para que se lo den (...)"

"Creo que no se le da prioridad que se merece (...)"

"Ahorita la debilidad que yo veo es que la administración no colabora con designar más tiempo (...)"

Nota: Elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 11: Percepción acerca del escenario actual de coordinación interdisciplinaria del área de salud de Horquetas sobre cómo ello impacta la calidad del servicio a los pacientes

"Yo pienso que si todos nos entiéramos y que el médico supiera lo beneficioso que es un programa de atención farmacéutica apoyaría más este servicio (...)"

"Sí, porque no se tiene una coordinación muy clara"

"Creo que sí, ya que en ocasiones no se puede solicitar tiempo (...)"

"Por supuesto, los otros profesionales deberían alimentarme de lo que necesita cada paciente (...)"

"Claro que sí influye(...)"

Nota: elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.

Apéndice 12: Percepción de posibles retos que limiten la calidad de atención que le pueda brindar al paciente en el Área de Salud de Horquetas

"El tiempo, la infraestructura (...)"

"Para mi es la falta de tiempo (...)"

"No te dan el material ni las herramientas (...)"

"(...) el tiempo porque a uno le llega el paciente que requiere atención tarde (...)"

"(...) un lugar apto, tipo consultorio (...)"

Nota: elaboración propia, basada en entrevista semiestructurada, 2021.