



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FM Facultad de
Medicina

REVISTA
Médica
de la Universidad de Costa Rica

Edición Especial

ISSN 1659-2441

IV ENCUENTRO ACADÉMICO

de la Facultad de Medicina

Promoviendo la Salud y Fortaleciendo Enlaces con la Sociedad
09 y 10 de noviembre

Volumen 16
Número 3
Año 2022



www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/index
Correo electrónico: rev.med.ucr@gmail.com



UCR
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Facultad de Medicina

Contenido

CONFERENCIA INAUGURAL AUTOCUIDADO: RETOS EN LA SOCIEDAD ACTUAL, OPS	4
MINERÍA DE ORO EN ABANGARES COSTA RICA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA SALUD AMBIENTAL	13
PLATAFORMA VIRTUAL EDUCATIVA PÓNGALE VIDA: RETOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL	15
COLABORANDO CON LA SELECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL	18
IDEAS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES ASOCIADAS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA DE PACIENTES COSTARRICENSES CON EXCESO DE PESO	20
PROMOCIÓN DEL CONSUMO DE FRIJOLES: INTEGRANDO LAS ÁREAS SUSTANTIVAS PARA FAVORECER LA SALUD Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	23
FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES DOCENTES PARA LA INSERCIÓN TRANSVERSAL DEL EJE TRANSVERSAL DE INVESTIGACIÓN EN EL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA DE NUTRICIÓN	26
VIRTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (EVISA): LECCIONES APRENDIDAS	28
RELACIÓN DEL POTASIO Y EL FÓSFORO SÉRICO CON EL CONOCIMIENTO NUTRICIONAL Y LA INGESTA DIETÉTICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL	30
FORTALECIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES EN SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN DE CECUDIS, ZONAS PRIORITARIAS DE COSTA RICA	33
PRÁCTICAS Y OBSTÁCULOS PARA LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL EN SERVICIOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIOS	36
¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE APORTAR EL MODELO DE 6-HIDROXIDOPAMINA EN EL ESTUDIO DEL DIMORFISMO SEXUAL Y DE LAS ETAPAS PRECLÍNICAS DEL PARKINSON?	39
ACCIONES INNOVADORAS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL (PREANU) EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, PERÍODO 2020-2021	42
ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA E INCERTIDUMBRE EN PERSONAS ADULTAS SOMETIDAS A DIÁLISIS PERITONEAL EN COSTA RICA	45
CONVERSATORIO: COSTA RICA: POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	49



Charla Inaugural, 10 de noviembre de 2022

CONFERENCIA INAUGURAL AUTOCUIDADO:

RETOS EN LA SOCIEDAD ACTUAL, OPS

Expositor: Dr. Gustavo Mery

Asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la
Organización Panamericana de la Salud

CONFERENCIA INAUGURAL AUTOCUIDADO: RETOS EN LA SOCIEDAD ACTUAL, OPS

Expositor: Dr. Gustavo Mery, asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud

Dr. Gustavo Mery, asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud

-El día de hoy trataré de enmarcar el tema del autocuidado desde el punto de vista de la salud universal. La estrategia de la salud universal es uno de los grandes objetivos que buscamos como Organización Panamericana y Mundial de la Salud. En esta presentación, buscamos hablar un poco del modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, de qué manera el autocuidado constituye una parte fundamental de este modelo de atención, ya que es uno de los pilares fundamentales para poder tener un modelo que esté realmente centrado en las personas y las comunidades. También me referiré a algunos desafíos para el sistema de salud y la sociedad actual como el título de la presentación decía, pero también a oportunidades y a experiencias que pueden ser de interés dentro del abordaje del autocuidado.

-Inicio enmarcando algunos conceptos básicos para quienes no están tan actualizados con relación al concepto de autocuidado. En este sentido, hay diferentes formas de entenderlo, desde un autocuidado de tipo individual: el cuidado que se proporciona la persona a sí misma para tener una mejor calidad de vida, que es intuitivamente lo que pensamos con autocuidado. También existe el autocuidado colectivo: los cuidados brindados en grupo, por la familia, la comunidad, que se cuida, eso es parte del autocuidado colectivo. Pero también existe una definición, que es la definición que en el fondo más utiliza operativamente la Organización Mundial de la Salud (OPS), que tiene que ver con la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, pero también para mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades, con o sin el apoyo de profesionales de la salud.

-Ampliando un poco el concepto, porque también incluye la promoción de la salud, la prevención, el control de la enfermedad, la automedicación, la atención en las personas dependientes, la búsqueda de atención primaria en salud como parte del autocuidado. Si yo no voy a la consulta, si yo no voy a pedir ayuda cuando tengo problemas, eso es parte de mi autocuidado tanto de la salud ante la atención primaria, especializada u hospitalaria, cuando corresponde. La rehabilitación incluye los cuidados paliativos, engloba toda esta gama de servicios y de acceso a herramientas de autocuidado en salud. Así, está determinada por factores protectores y factores de riesgo -tanto propios de la persona como externos- ya sea del ambiente, de otras personas, alrededor, etc. Esto es un poco como se define el tema de autocuidado.

-Quiero destacar este documento, que contiene las directrices de la OMS en cuanto a intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar que recién se revisó. Está disponible, por supuesto, en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud. Este documento revisa las definiciones del autocuidado así como de las intervenciones en el autocuidado, y se define que son herramientas que apoyan, precisamente, las capacidades de las personas, las familias y las comunidades para promover

la salud, prevenir la enfermedad, acceder a medicamentos, incluyendo dispositivos médicos, pruebas diagnósticas, intervenciones digitales, entre otras. Actualmente existen cada vez más intervenciones digitales, existe acceso a pruebas diagnóstico, y, en este sentido, la COVID-19 es un buen ejemplo de eso. Este tipo de intervenciones se pueden brindar, de manera parcial o total, fuera de los servicios de atención de salud formales. La idea es que estén lo más integrados posible con los servicios de salud y que se puedan utilizar con o sin el apoyo de profesionales de la salud. Por lo tanto, diferentes tipos de intervenciones, en los cuales haya mayor participación o menor participación, mayor presencialidad de los servicios de salud o menor, supondría una amplia gama de intervenciones en el tema de autocuidado.

-Algunos tipos de intervenciones de autocuidado son las siguientes: la autogestión, el autoanálisis y el autoconocimiento. En primer lugar, dentro de la autogestión se encuentran: la automedicación, el autotratamiento, la autoexploración, la autoinyección, la autoadministración, la autoutilización. En segundo lugar, dentro del autoanálisis se puede mencionar: el automuestreo, la autodetección, el autodiagnóstico, la autorecolección y el automonitoreo. Y, en tercer lugar, dentro de lo que es autoconocimiento se encuentran: la autoayuda, la autoeducación, la autorregulación, la autoeficacia, la autodeterminación. En general, pensamos más en el autoconocimiento cuando decimos el autocuidado, desde un punto de vista individual, pero, la verdad, es que es mucho más amplio el concepto y va desde la autoexploración: la administración de medicamentos. En este sentido, el hecho de adherir a una terapia, por ejemplo, oral y prescrita... sabemos que, muchas veces, el problema está en que el paciente no sigue la indicación, no toma el medicamento, por ejemplo, no lo toma a la hora adecuada. Esto es parte de ese autocuidado y esas intervenciones.

-Esto es un punto importante que destaca estas directrices y nosotros sabemos lo importante que es el autocuidado dentro de la eficacia del manejo de la salud de la población. Si la población no se cuida a sí misma, no se adhiere a los tratamientos, no se adhieren a prácticas saludables en su vida, de alimentación, de ejercicio, etc., entonces, es difícil el grado de eficacia que pueden tener con un servicio de salud.

-Actualmente, estamos enfrentando un problema muy importante a nivel mundial que tiene que ver con el acceso a los servicios de salud y a la atención de profesionales de salud. Al menos 400 000.000 personas en el mundo hoy día carecen de acceso a los servicios de salud más esenciales. Al 2030 la carencia mundial se estima que será alrededor de 18 millones de profesionales de la salud y cada año unos 100 millones de personas se ven sumidos en la pobreza por los gastos que implica costear la enfermedad, la atención de salud. Por lo tanto, estas personas tienen problemas de acceso -también por un tema de cobertura-. Eso nos obliga a encontrar, urgentemente, estrategias innovadoras que vayan más allá de la respuesta convencional del sector salud. En este sentido, se ve que el autocuidado siempre ha existido, siempre ha sido fundamental, pero tenemos que incorporarlo dentro de las estrategias para llegar a la población. Sabemos que va a ser muy difícil llegar con profesionales de la salud a cubrir todas esas necesidades, incluso, las que hoy día somos capaces de atender con ese personal de salud y, por ello, vamos a tener que incorporar como agentes prestadores, autogestores de su salud a la comunidad misma en el futuro. Esta se identifica como una de las estrategias que tenemos que desarrollar para poder dar atención. Incluso lo que hoy se gestiona dentro de los servicios de salud, mañana va a tener que cerrar o quedar fuera. Cabe mencionar que tenemos una serie de tecnologías y desarrollo que nos pueden ayudar a hacer eso.

-El autocuidado es un tema fundamental, así lo reconoce la OPS. Nosotros dentro de la OMS trabajamos con el *Treceavo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial*, que define tres metas centrales basadas en lograr la cobertura universal de salud: 1 000 000 000 de personas más cubiertas por los servicios de salud, 1 000 000 000 más de personas con mejor salud y bienestar, y 1 000 000 000 de personas más protegidas contra las emergencias. Se identifica que los tres ejes del autocuidado en salud son una herramienta fundamental y se recomienda que se utilicen las intervenciones de autocuidado en todos los países y entornos económicos, no solamente los que tienen mayor necesidad, sino también en los países más desarrollados, pues son elementos críticos para lograr la cobertura sanitaria universal, para promover la salud, para preservar la seguridad mundial y para servir a las poblaciones más vulnerables.

-Se identifica la estrategia de autocuidado como algo fundamental dentro de los tres ejes, incluido el tema de respuesta a emergencias sanitarias. De aquí, quiero destacar que estoy poniendo la salud universal en las Américas, porque la estrategia de cobertura sanitaria universal es el concepto global de la OMS, pero nosotros en las Américas en la OPS, trabajamos lo que es la salud universal. La salud universal tiene el concepto de cobertura, pero también de acceso. La estrategia de salud universal, no es algo nuevo, en la OPS, la Conferencia Sanitaria de las Américas, se adoptó como la estrategia regional en el año 2014 y seguimos trabajando en ella, pero la verdad es que tiene conceptos que se remontan a la Conferencia Mundial de Alma Ata en 1978 -que la mayoría de ustedes deben haber escuchado alguna vez-. Desde esa época es que estamos tratando temas de salud comunitaria, el rol del autocuidado ha representado un eje central de la atención primaria en salud y, a partir de eso, han habido una serie de estrategias y trabajo que se ha desarrollado para ir avanzando en el tema de atención primaria en salud y salud universal.

-La salud universal aquí en las Américas, el concepto, posee una diferencia con la estrategia de cobertura universal de salud, así, nosotros no solo necesitamos que toda la población esté cubierta, sino que también sea capaz de acceder a los servicios de salud. Por ejemplo, si nosotros tenemos una gran cobertura del Seguro Social, pero la persona, cuando trata de ir al servicio de salud, no puede encontrar hora, no tiene, no puede acceder a ese servicio de salud y tiene que ir un día tras otro a tratar de obtener una hora para la atención médica. Ahí hay algún problema de acceso aunque la persona está cubierta por el sistema. Si es que yo estoy cubierto por el sistema, pero estoy en una larga lista de espera con un cáncer esperando ser operado, hay un problema de acceso y, por lo tanto, en las Américas nosotros determinamos que tenemos que trabajar tanto la cobertura como el acceso a la salud, y eso significa la estrategia de salud universal en las Américas.

-Ahora, remontándonos a Alma Ata que es la Conferencia Internacional de Atención Primaria en el año 78, en ella se reafirma la salud entendida como el estado completo de bienestar físico, mental y social. Los conceptos vienen desde ahí -que no son meramente la ausencia de enfermedad- y ahí es donde el tema de autocuidado empieza a resaltar en términos de bienestar mental y social y, por supuesto, además del físico. El alcance más alto del nivel de salud posible es una meta mundial de la mayor importancia y requiere la acción de muchos sectores sociales, económicos, además del sector salud. La atención primaria en salud representa la función central y el foco principal del sistema de salud.

-La estrategia central de la estrategia de salud universal se basa en esos principios. Alma Ata tiene cuatro líneas estratégicas. La primera es expandir el acceso equitativo a los servicios de salud

integrales y la calidad centrada en las personas y la comunidad. El segundo es fortalecer la rectoría y la gobernanza en salud. El tercero es incrementar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, eliminando el pago directo de salud, que es una barrera para el acceso al punto de entrada. La cuarta línea estratégica es fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Esta estrategia pretende avanzar en el acceso universal a servicios integrales de calidad, ampliar progresiva y coherentemente con las necesidades de salud y las capacidades del sistema y el contexto nacional. Asimismo, está centrado en un modelo de atención de las personas, las familias y las comunidades. Este es el concepto de cobertura, de acceso a servicios integrados, integrales e interdisciplinarios, que entregan cuidados de calidad, eficiente, equitativo y sostenible, basado en la Atención Primaria en Salud, integrados en redes de atención, pero inmersos en la comunidad. Servicios de salud que influyen en esa comunidad, con recursos humanos suficientes y adecuados, con acceso a la medicina y a la tecnología sanitaria. Este es un concepto amplio, pero lo que estoy tratando de hacer es enmarcar como, en realidad, estas intervenciones de autocuidado son parte de una estrategia de ser universal -como el primer punto de la estrategia universal acerca de un modelo de atención centrado en las personas de calidad e inmerso en la comunidad- y, como tales, necesitan de intervenciones en el autocuidado para poder ser efectivas.

-El equipo de salud no puede brindar solamente una acción asistencial dentro del servicio de salud, sino que tiene que salir a la comunidad a involucrarse con los problemas de la comunidad, para que esa comunidad también promueva y demande políticas y servicios que los ayuden a mantenerse saludables. Ahí es donde, más que la prestación de salud, la prescripción de una intervención es la intervención de promoción de la salud y de autocuidado y esto es sumamente relevante.

-Estos son algunos hallazgos encontrados con respecto a las intervenciones de autocuidado, estos ayudan a mejorar los resultados: mayor cobertura y acceso, reducción de las desigualdades de salud y mayor equidad, mejora de la calidad de los servicios, mejores resultados en materia de salud, derechos humanos y sociales, reducción del costo y utilización más eficiente de los servicios y recursos de salud. Entonces, son áreas en las cuales el autocuidado en salud puede contribuir y ser una herramienta fundamental para el logro de la salud universal. Y, por supuesto, en el pilar cuatro, relativo a la intersectorialidad y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, también se encontró un lugar donde el autocuidado en ese concepto amplio cobra mucha relevancia, al tratar de abordar lo que determina la salud de las personas. En este sentido, el enfoque comunitario, el enfoque intersectorial y el autocuidado se convierten en una tríada imprescindible.

-Los determinantes sociales de la salud incluyen diferentes modelos, pero uno de ellos se divide en varias capas: la posición social, el género, la educación, la etnicidad, el ingreso económico, intermedio como los factores biológicos, las circunstancias socioambientales, los sistemas de salud... incluso se superpone al contexto socioeconómico, la gobernanza, políticas macroeconómicas, las políticas sociales, los valores culturales y sociales, y tiene, por supuesto, que ver con el logro de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. En general, cuando en salud hablamos de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, pensamos en el objetivo tres, que es salud y bienestar de la población. Ahí está el concepto de bienestar, el concepto de autocuidado. Asimismo, a veces, olvidamos que, en realidad, la salud está dentro de y representada por otros objetivos de desarrollo sostenible, por ejemplo: la pobreza, los problemas de nutrición, los problemas de educación, los problemas de equidad. Los anteriores son problemas que, finalmente, inciden directamente en la salud de la población y se relacionan con temas de autocuidado. Por ejemplo, los temas relacionados con la acción climática, la alimentación,

las ciudades inclusivas sostenibles, en donde hay espacios adecuados para tener una vida saludable y estar protegidos de los riesgos del ambiente.

-La región de las Américas en su agenda de *Salud Sostenible para las Américas* intenta ser la ruta para lograr los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* en el año 2030. Este documento menciona que, para el año 2030, la región se propone lograr el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para todas las personas a lo largo del curso de vida, con acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, con un sistema de salud resiliente y con un servicio de salud de calidad.

-Ahora, recientemente, en el año 2018, 40 años después de esa conferencia, de Alma Alta se vuelve a hacer una conferencia global, en la cual se reafirman estos principios de atención primaria en salud, se proclama que estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria en salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como el bienestar social, y que la atención primaria en salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal.

-Entonces tenemos, en el centro de este objetivo, lo que es la atención primaria en salud que, en el fondo, es una forma de entenderla y definirla en torno a estos tres ejes: el primer nivel, principalmente el concepto de la atención primaria en salud y, los otros dos, donde están las personas, las comunidades y la acción política intersectorial.

-La atención primaria no es solo la consulta del EBAIS o del primer nivel de atención o las políticas públicas que puede ejercer el Ministerio de Salud, sino que se requiere que las personas y las comunidades participen y se empoderen dentro de ese proceso. Es primordial el eje de autocuidado, pero también hay acciones y políticas intersectoriales de los diferentes sectores que crean las condiciones adecuadas para que esas comunidades se desarrollen y se puedan autocuidar.

-Es importante contrastar con algunos aspectos de reflexión de la temática. Con relación a los desafíos actuales dentro de la temática del autocuidado -sin ser un análisis exhaustivo- está la capacidad limitada en temas de innovación. Hoy día, básicamente seguimos utilizando la misma modalidad y los mismos abordajes para atender a la población que llevamos durante décadas, nos cuesta buscar nuevas formas de integrar, de cambiar la forma como entregamos los servicios de salud. Hay un desafío importante: ¿cómo podemos ser realmente eficaces?, más allá de entregar o colocar en un póster aspectos de como la persona se tiene que cuidar o ir a dar una charla a una escuela. ¿Cómo podemos, hoy día, cambiar, transformar eso? Hay una deuda pendiente de innovación en los sistemas de atención de salud. La dificultad de implementar un modelo de atención basado realmente en las personas y las comunidades.

-En todo el mundo escuchamos que la atención hoy en día está basada en la persona, pero no ha cambiado absolutamente nada. Excepto que algunos de ellos hacen, a veces, preguntas a la persona - si está satisfecho con la atención de salud que recibió- pero esto no es un sistema basado en la persona, ni un sistema que entiende cuál es la necesidad para mantenerse saludable esa comunidad, sino que hay que salir a la comunidad a ser parte e incidir en la búsqueda de políticas y de soluciones que sean saludables para esa población. Eso es algo que no hemos logrado hacer y que es un desafío importante si queremos utilizar el autocuidado como una herramienta para mantener a la población saludable. Es necesario capturar el verdadero concepto de atención primaria y del primer nivel de

atención, porque la mayoría del equipo de salud ni siquiera sabe cuál es la diferencia entre el primer nivel de atención y la atención primaria en salud.

-La atención primaria en salud no es el EBAIS, no es la consulta del médico general, sino que tiene un concepto de intersectorialidad y de trabajo con la comunidad que es mucho más profundo. Nos quedamos en ese paradigma del asistencialismo, es decir, tenemos que ampliar la atención primaria en salud. Debemos construir más capacidades de rectoría y gobernanza, mayor capacidad de planificación, de financiamiento de recursos, de planificación de recursos humanos, de acceso a medicamentos y tecnología, de vigilancia de la salud y de promoción de bienestar fortalecidos, para poder, realmente, explotar y desarrollar sistemas de autocuidado adecuados. El predominio del sistema basado en los servicios hospitalarios, especializados, fragmentados, poco eficiente y efectivo en el uso de tecnología y recursos financieros son barreras para poder desarrollar iniciativas de autocuidado y rezagan la transformación digital en salud. Por lo anterior, estamos atrasados en el tema, mientras que la población está mucho más avanzada que los sistemas de salud. Existe una brecha y un desafío importante.

-Ahora bien, en cuanto a los recursos humanos del sector salud, hay otro punto importante que es el déficit en la formación de capacidades de autocuidado. En este sentido, las personas que formamos en el sector no poseen las capacidades para hacer autocuidado adecuado en la población, sino que tienen una visión muy existencialista. En general, hay una escasa acción interdisciplinaria entre los equipos de salud y, por lo tanto, no todos dominan todos los aspectos de autocuidado: cada uno debiese tener un rol diferente, con base en sus capacidades. Esa interdisciplinaria es clave para poder tener intervenciones adecuadas en este tema.

-La limitada capacidad y orientación a participar y transformarse en actores sociales y comunitarios desde los servicios de salud es un desafío. El personal de salud que trabaja en la comunidad debe ser un actor social, tener un rol de participación en su comunidad. Muchas veces estamos encerrados en el servicio de salud esperando que alguien nos venga a golpear la puerta y como no vienen a la puerta muy seguido, entonces, estamos muy ocupados.

-Formación y desempeño basados en competencias, con perfiles profesionales amplios y flexibles...necesitamos explotar todo el potencial de nuestro personal de salud porque es escaso y se va a poner más escaso. Y si seguimos en silos y en cajitas donde cada uno tiene su rol separado del otro y no somos capaces de integrar equipos interdisciplinarios con perfiles más flexibles y basados en competencias, si no innovamos en ese sentido, vamos a tener mayores dificultades para poder utilizar las ventajas del autocuidado y tantas otras estrategias con la comunidad.

-Los recursos limitados y la alta demanda asistencial, por supuesto, nos vienen a golpear demasiado la puerta y no tengo oportunidad de salir, integrarme con esa comunidad.

-Con relación al rezago con el uso de tecnologías digitales para facilitar la comunicación entre el equipo de salud y la comunidad, nosotros hemos tenido algunas intervenciones, en las cuales tratamos de que, durante el ejercicio del trabajo, el profesional de la salud esté en contacto constante con resto del equipo de salud, con aquellos que están en contacto en comunidad sin tener que apartar tiempo para ir a una reunión o a una visita. Estamos todo el día en contacto en *WhatsApp*, con nuestro círculo familiar, de amistades, de todo, viendo las noticias que pasan en todo el mundo, pero no

podemos tener un contacto a través de esa misma vía con lo que está pasando con nuestra comunidad, nuestro equipo de trabajo, por lo que hay una contradicción en ese sentido que tenemos que trabajar.

-En la sociedad, la capacidad de discriminar entre información falsa, la confianza en las fuentes oficiales de salud, en el tema autocuidado es muy importante. El médico, el equipo de salud me puede estar diciendo algo, pero, pues, yo voy a *Facebook* que me está diciendo algo contrario y, por alguna razón, le creo más a *Facebook* que a los profesionales de salud.

-Con relación a las barreras y limitantes en la participación comunitaria en salud y en la demanda de políticas sociales efectivas, tenemos que incentivar y necesitamos comunidades más involucradas en la búsqueda de su propia salud, pero también en la elección de representantes y en la demanda por política que sea más efectiva para su salud, para solucionar su problema.

-El envejecimiento de la población genera un aumento de la carga de la enfermedad crónica, de manera que aumenta la demanda y la necesidad de profesionales de la salud, además eso, se carece de estrategias innovadoras, sobre todo, en el tema de autocuidado y del autocuidado de los cuidadores de las familias de la comunidad, no solo de la persona dependiente para poder atender esa salud.

-Con relación a un rol creciente del autocuidado informal y el apoyo al tejido social, es preciso mencionar que no solo hay un aumento de la carga, sino también una necesidad mayor de incorporar a la red informal de salud dentro de lo que es el equipo de salud, con el objetivo de ampliar ese alcance y poder, realmente, responder a la necesidad de la población.

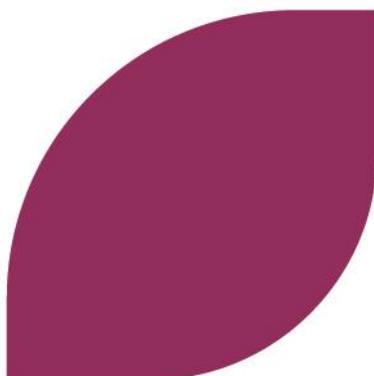
-La crisis climática, crisis migratoria, el escenario económico y el contexto geopolítico incierto en el que estamos hoy, también hace que el acceso tanto a los servicios de salud como de la demanda por servicios de salud sea el cambiante. Así, puede aumentar, en muchos casos, y nos genera un desafío, para el cual el autocuidado puede ser una herramienta muy efectiva para avanzar en eso y la búsqueda de soluciones de salud, de alta tecnología y de especialización por parte de los usuarios. Muchas veces, la persona quiere un escáner, quiere un súper especialista, cuando, en realidad, sería mucho más efectivo lograr soluciones de salud comunitaria y tenemos que ser capaces de promocionarlas.

-Con relación al tema de oportunidades y de experiencias de abordaje, la verdad es que podríamos hablar extensamente acerca de diferentes iniciativas de como el autocuidado es parte esencial de iniciativas de salud pública. Quería destacar, en el fondo, un par de temas, sobre todo, la temática de participación comunitaria lograda durante la respuesta a la COVID-19. Durante la respuesta que se está dando en la comunidad, trabajamos, nosotros en conjunto con el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, IMAS y la Comisión Nacional de Emergencia, en estrategias para involucrar a la población y para el abordaje intersectorial en salud, en el cual hubo mucho interés por parte de las instituciones, IMAS, CNE, IFAM, DINADECO, por desarrollar acciones para la salud comunitaria, que en ese momento era la respuesta a la COVID-19, pero que han ido ampliándose otros temas como salud mental. Había mucho interés de parte de las comunidades y de las personas por participar, por involucrarse en el tema de la salud y, por lo tanto, logramos hacer intervenciones muy interesantes de atención primaria en salud; involucramos a la población, a la acción intersectorial

con los servicios de salud, se crearon equipos interdisciplinarios e intersectoriales con participación de emergencias, IFAM, Caja, DINADECO, OPS en las comunidades y se hicieron procesos de consulta y de participación comunitaria muy fuertes entre instituciones locales y comunidades, los cuales desarrollaron planes de acción en salud en conjunto. Esto es una iniciativa que empezó en el 2020, se escaló en el 2021 y alcanzó 24 comunidades cantonales, con más de 90 talleres de trabajo intersectorial y se desarrollaron planes de trabajo colaborativo entre comunidad e instituciones; y estos planes de acción, principalmente, se basaron en la formación de capacidades comunitarias, o sea, en la formación de multiplicadores, que llevaban acciones de autocuidado y de promoción de la salud dentro de sus comunidades. Así, se tuvo la oportunidad de participar y de apoyar diversas acciones en temas de salud mental comunitaria, en prevención de la violencia intrafamiliar, respuesta a la COVID-19, promoción de la vacunación, etcétera.

-¿Por qué estoy mencionando esto? porque es una iniciativa que trata de institucionalizar e incorporar la acción de autocuidado dentro del diálogo comunitario. Hoy día esta iniciativa la estamos trabajando con las instituciones para ampliarla, para hacerla parte del día a día del quehacer de salud en el país, ya no como una estrategia de respuesta a la COVID-19, sino para aprovechar esa penetración, para poder avanzar en temas de salud universal y atención primaria en Salud, y trabajar en el fortalecimiento de la atención como una participación comunitaria en dos frentes. El primer nivel de atención integral en intersectorialidad de los gobiernos locales, en el marco de la *Estrategia de Atención Primaria en Salud* y, básicamente, significa que los servicios de salud solucionen esos problemas de salud, junto con los equipos prestadores, que participan dentro de una instancia de coordinación intersectorial que hace consulta y se encarga de la participación social, de la participación comunitaria y además de la discusión intersectorial. Debido a esto el equipo de salud que está, muchas veces, encerrado en la consulta, logra involucrarse efectivamente en un diálogo que integra no solo el tema físico puntual de salud, sino que, además, el abordaje de otros problemas que hay en la comunidad, escuchando la comunidad y haciéndola partícipe de eso. Estas son vías que pueden ser plataformas muy interesantes para poder innovar en el tema del autocuidado, al tener una participación de la comunidad significativa.

-Otro tema que quería mencionar como oportunidad es precisamente que estaremos realizando en dos semanas el segundo foro: *Análisis de la situación de los recursos humanos en Salud Política y Planificación de Recursos Humanos en Salud* en Costa Rica. La transformación, la revisión de los modelos de formación y de trabajo, los equipos de salud, es fundamental para poder aprovechar las ventajas del autocuidado. En este foro, lo que pretendemos es discutir las bases para una política y un *Plan Nacional de Recursos Humanos de Salud* que generen una discusión ¿cuál es el ambiente?, ¿qué tipo de recurso humano necesitamos en el futuro para el país?. Además, esta es una oportunidad para revisar precisamente todos esos desafíos de los que hablaba. Hay comisiones de trabajo en formación de personal, de salud, de recursos humanos, en la prestación de servicios y en la regulación y planificación de recursos humanos, que es una oportunidad para tener un diálogo y buscar un plan, una estrategia, un abordaje nacional acerca de ¿cómo podemos tener un recurso humano que realmente sea más efectivo?, para poder lograr esa salud universal y utilizar, por supuesto, las herramientas de autocuidado.



Resúmenes
PONENCIAS
MAGISTRALES

MINERÍA DE ORO EN ABANGARES COSTA RICA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA SALUD AMBIENTAL

GOLD MINING IN ABANGARES COSTA RICA: A PERSPECTIVE FROM ENVIRONMENTAL HEALTH

Chamizo García, Horacio¹ y Jiménez Seas, Mónica²

¹Escuela de Tecnologías en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7442-0671>. Correo: horacio.chamizo@ucr.ac.cr

²Dirección de Gestión de Calidad Ambiental, Ministerio de Ambiente y Energía de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8163-1722>. Correo: monicajimenez14.mjs@gmail.com

RESUMEN

Introducción

En la presente investigación se realizó un estudio diagnóstico desde la perspectiva de la Salud Ambiental. Esta indagación permitió diseñar y validar una estrategia para el control de la exposición y el riesgo asociado con la minería de oro artesanal en pequeña escala (MAPE) en Abangares, Costa Rica. Los principales hallazgos del diagnóstico y las líneas de acción estratégica se presentan como parte de un *Plan Nacional de Acción* que permitirá gestionar los compromisos del país frente al *Convenio de Minamata* y la *Ley n.º9391*.

Metodología

El diagnóstico basal se estructuró a partir de dos procedimientos metodológicos: la *Evaluación de la Capacidad Institucional* y la *Evaluación Rápida de Salud*, siguiendo las recomendaciones propuestas en la *Guía Paso a Paso de la OMS (1)*. Se aplicaron procedimientos cualitativos de análisis de contenido a partir de la revisión documental del marco normativo, de entrevistas a informantes claves, de grupos de discusión y la revisión documental de bases de datos e informes sobre la situación de la MAPE en el país. Asimismo, se incorporaron los datos de las visitas de campo, con listas de chequeo a los lugares de extracción y de procesamiento, así como un cuestionario aplicado a los centros de salud (*Service Availability and Readiness Assessment*) (1).

Conclusiones

Costa Rica dispone tanto de espacios como de instrumentos institucionales de gestión de la salud ambiental y pública apropiados en materia de minería artesanal. A pesar de ello, en la práctica no se enfocan en las exposiciones y riesgos a la salud: se carece de evidencia epidemiológica y no se aborda ni clínica, ni preventivamente a la población. La estrategia de gestión diseñada propone procedimientos para generar conocimiento epidemiológico-

ambiental, así como el desarrollo de capacidades institucionales para el diagnóstico clínico y la atención en salud, la vigilancia epidemiológica y la promoción de la salud.

Palabras clave: riesgo, minería, salud ambiental, promoción de la salud. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction

In the present study, a diagnostic study was carried out from the perspective of Environmental Health. This investigation allowed the design and validation of a strategy for the control of exposures and the risk associated with small-scale artisanal gold mining in Abangares, Costa Rica. The main findings of the diagnosis and the lines of strategic action are presented as part of a *National Action Plan* which will allow managing the country's commitments to *Minamata Convention* and *Law n.º 9391*.

Methodology

The baseline diagnosis was structured based on two methodological procedures: *the Institutional Capacity Assessment and the Rapid Health Assessment*, following the recommendations proposed in the *WHO Step-by-Step Guide (1)*. Qualitative content analysis procedures were applied based on the documentary review of the regulatory framework, interviews with key informants, discussion groups and the documentary review of databases and reports about ASM in the country. Data from field visits were also incorporated, with checklists for extraction and processing sites, as well as a questionnaire applied to health centers (*Service Availability and Readiness Assessment (1)*).

Conclusions

The country has sufficient institutional spaces and instruments for management of environmental health and public health at the national level in terms of artisanal mining, but in practice, they do not focus on exposures and health risks: epidemiological evidence is lacking, and it is not addressed clinically or preventively. The management strategy designed proposes procedures to generate epidemiological-environmental knowledge as well as the development of institutional capacities for clinical diagnosis and health care, epidemiological surveillance, and health promotion.

Keywords: risk, mining, environmental health, health promotion. **Source:** DeCS/MeSH

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Guía paso a paso para desarrollar una estrategia de salud pública para la extracción de oro artesanal y en pequeña escala en el contexto del Convenio de Minamata sobre el Mercurio. Organización Mundial de la Salud. 2021.

PLATAFORMA VIRTUAL EDUCATIVA *PÓNGALE VIDA*: RETOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

VIRTUAL EDUCATIONAL PLATFORM *PÓNGALE VIDA*: CHALLENGES FOR THE PREVENTION OF PREVENTION OF CHILDHOOD OBESITY

González Urrutia, Ana Rocío¹ y Fernández Rojas, Xinia²

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4008-4339>. Correo: rocio.gonzalez@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-9393>. Correo: xinia.fernandezrojas@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

Los resultados del *Primer censo escolar peso-talla Costa Rica 2016 (1)* mostraron una prevalencia del exceso de peso cercana al 34 %. Como consecuencia de lo anterior, se recomendaron las prácticas alimentarias y los estilos de vida saludables en los menores de edad. Además, en el texto *Política para la niñez y la adolescencia de Costa Rica 2009-2021 (2)* se enmarcan, como asuntos de interés público: la promoción de la salud, la educación para la salud, así como los programas de nutrición dirigidos a personas menores de edad. El modelo de prevención de obesidad infantil *Póngale Vida* es una marca registrada de la Universidad de Costa Rica desde el 2014 (3). Este modelo está basado en el modelo ecológico (4) y, con el proyecto de acción social ED-3598, se espera incursionar en la virtualidad. En esta ocasión particular, se trabajó con adolescentes de la Zona Sur, en conjunto con la sede del Sur de la UCR, dado el rezago y la vulnerabilidad de la región (5-6).

Objetivo

El objetivo de este estudio fue diseñar una plataforma educativa virtual para la prevención del sobrepeso en la niñez y la adolescencia, mediante el modelo *Póngale Vida*[®]: prueba piloto en Golfito.

Metodología

En primera instancia se realizó la revisión y el ajuste de los materiales de apoyo a virtualizar. Simultáneamente, se elaboró un diagnóstico virtual para conocer las preferencias de consumo de medios y materiales digitales tanto en docentes como adolescentes de tres colegios técnicos. Actualmente se está en proceso de construcción del espacio virtual y de los materiales.

Resultados

Se contó con 79 respuestas de docentes y 288 de personas menores de edad. Ambas poblaciones utilizaron Internet como principal fuente de información, con preferencia de las redes sociales

Facebook y TikTok. Así mismo, mencionaron los videos, imágenes e infografías como principales materiales preferidos.

Conclusión

Las preferencias de la población indican que la plataforma virtual que se diseñe debe incorporar a las redes sociales. Asimismo, que los materiales educativos deben rediseñarse dando preferencia a videos e imágenes.

Palabras clave: educación nutricional, obesidad infantil, educación virtual, promoción de la salud, dieta saludable. **Fuente:** NLM/MeSH

ABSTRACT

Introduction

The results of *Primer censo escolar peso-talla Costa Rica 2016* (1) showed a prevalence of overweight, close to 34 %; hence was recommended to improve dietary practices and lifestyles. In addition, the text *Política para la niñez y la adolescencia de Costa Rica* (2), highlighted the promotion of health, health education, as well as nutrition programs aimed at underages, as being of public interest. The childhood obesity prevention model: *Póngale Vida*® is a registered trademark of the University of Costa Rica since 2014 (3). It is based on the ecological model (4), and with the ED-3598 project intent to venture into virtuality. On this study, the work was carried out with adolescents from the South Zone and developed in collaboration with *Sede Sur* of the UCR (5-6).

Objective

The aim of this study is to design a virtual educational platform for the prevention of overweight in underage people through *Póngale Vida*® model: *Pilot Test in Golfito*.

Methodology

First, it made the research and the adjustment of virtual support materials. At the same time, it was made the diagnosis of digital media use and preferences, this on three technical colleges, both to teachers and students. Now is in process the building of virtual environment and materials.

Results

There are responses from 79 teachers and from 288 underage people. Both, teachers, and students use the Internet as the main source of information, and they use and prefer the social networks of Facebook and TikTok. As preferred means of receiving content, they mentioned videos, images, and infographics.

Conclusion

The preferences of the population indicate that the virtual platform that is designed must make use of social networks. Also, that educational materials should be redesigned giving preference to videos and images.

Keywords: nutritional education, childhood obesity, virtual education, health promotion, healthy diet. **Source:** NLM/MeSH

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Educación Pública (MEP). Ministerio de Salud (MS), CEN-CINAI, UNICEF. Informe Ejecutivo, Censo escolar peso y talla Costa Rica 2016. Ministerio de Educación Pública. 2017. Consultado: el 7 de septiembre del 2022. 12 p. Disponible en: <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/informe-ejecutivo-censo-escolar-peso-cortofinal.pdf>
2. Rectoría Sector Social y Lucha contra la Pobreza (Gobierno de Costa Rica), Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, UNICEF. Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021. PANI-UNICEF. 2009. Consultado: el 7 de septiembre del 2022 (Costa Rica). Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/2/anexovi.pdf>
3. Salas O. Universidad de Costa Rica. Póngale Vida ahora es marca registrada. Universidad de Costa Rica. 2014. Consultado: el 29 de septiembre del 2021. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2014/03/07/pongale-vida-ahora-es-marca-registrada.html>
4. Jiménez J. Universidad de Costa Rica. ¡El exceso de peso en la niñez sí se puede evitar! Conozca el éxito del modelo “Póngale Vida”. Universidad de Costa Rica. 2021. Consultado: el 26 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2021/08/19/el-exceso-de-peso-en-la-ninez-si-se-puede-evitar-conozca-el-exito-del-modelo-pongale-vida.html>
5. Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (UCR), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). UNDP . Atlas de desarrollo humano cantonal, 2021. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2021. Consultado: el 29 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.undp.org/es/costa-rica/atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2021>
6. Lentini V, Román I. Programa Estado Nación. Brecha digital y desigualdades territoriales afectan acceso a la educación. Programa Estado Nación. 2020. Consultado: el 29 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://estadonacion.or.cr/brecha-digital-y-desigualdades-territoriales-afectan-acceso-a-la-educacion/>

COLABORANDO CON LA SELECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

COLLABORATING WITH THE SELECTION AND USE OF MEDICINES IN SOCIAL SECURITY

Sáenz Campos, Desirée

Departamento de Farmacología y Toxicología Clínica, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5069-1853>. Correo: desiree.saenz@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

El objetivo de este trabajo fue reseñar el proyecto de acción social *Colaboración especializada para la selección de medicamentos y la utilización como farmacoterapia (ED-3559)*, dirigido al fortalecimiento de la gestión técnica que realiza el equipo de Asesoría Terapéutica del Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica de la Dirección de Farmacoepidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Metodología

Se compilaron las actividades sustantivas según el registro del año 2021 y 2022 (al 30 de agosto) agrupadas en dos contextos: 1. Análisis en sesión sincrónica remota con el equipo de trabajo (martes por la mañana); y 2. Análisis individual (asincrónico) para emitir informes específicos de alta complejidad.

Resultados

En el año 2021 se realizaron 44 sesiones, se analizó la solicitud de un medicamento específico para 48 casos, con un total de 119 análisis sobre diferentes medicamentos. Al 30 de agosto de 2022, se realizaron 26 sesiones, se analizó la solicitud individual para 40 casos, con un total de 70 análisis. Destacó la morbilidad oncológica como contexto clínico predominante; ante diagnósticos surtidos destacó el cáncer de próstata, cáncer de mama, mieloma múltiple y diferentes tipos de leucemia. Los medicamentos solicitados fueron variados, se analizó abiraterona, acetaminofén IV, lenalidomida, pembrolizumab, ácido tranexámico y otros. Se atendió solicitud de informe sobre el manejo farmacoterapéutico de la Esclerosis Múltiple, la Osteoporosis y la Psoriasis vulgar.

Conclusiones

Este proyecto contribuye con el desarrollo del vínculo universidad-sociedad al fortalecer la relación interinstitucional con la Seguridad Social y generar un beneficio para las personas usuarias al mejorar el acceso a los medicamentos. De forma directa, ha permitido escalar el

nivel de análisis técnico promoviendo un proceso de toma de decisiones más oportuno con relación a los medicamentos

Palabras clave: tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos, seguridad social, medicina basada en evidencia, evaluación de medicamentos. **Fuente:** DeCS/MeSH.

ABSTRACT

Introduction

The aim of this article is to review the social project *Colaboración especializada para la selección de medicamentos y la utilización como farmacoterapia (ED-3559)*, focused on strengthening the technical management carried out by the therapeutic consulting team of the Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica, Dirección de Farmacoepidemiología, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Methodology

The substantive activities were compiled according to the record for the year 2021 and 2022 (as of August 30) grouped into two contexts: 1. Analysis in remote synchronous session with the work team (Tuesday morning); and 2. Individual analysis (asynchronous) to issue specific highly complex reports.

Results

In the year 2021, 44 sessions were held, the request for a specific medication was analyzed for 48 cases, with a total of 119 analyzes on different medications. As of August 30, 2022, 26 sessions had been finished, the individual request was analyzed for 40 cases, with a total of 70 analyses. Oncological morbidity has been highlighted as the predominant clinical context; before assorted diagnoses highlighted prostate cancer, breast cancer, multiple myeloma, and different types of leukemia. The drugs requested were varied, abiraterone, IV acetaminophen, lenalidomide, pembrolizumab, tranexamic acid and others were analyzed. A request for a report on the pharmacotherapeutic management of Multiple Sclerosis, Osteoporosis and Psoriasis Vulgaris was answered.

Conclusion

This project has contributed to the development of the university-society link by strengthening the inter-institutional relationship with Social Security and generating a benefit for users by improving access to medicines. Directly, it has made it possible to scale up the level of technical analysis, promoting a more efficient decision-making process in relation to medicines.

Keywords: drug therapy, drug utilization, social security, evidence-based medicine, drug evaluation. **Source:** DeCS/MeSH

IDEAS IRRACIONALES MÁS FRECUENTES ASOCIADAS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA DE PACIENTES COSTARRICENSES CON EXCESO DE PESO

MOST FREQUENT IRRATIONAL IDEAS ASSOCIATED WITH INADEQUATE EATING BEHAVIOR OF COSTA RICAN PATIENTS WITH EXCESS WEIGHT

Villalobos Fallas, Glenda

Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/000000027062528X>. Correo: glenda.villalobos@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

El exceso de peso reduce la expectativa de vida y posee un impacto importante en el sufrimiento humano. Aproximadamente el 35 % de los adultos a nivel mundial y más de la mitad de los costarricenses poseen sobrepeso. El objetivo nutricional tradicional en estas personas es disminuir de 5 a 10 % del peso corporal y mantenerlo en el tiempo; objetivo que puede verse afectado por las ideas irracionales que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento dietético.

Metodología

En este estudio 23 adultos, con IMC superior a 25, asistieron por un mes a la consulta nutricional individual en el 2014. Estos fueron divididos en 2 subgrupos: en el primero, se aplicó un grupo focal y, en el segundo, una escala cognitiva *Irrational food beliefs scale* y un *Cuestionario de estímulos asociados a la conducta de comer*. Se analizó la puntuación de la escala y se realizó un análisis de categorías. Dichos análisis demostraron que existen ideas irracionales asociadas a conductas alimentarias inadecuadas.

Resultados

Las conductas alimentarias inadecuadas provenían de las ideas irracionales: “no debería desperdiciar alimentos”, “no debería rechazar ofrecimientos de comida”, “debería ser fácil seguir un plan de alimentación”, “la comida debería ser siempre placentera” y “debería de perder peso”.

Conclusiones

Las ideas irracionales conducían a las personas a un consumo excesivo, debido a pensamientos demandantes principalmente sobre la imposibilidad de dejar sobros en el plato o de rechazar ofrecimientos. Coincidentemente, estudios costarricenses señalaron que mujeres obesas piensan que deben dejar el plato vacío y es prohibido rechazar ofrecimientos de alimentos, por ser una forma de desprecio. Internacionalmente, se evidenció la presencia de estas ideas en personas con sobrepeso, siendo la más predominante la de “debería perder peso”. Estos resultados orientan a que la intervención nutricional en Costa Rica debería incluir reestructuración de estas ideas (reestructuración cognitiva) para aumentar la adherencia al tratamiento dietético.

Palabras clave: dieta, obesidad, conducta alimentaria. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction

Excess body weight reduces life expectancy and has an important impact on human suffering. Approximately 35 % of adults worldwide, and more than half of people in Costa Rica have excess body weight. The traditional nutritional objective in people with excess weight is to reduce body weight by 5 to 10 % and maintain it over time. This objective may be affected by irrational ideas that negatively impact adherence to dietary treatment.

Methodology

In this study, 23 adults with a BMI greater than 25, who attended the individual nutritional consultation for one month in 2014, were divided into 2 subgroups. People in the first group participated in a focus group and participants of the second one completed an *Irrational food beliefs scale* cognitive scale and a *Questionnaire of Stimuli Associated with Eating Behavior*. The scale score was analyzed, and a category analysis was performed. Both analyses demonstrated that irrational ideas were associated with inappropriate eating behaviors.

Results

Inadequate eating behaviors come from irrational ideas: “I should not waste foods”, “I should not refuse the food offered to me”, “It should be easy to follow a meal plan”, “food should always be pleasant”, “I should lose weight”.

Conclusions

Irrational ideas led people to excessive consumption, mainly due to demanding thoughts about the impossibility of leaving leftovers on the plate or rejecting food offers from others. Coincidentally, Costa Rican studies indicated that obese women think they should leave their plates empty, and it is forbidden to refuse offers of food because it may be interpreted as contempt for other people. The presence of these ideas in overweight people is internationally recognized, being the most predominant idea “I should lose weight”. These

results indicate that the nutritional intervention in Costa Rica should include the restructuration of these ideas (cognitive restructuring) to increase adherence to dietary treatment.

Keywords: dietary, obesity, feeding behavior. **Source:** DeCS/MeSH

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles. Organización Mundial de la Salud. 2018. Consultado: el 4 de marzo 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua=1>.
2. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental, and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1659-1724.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008-2013 Action plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Organización Mundial de la Salud. 2009. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf
4. Ellis A, Lange A. ¡Basta ya! Enfréntese con éxito a las presiones de los demás. Grijalbo. 1995.
5. Halford J, Brown T. Cognitive-behavioral therapy as an adjunctive treatment in chronic physical illness. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2018 Ene;15(4):306-317. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003731.41>
6. Villalobos G. Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales (automonitoreo, control de estímulos y debate de ideas irracionales) en un grupo de pacientes con exceso de peso en la consulta nutricional privada de Getsemaní, San Rafael de Heredia [tesis]. [San José]: Universidad de Costa Rica; 2015.
7. Tamayo D, Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2014 May;6(1):91-112. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619>. 48.
8. Reséndiz, A. y Sierra, M. Psicopatología e intervención Cognitivo Conductual del paciente con obesidad. En L. Reynoso, A. Becerra (Coords). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 213-236). México. 2014.

PROMOCIÓN DEL CONSUMO DE FRIJOLES: INTEGRANDO LAS ÁREAS SUSTANTIVAS PARA FAVORECER LA SALUD Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

PROMOTION OF THE CONSUMPTION OF BEANS: INTEGRATING SUBSTANTIVE AREAS TO PROMOTE HEALTH AND FOOD AND NUTRITIONAL SECURITY

Alvarado Molina, Nadia¹, Dumani Echandi, Marcela² y Rodríguez González, Shirley³

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-7474-0138>. Correo: nadia.alvaradomolina@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2403-9631>. Correo: marcela.dumani@ucr.ac.cr

³Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-5407-3710>. Correo: shirley.rodriguez@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

En este estudio se presenta la sistematización del avance del proyecto de acción social *Campaña educativa para promocionar el consumo de frijoles (ED-3467)*, de la Escuela de Nutrición. Este proyecto tiene su razón de ser en la reducción persistente del consumo de frijoles en la población **(1, 2, 3)**. Los frijoles son un alimento de gran importancia en la dieta costarricense, ya que se relacionan con la prevención de distintas enfermedades crónicas. Asimismo, son un alimento asequible, de alto valor nutricional, muy aceptado y parte importante de la cultura alimentaria y agrícola del país.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue generar una estrategia integral para promover el consumo de frijoles en la población costarricense como apoyo a las iniciativas de promoción de la salud y al fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional del país.

Resultados

Si bien la campaña educativa se enmarca como acción social, esta requiere también de procesos de investigación para comprender mejor las dinámicas económicas, sociales, culturales, ambientales, productivas, de consumo, entre otras, que llevan a las personas a realizar las diversas prácticas alrededor de este alimento e identificar las formas y necesidades de comunicación requeridas para el logro del componente educativo. La investigación, a su vez, ha llevado a establecer alianzas interdisciplinarias, así como la

vinculación de estudiantes de grado para optimizar tanto la recolección y el análisis de datos como su proceso de formación en investigación. De igual manera, la diversa y rica experiencia que ha implicado este proceso de profundización del conocimiento alrededor de los frijoles en la Escuela de Nutrición ha permitido enriquecer la docencia de distintas maneras.

Conclusiones

Finalmente, la concatenación de acciones en las tres áreas sustantivas de la Universidad de Costa Rica: acción social, investigación y docencia ha sido fundamental dentro del desarrollo de la estrategia integral para promover el consumo de frijoles en la población costarricense.

Palabras clave: Frijoles, Ciencias de la Nutrición, Comunicación en Salud, Espacio Social y Comida. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction

In this study, is presented the systematization of the preview for the School of Nutrition´ social action project ED-3467 "Educational campaign to promote the consumption of beans". This project has its rationale because of the population's persistent reduction in beans' consumption **(1, 2, 3)**. Beans are a staple food of great importance in the Costa Rican diet due to its relationship with the prevention of various chronic diseases present in the population. Also, beans are affordable, highly nutritional food, widely accepted; and they are part of Costa Rica's food and farming culture.

Objective

The aim of this study is to generate a comprehensive strategy that promotes beans' consumption in the Costa Rican population, as a support to health promotion initiatives and to the strengthening of food security in Costa Rica.

Results

While the educational campaign is framed as social action, it also requires research processes to better understand how the social, environmental, productive, economic, and cultural dynamics of consumption influence the different practices of people surrounding this food; and to identify communicational needs and means required for a successful educational component. Likewise, the research process has led to establishing interdisciplinary partnerships and the involvement of undergrad students to optimize both data collection and analysis and for their research training process. Furthermore, the teaching approach has been enriched due to the Nutrition Faculty diverse and rich experiences involving the deep process of knowledge surrounding beans.

Conclusions

During the development of the comprehensive strategy to promote beans' consumption in the Costa Rican population, it has been crucial to the enchainment of actions in the three core areas of the University of Costa Rica: social action, research, and teaching.

Keywords: Beans, Nutritional Sciences, Health Communication, Food Social Space **Source:** (DeCS/MeSH)

BIBLIOGRAFÍA

1. Agronomía mesoamericana. Artículos (extraordinary). *Agronomía Mesoamericana*. 2004;15(3). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/agromeso/issue/view/1237>
2. The Communication Initiative Network. Campaña educativa para promover el consumo del frijol en una población. 2002. The Communication Initiative Network. Disponible en: <https://www.comminit.com/content/campa%C3%B1a-educativa-para-promover-el-consumo-del-fr%C3%ADjol-en-una-poblaci%C3%B3n>
3. Rodríguez S, Murillo A. Elaboración y validación de mensajes para una "Campaña Educativa para incrementar el consumo de frijoles" en Costa Rica. *Avances en Seguridad Alimentaria y Nutricional*, 2007; 1:21-30. Disponible en: https://www.academia.edu/53025582/Elaboraci%C3%B3n_y_validaci%C3%B3n_de_mensajes_para_una_Campa%C3%B1a_Educativa_para_incrementar_el_consumo_de_frijoles_en_Costa_Rica_Por_Shirley_Rodr%C3%A1guez_Gonz%C3%A1lez_y_Adriana_Murillo_Castro

FORTALECIMIENTO DE LAS HABILIDADES DOCENTES PARA LA INSERCIÓN TRANSVERSAL DEL EJE TRANSVERSAL DE INVESTIGACIÓN EN EL NUEVO PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA DE NUTRICIÓN

STRENGTHENING OF TEACHING SKILLS FOR THE INSERTION OF THE TRANSVERSE AXIS OF RESEARCH IN THE NEW CURRICULUM OF THE NUTRITION FACULTY

Fernández Rojas, Xinia¹ y Martínez Jaikel, Tatiana²

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-9393>. Correo: xinia.fernandezrojas@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1288-7353>. Correo: tatiana.martinez@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción y Objetivo

El proyecto *Fortalecimiento de las habilidades docentes para la inserción del eje transversal de investigación en el nuevo plan de estudios de la Escuela de Nutrición (PD-NU-1064-2020)* buscó fortalecer las habilidades docentes para la inserción del eje integrador de investigación dentro del plan de estudios. Esto con el fin de mejorar las habilidades y destrezas investigativas del estudiantado y la subsecuente finalización de su trabajo final de graduación.

Metodología

Para conseguir este objetivo, se realizaron actividades relacionadas a 4 ejes: 1) capacitación docente y estudiantil; 2) inserción de las temáticas de investigación a lo largo de los cursos del plan de estudios; 3) aumento de la producción académica de la ENU (incluyó la realización de un diagnóstico de barreras y facilitadores para la producción académica, con el fin de plantear estrategias que aumentarían las publicaciones, así como el desarrollo de un especial de una revista académica, con el fin de celebrar el 40 Aniversario de la ENU); 4) mejora del proceso de graduación. A partir del trabajo de este proyecto, se conformó una comisión *ad hoc* que trabajó el proceso de graduación de la ENU y que planteó una propuesta que permitiría disminuir el tiempo de graduación del estudiantado.

Discusión

Entre los retos de este proyecto estuvieron: tener que replantear las actividades y adaptarlas a la virtualidad, lograr la asistencia docente a las capacitaciones, realizar la evaluación de calidad y la pertinencia de los materiales de la caja de herramientas, así como la mediación pedagógica de la misma. Entre las oportunidades estuvieron: en primer lugar, la conformación de una comisión *ad hoc* que pudiera llegar a acuerdos internos acerca del proceso de graduación; en segundo lugar, la realización de un especial de una revista y, en tercer lugar, la coordinación de los procesos de capacitación con otras instancias universitarias.

Palabras clave: investigación, docencia, programas de capacitación. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction and Objective

The project *Strengthening teaching skills for the insertion of the transversal axis of research in the new curriculum of the School of Nutrition* (PD-NU-1064-2020) is a teaching project that aimed to strengthen teaching skills for the insertion of the integrating axis of research in the curriculum. The above to improve the students' skills and abilities in research, which would finally allow the effective completion of their final graduation work.

Methodology

The activities were carried out around 4 thematic axes: 1) teacher and student training; 2) the insertion of the research themes throughout the courses of the study plan; 3) increase in the academic production of the ENU (completion of a diagnosis included of barriers and facilitators for academic production in order to propose strategies that would allow increasing publications and development of a special issue of an academic journal in order to celebrate the 40th Anniversary of the ENU); 4) improvement of the graduation process. Through the project's work, an *ad hoc* committee was formed, this worked on the ENU graduation process and put forward a proposal that would reduce the graduation time of the students.

Discussion

Some challenges of this project were having to rethink the activities and adapt them to virtuality, completing teacher attendance at training, evaluating the quality and relevance of the materials in the toolbox, as well as the pedagogical mediation of them. Finally, some the opportunities were, being able to form an *ad hoc* committee and reach internal agreements about the graduation process, being able to make a special issue of a journal and coordinating a training process with other university departments.

Keywords: research, teaching, education. **Source:** DeCS/MeSH

VIRTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (EVISA): LECCIONES APRENDIDAS

HEALTHY LIFESTYLES PROGRAM (EVISA) VIRTUALIZATION: LEARNED LESSONS

Martínez Jaikel, Tatiana¹ y Murillo Castro, Adriana²

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1288-7353>. Correo: tatiana.martinez@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5328-2457>. Correo: adriana.murillo@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción y Objetivo

El proyecto *Promoción de Estilos de Vida Saludable, la seguridad alimentaria y el empoderamiento psicológico y económico de mujeres del Cantón Central de Alajuela (ED-3477)* es una alianza entre la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, la Asociación Agenda de Mujeres, el Hospital de Alajuela y la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Alajuela. Durante los últimos quince años, estas instituciones han trabajado juntas para implementar el programa EVISA, junto con el apoyo del TCU-542 Educación en Alimentación y Nutrición para la Promoción de la Salud. El objetivo de este programa es promover estilos de vida saludables, la seguridad alimentaria y el empoderamiento psicológico y económico de las mujeres del Cantón Central de Alajuela que participan de los grupos de Estilos de Vida Saludables (EVISA).

Metodología

El programa consiste en sesiones grupales con mujeres, las reuniones se desarrollan alrededor de tres ejes temáticos: alimentación saludable a bajo costo (incluye un taller de cocina saludable), empoderamiento psicológico y desarrollo de un proyecto de vida (empleabilidad y reconocimiento de sus propios sueños y metas en la vida). A su vez, se integra a la familia y la comunidad a través de talleres y tareas. En los años 2020 y 2021, dada la pandemia por el virus SAR-Co2, se virtualizó este proyecto. Los resultados para ambos años indican que las participantes lograron perder o mantener su peso inicial, reducir inseguridad alimentaria, aumentar su empoderamiento psicológico, plantearse metas y sueños propios, así como mejorar sus hábitos de alimentación y de actividad física.

Conclusiones

Algunas lecciones aprendidas son: la importancia de realizar un diagnóstico que permita conocer los conocimientos, apropiada gestión del tiempo y los recursos tecnológicos

disponibles, capacitar a las mujeres en el uso de las herramientas tecnológicas previo a comenzar el proyecto, tener un intercambio continuo con ellas a través de las plataformas utilizadas, desarrollar recursos educativos que se adapten a la modalidad virtual y buscar formas de lograr la interacción con y entre las participantes. Finalmente, cabe mencionar que es importante monitorear constantemente la utilización de los recursos educativos.

Palabras clave: mujeres, estilo de vida saludable, desarrollo de programa. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction and Objective

The project *Promotion of healthy lifestyles, food security and psychological and economic empowerment of women from the Central Canton of Alajuela (ED-3477)* builds on a partnership between the Nutrition Faculty of the University of Costa Rica, association *Agenda de Mujeres*, Alajuela's Hospital, and the Women's Office in Alajuela's Municipality. For the last fifteen years, these organizations have been working together to implement the program EVISA. It has had the support of *TCU-542 Food and Nutrition Education for Health Promotion*.

Methodology

The program consists of group sessions with women, the meetings are developed around three main components: eating healthy at low cost, including how to cook healthy and inexpensively, psychological empowerment, and life project, including employability, recognition of their dreams and goals in life. At the same time, the family and the community participate through workshops and homework. In 2020 and 2021, due to the SAR-Co2 virus pandemic, the project was implemented in a virtual environment. The results for both years indicate that participating women decreased or maintained their initial weight, reduced food insecurity, increased their psychological empowerment, set their own goals and dreams, and improved their eating and physical activity behaviors.

Conclusions

Lessons learned are: the importance of conducting a diagnosis to identify their knowledge, time management, and technological resources of the participants; training the participants, if necessary, in the use of the technological tools before starting the project; having a continuous exchange with women through the platforms used, developing educational resources adapted to the virtual environment and look at ways to interact appropriately with and between the participants, including the regular monitoring of the use of educational resources.

Keywords: women, healthy lifestyle, program development. **Source:** DeCS/MeSH

RELACIÓN DEL POTASIO Y EL FÓSFORO SÉRICO CON EL CONOCIMIENTO NUTRICIONAL Y LA INGESTA DIETÉTICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

RELATIONSHIP OF SERUM POTASSIUM AND PHOSPHORUS WITH NUTRITIONAL KNOWLEDGE AND DIETARY INTAKE IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

Cortés Ortiz, Mónica¹, Esquivel Solís, Viviana², Chinnock, Anne³, Alvarado Barrantes, Ricardo⁴
y Maroto Meneses, Laura⁵

¹Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4179-4391>. Correo: monica.cortesortiz@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6453-4218>. Correo: viviana.esquivel@ucr.ac.cr

³Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1675-7847>. Correo: anne.chinnock@ucr.ac.cr

⁴Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7014-8623>. Correo: ricardo.alvarado@ucr.ac.cr

⁵Departamento de Nefrología, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2738-7335>. Correo: laumarotom@gmail.com

RESUMEN

Introducción

Las alteraciones séricas de potasio y fósforo son frecuentes en personas que viven con enfermedad renal crónica, además, aumentan el riesgo de complicaciones asociadas y la mortalidad (1-4). Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre los niveles séricos de potasio y fósforo, con el conocimiento nutricional específico, para la terapia dialítica y la ingesta dietética en pacientes en diálisis peritoneal.

Metodología

El presente es un estudio transversal analítico realizado con 40 pacientes en diálisis peritoneal en Costa Rica. El conocimiento nutricional se evaluó con un cuestionario de 36 ítems (modificación del *Chronic Kidney Disease Knowledge Assessment Tool for Nutrition*). La ingesta dietética se determinó con dos recordatorios de 24 horas y los parámetros bioquímicos se tomaron del expediente clínico. Las relaciones entre las variables se examinaron mediante un modelo de mínimos cuadrados ponderados y regresiones lineales múltiples.

Resultados

La media del puntaje total del conocimiento nutricional fue $5,54 \pm 1,01$ y el puntaje de fósforo fue significativamente menor del resto de los nutrientes evaluados ($p < 0,05$). La ingesta media de potasio fue $1927 \pm 568,7$ mg/día y la de fósforo $829 \pm 244,0$ mg/día. El potasio sérico presentó una asociación positiva con el nitrógeno ureico en sangre ($\beta = 0,49$; $p = 0,039$). El fósforo sérico se asoció positivamente con el conocimiento nutricional de fósforo ($\beta = 0,39$; $p = 0,023$) y la ingesta dietética de fósforo ($\beta = 0,41$; $p = 0,008$).

Conclusiones

Este estudio atrae la atención al papel del conocimiento nutricional y la ingesta de fósforo debido a su asociación con el nivel de fósforo sérico en el manejo clínico nutricional de personas en terapia de diálisis peritoneal.

Palabras clave: conocimiento nutricional, ingesta dietética, potasio sérico, fósforo sérico, diálisis peritoneal. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction

Serum potassium and phosphorus alterations are common in people living with chronic kidney disease, and they also increase the risk of associated complications and mortality (1-4). This study aimed to analyze the relationship between serum potassium and phosphorus levels with specific nutritional knowledge for dialysis therapy and dietary intake in patients on peritoneal dialysis.

Methodology

The present study is an analytical cross-sectional study conducted with 40 patients on peritoneal dialysis in Costa Rica. Nutritional knowledge was assessed with a 36-item questionnaire (modified *Chronic Kidney Disease Knowledge Assessment Tool for Nutrition*). Dietary intake was determined with two 24-hour recalls, and biochemical parameters were taken from the clinical record. Relationships between variables were examined using a weighted least squares model and multiple linear regressions.

Results

The average score of the total nutritional knowledge score was 5.54 ± 1.01 and the phosphorus score was significantly lower than the rest of the nutrients evaluated ($p < 0.05$). The average score of potassium was 1927 ± 568.7 mg/day and that of phosphorus was 829 ± 244.0 mg/day. Serum potassium was positively associated with blood urea nitrogen ($\beta = 0.49$; $p = 0.039$). Serum phosphorus was positively associated with nutritional knowledge of phosphorus ($\beta = 0.39$, $p = 0.023$) and dietary phosphorus intake ($\beta = 0.41$, $p = 0.008$).

Conclusions

This study draws attention to the role of phosphorus nutritional knowledge and intake due to its association with serum phosphorus level in the clinical nutritional management of people on peritoneal dialysis.

Keywords: nutritional knowledge, dietary intake, serum potassium, serum phosphorus, Peritoneal dialysis. **Source:** DeCS/MeSH

BIBLIOGRAFÍA

1. Kovesdy CP, Matsushita K, Sang Y, Brunskill NJ, Carrero JJ, Chodick G, et al. Serum potassium and adverse outcomes across the range of kidney function: A CKD Prognosis Consortium meta-analysis. *Eur Heart J*. 2018;39(17):1535-1542.
2. Goncalves FA, De Jesus JS, Cordeiro L, Piraciaba MCT, De Araujo LKRP, Steller Wagner Martins C, et al. Hypokalemia and hyperkalemia in patients on peritoneal dialysis: Incidence and associated factors. *Inter Urol Nephrol*. 2020;52(2):393-398.
3. Hou Y, Li X, Sun L, Qu Z, Jiang L, Du Y. Phosphorus and mortality risk in end-stage renal disease: A meta-analysis. *Clin Chim Acta*. 2017;474(71):108-113.
4. Huang N, Li H, Fan L, Zhou Q, Fu D, Guo L, et al. Serum phosphorus and albumin in patients undergoing peritoneal dialysis: Interaction and association with mortality. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:760394.

FORTALECIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES EN SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN DE CECUDIS, ZONAS PRIORITARIAS DE COSTA RICA

STRENGTHENING OF GOOD PRACTICES OF SUSTAINABLE COMSUMPTION AND PRODUCTION IN FOOD SERVICES OF CECUDIS, PRIORITY ZONES IN COSTA RICA

Andrade Pérez, Laura¹, Quirós Blanco, Grettel² y Fernández Rojas, Xinia³

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1022-8610>. Correo: laura.andrade@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-7848-8913>. Correo: grettel.quirós@ucr.ac.cr

³Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-9393>. Correo: xinia.fernandezrojas@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

Existe una correlación entre la calidad de los servicios de alimentación brindados en programas públicos -como los que se ofrecen en los Centros de Cuido y Desarrollo Infantil (CECUDI)- y el estado nutricional y de salud de la población beneficiaria. Estos deben ser medidos a través de indicadores, ya que las acciones de alimentación y nutrición en las instituciones poseen sentido en la medida en que se mida su impacto sobre el nivel de salud de la comunidad **(1)**.

Objetivo

El objetivo de este estudio será desarrollar una herramienta para el fortalecimiento de las buenas prácticas de producción y consumo sostenibles en los CECUDI municipales en Tirrasas de Curridabat y Puerto Cortés de Osa.

Discusión

La sostenibilidad, en estos servicios, es una tarea compleja, requiere voluntad política, compromiso e integración de diferentes actores y recursos **(2)**. Dentro de este concepto, resulta de especial interés la mejora de la gestión de la producción y el consumo sostenibles, los cuales favorecen con el adecuado uso de los recursos y contribuyen con el mantenimiento y mejora del estado nutricional de la población infantil. Lo anterior se realizó a través del

Proyecto ED 3599. Este proyecto contó con un equipo multidisciplinario de docentes de la Escuela de Nutrición y de la Sede del Sur de la Universidad de Costa Rica, así como de actores clave de la comunidad, quienes, a través de talleres virtuales y grupos focales, identificaron las áreas de mejora, tanto en la operación diaria de la producción y consumo de alimentos como en la función reguladora de la municipalidad. Todo esto buscó garantizar los servicios prestados en CECUDI y racionalizar el uso de los recursos.

Conclusiones

Por esta razón se decidió trabajar en la generación de herramientas y procesos de capacitación que contribuyeran con la reducción y prevención de desperdicios de alimentos e insumos requeridos en la preparación de la alimentación, lo cual posee una vinculación específica con los objetivos de la Agenda 2030 (Objetivos de Desarrollo Sostenible), específicamente los ODS 12, 7, 10 y 11 **(3)**, para la construcción de una herramienta digital en el 2023.

Palabras clave: servicios de alimentación, programas sociales, desarrollo sostenible, objetivos de desarrollo sostenible, municipalidades. **Fuente:** DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction

There is an important correlation between the quality of food services provided in public programs, such as those offered in Child Care and Development Centers (CECUDI from Spanish), and the nutritional and health status of the beneficiary population, which must be measured through indicators, since “food and nutrition actions in institutions make sense to the extent that their impact on the health level of the community is measured **(1)**.”

Objective

The objective of this study is to develop a tool for strengthening good practices of sustainable production and consumption in CECUDI’s food services in Tirrases, Curridabat and Puerto Cortés, Osa.

Discussion

Sustainability, in these services, is a complex task, it requires political will, commitment and integration of different actors and resources **(2)**. Within this concept, it is of special interest to improve the management of sustainable production and consumption in such a way that the use of resources can be optimized, and it is possible to contribute to the maintenance and improvement of the nutritional status of the child population. The foregoing is carried out through the *ED 3599 Project*. This project has a multidisciplinary team of teachers from the Nutrition Faculty and the South Branch of the University of Costa Rica, as well as key actors from the community who through virtual workshops and focus groups. They will identify areas for improvement both, in the daily operation of food production and consumption, and

in the regulatory function of the municipality, to guarantee the services provided in CECUDI and rationalize the use of resources.

Conclusions

For these reasons it is decided to work on the generation of tools and training processes that contribute to reducing or avoiding food waste and required inputs in the preparation of food, which has a specific link with the objectives of the 2030 Agenda (Sustainable Development Goals), specifically SDGs 12, 7, 10 and 11 (3).

Keywords: Food services, social programs, sustainable development, sustainable development goals, municipalities. **Source:** DeCS/MeSH

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejada B. Administración de servicios de alimentación: calidad, nutrición, productividad y beneficios. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. 2007.
2. Calvo C. Sustainable Environmental Sanitation from a multi-layered approach: the case of Costa Rica (2005-2015). *Población y Salud en Mesoamérica*. 2005;16(2):1-26. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/psm.v1i1.31108>
3. Intini J, Jacq E, Torres D. Transformar los sistemas alimentarios para alcanzar los ODS. 2030/ Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/es>

PRÁCTICAS Y OBSTÁCULOS PARA LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL EN SERVICIOS DE NUTRICIÓN HOSPITALARIOS

PRACTICES AND OBSTACLES TO ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY IN HOSPITAL NUTRITION SERVICES

Quirós Blanco, Grettel¹, Andrade Pérez, Laura² y Fernández Rojas, Xinia³

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7848-8913>. Correo: grettel.quirós@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1022-8610>. Correo: laura.andrade@ucr.ac.cr

³Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-9393>. Correo: xinia.fernandezrojas@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

Los servicios de alimentación son el brazo operacional del servicio de nutrición. Están orientados a los pacientes y a los colaboradores de un hospital. Estos servicios consolidan la elaboración de las comidas de acuerdo con los criterios establecidos, sin embargo, pueden tener fuerte impacto ambiental y, por tanto, pueden afectar la seguridad alimentaria y la nutrición de estas poblaciones.

Objetivo

Este estudio buscó identificar las buenas prácticas de sostenibilidad ambiental aplicadas en los servicios de nutrición de los hospitales públicos del país, así como los obstáculos que enfrentan para aplicarlas.

Metodología

Este es un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo realizado en 25 hospitales (hospitales nacionales generales, nacionales especializados, regionales y periféricos). Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario digital estructurado y auto administrado a nutricionistas jefes de los servicios de nutrición. Los datos fueron analizados usando estadística descriptiva.

Resultados

Más de la mitad de los servicios de nutrición reportaron buenas prácticas de sostenibilidad dentro del servicio de alimentación, ya que usaban lámparas diferenciadas por área, clasificaban el cartón, utilizaban trampa de grasa y empleaban lámparas de bajo consumo de

energía. Sin embargo, son menores las prácticas con relación a la clasificación de materiales de diverso origen (vidrio, envases, aluminio, orgánicos, no reciclables), pesar, contar o medir residuos orgánicos y desperdicios orgánico. Esto se acentuó aún más en los hospitales regionales y periféricos.

Conclusiones

Los principales obstáculos reportados que dificultan aplicar buenas prácticas de sostenibilidad ambiental fueron, principalmente, que los beneficiarios-usuarios no valoran la sostenibilidad, que la institución no la promueve, por desconocimiento y que no es prioridad actualmente. De esta manera, es necesario fortalecer mecanismos de sensibilización, programas y proyectos que motiven e incorporen requisitos, estrategias operativas, políticas ambientalmente preferibles sin comprometer a las generaciones futuras e iniciando por los niveles de mayor jerarquía de los operadores en los servicios de alimentación y nutrición de los hospitales.

Palabras clave: servicios de alimentación, hospitales. **Fuente:** DeCs/MeSH

ABSTRACT

Introduction

Food services are the operational arm of the nutrition service oriented towards patients and collaborators of a hospital. These services consolidate the preparation of meals according to established criteria. They can have a strong environmental impact, and, therefore, have the potential to affect food security and nutrition for these populations.

Objective

This study aims to identify good environmental sustainability practices applied in the nutrition services of the country's public hospitals and the obstacles they face in applying them.

Methodology

This is a descriptive study of quantitative approach carried out in 25 hospitals (national general, national specialized, regional, and peripheral hospitals). Data were obtained through a structured and self-administered digital questionnaire to chief nutritionists of the nutrition services. The data was analyzed using descriptive statistics. More than half of the nutrition services reported good sustainability practices in the food service by using lamps differentiated by area, classifying cardboard, using grease trap and using energy-efficient lamps. However, the practices of classifying materials of different origin (glass, packaging, aluminum, organic, non-recyclable), weighing, counting, or measuring organic waste and organic waste are lower, being accentuated more in regional and peripheral hospitals.

Conclusion

The main obstacles reported that hinder the application of good environmental sustainability practices were mainly that the beneficiaries-users do not value sustainability, that the institution does not promote it, due to ignorance, and that it is not currently a priority. It is necessary to strengthen awareness-raising mechanisms, programs and projects that motivate and incorporate environmentally preferable requirements, operational strategies, and policies without compromising future generations, starting with the highest levels of operators in the food and nutrition services of hospitals.

Keywords: environmental health, hospitals. **Source:** DeCs/MeSH

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE APORTAR EL MODELO DE 6-HIDROXIDOPAMINA EN EL ESTUDIO DEL DIMORFISMO SEXUAL Y DE LAS ETAPAS PRECLÍNICAS DEL PARKINSON?

WHAT INFORMATION CAN THE 6-HYDROXIDOPAMINE MODEL PROVIDE IN THE STUDY OF SEXUAL DIMORPHISM AND THE PRECLINICAL STAGES OF PARKINSON'S?

De Souza Lima, Raquel¹ y Fornaguera Trías, Jaime²

¹Centro de Investigación de Neurociencias, San José, Costa Rica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4516-6093>. Correo: raquel.desouza@ucr.ac.cr

²Escuela de Medicina, Departamento de Bioquímica, Centro de Investigación de Neurociencias, San José, Costa Rica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8833-8123>. Correo: jaimе.fornaguera@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

El envejecimiento de la población mundial, ha sido un logro fundamental producto de los avances en los sistemas de salud. Costa Rica no ha sido la excepción. No obstante, este envejecimiento trae consigo un aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades asociadas con la edad, como la enfermedad de Parkinson **(1, 2)**. La enfermedad de Parkinson es neurodegenerativa y progresiva, sus síntomas provocan a mediano y largo plazo, discapacidades importantes que comprometen la calidad de vida de las personas que la padecen **(1)**. Adicionalmente, es conocido que la enfermedad de Parkinson afecta en una proporción de 2:1 a hombres más que a mujeres y, sin embargo, existen muy pocas investigaciones que estudien las razones de esta diferencia **(3)**.

Objetivo

Este proyecto pretende, utilizando el modelo animal unilateral de 6-hidroxi-dopamina, aportar evidencia que permita reconocer procesos subyacentes a periodos tempranos de la enfermedad, y comparar además diferentes aspectos tanto conductuales y neuroquímicos, como genéticos, que ayuden a comprender el dimorfismo presentado en esta patología.

Resultados y Discusión

Los resultados preliminares de este estudio permitieron asegurar que las lesiones del sistema dopaminérgico han sido exitosas, de acuerdo con los datos neuroquímicos e

inmunohistoquímicos obtenidos. Los animales presentan reducción de los niveles de dopamina en el neostriado con una reducción concomitante de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia *nigra pars compacta* (**Figura 1**). Además, los datos conductuales, que son esenciales para la interpretación integral del modelo (**4,5**), evidencian despliegues conductuales diferentes en ambos sexos

Conclusiones

El modelo implementado reproduce tanto la pérdida dopaminérgica como los cambios conductuales asociados a ella. Se espera que toda la evidencia generada en este proyecto permita entender mejor la progresión de la enfermedad, el dimorfismo sexual que se presenta y, en un futuro, con esos insumos, quizás, proponer mejores estrategias terapéuticas para mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, biomarcadores tempranos, dimorfismo sexual.
Fuente: DeCS/MeSH

ABSTRACT

Introduction

The aging of the world population is a fundamental achievement resulting from advances in health systems. Costa Rica has not been the exception. However, this aging brings with it an increase in the incidence and prevalence of age-associated diseases such as Parkinson's disease (**1, 2**). Parkinson's disease is a neurodegenerative and progressive disorder whose symptoms cause significant disabilities in the medium and long term that compromise the quality of life of people who suffer from it (**1**). In addition, Parkinson's disease affects men more than women in a 2:1 ratio, yet there is very little research studying the reasons for this difference (**3**).

Objective

This study uses the unilateral animal model of 6-hydroxydopamine of Parkinson's Disease to provide evidence that allows to recognize underlying processes in the early stages of the disease, as well as to compare different behavioral, neurochemical, and genetic aspects that may help to understand the dimorphism that occurs in this pathology.

Results and Discussion

This study allows to ensure that the lesions of the dopaminergic system have been successful, according to the neurochemical and immunohistochemical data obtained. The animals show reduced dopamine levels in the neostriatum and a reduction in dopaminergic neurons in the substantia *nigra pars compacta* (**Figure 1**).

The behavioral data, which is essential for the comprehensive interpretation of the model (**4, 5**), shows different behavioral displays in both sexes.

Conclusion

The implemented model reproduces both the dopaminergic loss and the behavioral changes associated with it. It is expected that all the evidence generated in this project will allow a better understanding of the progression of the disease, the sexual dimorphism that occurs and, in the future, with these inputs, might be propose better therapeutic strategies to improve the quality of life of both: patients and their families.

Keywords: Parkinson's disease, early biomarkers, sexual dimorphism. **Source:** NLM/MeSH

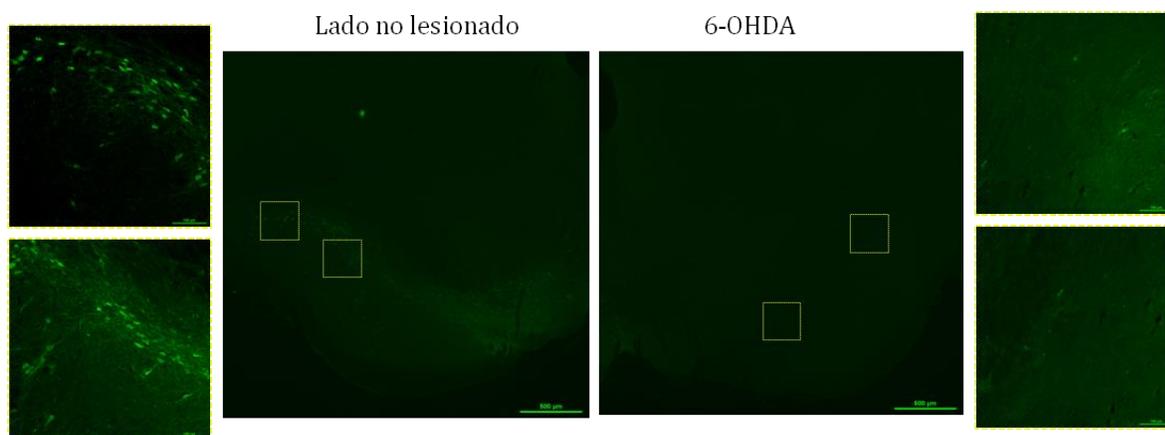


Figura 1. Neuronas dopaminérgicas detectadas con el anticuerpo anti-tirosina hidroxilasa (verde) en el hemisferio no lesionado y lesionado del mismo animal. Imágenes con aumento de 4X y detalles con 20X.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson JP, Biglan KM, Holloway RG, Kieburtz K, et al. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*. 2007 Ene 30;68(5):384–386.
2. Donmez G. Aging and Neurodegeneration. *J Mol Genet Med*. 2013. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/aging-and-neurodegeneration-1747-0862.1000071.php?aid=16863>
3. Gillies GE, Pienaar IS, Vohra S, Qamhawi Z. Sex differences in Parkinson's disease. *Front Neuroendocrinol*. 2014 Ago;35(3):370–384.
4. Deumens R, Blokland A, Prickaerts J. Modeling Parkinson's disease in rats: an evaluation of 6-OHDA lesions of the nigrostriatal pathway. *Exp Neurol*. 2002 Jun;175(2):303–317.
5. HernándezBaltazar D, Závala-Flores LM, Villanueva-Olivo A. El modelo de 6-hidroxidopamina y la fisiopatología parkinsoniana: nuevos hallazgos en un viejo modelo. *Neurología*. 2017 Oct;32(8):533–539.

ACCIONES INNOVADORAS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL (PREANU) EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, PERÍODO 2020-2021

INNOVATIVE ACTIONS OF THE EDUCATION AND NUTRITIONAL CARE PROGRAM (PREANU) IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC PERIOD, 2020-2021

Arriola Aguirre, Raquel¹, Delgado Larios, Emmanuel², Murillo Castro, Adriana³ y Sedo Masis, Patricia⁴

¹Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3629-2653>. Correo: raquel.arriola_a@ucr.ac.cr

²Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2168-2859>. Correo: emmanuel.delgadolarios@ucr.ac.cr

³Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5328-2457>. Correo: adriana.murillo@ucr.ac.cr

⁴Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8879-9635>. Correo: patricia.sedo@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

En este trabajo de investigación se describieron tres actividades de atención nutricional innovadoras seguidas por el *Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU)* de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, con el fin de responder, de forma oportuna, a nuevas necesidades y demandas de diferentes grupos en el contexto de la pandemia COVID-19.

Metodología

El trabajo comprendió la sistematización de la consulta nutricional virtual, un taller intergeneracional virtual y un taller virtual (sincrónico-asincrónico) dirigido a personas adultas y adultas mayores sobre promoción de una alimentación saludable. Dichas actividades se desarrollaron durante el período 2020-2021. Este estudio incluyó una descripción general de las acciones, la población participante y un análisis general de los resultados obtenidos y nuevos retos, con más de 1800 personas participantes, 49 400 consultas nutricionales y 49 cursos y talleres registrados. La migración de un trabajo eminentemente presencial a nuevas formas de trabajo y contextos en el 2020 representó,

para el equipo docente y estudiantil, mayor investigación, priorización de temas y cambios en el abordaje según las necesidades identificadas, así como el uso de nuevas tecnologías de comunicación e información.

Conclusiones

Como resultados positivos se obtuvo la incursión en nuevos escenarios, mayor cobertura geográfica y variedad de acciones educativas con los recursos disponibles. Asimismo, las nuevas estrategias educativas adaptadas a la modalidad virtual sobresalen de manera positiva para la atención de diferentes grupos según edad, condición de salud o intereses de aprendizaje en el campo de alimentación y nutrición. Como principales limitaciones figuran las brechas tecnológicas y la imposibilidad de trabajo con ciertos grupos prioritarios debido a su situación nutricional, ubicados en lugares geográficamente distantes o sin acceso a recursos tecnológicos ni Internet, y el reto de estimular el aprendizaje práctico en temas de alimentación y nutrición en el contexto de la virtualidad.

Palabras clave: nutrición, educación alimentaria y nutricional. **Fuente:** DeCs/MeSH

ABSTRACT

Introduction

In this research three innovative nutritional care activities are described, followed by the *University Nutrition Education and Care Program* of the Nutrition Faculty of the University of Costa Rica, to respond in a timely manner to new needs and demands of different groups in the context of the COVID-19 pandemic.

Methodology

The work includes the systematization of the virtual nutritional consultation, a virtual intergenerational workshop, and a virtual workshop (synchronous-asynchronous) aimed for adults in family menu planning. These activities were carried out during the 2020-2021 period. This study includes a general description of the actions, the participating population and a general analysis of the results obtained and new challenges. The migration of an eminently face-to-face work to new forms of work and contexts in 2020 represented for the teaching and student team greater research, prioritization of topics and change in the approach according to the identified needs, as well as the use of new communication technologies and information.

Conclusion

As positive results are the incursion into new scenarios, greater geographical coverage and variety of educational actions with the available resources. Likewise, the new educational strategies adapted to the virtual modality stand out for the care of different groups according to age, health condition or learning interests in the field of food and nutrition in the context of a pandemic. The main limitations include technological gaps and the impossibility of

working with certain priority groups due to their nutritional situation, located in geographically distant places or without access to technological resources or the Internet, and the challenge of stimulating practical learning on food and nutrition issues. in the context of the virtuality of actions.

Keywords: nutrition, nutritional care, nutritional education. **Source:** MeSH

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado E, Sedó P, Arriola R, Murillo A. Re-pensar y actuar: Experiencia del Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU) de la Universidad de Costa Rica en el contexto de crisis por COVID-19, período 2020-2021. Cuadernos De Extensión Universitaria de la UNLPam. 2022; 6(1):51-72.
2. Miguel JA. La educación superior en tiempos de pandemia: una visión desde dentro del proceso formativo. Rev Lat de Estudios Educativos. 2020; 50:13-40. Disponible en: <https://doi.org/10.48102/rlee.2020.50.ESPECIAL.95>
3. FAO/CEPAL. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: ¿cómo incrementar la resiliencia? Boletín FAO/CEPAL. 2020. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca8872es/CA8872ES.pdf>
4. Vizoso C. La educación para la salud como recurso para afrontar la COVID-19. Contextos Educativos. Revista de Educación. 2021;28(2021):291-305. Disponible en: <https://doi.org/10.18172/con.4830>

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA E INCERTIDUMBRE EN PERSONAS ADULTAS SOMETIDAS A DIÁLISIS PERITONEAL EN COSTA RICA

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THERAPEUTIC ADHERENCE AND UNCERTAINTY IN ADULT PEOPLE UNDERGOING PERITONEAL DIALYSIS IN COSTA RICA

Martínez Gómez, Dorothy Mayel¹, Montero Céspedes, Joseline², Obando Retana, Noelia³ y Vílchez Barboza, Vivian⁴

¹Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7187-3584>. Correo: doroty.martinez@ucr.ac.cr

²Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3388-3375>. Correo: joseline.monetro@ucr.ac.cr

³Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4367-3742>. Correo: noelia.obando@ucr.ac.cr

⁴Centro de Investigación en Cuidado de Enfermería y Salud (CICES), Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0778-5800>. Correo: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

RESUMEN

Introducción

La adherencia terapéutica es el comportamiento respecto al tratamiento farmacológico, alimentación y modo de vida. Ahora bien, esta puede ser influenciada por la incertidumbre, la cual se da cuando las personas no cuentan con las herramientas para determinar los estímulos relacionados con su enfermedad.

El objetivo general de este estudio fue analizar la relación entre adherencia terapéutica e incertidumbre en personas adultas con enfermedad renal crónica sometidas a diálisis peritoneal en Costa Rica.

Metodología

El presente es un estudio correlacional. Se realizó un muestreo por conveniencia: personas entre 25 y 64 años, residentes en Costa Rica, que estuvieran recibiendo diálisis peritoneal y farmacoterapia por más de un mes. Se ejecutó la aplicación de un cuestionario por teléfono o autoadministrado vía *WhatsApp*, sobre aspectos sociodemográficos, factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal, se aplicó el *Test Morisky-Green* y la *Escala de*

incertidumbre de Mishel del paciente tratado con hemodiálisis. Este estudio cumplió con los requerimientos de la ética médica establecidos en Costa Rica.

Resultados

En este estudio participaron 51 personas: la edad promedio fue de 49 años y predominó el sexo masculino (70,06 %). Se encontró que la mayoría (92,2 %) tenía un nivel alto de presencia de factores relacionados con la adherencia terapéutica. Seguidamente, un 51 % presentó un nivel medio y el 43,1 % un alto nivel de adherencia farmacológica. Predominó un mediano nivel (33 %) y alto nivel (45 %) de incertidumbre. Se determinó una correlación negativa altamente significativa entre la incertidumbre y el nivel de presencia de factores asociados a la adherencia terapéutica ($r=-.634$, $p=<.001$).

Conclusiones

Se evidenció que las personas que tienen un mayor nivel de incertidumbre presentan un menor nivel de presencia de factores asociados a la adherencia terapéutica, lo cual implica que aspectos propios de la incertidumbre como la ambigüedad y complejidad influyen en las conductas adherentes de las personas.

Palabras clave: cumplimiento y adherencia al tratamiento, incertidumbre, insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal, atención de enfermería. **Fuente:** DeCS

ABSTRACT

Introduction

Therapeutic adherence is understood as the behavior of a person regarding their pharmacological treatment, diet, and lifestyle. Uncertainty can influence it when people do not have the resources to determine stimuli related to their illness.

Objective

The aim of this study was to analyze the relationship between therapeutic adherence and uncertainty levels in adult people with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis in Costa Rica.

Methodology

This research consists in a correlational study. A convenience sampling was carried out; adults between the ages of 25 and 64, residents of Costa Rica, receiving peritoneal dialysis and corresponding pharmacotherapy for more than one month. A questionnaire was applied via WhatsApp or by phone related to sociodemographic aspects, factors associated with adherence to renal replacement adherence, *Morisky-Green Test* and *Mishel's Uncertainty Scale* in patients treated with hemodialysis. The study complies with the ethical requirements of Costa Rican regulations.

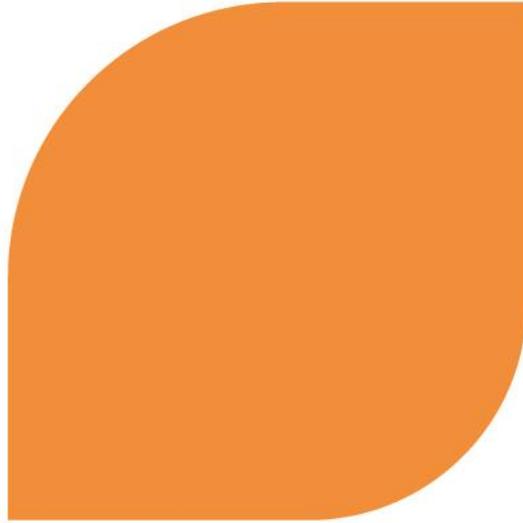
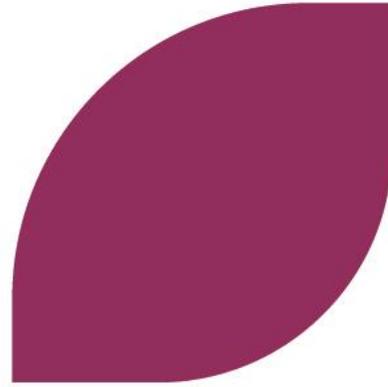
Results

In this study, 51 people participated, the average age was 49 years old, and male sex predominated (70.06 %). It was found that the majority (92.2 %) of participants have a high level of presence of factors related with therapeutic adherence. Additionally, 51 % present a medium level and 43.1 % a high level of pharmacology adherence. A medium (33 %) and a high level of uncertainty prevailed (45 %). In addition, a highly significant negative correlation was determined between uncertainty and the level of presence of factors related to therapeutic adherence ($r=-.634$, $p<.001$).

Conclusion

People who have a higher uncertainty level experience lower levels of presence of factors associated with therapeutic adherence. It means that some aspects of uncertainty, such as ambiguity and complexity, affect the adherence behavior of this population.

Keywords: treatment adherence and compliance, uncertainty, renal insufficiency chronic, peritoneal dialysis, nursing care. **Source:** DeCS



Conversatorio COSTA RICA: POLÍTICAS **PÚBLICAS EN SALUD**

CONVERSATORIO: COSTA RICA: POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Expositora 1: Dra. Andrea Garita Castro, directora de la Dirección de Planificación, Ministerio de Salud

Expositor 2: Dr. Jorge Jiménez Brizuela, subárea de Administración de Campos Clínicos, Internado y Posgrado, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), Caja Costarricense de Seguro Social

Expositor 3: Dr. Kenneth Rojas Calderón, director general de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Seguros

Moderador: Dr. Fernando Morales Martínez, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica

Dra. Andrea Garita Castro, directora de la Dirección de Planificación, Ministerio de Salud

-Buenos días, soy la directora de planificación del Ministerio de Salud y, en nombre de la doctora Jocelyn, ministra de Salud, quiero externar que todos estamos muy complacidos de que se invite al Ministerio de Salud a participar en estos espacios de discusión y análisis. Agradecemos también, el hecho de que se nos permita comunicar e informar a la población académica y no académica acerca de las iniciativas impulsadas desde el Ministerio de Salud. En este sentido, para nosotros es un gusto comentarles los avances que tenemos hasta el día de hoy en la generación, o bien la formulación de la Política Nacional de Salud para el próximo período 2023-2030. Ahora bien, es importante contextualizar qué es una política, o al menos divulgar qué conceptualizamos nosotros, desde el Ministerio de Salud.

-Hay múltiples conceptos acerca de lo que es una política. Sé que algunos de ustedes han podido revisar muchos autores. Sin embargo, desde el Ministerio de Salud, al igual que desde las demás instituciones públicas, es importante que nos alineemos con las directrices, los lineamientos, las normativas y los conceptos que establece MIDEPLAN (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica) en materia de planificación. Uno de los conceptos más importantes que nosotros empleamos es que la política es un curso o línea de acción definida para orientar, transformar o alcanzar un fin, que es expresada a través de directrices, lineamientos, objetivos estratégicos y acciones sobre un tema de interés público.

-De esta manera, debe quedar muy claro, cuando establecemos, sobre todo en políticas en salud, el contexto en el que estamos actualmente y visualizarnos a futuro, es decir: ¿cómo podríamos nosotros mejorar esa problemática de salud y cómo nos vemos en el futuro en materia de salud? Dicho de otra manera, esto es la voluntad política traducida en decisiones y apoyo en recursos humanos, recursos técnicos, tecnológicos, financieros, que son los que necesitamos para poder avanzar en la implementación de la política. Además de acuerdos y compromisos nacionales e internacionales. Asimismo, hay otras conceptualizaciones que para nosotros son fundamentales también, por ejemplo, lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta definición integra algunos elementos que son fundamentales para nosotros, por ejemplo, el hecho de que mencionen que a las políticas públicas les concierne solventar o aminorar los problemas que se presentan en una

sociedad y que los individuos por sí solos no podrían superar. Además, menciona que su formulación contiene parámetros teóricos de acción para la búsqueda de soluciones a los problemas y a las demandas planteadas. De esta manera, este concepto abarca todo aquello que pretendemos alcanzar -desde el Ministerio de Salud- con una política y, en este caso particular, con una política de salud: poder abordar un problema de salud identificado, en un momento específico, a través de un proceso diagnóstico de bases científicas. Lo anterior permite definir asuntos críticos que permitan analizar de qué forma solucionamos este problema, de qué forma podemos abordar este asunto crítico en conjunto con los diferentes actores sociales y a través de un lineamiento de política que pueda orientar tanto al país como a los actores sociales. Y esto nos permite, además, maximizar y orientar los recursos, orientar iniciativas, los esfuerzos de los diferentes actores sociales y generar un mayor impacto en este problema de salud.

-La construcción de las políticas públicas en salud es un proceso sumamente complejo y no solo se considera el aspecto teórico, sino también un abordaje desde los determinantes de la salud. En este sentido, sabemos que la interacción de todos los actores sociales, de una u otra forma, de acuerdo a sus competencias, va a generar un impacto, ya sea positivo o negativo en el estado de salud de la población. Por lo anterior, es relevante conceptualizar todo lo que llamamos *sistema de producción social de la salud*, donde hay una serie de actores sociales de todos los sectores y que, a veces, cuando desarrollamos estos procesos de formulación de políticas o de planes en salud, nos corresponde como Ministerio de Salud, como ente rector, orientar al actor para que visualice cuál es su competencia.

-Nos ha sucedido que, tal vez, el sector económico o, incluso, el mismo sector ambiental, nos dice: “-bueno, miren, yo no me visualizo”, y nos corresponde a nosotros, a través de todo un análisis, demostrar de qué manera, desde las competencias que tiene su institución, podría ayudarnos a contribuir a mejorar ese problema de salud. Estos son trabajos que se hacen bajo el enfoque de intersectorialidad y son altamente participativos.

-En este momento eso es lo que estamos promoviendo para la política nacional de salud, por lo que es un proceso complejo; es algo que sabemos que se le tiene que dar continuidad. El proceso es muy complejo debido a que deben existir acuerdos, posteriormente, un plan para implementar esa política, metas, indicadores y recursos. Al Ministerio de Salud nos corresponde, como rectores en la materia, realizar esa movilización de los actores sociales para que, una vez generada la política y su plan de implementación, estos puedan permearlo dentro de sus procesos de planificación institucional y sus planes operativos anuales. De otra manera, si esos compromisos -que adquirieron a través de un esfuerzo enorme que se hizo desde el nivel intersectorial y conducido por el Ministerio de Salud- no se incorporan dentro de la planificación operativa institucional difícilmente se puedan desarrollar.

-Para el Ministerio de Salud es importante recordar el rol que tenemos, primero, es una institución que busca garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, a través de la estrategia maestra de avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, porque sabemos, y se ha demostrado, que las acciones que nosotros desarrollamos en promoción de la salud tienen un impacto aún mayor, que las que se dan a nivel de la atención, y que podemos lograr más previniendo y promocionando la salud que desde los servicios de atención. Por supuesto, que desde la atención se contribuye bastante a la reducción de la mortalidad, a la atención oportuna, al

acceso oportuno de los servicios y, además, se posiciona esta última, como valor social. Es preciso recordar también que, de conformidad con la Ley General de Salud, la salud de la población es un bien de interés público tutelada por el Estado y que le corresponde precisamente al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, o sea, es una competencia exclusiva del Ministerio de Salud. Es una responsabilidad que nosotros no podemos obviar y que, por diferentes razones: momentos políticos que se han dado, pues, a veces, no se generan o no se ajustan oportunamente. Nosotros, cada vez que hay cambios en las autoridades, hacemos ese importante recordatorio.

-La Ley Orgánica nos encomienda, además, elaborar, aprobar y asesorar la planificación que concrete la política nacional de salud, así como también evaluar y supervisar su cumplimiento.

-Me permito mencionarles lo que tenemos de avance con relación a la Política Nacional de Salud. Primero, quisiera aclarar que este es un proceso en construcción y la próxima semana tenemos el primer taller con actores sociales, adicionalmente, tenemos otros programados durante este año. Entonces, lo que van a ver es algo que puede cambiar de acuerdo con los procesos de consulta para la formulación de esta política nacional de salud que tenemos.

-Período 2022- 2030: en realidad, va a salir en el año 23, hemos tomado como insumos: el análisis de situación de salud, los resultados del proceso evaluación de las funciones esenciales en salud pública, un proceso desarrollado durante este año y el año anterior que proporcionó información relevante sobre las brechas generadas dentro de la implementación de estas funciones esenciales en salud pública y donde participaron más de 300 actores sociales, así como diagnósticos específicos, hallazgos de otros procesos de evaluación de investigaciones y compromisos que tenemos también a nivel internacional.

-Hemos definido como principios orientadores de esta política: el principio de igualdad, de equidad, solidaridad, calidad, cohesión social, interculturalidad, diversidad, participación social, universalidad, desarrollo humano sostenible, curso de vida, el enfoque de género, concepción, promoción de la salud y derechos humanos. Hemos definido hasta el momento cinco ejes, repito, esto está en construcción. El primero se relaciona con la vigilancia de la salud, la investigación y el acceso a información; el segundo a la rectoría de la promoción social de la salud; el tercero el acceso a la cobertura universal a los servicios de salud; el cuarto a la promoción de la salud humana y la salud ambiental y, el quinto, a la mitigación y la adaptación al cambio climático.

-El instrumento que nosotros desarrollamos para la implementación de la política es el Plan Nacional de Salud. En ese sentido, son procesos que estamos llevando de la mano, el de evaluación de funciones esenciales en salud pública, que estamos culminando esto como insumo para la generación de la política nacional de salud y se estará trabajando en el Plan Nacional de Salud a finales de este año y principios del otro, para luego, nosotros a lo interno de nuestra institución, poder incorporar esos compromisos en la programación operativa institucional.

-En cuanto a los desafíos... existen muchos, por ejemplo, la forma y la metodología de planificación. En este sentido, queremos avanzar hacia una metodología de planificación prospectiva, en donde podamos poder analizar y plantear una serie de escenarios que nos permitan poder anticiparnos y establecer los riesgos y administrarlos y que no nos suceda como lo que nos sucedió ahora con la pandemia... que nos cambió todo el panorama. Para efectos de planificación fue muy difícil -nada más

una reflexión-. Es innegable que la pandemia causada por la enfermedad COVID-19 nos impone una nueva realidad y, para la generación de políticas de salud, es importantísimo estar actualizado. Sabemos que hay un antes y un después de la pandemia.

-No podemos pretender desarrollar una política pública en salud en este momento, es decir, tomando información de antes del 2020. El contexto en salud ha cambiado muchísimo: hemos tenido que hacer un esfuerzo enorme para poder, no solamente retomar aquellas enfermedades, patologías o problemas de salud que se nos quedaron rezagados producto de la pandemia, sino también enfrentarnos a esta nueva realidad que tenemos como país y, en nuestro perfil epidemiológico, que nos obliga como Ministerio de Salud a poder establecer una política pública en salud. Primero, fortalecer ese trabajo y articularlo con los actores sociales para poder avanzar en la implementación de las diferentes acciones que nosotros podamos definir de manera conjunta, pero también que realmente tengamos un impacto, que realmente podamos definir acciones que incidan sobre los problemas que, en el contexto actual, está afectando o está influyendo en la salud de la población.

Dr. Jorge Jiménez Brizuela, subárea de Administración de Campos Clínicos, Internado y Posgrado, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social

-En nombre de la doctora Martha Esquivel, presidenta ejecutiva y el doctor Roberto Cervantes, les extiendo un agradecimiento por la invitación. Desde que recibimos la invitación nosotros tratamos de estructurar la charla que les voy a dar. Como representantes de la CCSS nos enfocaremos en temas de investigación, docencia y acción social, que, prácticamente, son el pan de cada día.

[Se proyecta una imagen en el fondo]

-En esa imagen que les proyecto del lado izquierda de la pantalla y con objetivos, en realidad, bastante sólidos y bien estructurados, el doctor Morales nos dijo: “-quiero que ustedes hablen de la Caja y de sus desafíos”.

-Nada está escrito en piedra y todo está sujeto a mejoras y son situaciones que se nos presentan a nosotros en la Caja y que debemos, mediante la articulación y políticas públicas, irlo solventando.

-La Caja Costarricense de Seguro Social se creó en los años 40, durante la gestión del doctor Rafael Ángel Calderón Guardia como presidente. Se fundó inicialmente como institución semiautónoma. Posteriormente, se implementó una pequeña reforma en 1943, cuando ya era una institución como tal, autónoma, independiente, con sus funciones establecidas desde la misma Constitución Política, encargada de la prestación de servicios de salud y pensiones para toda la población dentro de su misión y visión. Podemos ver que nosotros, estamos obligados a la prestación del servicio de salud, pero con una gran diversidad de aristas que nos van a seguir obligando a la diversidad dentro del sistema de salud. Me enfocaré, nuevamente, en el quinto punto de la misión, que habla de capacitación continua y motivación de funcionarios. Nosotros tenemos, como prestadores de los servicios de salud, estar a la vanguardia: estarnos actualizando, estar innovando dentro de nuestros procesos y nuestra especialización, para garantizar una prestación del servicio idónea a toda la población y, también, enfocarnos en los temas de investigación e innovación, que también se estipulan dentro de la misión de la Caja Costarricense de Seguro Social.

-Como decía la doctora Garita, nosotros tenemos todas las facilidades digitales: ingresamos a Google y buscamos la definición de *política pública* y nos van a salir bastantes resultados, pero todas, en el fondo, terminan diciendo lo mismo y, a través del tiempo, no cambia. Por eso, estas dos como referencia.

[señala las definiciones]

-Podemos afirmar que una política pública es una acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma -en el contexto de estas instituciones públicas, donde vamos a realizar cambios a lo interno pero de impacto a la población general-. En este sentido, esta es una manera teórica y muy pertinente a la hora de graficar: ¿desde dónde empieza a surgir una política pública?, ¿en dónde tenemos una situación inicial?, ¿dónde, nosotros, mediante la información actualizada que tenemos o producto de investigaciones realizadas, detectamos que hay una necesidad de cambio, una necesidad por solventar o prácticamente un problema que nos surge? Problema al cual nosotros comúnmente le decimos incendio forestal... tenemos que salir a apagar esa situación y, mediante las diferentes gestiones a todo nivel intersectorial e interinstitucional, trabajamos en conjunto para la emisión de políticas, planes, programas o proyectos, para poder llegar a una situación objetivo paliar esta situación actual, esa necesidad o problema.

-Entonces: ¿qué estamos haciendo? Generando innovación en nuestros procesos, ya para ponerle un 'apellido' -como decía también la doctora Garita-. Una política pública en salud es el conjunto de directrices emanadas de uno o varios actores sociales que se imponen de forma específica en la práctica del colectivo, con carácter de norma y que directa o indirectamente afectan la salud de manera favorable o desfavorable. En un tema tan importante como lo es la salud, uno de los derechos fundamentales e inviolables, hay que considerar también que la inacción es una acción en temas de salud, por lo que tenemos que actuar sí o sí, para poder resolver todas las situaciones que se nos vayan a presentar. Ahora bien, con relación a la emisión de políticas -ya como para finalizar la parte teórica y lo que hemos podido realizar- es importante tener presente, lo que he definido como los diez mandamientos o graves pecados en la formulación de políticas públicas en salud.

-Les mencionaba que tenemos que visualizar la situación actual, ese problema o necesidad tenemos que conocer bien, en este sentido: ¿cuáles son los factores que motivan a que se propicie esta situación? Entonces, si nosotros no lo conocemos bien o no tenemos una situación actual y nada más queremos emitir normas para algo que no existe, entonces ya vamos mal, porque no responde a una prioridad precisa o evidente donde tengamos una voluntad política mínima o inexistente. Claramente, el apoyo de todo sistema requiere de una articulación desde el Poder Ejecutivo, desde las partes más operativas y estratégicas. Asimismo, las instituciones, para poder llegar a buen puerto -en este caso, una política- deben contar con un impacto social, porque aunque nosotros sepamos cuál es la situación actual que se busca solventar, si no existe impacto a nivel social. Lo anterior quiere decir, si esto no está en boga, probablemente, va a tener también alguna limitante a la hora de ser emitido como política, por cuestiones de imprecisión a la hora de planificar.

-Lo dice penalización, porque si nosotros emitimos una norma en la que no tenemos tan claros los derechos y los deberes de todos los actores, pues prácticamente que es una norma voluntaria y, si lo es, la cumplo bien y sino también. Entonces, es importante visualizar todo ese tema... que no existen

incentivos para el desarrollo de formulación de políticas, existe insuficiencia de recursos para implantarla y, aún más, darle seguimiento no es solo emitirla, sino poder darle seguimiento.

-Yo también formo parte del Consejo Nacional de Investigaciones en Salud y tenemos una excelente ley de investigación biomédica. No obstante, algunas veces, por falta de recursos, tenemos algunas limitantes y, por ende, no llegamos a cumplir las funciones ya encomendadas a nosotros por la ley, por la falta de evaluación de impacto.

-Puedo tener una muy buena política pública, la implementamos, pero no hacemos una retroalimentación de qué es lo que yo quería empezar a regular o normar. Entonces, si no le damos seguimiento también a ese impacto o cambio de la situación objetivo que estábamos planteando, pues, entonces, nada hicimos.

-Me voy a enfocar en dos puntos álgidos de la Caja y que salen todos los días en los noticieros o en los medios de comunicación. El primero, es la docencia. En este sentido, nosotros en el CENDEISSS estamos a cargo de la gestión de todos los convenios con las universidades públicas y privadas de formación de especialistas: médicos, odontólogos, psicólogos y parte de pregrado y grado. Es muy común, cuando uno observa los noticieros, ver que le hacen una entrevista a ciertos actores de salud relevantes, por ejemplo, al doctor Juan Carlos Esquivel en Seminario Universidad, a quien entrevistaron acerca del tema de formación de especialistas; o bien, al doctor Álvaro Ramos, ex presidente de la Caja Costarricense de Seguro Social, acompañado del gerente médico de la Asamblea Legislativa, ambos se refirieron a la pregunta: ¿qué es lo que pasa con la fuga de especialistas? En este sentido, esto no es solo un tema de formación, sino que ya los que tenemos formados se nos van de la institución y esto, indirectamente, causa un aumento en las listas de espera; ya hay, entonces, un problema interno. La institución ya se transforma en un problema del país, porque ya no estamos logrando cubrir, en el tiempo idóneo, la obligación que tenemos encomendada a nosotros, que es la de la prestación de servicios de salud. Entonces, ya estamos afectando al sector de salud porque ¿qué pasa? empieza a llegar un recurso, otro recurso, otro, otro, y otro recurso de amparo para saltarse las listas de espera y nosotros y las autoridades ¿qué tenemos que hacer?, pues, empezar a evidenciar cuál es la situación actual. Este problema es la zona "lista de espera", es la falta de especialistas. Entonces, entre menos especialistas, mayor lista de espera y ¿qué podemos detectar nosotros a lo interno de la Caja? tenemos un *pool* de plazas de formación de médicos residentes finito y con una ocupación al máximo. Tenemos 935 plazas y todas ocupadas, con una formación prácticamente reservada al Gran Área Metropolitana (GAM) y es muy difícil ver alguna residencia que tenga rotaciones fuera de la GAM y en las notas periodísticas que les enseñé, ahí hablaban de otros factores que se han visualizado como causa de la fuga de especialistas de la Caja, entre ellos, salarios no competitivos, inflexibilidad de horarios, carencia de incentivos y saturación de trabajo.

-Todos estos aspectos no solo ocurren con especialistas, sino también con los residentes. En este sentido, como producto de un acuerdo de huelga, en el 2010 se estableció un fondo de garantía de retribución social, en el cual, si el residente cumple con su formación, debe trabajar tantos años para la Caja. Ese monto temporal tiende a ser un ahorro que va generando el residente durante toda su formación. Así, si cumple, le devolvemos el dinero, pero si no cumple, ese dinero pasa a estar a favor de la Caja. Entonces, tenemos, por un lado, una gran inversión para tener a ese recurso especializado y, por otro, una garantía relativamente pequeña que nos pone en una balanza el riesgo-beneficio de perderlo, porque la garantía se puede recuperar muy fácil.

-Otro tema digno de ser mencionado es una ley de Costa Rica, el servicio social obligatorio, creado en el 2018. Los residentes que ya terminan están obligados a hacer un año de servicio social y, generalmente, son lugares de difícil contratación y no exclusivos de la intervención de la Caja Costarricense de Seguro Social, sino que el Instituto Nacional de Seguros pone plazas y el Poder Judicial ha puesto plazas; así, si tienen la plaza y la posibilidad de recibir un nuevo especialista, pues este está en condiciones de concursar por una de esas plazas. ¿Qué decisiones tomamos nosotros dentro de la Caja? Bueno, fortalecer ese *pool* de plazas que tenemos nosotros. Ya lo estamos trabajando en coordinación con la presidencia ejecutiva, gerencia general y gerencia médica, para no quedarnos solo con las 975, sino poder reforzar la cantidad de plazas que tenemos. Entonces, ya estamos actuando, ya estamos generando una acción institucional para impactar, a futuro, a la población, explotar la capacidad instalada. Aquí no voy a mencionar solo a la caja, sino a todo el sistema que debemos tener con el Ministerio de Salud, con el INS, con el Poder Judicial para que también habiliten la capacidad de liberar las rotaciones que hay dentro de la institución y que se puedan hacer rotaciones de manera adecuada. Por ejemplo, un Hospital del Trauma para residentes de ortopedia y anestesia... eso libera capacidad instalada de la Caja y permite asignar residentes a otras sedes.

-De esa manera, podríamos articularnos y llevar de una manera consensuada a los actores necesarios en el INS, en el Poder Judicial y en la Caja, para poder proyectarnos planificando bien cuál es el recurso que ocupan, cuál es la formación necesaria y, consecuentemente, saber cuál de estos residentes va a terminar en el INS, cuál va a terminar en la Caja, en el Poder Judicial y, entre todos, beneficiarnos para cumplir con las demandas y con las instrucciones que ya tenemos encomendadas: dotar de equipo y recursos.

-Y, aquí, vuelvo a referirme al componente integral del sector salud. Así, pensar que el sector salud son solo médicos -y lo digo yo como médico de formación- está erróneo, está mal. Hay que pensar en un servicio, porque si yo voy a poner un oftalmólogo en el Hospital Enrique Baltodano, tengo que pensar que ese oftalmólogo ocupa una enfermera que le dé el apoyo especializado en temas de oftalmología, que va a ocupar su lámpara, hendidura y que va a ocupar todo un recurso exclusivo para eso. Entonces, se debe dejar de pensar que la formación de especialidades o de listas de espera radica solo en la responsabilidad de los médicos. Por el contrario, radica en todo un servicio que debe planificarse de manera adecuada: como les decía anteriormente, entre todos los actores que ocupamos. Eso va a generar un ambiente propicio para que los especialistas quieran trabajar en el lugar que ya previamente se había planificado para que trabajaran.

[El hablante se enfoca en una fotografía de la presentación]

-No sé si conocen al señor de la foto, Richard Branson, y me van a decir que ¿por qué lo pongo aquí? Es multimillonario, el dueño de Viking Records y, cuando estudiaba Administración de Salud, siempre me gustaba mucho la filosofía de él y que empezamos a verlo nosotros en la Caja. Él decía que lo más importante en una organización no es el cliente, sino los recursos humanos, mis trabajadores, porque si yo no trato bien a mis trabajadores, mis trabajadores no van a tratar bien al cliente. Entonces, haciendo una analogía: si nosotros no tenemos un ambiente adecuado y propicio para todo nuestro recurso humano, ¿cómo van a tratar al paciente cuando llegue a vernos? Entonces, si ellos poseen

buenas condiciones, un buen ambiente laboral, libre de estrés, van a tratar bien al paciente, se van a amarrar las mangas y todos contentos. Es un ganar-ganar para todos.

Dr. Kenneth Rojas Calderón, director general de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Seguros

-Bueno, muchísimas gracias, doctor Morales, por la invitación y, en nombre de la presidencia ejecutiva del Grupo INS, agradecemos que se nos tome en cuenta en este foro tan importante. Nosotros, como grupo INS, tenemos un modelo de atención integral que lidera ciertas de las cosas que realizamos. Si ustedes oyen "INS", generalmente, nos vinculan con el Hospital del Trauma. No obstante, tenemos toda una red de servicios de salud en todo el país que realiza un diversos tipos de atención: 17 000 cirugías al año y más de 400 000 sesiones de terapia física, por mencionar algunas cifras. Nuestro objetivo es reintroducir a estas personas que han sufrido un accidente lo más rápido posible a la actividad productiva del país. Esa es una de las premisas que incluye la política de la cual les voy a hablar. Básicamente, recordando que, desde el primer nivel, aparecen los consultorios médicos laborales, que son importantísimos para nosotros porque son nuestro primer contacto con las empresas. Una de las primeras cosas que tenemos que ver, al momento de hablar de políticas en salud, es la sostenibilidad del modelo. Está bien, queremos dar salud y bienestar, pero con alta calidad, con enfoque preventivo, centrado en el cliente, pero si tenemos un modelo económico endeble, estos objetivos se ponen en tela de duda y eso nos puede generar grandes problemas.

-Al final, tenemos que pensar no solo en de qué manera brindar los servicios de salud de forma adecuada, sino en hacer compras sostenibles, gestión ambiental, institucional, en el desarrollo de infraestructura bien pensado y bien medurado. De manera que sea sostenible, pero que también potencie la accesibilidad y la inclusión, en esta política que maneja la Red de Servicios de Salud, la cual es relativamente reciente. En este sentido, esta se creó hace pocos años y eso nos da cierta facilidad a la hora de crear un planteamiento teórico claro. Una de las premisas de esta política es el modelo atención basado en el cliente. Así, hemos trabajado bastante en listas de espera para tratar de ofrecer un modelo más eficiente del que tenemos actualmente en el país y hemos tratado de trabajar centrados en el cliente.

-Entonces, muchos de nuestros indicadores pasan de ser del número de pacientes que tenemos que atender a cuánto tiempo de espera tiene el paciente. Esto para centrarnos, aún más, en el paciente y no tanto en los indicadores que usualmente utilizamos. Esto lo hemos hecho en dos medidas; tenemos basado el tema de gestión por procesos, lo cual busca el ideal de todos, que es calidad total y reducir la variabilidad de la práctica clínica. Por eso, tenemos gran cantidad de nuestros sistemas de atención protocolizados, no solo en la parte administrativa, sino también en la parte en la parte clínica. Nuestros médicos, desde que ingresan, son capacitados acerca de qué manera seguir un protocolo de atención adecuado y no solo seguirlos, sino medirlos, que eso es parte importantísima de los de los cuatro principios que tenemos abajo: eficiencia, efectividad, resiliencia y calidad. Tal vez uno de los temas teóricos que a mí más me gusta es el triple M que, después, se convirtió en el cuádruple M y, ahí, coincido con el doctor Jiménez en varios de los temas. En este sentido, el punto número uno de cualquier política en salud debería ser mejorar la salud y no solo mantenerla, sino hacerla costo-efectiva, disminuir los costos, prevenir para evitar que esos costos sean cada vez más caros.

-La presión tecnológica hace que una resonancia cada vez sea más necesaria, sin embargo, un resonador es cada vez más caro, pero más eficiente, con menos radiación, con menos daño al paciente. Entonces, eso es lo que tenemos que buscar y, así, pasamos al segundo objetivo: ¿cómo reducir ese costo de atención? Porque, si seguimos metiendo tecnología, seguimos metiendo procesos cada vez más complejos. El costo va a tender, como en todos los países, a subir los precios y ¿cómo mantener esos costos a pesar de tener toda esa presión de mejorar la salud?

-Y el tercero, que a mí me encanta y está en una de las partes del modelo, es mejorar la experiencia del paciente. Así, no podemos pensar en políticas de atención en salud si no ponemos al paciente en el centro de todo -porque, también... nos califica ese paciente. Preguntarle al paciente, no solo qué tan bien quedó la cirugía, sino como salió el paciente, porque, a veces, la cirugía quedó perfecta, pero la atención, al final, se nos cae. Recuerdo al doctor Morales cuando nos daba las clases de cuidar al cuidador y, en eso, coincido con el doctor Jiménez: hay que cuidar a las personas. Este modelo es del 2014, pero, sobre todo, con la pandemia, se hace todavía más evidente. Los médicos, cansados, intensivistas, después de tanto, tanto tiempo de trabajar, continuamente se desgastaban y empezaban a tomar malas decisiones y, no solo toman malas decisiones, la actitud de una persona después de 18 horas de trabajo no es la misma que en la primera hora (07:00 a.m.) con el primer paciente.

-Empezamos a decaer en la atención y tenemos que poner atención no solamente a esto, sino a ser más atractivos para nuestros proveedores de salud, no solo médicos, sino todo el sistema de salud, pero ¿cómo hacemos esto? La OMS ya nos plantea varias cosas, primero, una de las premisas es el plan de acción de seguridad del paciente, esto es un objetivo global. No podemos seguir dando atención sin tener la seguridad del paciente en el centro. La seguridad del paciente va desde el cuidado de los medicamentos, una cirugía segura, hasta evitar errores en la comunicación entre el personal de salud, y esto está ahí desde hace varios años en la OMS, el tema es cómo ponerlo en práctica.

-Las metas internacionales de seguridad de pacientes son sencillas, costo-efectivas y muy simples de seguir y es lo primero que deberíamos medir en una política pública en conjunto con la OPS y el Ministerio de Salud. Se está haciendo el Plan Nacional de Calidad... ya está o estamos ahí presentes en las primeras dos reuniones de este eventual Plan Nacional de Calidad. Después de todo esto, vienen los planes nacionales y estrategias. Tenemos que medir los resultados -eso es importantísimo- y compararnos. Así, no es lo mismo decir: "-somos buenos", que un tercero lo diga; somos buenos aquí en la Universidad de Costa Rica "-tenemos carreras acreditadas". No es lo mismo que nosotros digamos "-mirá, nuestra carrera es buena", sino que un tercero venga y como par diga "-somos buenos" y, sobre todo, aprender de estas interacciones y ver el análisis costo-efectividad de las mismas.

-En todo esto hay muchas cosas que se pueden hacer; una de estas, es el documento de este año: *Retos y Propuestas del Sistema Nacional de Salud*. Este es un resumen que se hizo con varias aristas y varias personas del sector. En este sentido, participó tanto personal del Ministerio de Salud como miembros del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, y de la Academia Nacional de Medicina. Este documento se elaboró de manera bastante estratégica, porque muchas veces dicen: "-bueno, empecemos por el diagnóstico", pero, a veces, no nos fijamos que puede ser que el diagnóstico ya esté ahí, listo y nada más. Es preciso prestarle atención a esto y, en el INS, nos hemos apoyado bastante

con el Ministerio de Salud y la OPS para tomar algunas herramientas que ya están creadas, por ejemplo, Hospital Seguro, Hospital Verde, preparativos ante la violencia, inclusividad en la atención, estas son herramientas de las que ya dispone la OPS, así que no tenemos que ir a inventar o a diagnosticar: nada más debemos implementarlas en nuestros servicios. Una de las herramientas que más nos emociona para el futuro y que, en este momento, ya se está llevando a cabo, es la herramienta de valoración de condiciones esenciales en salud. Esta nos permite tener un enfoque global de una red de servicios de salud, no solo de un tercer nivel o no solo de un hospital -como algunas acreditadoras que acreditan solo un hospital pero no un sistema de salud-, y eso es lo interesante de este que no acredita, pero sí revisan con rigurosidad cómo funciona el sistema de salud y sus interacciones, lo cual es bastante importante. Entonces, ahí podemos disponer desde la institución global hasta las instituciones del tercer nivel, del segundo nivel y del primer nivel. Es una herramienta que es, prácticamente, gratuita porque la OPS la pone a nuestra disposición y la podemos utilizar para realizar y fundamentar políticas públicas. No tenemos que seguir todo al pie de la letra, pero podemos tomar buenas ideas de lo que otros países hacen, y esto ha crecido hasta en este foro de Políticas Públicas.

-Quiero traer a colación un ejemplo de lo anterior, Singapur hacía lo siguiente: ellos evaluaban qué hacían los médicos con cada una de las patologías y, con inteligencia artificial, intentaban buscar lo que hizo un médico y dar retroalimentación positiva. Entonces, por ejemplo, uno de los resultados era que para evitar errores en cirugía, algo básico era el plan de enfermería, sino estaba el plan de enfermería, el paciente tenía un peor pronóstico en cuanto a su atención en cirugía. Estas son cosas que, a veces, hemos minimizado por cuestiones de tiempo y nos hemos enfocado más en el tiempo quirúrgico u otras cosas, las cuales pueden llegar a ser relevantes en el futuro.

-Por último -nada más les comentaba- dentro de la implementación del Plan Nacional de Calidad es sumamente relevante tanto el liderazgo de OPS como del Ministerio de Salud dentro de la generación de un reto final que es: ¿cómo pasar de esta teoría a la práctica? Todos tenemos como, Sistema Nacional de Salud, el reto de proteger y ya, no a futuro, sino ya, la salud de nuestros pacientes.

-Tenemos, también, el reto de cómo hacer que esas intervenciones sean lo más efectivas posibles, porque todos tenemos recursos limitados y eso pasa no solo en Costa Rica, sino en todos los países del mundo. Podemos aprender de qué manera gestionar mejor nuestros recursos y mejorar la seguridad de los pacientes. Eso tiene que ser el paso uno de cualquier política de salud.

Moderador: Dr. Fernando Morales Martínez

-Hemos visto tres posiciones de la política pública que el Sistema Nacional de Salud plantea, por lo que pasaremos a la siguiente sección para dialogar un poco. Entonces, se les invita a reflexionar con base en las siguientes preguntas:

- ¿cuál es la visión que predomina en el diseño de la política pública de nuestro sistema de salud? ¿cómo lo vamos a llevar a la realidad?,
- ¿cuáles fueron las lecciones aprendidas durante la pandemia?,
- ¿cuáles retos consideran ustedes enfrenta nuestro país con relación al diseño y ejecución de políticas públicas de salud?

Dra. Andrea Garita Castro, directora de la Dirección de planificación, Ministerio de Salud

-Personalmente, creo que las tres preguntas se interrelacionan, me parece que algunos de los aspectos se mencionaron en las presentaciones. En el caso del Ministerio de Salud, es importante abordar la visión que tenemos. Cada vez que nosotros nos sentamos a construir una política pública en salud y, me refiero no solamente a la política nacional de salud, sino también a las políticas específicas que tenemos en salud, por ejemplo, en materia gestión integral de residuos, en materia de patologías específicas como VIH, etc., siempre tratamos de posicionarnos -como lo mencioné ahora en la presentación- en el contexto actual, porque -como bien lo decía el compañero de la CCSS- si nosotros no tenemos clara cuál es esa realidad actual, es muy difícil que la visión que nosotros tengamos de esa política hacia futuro vaya a lograr resolver de la mejor forma el problema de salud que pretendemos abordar. El principio siempre va a ser poder generar estas políticas fundamentadas en evidencia, en información actual, en el contexto actual y, con ello, tener una visión verdadera de como nosotros podríamos estar abordando esos problemas de salud a futuro.

Dr. Jorge Jiménez Brizuela, subárea de Administración de Campos Clínicos, Internado y Posgrado CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social

-En la CCSS, desde hace mucho tiempo hemos adoptado una visión de apertura en la institución. Yo me enfoqué, durante la presentación, en dos problemas específicamente. No pude entrar en el tema de investigación, desde la perspectiva de docencia, situación dentro de la institución de recursos humanos, que impacta, directa o indirectamente, la prestación del servicio que nosotros damos. Tenemos que modificar esta situación y sabemos que nosotros no lo podemos hacer solos, por eso, nuestra visión es de apertura, queremos fomentar alianzas público-público y público-privadas, para poder establecer, en conjunto, una proyección de necesidades de especialistas, seguir garantizando prestación de servicios de salud para toda la población lo a través de una adecuada labor investigativa. Nos estamos abriendo más a eso. En el pasado, visualizar una relación público-privada casi que estaba satanizado, el término era muy difícil de abarcar. No obstante, esa cultura ya ha venido cambiando las instituciones públicas y, predominantemente, en la Caja, con los trabajos que hemos venido desarrollando y que van a traer beneficio a la población en general.

-Como decía el doctor Rojas en su presentación, si nosotros logramos desarrollar el sector de investigación, eso significaría poder poner a la disposición de la población de Costa Rica algún medicamento que no está en la lista oficial de medicamentos. Bueno, poder ofrecerle todavía vías terapéutica o de diagnóstico a un bajo costo -porque la Ley 9264 dice que el patrocinador lo seguirá

dando, de manera gratuita, para el participante-, indirectamente, aminora costos a la Seguridad Social. También, porque ya no tendríamos que invertir en ese medicamento que, generalmente, son productos muy caros y eso, directamente, beneficiaría a todos los actores dentro del sistema y al paciente, al poder ofrecerle opciones terapéuticas que ahorita, tal vez, no tenemos en el país. Entonces, tal vez, doctor, en esa pregunta de visión, creo que para lo que consta a la Caja, a lo interno, lo podemos resumir en eso, una apertura al cambio, a fomentar el desarrollo de alianzas público-público y público-privado para fortalecer las políticas en salud.

Dr. Kenneth Rojas Calderón, director general de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Seguros

-Yo creo que la visión general de cualquier sistema de salud debe ser: ¿cómo brindar la mejor atención a su población con los recursos limitados que tenemos?, porque, realmente, la limitación de recursos es lo más relevante que tenemos dentro de todos los sistemas de salud. ¿Cómo llegarle a eso? Primero, con redes integradas de salud: la atención primaria debe ser la base y se tiene que mantener como la base. La tendencia global, tecnologías y otros aspectos, nos hace que destinemos más recursos al tercer y segundo nivel, pero si descuidamos el primer nivel vamos a estar en problemas, porque nos vamos a convertir en esquemas como el de Estados Unidos. En este tipo de esquema se gasta y se gasta sin lograr paliar los problemas desde una etapa temprana. Debemos atender las enfermedades crónicas, de manera temprana, para evitar secuelas posteriores y analizar bien cuáles son las medidas más efectivas a la hora de ser implementadas, empezando por lo más crítico: la seguridad de nuestros pacientes cuando llegan a nuestro centro de atención.

Dra. Andrea Garita Castro, directora de la Dirección de Planificación, Ministerio de Salud

-En cuanto a la segunda pregunta, relacionada con aquellos aspectos que condicionan la formulación y la puesta en marcha de las políticas, sin lugar a dudas, en el caso del Ministerio de Salud, es fundamental contar con el aval político de todo nivel: desde la administración que esté en el momento, hasta los jefes de cada una de las instituciones que tienen, de una u otra forma, competencia en la implementación de la política.

-La viabilidad política es fundamental... hemos tenido administraciones en donde las prioridades varían y cuando nosotros no generamos políticas, de gobierno y no de estado, a veces, esto se nos cae con el cambio de la administración. Por eso, nosotros estamos proyectando una política hacia el año 2030, hubiésemos querido proyectarla más, pero quisimos ser consecuentes con la agenda 2030 de desarrollo sostenible. Sabemos que vamos a tener que hacer un esfuerzo adicional para hacer ajustes para ese periodo. Sin embargo, bajo ese enfoque de políticas de Estado que nos ayuden ante los cambios políticos, tener ese sustento, ese documento que nos permita seguir avanzando a través de las diferentes administraciones es bastante alentador. Por supuesto, que el tema económico en este momento es un problema, ahora, sabemos las directrices y los lineamientos que se han establecido en materia de reducción del gasto, la regla fiscal y demás, que limitan los presupuestos de las diferentes instituciones y que, de una u otra forma, afectan el accionar... nos van reduciendo el recurso humano, la posibilidad de tener recursos para poder ejecutar intervenciones y nos obliga a priorizar sobre lo ya priorizado.

-A veces hay iniciativas construidas, incluso, de forma intersectorial, pero, lamentablemente, al vernos obligados a hacer esa priorización por diferentes limitaciones, dejamos algunas políticas o intervenciones rezagadas. Por otra parte, también hay otros aspectos que, de alguna u otra forma, nos condicionan, además de los lineamientos políticos que se han establecido de reducción del gasto. Así, una de las limitantes es el compromiso para el trabajo intersectorial y no es sencillo lograr un verdadero trabajo intersectorial. El Ministerio de Salud creo que lo viene impulsando desde su creación... ese enfoque y, ahora, lo mencionamos como el abordaje de los determinantes. Desde años atrás se venía haciendo con otros nombres, bajo otras teorías, pero siempre bajo el principio del trabajo intersectorial. Esto sigue siendo un reto para nosotros, lo hemos logrado, hemos tenido avances importantes, pero, definitivamente, si no hay compromiso de las diferentes instituciones, si no logramos nosotros, como ente rector, convencerlos... ejercer ese liderazgo para que ellos identifiquen cuál es su cuota de responsabilidad de la construcción de la salud de la población, difícilmente, esa política vaya a tener éxito. Eso también va de la mano con ese peso político que se le brinde a esa política, esa prioridad política que se le otorgue. Si se incorpora, por ejemplo, entre un *Plan nacional de desarrollo*, sí, realmente está construida con evidencia científica que nos permita poder convencer no solamente al presidente de turno, sino a los diferentes jerarcas, sobre la importancia de poder avanzar en su implementación y asignar los recursos necesarios y la responsabilidad a cada una de las instituciones en cuanto a su cumplimiento.

-Por último, hay que mencionar que tenemos que avanzar con relación los procesos de seguimiento y evaluación de las políticas. En este caso, lo que evaluamos o a lo que le damos seguimiento es al plan creado para la implementación de esa política. En esto tenemos que trabajar para poder medir, llevar el pulso de como vamos avanzando, de qué vamos a implementar de una forma que nos permita identificar las acciones de mejora de manera oportuna, como podemos redireccionar los recursos y evaluar si, realmente, hemos tenido impacto o no, que eso es otro proceso, en el cual, ahora con la ayuda de MIDEPLAN hemos avanzado, pero, como país, tenemos todavía mucho por hacer en materia de evaluación de impacto, para poder redireccionar los recursos realmente a algo que sí nos genera un beneficio en materia de salud.

Dr. Jorge Jiménez Brizuela, subárea de Administración de Campos Clínicos, Internado y Posgrado, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social,

-Creo que vamos a coincidir los tres expositores de esta mesa redonda con relación a las limitantes. Ahora bien, retomando la diapositiva sobre los diez pecados dentro de la formulación de políticas, la voluntad política es primordial y, concuerdo con la doctora, eso es muy importante a la hora de formular alguna política, algún proceso, algún programa, es decir, que se le brinde continuidad a través del tiempo. Los Gobiernos pasan, pero los técnicos y las unidades permanecen en la institución. De esta manera, es importante tener buenos argumentos, disposición, insumos técnicos y estratégicos para poder brindar criterios técnicos a las autoridades, a los que toman decisiones, al ejecutivo y poder formular diferentes políticas y la articulación que esto conlleva.

-Otro punto en el que creo que también vamos a coincidir todos, es el tema económico, ya lo decía el doctor Rojas, todos tenemos presupuestos finitos y tenemos que saber reinventarnos, aún más cuando son formulaciones de políticas en salud, que también lo mencionaba en una de las diapositivas... una inacción en temas de políticas de salud ya es una acción y estamos dejando de hacer algo.

-Es necesario velar por la salud. Nosotros reinventamos, a pesar de las limitantes económicas, un ejemplo y, tal vez, adelantándome a la tercera pregunta, son esos retos que nos deja la pandemia COVID-19: reinventar. Acondicionamos todo un hospital para poder garantizar que los pacientes tuvieran un espacio especializado para su atención, tuvimos que cambiar unidades administrativas para que fueran en algún grado asistenciales. Por ejemplo, el CENDEISSS, una unidad administrativa, se convirtió en cuestión de un día en un *call center* médico, con los residentes de medicina familiar encargados de la llamada a los pacientes que salían positivos por COVID-19, con el mismo presupuesto, pero brindando siempre esa prestación del servicio de salud a todos los pacientes que se lo merecen.

-Este tipo de programas nos ayudaron a bajar la estancia hospitalaria de manera considerable, a reducir costos y a conocer las limitantes económicas que teníamos. De pronto, se prohíbe la rotación de residentes entre hospitales -quienes normalmente andan rotando de un hospital para otro- y, para evitar una contaminación cruzada, fue necesario detener algunas residencias y, en este sentido, no era una opción mandarlos a la casa y cesarles el nombramiento, sino más bien pensamos en otras alternativas y, de ahí, salen proyectos muy importantes como este, las llamadas al seguimiento paciente COVID-19 positivo.

-Sí, estoy de acuerdo con que voluntad política y ponernos de acuerdo son temas importantísimos, pero cuando uno ve un sistema nacional de salud como el de Costa Rica, que tiene grandes fortalezas, lo que yo veo son oportunidades perdidas. Tenemos la Caja Costarricense del Seguro Social bastante sólida, que brinda atenciones a la población y, a veces, tenemos problemas muy básicos en cuanto a usos de sistemas de información, también tenemos problemas en cómo integrarnos como sistema de salud.

-Todos los días viajan pacientes del INS a la CCSS y viceversa y, a veces, compartimos algo tan simple como un expediente electrónico o una imagen médica... se nos vuelve un mundo. Por ello creo que para 2022 eso ya no es negociable, debería de ser una realidad, que en este momento tenemos todo para seguir siendo un sistema de salud global, por ejemplo, siento que, a veces, por ponernos de acuerdo, estamos dejando pasar oportunidades de oro para el Sistema Nacional de Salud.

-Con relación a la última pregunta, creo que hay algunos elementos que se han mencionado con relación a la pandemia por COVID-19 que nos obligan en materia de formulación de políticas públicas entre otras cosas. Ya lo hemos analizado desde lo metodológico, incorporando el enfoque prospectivo, la creación de escenarios y la planificación, para poder identificar riesgos y administrarlos. Posteriormente, estos nos permitirán, si sucede 'X' situación, como en el caso de la pandemia, poder tener las intervenciones necesarias para administrar esos riesgos y que no se nos caigan otros procesos, que eran importantes y que veníamos trabajando. Además, nos obliga también a innovar todos nuestros diagnósticos, a fortalecer nuestro sistema de información para poder actualizar nuestro análisis de situación de salud.

-Como bien lo mencioné en la presentación, hay un antes y un después de nuestro perfil epidemiológico. En nuestro contexto como país, antes y después de la pandemia, y es necesario actualizar esa información, para que realmente podamos tener un impacto en las intervenciones que vayamos a definir bien.

-Finalizando con esa última pregunta acerca de los retos, creo que lo mencionamos y concordamos todos en esa integralidad del sistema de salud para lograr la emisión de políticas públicas. Esto es, el reto es articularnos todos los actores del sistema. El COVID-19 nos obligó a realizarlo, recuerdo estar en diferentes reuniones de gerencia médica, gerencia general, conversando con todas las autoridades de la Comisión Nacional de Emergencias, Colegios Profesionales, instituciones del sector salud, privadas y todos estábamos en la misma línea: garantizar la atención del servicio de salud. Creo que ese es el reto y la enseñanza que nos deja el COVID-19. A pesar de todo, pudimos articularnos bien como sistema, voy a hacer un comentario de un intento que tuvimos hace unos años por hacer un convenio para formación de especialistas Caja-UCR-INS. Es importante retomarlo porque nos va a permitir paliar diferentes situaciones. Como ya vimos en la presentación, las listas de espera y la formación de especialistas son el principal reto, si nos articulamos de manera integral y empezamos a trabajar, lo que es la población de la salud... yo creo que vamos a tener resultados en un corto y mediano plazo.

Dr. Kenneth Rojas Calderón, director general de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Seguros

-Por último, yo creo que, tal vez, el principal aprendizaje de la pandemia, en cuanto a sistemas nacionales de salud.... lo leía en un artículo y decía: “El COVID como el principal propulsor de la transformación digital en salud” y creo que eso es lo que debemos tomar de algo tan catastrófico a nivel global como el COVID- 19, que fue el poder empezar a trabajar en temas como la teleconsulta, poder hacer que la información esté disponible para todos los pacientes en sus móviles. En otras palabras, empezar a trabajar en la integración del Sistema Nacional de Salud, no tanto en infraestructura, sino también en infraestructura tecnológica.