

UNIVERSIDAD NACIONAL
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**LIMITANTES PARA EL EJERCICIO DE LA AUTONOMIA DE LOS
USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DEL AREA DE SALUD DE CORONADO EN COSTA RICA EN EL
AÑO 2012.**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado Interuniversitario de Bioética para optar al grado y título de la
Maestría Académica en Bioética

VIRGINIA ACUÑA CÉSPEDES

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

2014

Dedicatoria

A mi esposo e hijos por su apoyo...,
...y un agradecimiento especial a mamá.

Agradecimientos

A la Dra. Ana Rodríguez por su guía durante todo este tiempo, pese a mis pausas y sus múltiples quehaceres.

A la M.Sc. Xenia Pacheco Soto y la M.Sc. Giselle García Pereira, asesoras del proceso técnico metodológico porque estuvieron ahí cada vez que acudí a ellas.

Al profesor Francisco Sánchez Pérez, de la Universidad Complutense de Madrid, por su asesoría en el campo de la investigación cualitativa.

A Leyla por su valioso apoyo administrativo cuya colaboración fue fundamental en esta investigación.

A la Dirección Médica, Administración y jefaturas del Área de Salud Coronado, muy especialmente, a los funcionarios y usuarios de estos servicios de salud, que al compartir sus experiencias y opiniones hicieron posible este estudio.

A la Lic. Vilma Molina Alfaro, Jefe del Servicio de Trabajo Social del Área de Salud Coronado, porque sin su apoyo laboral y personal, esta maestría no hubiera sido posible.

Tribunal Evaluador

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión Interinstitucional en Bioética de la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, como requisito parcial para optar al grado y título de Magister Scientiae Bioética”.

Dra. Marta Ávila Aguilar
Presidenta
Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional

Dra. Vanessa Ramírez Mayorga
Representante
Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica

Dr. Alvaro Carvajal Villaplana
Director
Maestría Interuniversitaria en Bioética, Universidad de Costa Rica

Dra. Ana Rodríguez Allen
Directora de Tesis

M. Sc. Xenia Pacheco Soto
Asesora

M. Sc. Giselle García Pereira
Asesora

Virginia Acuña Céspedes
Candidata

RESUMEN

Este trabajo, aborda desde una óptica bioética la experiencia de atención primaria de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS), del Área de Salud de Coronado, con el objetivo de conocer las posibilidades y limitantes que las condiciones de atención actuales, plantean al ejercicio de la autonomía del usuario. Entendiendo por “autonomía” la capacidad de los sujetos de tomar decisiones sobre su salud, sin coacciones, ni manipulaciones de ningún tipo.

Se priorizó el principio de autonomía entre otros principios bioéticos, dada la relevancia que ha adquirido este tema en los últimos años, evidenciada en la aprobación de normativa que exige el respeto de la autonomía de los usuarios de los servicios de salud, pese a que en la práctica diaria, no se consideran los requerimientos materiales y humanos para brindar una atención con estas características.

El objetivo de conocer las posibilidades y limitantes que los usuarios de los servicios de salud del Área de Salud de Coronado tienen en el ejercicio de la autonomía, se logró, principalmente a través de grupos de discusión (3 de usuarios y 3 de funcionarios). De los relatos de estas experiencias de atención, se extrajeron los elementos relacionados con el principio bioético de autonomía, identificándose según propiciaran o limitaran el ejercicio de este derecho.

Los principales hallazgos fueron:

Propician el respeto a la autonomía: el acceso a citas en la Consulta Externa, la posibilidad de explicar motivo de consulta al personal de salud y la conciencia del derecho de plantear quejas en caso de disconformidades.

Las principales limitantes encontradas para el ejercicio de la autonomía fueron: la elección del médico tratante, condiciones de atención en la preconsulta, proceso de revelación y comprensión de diagnósticos y tratamiento sanitarios, actitudes paternalistas de usuarios y funcionarios, así como el riesgo de lealtades divididas por conflicto de prioridades en el sistema.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	2
PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: CONCEPTOS CLAVES Y CATEGORÍAS.....	4
CONDICIONES DE ATENCIÓN ¿CÓMO SON? EL CASO DEL AREA DE SALUD DE CORONADO. ...	24
DEL RELATO DE LOS PROTAGONISTAS AL EJERCICIO DE LA AUTONOMIA	28
A. USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE LOS EBAIS DEL ÁREA DE SALUD CORONADO.....	28
B. PERSONAL TÉCNICO DE LOS EBAIS DEL ÁREA DE SALUD CORONADO	39
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	68
ANEXO 1-PROCESO DE INVESTIGACION.....	70
ANEXO 3-PIRÁMIDE POBLACIONAL	86
ANEXO 4-SECTORES EBAIS AREA DE SALUD CORONADO	87
ANEXO 5-CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA INVESTIGACIÓN	88
BIBLIOGRAFIA.....	89

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los análisis bioéticos en salud, se han centrado en casos excepcionales sobre el inicio y fin de la vida, ubicados generalmente en ambientes hospitalarios; por ejemplo: partos múltiples, trasplantes de órganos, enfermedades terminales y otros. Esto, posiblemente, por el origen estadounidense del saber bioético y la concepción de medicina de ese país.

El interés en esta casuística hospitalaria, ha dejado de lado el análisis bioético, en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS). Esto, pese a que desde hace varios años, desarrolladores de políticas de salud, han reconocido que la atención primaria tiene: “[...] un campo específico de asistencia, y un perfil propio de responsabilidad y compromiso moral de asistencia¹” con las personas que reciben sus servicios, lo que justifica el estudio de este campo desde la bioética, dadas sus características propias.

Es así que este trabajo, aborda desde una óptica bioética la experiencia de atención primaria de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS)², del Área de Salud de Coronado y su población meta, con el objetivo de conocer las posibilidades y limitantes que las actuales condiciones de atención, plantean al ejercicio de la autonomía del usuario. Entendiendo por “autonomía” la capacidad de los sujetos de tomar decisiones sobre su salud, sin coacciones, ni manipulaciones de ningún tipo.

Se priorizó el principio de autonomía entre otros aspectos de la bioética en la atención en salud, dada la relevancia que ha adquirido este tema en los últimos años, evidenciada en la aprobación de normativa que exige el respeto del ejercicio de la autonomía de los usuarios de los servicios de salud³, pese a que en la práctica diaria, no se consideran los requerimientos materiales y humanos para brindar una atención con estas características.

¹ Altisent, R (2006) Bioética y Atención Primaria: una relación de muchas aportaciones. Conferencia III Simposio Internacional de Bioética: Bioética en Latinoamérica.

² Equipos encargados de la primera atención en salud en centros con mayor acceso geográfico y con capacidad de resolución de trastornos de salud frecuentes y de menor complejidad. Constituidos por médicogeneral, auxiliar de enfermería y técnico de atención primaria.

³ Asamblea Legislativa Costa Rica Ley # 8239 Deberes y Derechos de los servicios de Salud Públicos y Privados.

En esta investigación se aplicó un abordaje cualitativo, para explorar la interacción entre prestatarios y usuarios, y luego se identificó en esta narración, los elementos asociados al respeto a la autonomía.

En la revisión bibliográfica previa, se encontró que los planteamientos de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, sobre la autonomía consignados en su libro: *Principios de Ética Biomédica*, resumen los aspectos claves necesarios para guiar la investigación, y que se explican con detalle en el marco teórico expuesto en el capítulo II.

La metodología se elaboró tomando como base el libro de Priscila Ulin, Elizabeth Robinson y Elizabeth Tolley “Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2006. Este proceso metodológico se detalla en el anexo 1.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: CONCEPTOS CLAVES Y CATEGORÍAS

Muchos autores han trabajado el concepto de *autonomía* desde autores fundamentales como: Immanuel Kant o John Stuart Mill, hasta autores contemporáneos como John Rawls o Amartya Sen y divulgadores como Diego Gracia o Miguel Kottow. Sin embargo, esta investigación se centrará en los aportes de Tom Beauchamps y James Childress a la discusión en el campo de la biomedicina.

La justificación de la obligación del respeto a la autonomía, la encontramos en los planteamientos de dos influyentes filósofos: Immanuel Kant y John Stuart Mill, quienes al respecto mencionan:

“Kant considera que el respeto a la autonomía deriva del reconocimiento que toda persona tiene un valor incondicional y la capacidad de determinar su propio destino. No respetar la autonomía es tratarlo como un simple medio, no tener en cuenta sus objetivos sino los de otro, lo que es una violación moral básica, porque toda persona es un fin en sí mismo y capaz de determinar su propósito”.⁴

“Mill se centra más en la autonomía,- o como él prefiere llamarla individualidad -como determinante de las personas. Cree que deberíamos permitir que todo ciudadano se desarrolle en función de sus convicciones personales, siempre que estas no interfieran con la libertad del resto, pero si un sujeto tiene ideas falsas o mal calibradas, debemos intentar persuadirle.”⁵

Los conceptos claves del principio de autonomía que orientaron esta investigación, son los consignados por Tom L. Beauchamp, y James F. Childress en su libro *Principios de Ética Biomédica (1999)*, los que se resumen a continuación:

La palabra autonomía deriva del griego autos (propio) y nomos (regla, autoridad o ley), se usó inicialmente con referencia al estado helénico

⁴ Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1999). En: Masson. *Principios de Ética Biomédica*. Cap. El Respeto a la Autonomía (4). España: Masson dem Pág. 118.

⁵ Ídem Pág. 118.

independiente. Con el tiempo, el concepto se amplió, dándosele diversos significados como:

“autogobierno, derecho de libertad, intimidad, elección individual, elegir el propio comportamiento y ser dueño de sí mismo”⁶.

Los autores mencionados definen autonomía como:

“[...] la regulación personal de uno mismo, libre y sin interferencias externas que pretendan controlar y sin limitaciones personales, por ejemplo comprensión inadecuada, que impiden hacer una elección.”⁷

Para que una persona sea autónoma, debe tener capacidad de autogobierno, lo que implica: comprensión, razonamiento, reflexión y elección autónoma. No obstante, los autores consideran que en determinadas situaciones, personas con aptitud de autogobierno, no son capaces de autogobernarse, por limitaciones diversas, como: enfermedad, ignorancia, imposición u otros, en el momento de hacer una elección. Por esta razón, Beauchamp y Childress centran su interés en la elección autónoma, enfocándose en la toma de decisiones del paciente en la atención sanitaria, lo que se refiere más al gobierno de sí mismo, que a la capacidad de autogobierno, citada anteriormente.

Plantean que las condiciones para que se dé una elección autónoma son: capacidad de actuar intencionadamente, conocimiento (disponer de la información adecuada) y ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto ⁸. Indican, que no es necesario que el conocimiento y la independencia sean totales, sino que bastará con cierto grado de ambas. El límite entre lo suficiente e insuficiente, se establecerá sobre cada uno de los diferentes contextos, en vez de plantear teorías generales al respecto. Es más, para que el principio de respeto a la autonomía pueda ser una guía práctica, en relación con la conducta, tiene que ser definido en el contexto, si esta especificación se hace correctamente, da lugar a obligaciones, derechos e incluso a las excepciones al mismo.

⁶ Ídem Pág. 113.

⁷ Ídem Pág. 113.

⁸ Ídem Pág.116.

Los autores plantean que, algunos estudiosos del tema, critican el énfasis actual en la autonomía, indicando que se sobrevalora la independencia y se subestiman las relaciones íntimas y dependientes, pero consideran que son críticas dirigidas a planteamientos extremos, no atinentes a teorías equilibradas de autonomía. Expresan así su posición al respecto:

“La vida en comunidad y las relaciones humanas proporcionan la base para el desarrollo del ser, y ninguna teoría defendible de autonomía niega este hecho”.⁹

En el mismo sentido, explican que no es lo mismo ser autónomo que ser respetado, como agente autónomo y consideran que:

“Respetar a un agente autónomo implica como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y realizar acciones basadas tanto en sus valores como en creencias personales.

Este respeto debe ser activo y no simplemente una actitud. Implica no solo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto.”¹⁰

Beauchamp y Childress plantean que el principio de respeto a la autonomía exige que: “Las acciones no deben ser controladas ni limitadas por otros [...] siempre que sus ideas y acciones no supongan un grave perjuicio para otros”¹¹, opinan también, que esto no es suficiente, ya que muchos actos autónomos no podrían serlo, sin la colaboración de otras personas. En consecuencia, el profesional en salud debe tener una actitud activa:” [...] informar, buscar, y asegurar la comprensión y la voluntariedad, y a fomentar la toma de decisiones adecuada.”¹²

El principio de respeto a la autonomía no tiene valor absoluto, es decir, debe acatarse en primera instancia, pero puede ser supeditado a otras consideraciones morales, según las situaciones concretas y contextos en el cual se dé:

⁹ Ídem Pág. 117.

¹⁰ Ídem Pág. 7 y 118.

¹¹ Ítem Pag 118.

¹² Ítem Pag 119.

“Debemos de pensar que el respeto a la autonomía establece el derecho a controlar el propio destino, pero que esto no significa que sea la única fuente de obligaciones y derechos morales”¹³

No debe ser utilizado en la atención de personas incapaces de autogobernarse, en cuyo caso, se debe intervenir basándose en otras obligaciones morales como la beneficencia.¹⁴

Beauchamp y Childress analizan la elección autónoma según las siguientes áreas: competencia, voluntariedad, revelación, comprensión, y consentimiento informado¹⁵.

A. Competencia

La competencia, se refiere a la capacidad de los pacientes de tomar decisiones adecuadas, por tanto, está íntimamente ligada con la toma de decisiones autónomas, y a la validez del consentimiento Informado. Es condición previa para el ejercicio de la autonomía. Si no existe duda sobre la competencia, debe permitirse la elección autónoma. Y como se dijo anteriormente, a la persona no competente, se le debe atender bajo otros principios morales.

El significado de la palabra competencia es “Habilidad para realizar una tarea [...]”¹⁶, pero los criterios varían según el contexto y la tarea concreta a realizar, por lo que la competencia para decidir depende de la decisión a tomar. Las personas son o no competentes para tomar la decisión específica, no existen categorías parciales en esta área.

Beauchamp y Childress consideran que si hay dudas sobre el grado de competencia, se debe: “[...] evaluar el conocimiento, la capacidad deliberativa, la coherencia a lo largo del tiempo, buscando consejo e información.”¹⁷

Autonomía y competencia tienen diferentes significados, pero los criterios para considerar una persona autónoma, son muy semejantes a los necesarios para que la persona sea competente.

¹³ Ítem Pag 119.

¹⁴ Ítem Pag 119.

¹⁵ Ídem Pág. 137.

¹⁶ Ídem pág. 126.

¹⁷ Ídem pág. 127.

B. Voluntariedad

Los autores describen la voluntariedad como: “[...] independencia de las personas de las influencias manipuladoras y coactivas de otras”¹⁸. La conciben en relación con la elección autónoma, es decir, analizan la voluntariedad del acto el cual consiste en que: “[...] la persona lo realice sin estar sometido a ningún control por influencia externa”¹⁹.

A nivel legal, es tradicionalmente aceptado que cualquier consentimiento o negativa forzada por amenazas o manipulaciones carece de legitimidad. Explican que, según las circunstancias la voluntariedad puede estar disminuida e incluso desaparecer por enfermedad debilitante, o trastorno psiquiátrico.

Dentro del espectro de la influencia, se encuentran: el amor, la amenaza, la educación, la mentira, sugerencias manipuladoras y apelaciones a sentimientos, factores que pueden tener un efecto muy distinto en cada persona. El control sobre una persona siempre es una influencia, pero no todas las influencias son controles.

Los autores identifican tres tipos de influencias controladoras, que deben tenerse en consideración en procesos de consentimiento informado: coacción (recurrir intencionadamente a una amenaza creíble y seria para controlar otra), persuasión (convencer a alguien de algo mediante argumentos y razones) y manipulación (conseguir que alguien haga lo que el manipulador quiere a través de medios, no persuasivos ni coactivos).

En la asistencia sanitaria, no suele analizarse el hecho de que son muchos los cuidados y las pruebas rutinarias que se realizan, sin darle una explicación al paciente, negándole la posibilidad de elegir entre otras alternativas, o la posibilidad de rechazo. La forma de exponer la información, el tono de voz, el gesto y el hecho de informar desde el punto de vista positivo y no desde el negativo, son matices que pueden manipular la percepción y la respuesta del paciente, alterando el proceso de comprensión. Se deben establecer criterios generales que permitan determinar cuándo existe peligro para la elección autónoma.

¹⁸ Ídem Pág. 155.

¹⁹ Ídem Pág. 155.

Se habla del privilegio terapéutico, entendido como la retención de información, por parte del profesional, por razones de protección del paciente, pero esto es en casos de pacientes con autonomía disminuida que debe tratarse con otras obligaciones morales.

Beauchamp y Childress dicen al respecto, que nunca debemos renunciar a presunciones que defiendan la voluntariedad y el derecho a la elección autónoma. A veces, otra persona debe sustituirlo o representarlo para defender la autonomía del paciente, en un periodo de tiempo. En este caso recomiendan velar porque éste actúe, según el mayor interés del paciente, es decir, que sus actos sean para lograr su mayor beneficio, según las opciones posibles.

C. Revelación

La obligación de exponer o revelar la información a los pacientes, se ha considerado a menudo una condición necesaria, e incluso única, para que un consentimiento informado sea válido.

La revelación es un aspecto básico del consentimiento informado, pero desde el punto de vista moral está menos relacionado con la obligación de los profesionales de revelar información, que con el hecho de que las decisiones de los pacientes sean autónomas.

Según los autores, la información que los profesionales están obligados a revelar incluye:

“a-Aquellos factores o descripciones que los pacientes por lo general consideran importantes antes de decidir si acepta o no la intervención; b- Información que el profesional considera importante; c-Las recomendaciones del profesional d-Objetivo del Consentimiento; y e- Naturaleza y límite del Consentimiento como acto de autorización.”²⁰

Beauchamp y Childress reconocen en la literatura tres criterios para regir la revelación de la información:

1-Criterio de la práctica profesional

²⁰ Ídem pág. 139.

El hecho de que la revelación de la información sea adecuada, está determinado por las prácticas habituales de los profesionales. Esto es, la exposición de la información y el tratamiento es tarea del equipo de salud, por su experiencia y su compromiso con el bienestar del paciente. Implica que sólo los expertos de una disciplina pueden constatar una violación a este derecho. Las objeciones a este concepto, afirman que no siempre existe un criterio común sobre la revelación de la información en medicina, y las prácticas habituales, incluyendo la negligencia, puede perpetuarse con impunidad. Este criterio, no considera las decisiones que por derecho le corresponden al paciente.

2-Criterio de personas razonables

La información que se debe dar, debe determinarse usando como modelo, una hipotética persona razonable. La pertinencia de esta información, se valora en función de la importancia, que una persona razonable le otorgará, a la hora de decidir si se someterá o no a un procedimiento.

Según este criterio, es el paciente quien determina la información necesaria y los médicos podrían ser acusados de negligencia, aunque hayan actuado según lo aceptado en la práctica profesional. Los que defienden este criterio, consideran que la obligación de respeto a la autonomía, es más importante que la obligación de beneficencia.

Beauchamp y Childress indican que este criterio tiene la dificultad, de no definir qué es “información importante” ni “persona razonable” y dudan que se pueda llevar a la práctica.

3-Criterio subjetivo

La adecuación de la información, se debe juzgar en función de las necesidades específicas de cada persona, y no en una hipotética persona razonable.

Beauchamp y Childress lo consideran el mejor criterio moral de exposición, ya que es el único que toma en cuenta las necesidades de información de cada persona en concreto. No obstante, consideran que el uso exclusivo de este criterio es insuficiente para el derecho y la ética, porque con frecuencia los

pacientes no saben qué información puede ser importante para su atención, ni es lógico pensar, en una información exhaustiva de antecedentes del paciente. Lo principal, no es la cantidad de información sino, lo que los profesionales deben hacer, para contribuir a la toma de decisiones autónoma.

Beauchamp y Childress proponen que la solución a este problema, es que se logre una participación activa con un intercambio recíproco de información. Las reglas legales, sólo deben servir para iniciar el proceso de comunicación activa y no solamente como documento final.

D. Comprensión:

El problema de la revelación de la información anteriormente mencionado, debe reconsiderarse, en el sentido, de lo que los agentes sanitarios pueden hacer para facilitar a los pacientes una adecuada toma de decisiones, basadas en una comprensión significativa de la información:

“En muchas ocasiones, plantear preguntas, conocer las preocupaciones e intereses del paciente y conseguir un clima que estimule a preguntar es más favorable para la comprensión en muchos casos que el mero hecho de revelar información.”²¹

Hay grandes variaciones entre los pacientes, en la comprensión de: diagnóstico, procedimientos, riesgos y pronósticos. Los autores parten de un concepto de comprensión que establece que una persona es capaz de comprender si:

“[...] dispone de la información pertinente y una idea justificada y relevante acerca de la naturaleza y las consecuencias de los actos. La comprensión no tiene que ser completa, con entender los hechos fundamentales, suele ser suficiente.”²²

Crean que el hecho de que los actos no sean nunca completamente autónomos, informados o voluntarios, no quiere decir, que no puedan ser adecuadamente informados, voluntarios o autónomos; pero, debe manejarse con cuidado, porque no informar un riesgo, podría ser suficiente, para privar a alguien de la capacidad de comprender.

Los pacientes deberían normalmente comprender: el diagnóstico, pronóstico, naturaleza del problema de salud y objetivo de la intervención, alternativas,

²¹ Idem pag 149.

²² Idem pag 150.

riesgos, beneficios y recomendación, así como los términos de la autorización. Los autores recomiendan algunas técnicas, para facilitar la comprensión en situaciones en que se vea limitada: establecer analogías con la cotidianidad, comparar con riesgos más conocidos y experiencias previas, como manejar auto, herramientas de trabajo o domésticas. Aun así, los autores aceptan que hay muchos obstáculos para lograr la comprensión del paciente, sobre el procedimiento médico y riesgos. El exceso de información, por ejemplo, puede dificultar tanto la comprensión como la falta de información. La presencia de ideas equivocadas en el paciente puede invalidar una decisión, aunque la exposición de la información, haya sido adecuada.

E. Consentimiento informado en la práctica asistencial en salud

El paradigma mínimo del principio de respeto a la autonomía en la atención sanitaria, es el consentimiento informado y expreso. A continuación se mencionan las principales consideraciones de los autores al respecto.

En un inicio, el consentimiento Informado se consideró un método para disminuir el perjuicio potencial de los sujetos participantes en proyectos de investigación. Se centraba en la obligación de exponer la información. Posteriormente, la regulación de la investigación en seres humanos, la aplicación del derecho práctico a la medicina clínica, cambios en la relación médico paciente y el análisis ético²³, provocaron un cambio en el enfoque, considerándose en los últimos años, que la principal justificación del consentimiento informado, es la de proteger la elección autónoma, enfatizando en la comprensión y consentimiento del paciente. Hoy en día existe una demanda social que exige la protección de los derechos de los pacientes, especialmente, los derechos de autonomía, como por ejemplo la *Ley 8239 de Deberes y derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud públicos y privados de Costa Rica*.

Lo anterior deja ver la estrecha relación entre consentimiento informado, y la toma de decisiones conjunta (equipo de salud y paciente). Los autores van más allá, y expresan:

²³ Ítem Pag 134.

“...en el contexto clínico deberíamos distinguir entre lo que es el intercambio de información, que permite a los pacientes elegir distintas intervenciones médicas y el acto de aprobar y autorizar dicha intervención. La toma de decisiones conjunta es un valioso ideal para la medicina pero no define ni desplaza al consentimiento informado”²⁴

Así, el consentimiento Informado no es un documento firmado en un encuentro único, sino, un proceso en el tiempo que incluye intercambio de información, elección conjunta, aprobación y autorización de una intervención determinada.

Beauchamp y Childress al analizar el consentimiento informado desde la elección autónoma concluyen que:

“[...], consentimiento Informado existe si y solo si un paciente o sujeto con suficiente capacidad de comprensión y que no esta siendo controlado por otros, autoriza intencionadamente a un profesional a hacer algo”²⁵

No obstante, Beauchamp y Childress consideran que es fácil criticar las reglas institucionales, y reconocen que los profesionales sanitarios, no siempre son capaces de cumplir las exigencias de la autonomía y el consentimiento informado. En la adopción de medidas públicas, la necesidad de justicia, puede superar la obligación de respeto a la autonomía. El paso de centrarse en la exposición de la información, a pasar a centrarse en la comprensión y la eficacia de la comunicación, complica considerablemente la estructura del proceso de consentimiento informado. Beauchamp y Childress creen que:

”No siempre está justificado proporcionar los recursos necesarios para que el contexto en que se encuentren los profesionales sea el adecuado para realizar todo el conjunto de estrategias propuestas [...] Esto da lugar a criterios de justicia y distribución de recursos que entran en conflicto con la obligación (expuesta)²⁶”.

Ante esto, proponen que la normativa de consentimiento informado en una institución, debe evaluarse en relación con el principio de autonomía. Usando como punto de referencia, el concepto de elección autónoma, y las posibilidades de aplicación, incluyendo aspectos de eficiencia, avance de la

²⁴ Ítem Pag 135.

²⁵ Ítem Pag 136.

²⁶ Ídem Pág. 173.

ciencia y bienestar del paciente, para establecer reglas sobre consentimiento informado adecuadas moral e institucionalmente²⁷

Posteriormente, los autores proponen una mayor especificación de los componentes del consentimiento informado, de la siguiente manera:

“Elementos Iniciales (Condiciones previas)

1-Competencia (Entender y decidir)

2-Voluntariedad (Al decidir)

Elementos informativos

3-Exposición de la información material

4-Recomendación de un plan

5-Comprensión de 3 y 4.

Elementos del Consentimiento

6-Decisión a favor de un plan

7-Autorización del plan elegido”²⁸

F. Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente

En el apartado anterior, se explicó a grandes rasgos el principio de autonomía y sus categorías. En esta sección, se revisan las obligaciones que se derivan de esos conceptos, a saber: veracidad, fidelidad, intimidad y confidencialidad. Algunas de estas obligaciones provienen de un solo principio, y otras se pueden relacionar con varios de ellos, pero dado el objetivo de este estudio, se presentan en relación con el principio de respeto a la autonomía.

Veracidad y fidelidad

Beauchamp y Childress sostienen que la adhesión a la obligación de **veracidad** es vital para el éxito de la relación profesional-paciente. En su opinión, tres argumentos justifican las obligaciones de veracidad:

-El respeto a los demás.

-El respeto a la autonomía rige la revelación de la información y el consentimiento, los que tienen que ser veraces para que sean válidos. En el contexto biomédico, al iniciar la relación terapéutica, el paciente gana un derecho a la verdad de diagnóstico, pronóstico, y control. El profesional

²⁷ Ítem Pag 137.

²⁸ Ídem Pag 138.

adquiere el derecho para que le informen verazmente, lo que se asocia con la obligación de fidelidad que se revisará más adelante.

-Las relaciones de confianza son necesarias para una interacción y cooperación fructífera, lo que explican de la siguiente manera:

“Las relaciones entre los profesionales sanitarios y sus pacientes [...], dependen en último término, de la confianza y la observancia de las reglas de veracidad es esencial para fomentar esa confianza. Por tanto, la mentira y la revelación de información inadecuada, muestra falta de respeto hacia las personas y violan los contratos implícitos y amenazan las relaciones de confianza (médico –paciente).”²⁹

Sin embargo, aclaran que la veracidad obliga *prima facies*, y en excepciones se justifica ocultar información e incluso mentir, cuando en situaciones excepcionales haya que priorizar otras obligaciones morales, pero en primera instancia el paciente confía su cuidado al clínico, y adquiere por este hecho, el derecho a información veraz sobre su condición, y el estar informado, le permite ajustar su comportamiento para recobrar la salud, evitar complicaciones y disminuir riesgos para sí mismo y los otros.

Los autores definen la veracidad como:

“(La) [...] transmisión de información completa, precisa, y objetiva, así como la manera como se promueve la comprensión en la relación.”³⁰

La obligación de la veracidad incluye, avisar al paciente acerca de los riesgos de no someterse a un tratamiento, y los riesgos del procedimiento a realizar, ya que el derecho sobre el propio cuerpo, no disminuye por el tipo de decisiones que uno tome.

En la tradición médica, se ha acostumbrado la retención de información en situaciones de mal pronóstico, pero en los últimos treinta años, ha habido un gran cambio en las actitudes médicas en este sentido. Exponiéndose como razones: mayores opciones de tratamiento, mayor sobrevida, y aumento de la demanda de los derechos del paciente. Beauchamp y Childress expresan, que no entienden con qué derecho, revela el médico la información a la familia, sin el consentimiento informado del paciente. La familia ofrece cuidados y apoyo

²⁹ Ídem pág. 380.

³⁰ Ídem pág. 381.

deseables, pero el paciente autónomo tiene derecho moral de impedir la implicación de familiares. Creen que la mejor política es, preguntar al paciente al principio de la enfermedad y conforme al progreso, hasta qué punto desea implicar a otros, incluyendo a su familia.

Se ha planteado que la revelación de la información, a veces viola la obligación de beneficencia y de no maleficencia, causando ansiedad, retraso del efecto terapéutico y depresión. A esto le objetan, la incertidumbre de predecir consecuencias, al no tener la medicina toda la verdad, se arriesga la relación terapéutica. Los autores reconocen, que tampoco se le debe imponer la verdad a quien espera se le tranquilice frente a la muerte. Agregan que la manera como los pacientes realizan su autonomía es muy personal e influida por factores socioculturales, razón esencial, para conocer su deseo específico, y no actuar por presunciones.

Los pacientes tienen el derecho a la verdad, e incluso se ha planteado que tienen la obligación de buscar y aceptar la verdad sobre su estado de salud, pero no se puede deducir de esto, que se tenga el derecho a imponerles información no querida. Se reconoce también el derecho a no saber, si entiende los riesgos de no estar informado, y no pone a un tercero en riesgo.

La obligación de la **fidelidad** en salud es una cuestión ética fundamental. El significado de la lealtad de un ser humano hacia otro, es una de las normas esenciales de la sociedad; aunque hoy día no parezca prevalecer.

Las obligaciones de fidelidad justifican la obligación de actuar de buena fe, para mantener votos, promesas, cumplir acuerdos, mantener relaciones y responsabilidades fiduciarias. La fidelidad ha sido modelada a menudo en la teoría ética, basándose en la fidelidad a las promesas voluntarias, compromisos y juramentos, que se deben diferenciar de la fidelidad en negocios según contratos y relaciones de mercado.

La relación prestatario - usuario es una relación fiduciaria, una relación basada en la confianza o confidencia y por tanto, el médico, es necesariamente un administrador del bienestar del paciente, y este modelo de fidelidad descansa

en valores de lealtad y confianza. El abandono es una ruptura de la fidelidad. Se hiciera o no una promesa, este tipo de infidelidad menoscaba el carácter fidedigno y otras virtudes de la relación.

La fidelidad o lealtad profesional se ha concebido tradicionalmente como la prioridad a los intereses del paciente, en dos sentidos esenciales:

- a- "El profesional prescinde de su propio interés en cualquier conflicto con los intereses del paciente.
- b- Los intereses del paciente tienen prioridad sobre los intereses de otros.³¹

La retórica de la primacía de los intereses del paciente, fue en otros tiempos más razonable que ahora, dado los grandes cambios en la estructura sanitaria y su contexto social, que han producido lealtades divididas en muchas áreas de la práctica médica, la enfermería y la investigación clínica.

Estas lealtades divididas derivan de la estructura de autoridad de las instituciones médicas. Las órdenes dadas y la asignación de deberes, crean algunas formas de lealtad dividida, pero esto también ocurre cuando la fidelidad a los pacientes entra en conflicto con la lealtad hacia los colegas, instituciones, agencias financiadoras, corporaciones y el estado. En estos casos, dos o más papeles con sus lealtades asociadas, pueden resultar incompatibles y hasta irreconciliables, forzando una decisión moral entre ellos.

En otros casos, hay lealtades duales, que no se oponen de manera completa y el principal compromiso puede enmarcarse y especificarse de tal modo que ninguna lealtad tenga que modificarse mucho. También, hay lealtades indeterminadas, que pueden especificarse para superar el problema de incompatibilidad. Idealmente, todas las lealtades en conflicto deben ser especificadas y ponderadas, de tal modo que se eliminen, pero este ideal es difícil de llevar a cabo.

Los médicos, enfermeros y administradores de un hospital, a veces enfrentan decisiones, respecto a obligaciones hacia los pacientes. Por ejemplo, cuando los padres llevan al niño a consulta, ocurre que los intereses de los niños están

³¹ Ídem pag 414.

primero. Puede haber entonces desacuerdos importantes, no solo acerca de lo que aportará las mejores ventajas para el paciente, sino sobre como ponderar esos intereses frente a los más amplios intereses familiares.

Quizá en ninguna otra área, como en la Enfermería son más omnipresentes y moralmente preocupantes los conflictos, entre las obligaciones de fidelidad, a causa de la estructura de las instituciones sanitarias. Aunque las instituciones de cuidados de enfermería y de medicina, se desarrollaron por aparte, hasta finales del siglo XVIII, la creciente importancia del hospital en la atención sanitaria situó a las enfermeras, bajo el doble mando de médicos y administrativos. Los códigos recientes de ética de enfermería definen la responsabilidad moral, de manera claramente diferente que los códigos de hace dos o tres décadas. Las modificaciones en estos códigos reflejan los cambios en la profesión, pero sus implicaciones no se han aclarado del todo, ni se han definido en la práctica. En consecuencia, deben elegir entre las obligaciones de fidelidad, para con la institución, el médico y el paciente.

Los problemas morales y políticos persistirán en enfermería, mientras unos profesionales tomen las decisiones y ordenen su cumplimiento a otros que no han participado en la toma de decisiones. En diversos casos, la enfermería ha dado la alarma sobre padres y médicos que decidieron no tratar a recién nacidos; con graves incapacidades. Tales conflictos son evitables, en gran medida, pero en el ajetreo de la atención sanitaria no siempre se prevén ni se evitan.

Surgen igualmente conflictos de fidelidad, en las instituciones sanitarias que desarrollan múltiples funciones, tales como las que educan a los profesionales sanitarios, a través de la atención a pacientes. El uso de pacientes en la enseñanza de los médicos y enfermeras no viola necesariamente la prohibición de no tratar a las personas meramente como medios, si se cuenta con la comprensión y autorización de los pacientes, no se les someta a riesgo innecesario y se les proteja con normas de intimidad y confidencialidad, por ejemplo.

Durante los últimos años, nuevos conflictos, o al menos, más serios, han debilitado, aún más las reglas tradicionales de fidelidad. En particular, las empresas financiadoras y proveedoras institucionales, han impuesto límites a las decisiones médicas sobre diagnóstico e intervenciones terapéuticas. Los médicos tienen que mantener lealtad a: instituciones y pacientes. Se han establecido nuevos mecanismos para controlar la escalada de costos de la atención sanitaria, incluyendo pago por adelantado, grupos relacionados según diagnóstico, acuerdos de proveedor preferido y diversas formas de medicina gestionada. Estos mecanismos a menudo condicionan y reducen la fidelidad del médico hacia el paciente, a través de una mezcla de incentivos y medidas disuasorias, que pueden poner al profesional en dificultades de actuar según sea el mayor interés del paciente, produciendo serios conflictos éticos de intereses, y en consecuencia de fidelidad.

Por medio de las directrices clínicas, a través de esfuerzos de atención estandarizada, se imponen algunos límites. Dichos estándares de atención pueden ser útiles tanto para los clínicos como para los pacientes, pero sus limitaciones son evidentes. Las directrices con frecuencia, no encajan con las necesidades individuales. Especialmente cuando se llega a reducir la incertidumbre diagnóstica y terapéutica, a través de procedimientos de valor marginal.

La fidelidad al paciente requiere esforzarse por colmar sus necesidades, tanto como sea posible, dentro de las directrices, así como revelar por qué, no se le ofrece un procedimiento diagnóstico o terapéutico útil. La fidelidad de un clínico puede requerir también esfuerzos para cambiar los límites profesionales e institucionales que no son conformes a los intereses del paciente.

El personal de salud se dedica a la vocación especial de sanar y son los fiduciarios de sus pacientes, la fidelidad es una obligación firme y una condición necesaria de integridad moral.

Intimidad y confidencialidad

En la historia moral y legal, la **intimidad**, recibió poca atención hasta bien entrado el siglo XIX. A partir de la tercera década del siglo XX, un mayor interés de libertad en aspectos familiares, fue evolucionando hasta obtener esta denominación, y referirse no sólo a este ámbito, sino a la libertad individual frente a la interferencia familiar. Explican que:

“El derecho a la intimidad protege la libertad delimitando una zona privada que por su naturaleza se protege de la intrusión estatal.”³²

El derecho a la intimidad es una especificación del principio de respeto a la autonomía y está justificado por dicho principio, pero intimidad y autonomía no son sinónimas.

El respeto a la intimidad puede cambiar de una sociedad a otra, por lo que debieran establecerse políticas concretas al respecto, incluso en cada institución, según su accionar en este sentido, precisando las zonas que se consideren privadas y que no deben invadirse, al igual que los intereses que se protegen con esto.

Beauchamp y Childress concuerdan con autores que plantean que la intimidad es una condición necesaria, para mantener relaciones de respeto, amor, amistad y de confianza. A veces, concedemos acceso a nuestra intimidad a otros, con el objetivo de mantener estas relaciones.

La justificación del derecho a la intimidad, es paralela a la del consentimiento informado. La autonomía lleva consigo, el concepto de soberanía y dignidad personal, estrechamente relacionada a la intimidad. No obstante, un paciente no autónomo, mantiene el derecho a la intimidad, por ejemplo, el derecho a no ser innecesariamente mirado o tocado.

Cuando una persona, concede voluntariamente a alguien acceso a su área personal, está ejerciendo el derecho de la intimidad, no renunciando a él, por ejemplo, la decisión de un paciente cuando da acceso a un médico para: procedimientos diagnósticos, pronósticos o terapéuticos. En estas situaciones reducimos la intimidad para lograr otros objetivos.

³² Ídem pág. 390.

Ocasionalmente, se justifica que obviemos las obligaciones de intimidad, para proteger otros objetivos morales. Se debe tener cuidado de no aducir razones equivocadas, y cuando se justifique hacerlo, se debe reconocer que se invadió la intimidad, y el objetivo por el que se hizo. Por ejemplo, cuando se trate de proteger la salud pública.

Al conceder a otros el acceso en áreas privadas de nuestra vida, se renuncia a una parte de la intimidad, pero en los contextos sanitarios se retiene algún control sobre la información, dado la obligación de **confidencialidad** del prestatario, que lo compromete a no facilitar información sobre pacientes, sin la autorización respectiva.

Cuando otros acceden a información protegida sin nuestro consentimiento, a veces decimos que se infringe nuestro derecho a la confidencialidad y otras veces a nuestro derecho a la intimidad. Beauchamp y Childress aclaran que la diferencia es la siguiente:

“Una infracción del derecho de X a la confidencialidad se da sólo si la persona a la que le reveló la información confidencialmente no protege esta información, o la revela deliberadamente a alguien sin el Consentimiento de X [...].

Por el contrario, una persona que entra sin autorización en la sala de archivos de un hospital o en una base informatizada viola los derechos a la intimidad. Solo la persona a quién se le da la información en una relación confidencial, puede ser acusada de violar el derecho a la confidencialidad.”³³

Las reglas de confidencialidad vienen desde hace tiempo, en códigos de ética médica, desde el Juramento Hipocrático, pero algunos autores comentan que: “...sospechan que estas reglas oficiales son reconocidas públicamente, pero ignoradas en la prácticas”.³⁴

En la actualidad, la capacidad electrónica de almacenar información médica confidencial, medicaciones prescritas y pruebas médicas, amenazan la confidencialidad. Este riesgo debe reducirse controlando en gran medida el

³³ Ídem pag 402.

³⁴ Ídem pag 402.

acceso a esta información, pero atendiendo las necesidades de información en medicina.

Los argumentos consecuencialistas plantean, que si los pacientes no pueden fiarse de los médicos para ocultar determinada información, a terceras partes, se resistirán a revelar una información completa y franca, al autorizar un examen o una batería completa de pruebas. Sin esta información, los médicos no serían capaces de realizar diagnósticos y pronósticos precisos, ni de recomendar la mejor opción de tratamiento.

La ruptura de la confidencialidad se ha considerado a menudo como una violación primaria de la intimidad y de la integridad personal. Tales rupturas adquieren una importancia especial, cuando la información revelada, somete a un paciente a un riesgo legal, pérdida de amigos o amantes, trastorno emocional, discriminación, pérdida de empleo u otras situaciones difíciles. La principal tesis es que el valor de la intimidad, analizada anteriormente, otorga considerable peso, a las reglas de confidencialidad que la protegen. El hecho de que el derecho legislativo y constitucional, reconozcan que hay que proteger los intereses de la intimidad, apoyan la obligación de la confidencialidad.

Las obligaciones de confidencialidad, pueden ser sobrepasadas válidamente por obligaciones morales más apremiantes, en algunas ocasiones. Los profesionales sanitarios tienen el derecho de revelar información confidencial; en circunstancias que generen consecuencias para otros, e incluso en algunos casos, pueden estar obligados a hacerlo, como en el caso de maltrato a menores de edad.

Ahora bien, los dilemas morales complejos, no pueden resolverse simplemente, porque una ley requiera la revelación o no. Si un código de ética fuera formulado sólo, con relación a las normas legales, sería un código inadecuado.

Para valorar que los riesgos para otros, están por encima de la confidencialidad, debe ponderarse su magnitud y la probabilidad de que se materialice el daño.

Beauchamp y Childress sostienen que, para hacer honor al respeto de la autonomía, es preciso dar mayor información a pacientes sobre las prácticas

de confidencialidad, y los riesgos que la amenazan, como la conservación de informes computarizados. El usuario debe estar en condiciones de consentir la información que se incluye en sus expedientes, y debe tener acceso a éstos, y a las medidas de control respectivas.

En síntesis, las características del ejercicio de la autonomía, que se debe procurar en los servicios de salud, basándose en los elementos teóricos planteados, son:

- Es contextual y considera los límites que la realidad impone en la práctica.
- Nace de las relaciones humanas, necesita al otro para su desarrollo.
- Es gradual, puede darse en más o menos grado, en las diferentes situaciones de salud
- La obligación de revelación de diagnóstico y tratamientos, incluye la información que el operador sanitario y el paciente consideran relevante, así como la recomendación profesional, los objetivos y alcances de la autorización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Consentimiento informado se convierte en un proceso de comunicación recíproco y continuo, donde la comprensión es fundamental y su razón de ser es la protección de la elección autónoma.
- Relación agente sanitario-paciente, es veraz, ambos brindan información completa y precisa y promueve la comprensión. Incluye información de riesgos de tratamientos, así como riesgos de no realizárselo. Respetar el derecho a no saber, si queda claro el riesgo de ignorar elementos claves del tratamiento.
- Excepto en situaciones de riesgo de terceras personas, es fiel y predomina el interés superior del paciente.
- Respetar la intimidad y la confidencialidad

En el capítulo siguiente, se expondrá las condiciones de atención en los servicios de salud de los EBAIS de Coronado.

CONDICIONES DE ATENCIÓN ¿CÓMO SON? EL CASO DEL AREA DE SALUD DE CORONADO.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), tiene organizada la red de servicios de salud en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario.

El primer nivel de atención corresponde a los servicios básicos de salud que según los lineamientos institucionales comprenden acciones de: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. No obstante, este nivel de atención, históricamente, ha tenido una función primordialmente curativa, enfatizándose en las dos últimas acciones. Se realiza por medio de los Equipos Básicos en Salud (EBAIS) de las Áreas de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, distribuidas en el país. El segundo nivel apoya al primero, mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación; un poco más complejos. El tercer nivel, corresponde a servicios curativos y de rehabilitación de mayor especialización, constituido por los hospitales nacionales como: Hospital Rafael Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios; y los especializados como: Hospital Nacional de Niños y el Hospital Psiquiátrico Antonio Chapui.

Este estudio se centra en los servicios de salud del primer nivel de atención brindados por el Área de Salud Coronado.

A-Situación geográfica

El Área de Salud de Coronado brinda sus servicios desde 1988, a las comunidades del Cantón de Vázquez de Coronado y a los distritos de Ipís y Rancho Redondo del Cantón de Goicoechea³⁵, ambos cantones de la provincia de San José, como se observa en el anexo 2. La clínica se encuentra ubicada en el distrito de San Isidro de Coronado, contiguo al Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (I.I.C.A.).

³⁵ Area de Salud de Coronado 2007 *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. (Actualizado en 2008).

B-Población atendida

La población de la zona de cobertura de esta área de salud, es una población un poco más joven que el promedio nacional (se adjunta pirámide poblacional en anexo 3), y la población urbana prevalece considerablemente sobre la rural.

Según la Dirección de Actuarial de la CCSS la población de la zona de atracción del Área de Salud Coronado es de 92.851 habitantes, sin embargo en el Servicio de Afiliación de este centro, se encuentran inscritas 178.245 personas, lo que evidencia el desfase entre planificación y realidad. El acelerado crecimiento poblacional de esta área, generó distritos de alta densidad poblacional, que colocan a esta área de salud, en la siguiente situación:

“El promedio de habitantes por EBAIS es de 5,803 según la proyección de Población Actuarial de la CCSS 2013, pero la realidad es otra en nuestra área de salud porque contamos en promedio con 11,140 habitantes por EBAIS según la población inscrita hasta el 31/12/2012 lo que excede la población programada para los EBAIS, y además existen EBAIS de más 21,261 habitantes (según población inscrita al 31/12/2012) en el EBAIS de San Antonio Centro lo que evidencia la presión existente sobre los servicios de salud.³⁶”

C-Personal de atención directa al usuario en el primer nivel de atención

La atención directa al paciente en el primer nivel, se encuentra a cargo de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), constituido por un médico general, un auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP).

En la normativa institucional se establece que debe existir un EBAIS por cada 4000 habitantes, pero esto no se ha cumplido en la práctica. Según la población del Área de Salud Coronado, se requieren 32 EBAIS, para brindar los servicios, no obstante, se dispone sólo de 16, y algunos de ellos incompletos, carentes de ATAP³⁷. Se adjunta mapa, con sectorización geográfica según EBAIS (ANEXO 4).

³⁶ Área de Salud de Coronado, Plan de trabajo anual de la Comisión Local de Vigilancia Epidemiológica año 2013 (Documento interno).

³⁷ Área de Salud de Coronado 2007 Análisis de Situación de Salud (ASIS).(Actualizado en 2008).

Los técnicos de atención primaria (ATAP) son funcionarios con capacitación específica, para desarrollar labor comunitaria, especialmente a nivel domiciliario, pero también en centros educativos. Entre sus principales funciones se encuentra: la captura de información sobre salud familiar, inmunizaciones, prevención de enfermedades, promoción de la salud, control de signos vitales, detección situaciones de riesgo y referencia según corresponda.

Los auxiliares de enfermería, que conforman el EBAIS, atienden al paciente previo a la valoración médica, en una atención denominada Preconsulta, que consiste en: toma de peso, talla y signos vitales; indagar sobre el motivo de la consulta para preparación especial, en casos como: citologías, planificación familiar, gráficos de crecimiento en niños, y otros. Brindar educación en salud es también función primordial que realizan según la edad y sexo del paciente atendido, y el programa educativo del año correspondiente.

La organización de la Consulta Externa del médico general del EBAIS en el Seguro Social, está establecida para que se atienda, cuatro pacientes por hora. La atención que se brinda se denomina: Atención Integral, por cuanto no solo es curativa, sino que tiene elementos de promoción, prevención y análisis de riesgo.

D-Normativa sobre respeto a la autonomía

La obligación del respeto al principio de autonomía en los servicios de salud, ha venido cobrando relevancia en los últimos años.

El reglamento del Seguro de Salud que rige los servicios brindados por la CCSS, establece en su artículo 2, la consideración a la dignidad humana por igual³⁸, y dedica un capítulo (Cap.VI) a los deberes y derechos de los usuarios donde está establecido el derecho a recibir información precisa y clara sobre su condición de salud, y alternativas terapéuticas para que sean partícipes de las decisiones sobre su propia condición en forma libre y voluntaria³⁹.

³⁸ Caja Costarricense del Seguro Social 1996 *Reglamento del Seguro de Salud* art. 2.

³⁹ Ídem Capítulo VI Art.75.

La Ley N° 8239 de *Deberes y Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud Públicos y Privados*, aprobada en el 2002 por la Asamblea Legislativa de nuestro país, detalla estos derechos en su artículo 2, entre los cuales se mencionan: recibir información clara, concisa y oportuna; autorizar o rechazar procedimientos diagnósticos y terapéuticos; así como el carácter confidencial de esta atención⁴⁰. Más recientemente, se incluyó en Plan Estratégico de la Caja 2013-2016 como prioridad, la divulgación de los deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud, planteados en la ley mencionada.

El Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado por la Junta Directiva en setiembre 2012, plantea el concepto de consentimiento informado de la siguiente manera:

“Consentimiento informado. Es un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de investigación biomédica, todos los anteriores relacionados con su salud, según sea así requerido por criterio profesional calificado. Se entiende, en primer lugar, como el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados; y, en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. Debe obtenerse con obligatoriedad de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico.”⁴¹

⁴⁰ Asamblea Legislativa Costa Rica 2002 Ley 8239 de *Deberes y Derechos de los usuarios de los servicios de Salud Públicos y Privados Costa Rica*.

⁴¹ CCSS 2012 *Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense del Seguro Social*. Setiembre Sesión 8601 JuntaDirectiva.

DEL RELATO DE LOS PROTAGONISTAS AL EJERCICIO DE LA AUTONOMIA

En este capítulo se describen las valoraciones de usuarios y funcionarios de los EBAIS del Área de Salud Coronado, para conocer por medio de estos relatos, las características de dicha atención, e identificar las expresiones asociadas al ejercicio de la autonomía.

A. USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE LOS EBAIS DEL ÁREA DE SALUD CORONADO

En los relatos de los grupos de discusión de usuarios, se encontró, en primer lugar, que los servicios de salud que reciben son satisfactorios, y que esta valoración no se empaña, ante situaciones anómalas específicas, como las que se exponen a continuación:

“Gracias a Dios no me puedo quejar y si fue usted la que nos llamó, se lo dije por teléfono: ¡Vivo tan agradecida! Hay cosas que si se debe reconocer que se puede mejorar y vivo tan agradecida...⁴²”

“Bien, a mi me tratan muy bien, yo no he tenido nunca una queja. Siempre le insisten a uno que se haga el Pap. (Papanicolau) Y todo eso, pero ahora con eso de los PAP (Noticias) yo estoy como un gato, parada de uñas (risas)⁴³”.

” [...] algunas recepcionistas son muy ásperas, pero no les hago caso, pero me tratan bien, vaya siéntese, tómese sus medicinas y se acabo”⁴⁴.

En este primer hallazgo, se debe tener presente que los servicios de salud, han sido tradicionalmente paternalistas, es decir, en la relación prestatario-usuario: el primero, asume la responsabilidad total de la atención, y actúa, según él, en busca del mayor bien del segundo; pero sin informarlo ni considerar la voluntad expresa del paciente. Esto provoca, que la satisfacción del usuario no signifique por sí misma, respeto a la autonomía, ni disconformidad una limitante de este derecho. Así, satisfacción puede representar que el funcionario y el paciente, asumieron un rol tradicional. También la inconformidad puede presentarse como el resultado de un usuario que exige

⁴² Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo pacientes 3 Minuto 8. 30 marzo 2012.

⁴³ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo pacientes 3 Minuto 17. 30 marzo 2012.

⁴⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo pacientes 2-Minuto 29. 30 Noviembre 2011.

ser informado ante un profesional paternalista, o como ocurrió, cuando un paciente se molestó al punto de pedir cambio de médico, porque este último le recomendó estilos de vida saludables.

Del total de las expresiones asociadas al ejercicio de la autonomía, la mayoría aluden al personal de salud y solo una tercera parte a los usuarios, lo que coincide con lo dicho anteriormente sobre paternalismo, en los servicios de salud. Al continuar otorgándose mayor responsabilidad de la atención al funcionario que al usuario, esto obliga a la institución a fortalecer los procesos educativos e informativos, dirigidos a la población; para que se vayan creando las condiciones y así los usuarios ejerzan la responsabilidad, que por derecho tienen sobre su propia salud.

Las manifestaciones de experiencias positivas a la autonomía, se dieron en magnitud similar, a las negativas al ejercicio de este derecho, lo que no es un resultado esperado, dado el paternalismo de los servicios de salud y la rigidez estructural de la CCSS. Sin embargo, esta relación cambia cuando se analizan con detalle las situaciones de autonomía con predominio en los relatos, a saber:

1. Acceso a citas
2. Elección del médico
3. Posibilidad de explicarle al médico motivo de consulta
4. Información sobre diagnóstico y medicamentos
5. Derecho a manifestar disconformidad por vía formal

A continuación se profundiza en cada uno de estos temas, para determinar si se favorecen o restringen el ejercicio de la autonomía:

1. Acceso a citas

Por acceso a citas, se entiende la posibilidad real del paciente de obtener una cita para ser valorado por profesionales de la salud. Es un elemento que favorece la autonomía en los servicios, que brindan los EBAIS del Área de Salud Coronado, dado que el total de menciones coinciden en que existe acceso a los servicios de salud, cuando lo requieren.

Los siguientes ejemplos lo evidencian:

“No me costó sacar la cita, porque tenía un problema de presión alta...”⁴⁵

“Yo tengo un tratamiento de azúcar y yo he venido a sacar cita y me ha ido bien...”⁴⁶

“A mí me ha ido muy bien, sí, siempre un trato muy bien, servicio, buen trato, todo bien siempre que vengo a solicitar cita me la han dado...”⁴⁷

⁴⁸“¿COMO HACE USTED PARA SACAR LA CITA?

Llamo por teléfono.

¿Y SE LA DAN PARA EL DIA SIGUIENTE?

Bueno, este, si hay campo me la dan para el día siguiente, y si no ellas me explican que no hay campo, verdad, y si me siento muy mal me dicen que venga y uno espera un ratito, verdad, y ellas me pasan”⁴⁹.

“Yo considero también he topado con suerte, en realidad, no me puedo quejar al menos en esa área, verdad, generalmente vengo a sacar cita o espero espacio de un ausente, o cuando es demasiado vengo directo a emergencias por el problemas de Columna...”⁵⁰

“... siempre que venimos los dos y nos han dado cita”⁵¹

Este acceso a los servicios de salud, se refiere específicamente a las obligaciones de veracidad y fidelidad, que se explicaron en el capítulo 1, ya que, el prestatario cumple con el deber de brindar servicios de salud a la población asegurada.

Ahora bien, sí se encontró un elemento que afecta o disminuye este acceso, lo que los participantes llamaron: “*Expresiones de molestia*”, de parte de los profesionales cuando consultan de forma frecuente:

“¡Y dice la Doctora! ¡Es que esta señora está abusando, está viniendo cada 8 días! Le dice mi hija: Sabe una cosa, mi mami ahora no quería venir, porque dice que para qué va a venir, que se va a sufrir la enfermedad en la casa a como dé lugar”⁵²

“Viene uno aquí, pero cómo, ¡viniste la semana pasada! entonces, pero yo ya la vi a usted la semana pasada ¿Porqué no me dijo? ¡Diay! ¡Yo que sabía que me iba a dar un mal de estomago la otra semana!”⁵³

⁴⁵ Autonomía Área de Salud Coronado Núcleo 4.: Grupo Pacientes 1-Minuto 1 .24 Noviembre 2011.

⁴⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 10. 24 Noviembre 2011.

⁴⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 2-Minuto 1 .30 Noviembre 2011.

⁴⁸ Se indica en mayúscula las expresiones de la investigadora como facilitadora del grupo.

⁴⁹ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 2-Minuto 1. 30 Noviembre 2011.

⁵⁰ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 2-Minuto 1. 30 Noviembre 2011.

⁵¹ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 4. 30 marzo 2012.

⁵² Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 7. 24 Noviembre 2011.

⁵³ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 32. 30 marzo 2012.

Agregaron que estas expresiones de reproche, los hacían sentirse necios o con vergüenza:

“La gente enferma, le dije a una doctora: A mí me da vergüenza estar viniendo diario, pero si no tengo dinga, tengo mandinga [...] Pero sí estoy enferma, después de los 15, de las 15 primaveras (risas). Yo nunca me enfermaba antes, traía los hijos que estaban pequeñitos, pero después de los 15, si no tengo una cosa tengo otra, usted me verá todos los días aquí en la clínica, yo soy clientela”⁵⁴.

“[...] pero yo creo que el servicio es muy bien, muy excelente me atienden muy bien, aunque soy un paciente muy necio [...]”

¿POR QUÉ? [...] porque vengo a cada rato [...]”⁵⁵

“[...] uno se cansa de venir y más bien hasta vergüenza le da a uno. Yo al menos aquí he venido infinidad de veces [...]”⁵⁶

“A mí me daba vergüenza seguir viniendo, pero yo con esos sangrados [...]”⁵⁷

Los participantes expresaron que volvían a cita médica, porque sentían que no habían encontrado alivio a un problema agudo o crónico de salud, en las consultas anteriores. Es decir, el acceso a citas es una fortaleza de los servicios de primer nivel, de la Clínica de Coronado, dentro de un comportamiento promedio, que al excederlo, genera actitudes en los prestatarios para desestimularlas. Las citas frecuentes o innecesarias realmente podrían vulnerar, al principio de justicia, por concentrar recursos en unos pocos, pero el número de citas, para atender un problema de salud; es no se puede precisar previamente, y en todo caso, si la dolencia persiste, el acceso a la atención médica debe mantenerse.

2. Elección del médico

La organización institucional de los servicios de los EBAIS, incluye la asignación de un médico por EBAIS, con el fin de promover el conocimiento de éste con la población de su sector. Lo que se define al momento de la inscripción del usuario, y se indica en el mismo carné de identificación que se entrega.

⁵⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 57. 24 Noviembre 2011.

⁵⁵ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 2-Minuto 17. 30 Noviembre 2011.

⁵⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 29. 30 marzo 2012.

⁵⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 70. 30 marzo 2012.

La mayoría de las expresiones relacionadas con este tema, fueron limitantes del derecho de elección del médico tratante, y por consiguiente, del principio de autonomía. Es decir, si el acceso es una fortaleza, la posibilidad del paciente de elegir el médico que lo valore, no es una opción, como se observa en las siguientes expresiones:

“Ok, saqué una cita, y entonces le dije que con ese médico, ella me dio la cita, pero cuando reviso era con otro médico, me devuelvo, hago la fila y le digo a la muchacha y me dice que no hay con ese doctor.”⁵⁸

“[...], nos gusta pedir con cierto médico, porque a uno lo ha visto uno y otro y otro y otro, pues uno va con el que más interés le pone, que uno se siente bien. Si es otro médico, otra vez repetir todo otra vez. Si él no está, pues con otro.”⁵⁹

“Porque uno viene con él médico que le asignan, ¿porque no puede ese médico seguirle el control a uno?

Si, a mí también me pasa

Se lo cambian [...]

[...] incluso a veces viene uno y le dicen tal médico y cuando viene a la hora de la cita, le dicen es otro...”⁶⁰

“[...] entonces uno tiene que ir y sacar cita y topar con suerte”⁶¹

Esta dificultad para que el paciente sea atendido por el médico de su preferencia, se agrava, cuando no solo son atendidos por médicos diferentes; a los que solicitan en una cita ocasional, como en las expresiones anteriores, sino que en la atención de una enfermedad que requiera seguimiento. Por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, pueden ser atendidos por un médico diferente, en cada uno de estos controles. Cada vez que hay un médico diferente, el usuario considera que es como volver a empezar, y en tan poco tiempo de atención, es muy difícil que el médico se familiarice con el caso, volviéndose una relación despersonalizada. Los participantes expresaron que el cambio constante de médico les provocaba desmotivación y vergüenza, por tener que volver a explicar su condición de salud cada vez que consultan.

“A veces yo pido cita con un médico, porque eso que le dan a uno con uno y con otro, a veces uno no, a mi yo soy una que siempre me da vergüenza cuando voy

⁵⁸ Autonomía: Grupo Pacientes 1-Minuto 10. 24 Noviembre 2011.

⁵⁹ Autonomía: Grupo Pacientes 1-Minuto 15. 24 Noviembre 2011.

⁶⁰ Autonomía: Grupo Pacientes 3-Minuto 23. 30 marzo 2012.

⁶¹ Autonomía: Grupo Pacientes 3-Minuto 61. 30 marzo 2012.

con medico nuevo, me dan unos nervios de los once mil, yo siempre pido con XX pero nunca me dan [...], me dicen: no está”⁶²

Un grupo de participantes explicó, cómo esto afectaba la relación médico-paciente:

“Uno dice, ¡ay! que bien me atendió ese médico y cuando usted llega y no está ese médico, usted dice: ¡Que pereza! No está el que me vio la vez pasada [...] pero eso que le digo, porque él lo oye: [...] Diay! Entonces uno se va aquerenciando con ese Dr., pero uno también tiene que comprender que si no está uno, está el otro. A veces el médico no es solo el médico, se convierte hasta en el psicólogo.”⁶³

Las expresiones anteriores muestran que aunque hay claridad sobre la importancia de la continuidad en la relación médico-paciente, los motivos son más paternalistas que autónomos, ya que no se mencionan elementos como la capacidad clínica, información brindada o resultados de tratamiento, sino afabilidad, simpatía y otros. Se deja entrever también, diferencias importantes en la atención de los agentes sanitarios, lo que podría hacer notar la necesidad de protocolos de atención, supervisión u otras medidas.

Un grupo menor, expresó que cuando se sentían mal, les era indiferente el médico que los atendiera. Reconocieron que no es tan necesario que el médico sonría o sea afable, lo que se considera una actitud de mayor independencia hacia el profesional sanitario. Verbigracia:

“Cuando uno está enfermo, no importa quién lo atienda, mientras lo atiendan y uno confía en el médico.”⁶⁴

Otro elemento que incide en este aspecto, es que si la relación de un paciente con el médico asignado se problematiza, la posibilidad de tramitar un cambio formal de médico, también es difícil:

“[...] llenamos la carta (de solicitud de cambio de médico asignado), esperar los 8 a 15 días, entonces traje la carta de él, mía y la de mi papá, que siempre vengo con mi papá, tiene 90 años y era el mismo médico. No me pareció, que empezando no mas a tratar una persona mayor que necesita especialidad. A papá si se lo

⁶² Autonomía: Grupo Pacientes 1-Minuto 18. 24 Noviembre 2011.

⁶³ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 3-Minuto 26. 30 marzo 2012.

⁶⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 3-Minuto 25. 30 marzo 2012.

cambiaron pero a nosotros no, porque como le corresponde San Rafael, no nos cambiaron, no, por la manera en que nos trataba, no, porque nos toca”.⁶⁵

Los participantes reconocen que deben tomar algunas medidas para disminuir este problema, por ejemplo, tener algunos médicos que en algún momento los hayan atendido satisfactoriamente, y en el caso de ausencia de médico asignado, pedir la cita con otro. En ocasiones, prefieren venir otro día, para que la valoración sea con el médico de su preferencia.

3. Posibilidad de explicarle al médico el motivo de consulta

La posibilidad de explicarle al médico el motivo de consulta, es un aspecto muy valorado por los participantes. La mayoría de las opiniones fueron propiciatorias de la autonomía. En general, se observó conciencia e incluso, exigencia del paciente, de que se cumpliera con este aspecto, durante la atención, para lograr un servicio médico satisfactorio. Obsérvese el siguiente ejemplo:

“Bueno, como siempre, él es el que pregunta que a qué va, en que le puedo ayudar, entonces uno le explica, es cierto, unos le ponen más atención, hay otros que no, a nosotros nos estuvo viendo XX que es uno que no le daba mucha importancia a las enfermedades de uno y a lo que uno le explicaba”⁶⁶

“Ellos preguntan, doña XXX en qué le podemos servir, cuál es su problema y entonces uno dice”⁶⁷

“Yo le explico lo más importante que me pasa y el Dr. me pone atención y me dice que es una enfermedad [...] Ya no curable [...]”⁶⁸

“[...] pero eso que le digo, porque él lo oye: ¿Qué siente?, ¿Qué más necesita? ¿Qué le duele? ¿Cuánto tienen de estar viniendo?”⁶⁹

En este sentido se infiere, que la posibilidad de explicar al médico, el motivo de consulta, es una necesidad más sentida por el paciente, que la de recibir información sobre diagnóstico y tratamiento, como veremos a continuación.

4. Información sobre diagnóstico y medicamentos

En este tema, se dieron manifestaciones de conductas limitantes de la autonomía en número similar a las propiciatorias a este derecho. Entre las

⁶⁵ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 32. 24 Noviembre 2011.

⁶⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 2-Minuto 7. 30 Noviembre 2011.

⁶⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 2-Minuto 8. 30 Noviembre 2011.

⁶⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 2-Minuto 23. 30 Noviembre 2011.

⁶⁹ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 3-Minuto 26. 30 marzo 2012.

situaciones en que estos elementos fueron omitidos por los profesionales se encontró:

“y... ¡nunca me dicen nada!, que te voy a mandar esto y los exámenes, que como están, ¡nada!”⁷⁰.

“A mí me fue mal con dos citas que me dio el Dr. porque él estaba agachado y yo llegaba y me sentaba y él viendo el expediente y escribía y me da la receta, y me dice tome, váyase ya y le hablaba yo, y no me contestaba y me receta las medicinas, que no eran las que diario me daban los otros doctores”.⁷¹

Y entre las expresiones propiciatorias, en las cuales el médico y enfermera informaron sobre los diagnósticos y tratamientos están:

“[...] la doctora de ayer que me atendió, me explicó, vea le voy a mandar una pastilla que le va a servir para esto y para esto, yo le pedí un medicamento y me dijo, no, porque esto te da una enfermedad en los huesos, [...]”.⁷²

“[...] entonces el médico me dijo: le voy a mandar Lovastatina, le digo yo, pero es muy poquito. Sí, pero de por sí, la Lovastatina le protege el corazón, no hay ninguna razón [...] no se qué pero vamos a mandarle exámenes, los exámenes míos me los hice en julio del año pasado o en diciembre, no me acuerdo. Y me dice: No importa, hágaselos porque quiero ver cómo está funcionando el medicamento”⁷³

Pese a la alta frecuencia con que se mencionó el interés de recibir información sobre su condición de salud, los participantes, no lo viven como un derecho del paciente o una obligación del agente sanitario, sino, como un “don” o “carisma” que es “conveniente” que el funcionario posea.

“¡Que lindo que le expliquen a uno! Porque ¡Díay! Yo no voy a tomarme algo que me vaya a hacer daño, pero no todos los médicos tienen ese don de explicarle a uno”.⁷⁴(El subrayado es propio)

“..., la atención excelente, pero con médicos (que) tienen que le dicen, esto por esto y esto, tienen ese carisma para eso, estudiaron para eso”.⁷⁵ (El subrayado es propio)

Es decir, el recibir información por parte del profesional sanitario, se entiende más como virtud, que puede estar o no presente en la valoración médica, que como una obligación del agente sanitario o un derecho del usuario.

⁷⁰ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 42. 24 Noviembre 2011.

⁷¹ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 40. 24 Noviembre 2011.

⁷² Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 24. 24 Noviembre 2011.

⁷³ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 24. 24 Noviembre 2011.

⁷⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 23. 24 Noviembre 2011.

⁷⁵ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 3-Minuto 59. 30 marzo 2012.

Manifestaron claramente la preferencia de ser atendidos por los médicos, que sí poseían este “don”.

En el capítulo 1 se aclaró que el derecho a la información diagnóstica y terapéutica, incluye el derecho a no ser informado, si se conocen los riesgos. Una situación relacionada con esto, se mencionó en los grupos de discusión:

“A mi hija, como dije anteriormente, ella tiene un tratamiento de un año, le había atendido otro, porque no estaba ninguno de los médicos que pedimos, y ella salió como decepcionada, porque ella me dice, se lo que tengo, pero le dije al Dr.XX que no quería saber cuánto, entonces siempre me lo dijo, no quería, mamá. No respetó. Habría que ver hasta qué punto ellos pueden decir o hasta que punto no, no me parece, usted ya sabe el resultado.”⁷⁶

Esta referencia hace pensar, que si no hay clara conciencia del derecho de información del paciente, el derecho a no ser informado, no está presente en la relación usuarios-agentes sanitarios.

5. Derecho a manifestar disconformidad por vía formal

La mayoría de los participantes consideran que es importante utilizar los mecanismos formales, para manifestar disconformidad con la atención, lo que lo convierte, en un elemento positivo para la autonomía, ya que se declaran con convencimiento y derecho a hacerlo. Se conoce el procedimiento para llevarlo a cabo, incluso varios de los participantes ya habían ejercido este derecho, tanto con las jefaturas del mismo servicio que originó la disconformidad, como con la Contraloría de Servicios. Lo que se puede observar en los siguientes ejemplos de opiniones, externadas al respecto:

“Me vio un poquito disgustada, entonces me dijo: no, aquí, la voy a pasar con la de citas entonces, y me atendió, probablemente fue otra, muy amable la muchacha, le comenté, le volví a comentar que estuve a las 6am, que había hecho fila dos veces, yo le dije que amable ella, y que ojalá que la compañera fuera así y [...]”⁷⁷.”

“Yo pienso que si hay algún problema, pienso que hay superiores, que nosotros tenemos que ir a decirles a ellos, porque eso fue un camino de resolver”⁷⁸”

“La persona que está mal debe poner la queja para que le pongan atención”⁷⁹

⁷⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 34. 24 Noviembre 2011.

⁷⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 12. 24 Noviembre 2011.

⁷⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 13. 24 Noviembre 2011.

“[...]entonces yo sí vine a la jefatura de coordinadores y hablé, muy amable la XX que era la que estaba ahí, porque el que está ahora, para mi siento que le falta un poco de profesionalismo para atender, es YY, hace poco vine porque quería hablar con él, y le dije que como era posible que hacía cinco meses, que deje la referencia del Ultrasonido, para ver si tengo piedras en la vesícula y que esta era la fecha que ni siquiera me habían llamado. Y la verdad es que salí insatisfecha con la respuesta [...]”⁸⁰

“[...] y busque al director médico y, [...], le digo no señor, puede dar reacción (el medicamento) pero nunca como me dio, me dice bueno vea, pero ella no tiene la culpa, le digo yo no vengo a culpar a nadie, vengo a pedirle o a decirle que la XX debió haberme preguntado”⁸¹

“[...] me ha ido bien. Excepto en la cita de Odontología, este [...] hace como un mes en la Contraloría de Servicios dejé una nota, pero poniendo sugerencias que me parece”⁸²

Aunque también, se encontró una minoría de participantes que prefieren no plantear queja, a pesar de que sintieron disconformidad con el servicio, en algún momento de la atención. Incluso en situaciones en las que se sintieron verdaderamente mal atendidas, como lo vemos en el siguiente ejemplo:

“Pero mi hija (adulta) es muy tranquila y ella le da mucha pena. Entonces, (dice) ¡Qué les iba a decir!”⁸³

“Yo prefiero irme ahogada del colerón para la casa”⁸⁴

“[...] le cambió todo el tratamiento. Y entonces el viene a retirar las pastillas y no se las toma.”⁸⁵

- **Otras situaciones asociadas a la autonomía**

Otras situaciones mencionadas con menor frecuencia; pero que permiten ampliar la visión de la situación de autonomía, en los servicios de salud son:

-Administración de los medicamentos por parte de usuarios

En los grupos de discusión hubo manifestaciones en torno a los medicamentos, que es importante transcribir en su totalidad, porque evidencian falta de

⁷⁹ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 42. 24 Noviembre 2011.

⁸⁰ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 2-Minuto 4. 30 Noviembre 2011.

⁸¹ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 14. 30 marzo 2012.

⁸² Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 39. 30 marzo 2012.

⁸³ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 51. 30 marzo 2012.

⁸⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 52. 30 marzo 2012.

⁸⁵ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 3-Minuto 38. 30 marzo 2012.

responsabilidad del usuario en el uso de las medicinas, y la necesidad de que los servicios de salud eduquen a la población, en este sentido:

“Tengo la costumbre que nunca leo las cosas, porque me da pereza ponerme los lentes, y uso los lentes solo para salir, pero como XX, me dijo a mí. Le voy a mandar medicina para la tos, yo dije: ¿es una medicina para la tos!, [...].A mí me mandó el Dr. uno de esos, no me explicó, le voy a contar realmente lo que me pasó en mi casa. Mi nieta tenía tos, estaba resfriada, le di medicina, y me llama mi hijo después y me dice ¿Qué le diste a Sofía que está mareada? Medicina para la tos ¡Que raro está como borracha, no sé! Llega mi hija en la noche, y me dice: mamá no tiene nada para la tos, le digo: si claro y tampoco leyó, y ella es una muchacha estudiada porque está estudiando, no lo leyó, lo agarró y se lo tomó: Que raro me dio sueño y se fue a acostar y se durmió. Para no cansarlos con el cuento, llegó una amistad a dormir ahí a la casa, y me dijo, tengo tos y le dije, tome medicina, agarro la medicina y tomó. Como a las 5am se despertó, agarró una acetaminofen con codeína y se la tomó y agarro la medicina de la tos, supuestamente, y se la tomó, se inclinó la botella. Lo que quería era curarse esa tos de perro. Para no cansarlos, aquí calló, dormida, era una hora y esa mujer no se despertaba, yo llamé al 911. ¡Se inclinó la botella! ¡No se despertaba! La tuvimos que pasar dormida a la cama y yo [...].Aquí le preguntaron que había tomado y ella dijo una medicina para la tos. Yo quedé con la duda ¿Qué se tomaron? ¿Qué les di? Vea, sin mentirle, fui la única [...] yo que me la mandaron a mí y no me la tomé. A mí el médico no me explicó.

¿Y SE FIJO? Si, agarré los lentes y me los puse y le dije a las chiquillas, oigan, vean lo que yo les estoy dando, a usted le di, a Sofía, a Jennifer y a Reina, un medicamento para que me tomara yo, solo para la noche para que lo tomara yo, les digo, pero el médico a mi no me explicó. Se supone que si alguien tiene tos y toma medicina para la tos le hace bueno...pero ya aprendí.⁸⁶”

Otros comentarios complementarios fueron:

“[...]me había enojado con mi marido y mi nuera, y con la otra chiquilla mía que no quería ni estudiar, ni trabajar, entonces estaba yo al borde, esa noche no podía dormir y agarré las gotas que el Dr. me había mandado y me las tomé todas, las Diazepam[...] y estaba entero y me privé ¡y estaba entero! Y ahí caí y me atendieron de maravilla” (en la clínica)⁸⁷”

Estos ejemplos muestran como se utilizan los medicamentos para un uso diferente del propósito de la prescripción médica. Además, evidencian la

⁸⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 28 .24 Noviembre 2011.

⁸⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4.Grupo Pacientes 1-Minuto 28 .24 Noviembre 2011.

necesidad de educación en este tema, y el riesgo que implica para la población. El respeto a la autonomía obligaría a que: paciente, médico, y farmacéutico, trabajen conjuntamente para solventar la problemática encontrada.

-El médico es “el que sabe”.

Se encontró expresiones tradicionales: como que el “médico es el que sabe”, no valorándose el conocimiento, que el paciente posee sobre sí mismo, la realidad que lo rodea, y por supuesto, su derecho como sujeto autónomo.

Se dieron manifestaciones en dos sentidos: usuarios que expresaron francamente que el médico, es el poseedor del conocimiento, y otros que se molestaron, porque el médico reconoció no saber sobre algún aspecto de la valoración:

“Uno tiene que tener confianza que el médico sabe, es que uno piensa que el médico sabe, y la respuesta de él era: yo no sé, no sé y no le parece a uno.”⁸⁸

B. PERSONAL TÉCNICO DE LOS EBAIS DEL ÁREA DE SALUD CORONADO

La medicalización de la salud, entendida como la conceptualización de que la salud, se encuentra centrada en el médico, provoca que la mayoría de las manifestaciones en los grupos de discusión de usuarios, se refirieran a estos profesionales, encontrándose mucho menos expresiones relativas al auxiliar de enfermería y al técnico de atención primaria.

A continuación revisaremos los aspectos encontrados en los grupos del personal técnico, que integra los EBAIS:

I. Asistente Técnico Atención Primaria (ATAP)

Los índices positivos de salud de Costa Rica, no se construyeron en los grandes hospitales, es multicausal, un importante factor que contribuyó fueron los técnicos de atención primaria, en los años cincuentas y sesentas -en ese

⁸⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Núcleo 4. Grupo Pacientes 1-Minuto 32 .24 Noviembre 2011.

entonces pertenecientes al Ministerio de Salud- casa por casa, y escuela por escuela, realizando labores de educación, vacunación, desparasitación, y vigilancia sanitaria, y por supuesto, el acatamiento de las recomendaciones por parte de la población.

El énfasis en la atención a las enfermedades en los años setentas y ochentas disminuyó la importancia dada a estos programas, y con el traspaso a la CCSS terminó por ser absorbido en el sistema medicalizado, de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Con el establecimiento de los EBAIS, en la Reforma del Sector Salud, se retomó la importancia de la labor de atención primaria, aunque con menos protagonismo. En la actualidad el método utilizado en esta área de salud para la dotación del Recurso Humano de estos técnicos, es la contratación a terceros⁸⁹. Esta estrategia trae como consecuencia que, no sean funcionarios de la CCSS, sino de empresa privada, que hace que su labor dependa de lo pactado en un contrato. Hay muchas situaciones que hacen necesaria mayor flexibilidad en la atención de la salud, y este hecho dificulta la identificación directa con los objetivos de la institución, y marca diferencia con los otros agentes sanitarios.

Entre las funciones desempeñadas por los ATAP las más mencionadas en los grupos de discusión fueron: Ficha familiar: (Llenado de boleta que incluye la composición familiar y datos de salud de cada miembro de la familia), vacunas adultos y niños, prevención de enfermedades, promoción de la salud, toma de presión, peso a niños, referencia a diferentes servicios de la clínica en casos necesarios.

En el grupo de discusión conformado por técnicos de atención primaria se mencionaron como fortalezas en su labor las siguientes:

⁸⁹ Modalidad que permite que la CCSS contrate servicios específicos a Empresas privadas. Son empleados de la empresa pero realizan trabajos para la clínica.

- La población del área de atracción está acostumbrada al trabajo de los ATAP en comunidad, lo que les permite tener una cercana relación con los pobladores⁹⁰.
- Existencia de zonas “*muy buenas*”⁹¹, lo que básicamente significa que logran hacer un número suficiente de visitas efectivas por día, lo que es su unidad de medida de producción.
- Ciertos grupos de población como adultos mayores, zonas rurales y/o urbanas marginales. Los reciben muy bien y agradecen que les lleguen a realizar los controles de su salud, y ponen más atención a las recomendaciones de los cuidados en salud⁹².
- Cubre viviendas cuyos ocupantes no tienen cobertura del seguro de salud.

Entre las dificultades para realizar su trabajo mencionaron:

- Algunas áreas no efectivas, especialmente los residenciales de clase alta, en las que pese a encontrarse personas en las casa, no aceptan la intervención debido a horarios o por disponer de otras opciones de servicios de salud. El incremento de las llamadas “casas dormitorios”, donde todos sus ocupantes, salen durante el día, a trabajos, escuelas, colegios, guarderías o a casas de familiares. Esto se denomina casa cerrada, y con la excepción de actividades extraordinarias, algún fin de semana, no es posible realizar visitas efectivas⁹³.
- Nuevos requisitos en los lineamientos de su trabajo, que obligan a que la información debe ser facilitada por un miembro de la familia, ya que una empleada doméstica, vecino, o familiar que no resida en la casa, no puede brindar la información, lo que dificulta aún más el logro de las efectividad, en los recorridos diarios.

⁹⁰ Autonomía: Área de Salud de Coronado Sección Atención Primaria Grupo Asistentes Técnicos de Atención Primaria Minuto 1.18 Noviembre 2011.

⁹¹ Autonomía: Área de Salud de Coronado Sección Atención Primaria Grupo Asistentes Técnicos de Atención Primaria Minuto 20.18 Noviembre 2011.

⁹² Autonomía: Área de Salud de Coronado Sección Atención Primaria Grupo Asistentes Técnicos de Atención Primaria Minuto 21.18 Noviembre 2011.

⁹³ Autonomía: Área de Salud de Coronado Sección Atención Primaria Grupo Asistentes Técnicos de Atención Primaria Minuto 5.18 Noviembre 2011.

- Fallas en la comunicación con los servicios de la clínica, lo que ocasiona que los pobladores se informen con antelación de los servicios que abre la clínica, como algún especialista, o proyecto educativo⁹⁴.

Ahora bien, el hecho de que los asistentes técnicos de atención primaria, no sean directamente empleados del Seguro Social (por la contratación a terceros); y que realicen su trabajo en otro escenario: el comunal, así como, la ausencia de actividades en equipo en los EBAIS, afecta la percepción de éstos, como miembros de los EBAIS, por el resto del personal de salud. La insuficiencia de estos funcionarios, ante el crecimiento poblacional del área- como se explicó al principio de este capítulo-, provoca una seria disminución en su cobertura, lo que contribuye a su invisibilización.

Las situaciones mencionadas que distancian al ATAP de los otros miembros de los EBAIS de la Consulta Externa, se contraponen a la manera en que son percibidos por la comunidad, que sí los considera representantes de la clínica, y los reciben con esta expectativa. Por lo que a menudo les hacen consultas o les plantean disconformidades en relación con otros servicios, que no siempre están en capacidad de resolver. Las más frecuentes son; obtención de seguro, trámite de carné, trato de los médicos hacia el paciente, y de servicios de apoyo como Rayos X y Ultrasonido.

Han encontrado en los hogares mucha necesidad de educación sobre manejo de medicinas, y ellos han asumido la tarea de informar al respecto, incluyendo simbología que contribuya a recordar la hora, y dosis prescrita, para tomar sus medicamentos.

Finalmente, los ATAP sugieren que se muestre más afabilidad en la atención al usuario, en especial al adulto mayor; por ejemplo: disposición de escuchar su relato y simplificar y flexibilizar el trámite de aseguramiento.

Al preguntar en los grupos de discusión de usuarios, sus opiniones sobre las experiencias de atención con asistentes técnicos de atención en salud, la

⁹⁴ Autonomía: Área de Salud de Coronado Sección Atención Primaria Grupo de discusión Asistentes Técnicos de Atención Primaria Minuto 30.18 Noviembre 2011.

mayoría de las personas manifestaron no ser visitadas por estos funcionarios y citaban como motivo primordial que nadie permanecía en su casa, durante el día. Verbigracia:

“¿A SUS CASAS LLEGAN TECNICOS DE ATENCION PRIMARIA?

Hace mucho tiempo si, y si han estado en el barrio, pero sinceramente, posiblemente si han pasado, pero yo soy muy callejera.

Si al barrio [...]

No me doy cuenta si no han llegado, porque yo trabajo. Salgo a las 4:30 am y regreso a las 4pm. Cuando estoy en la tarde, no escucho que alguien toque, me voy para el gimnasio y llego en carrera a bañarme para irme a trabajar. Esa es mi rutina, entonces no me doy cuenta.

En casa si han pasado, lo que pasa es que hace cuánto que no los veo, porque salimos mucho, voy al gimnasio. Hace poco me dijo la consuegra que habían pasado. Cuando llegan toman la presión, las veces que han logrado encontrarnos, nos toman la presión. Atienden bien”.⁹⁵

Como en el ejemplo anterior, las personas que sí habían sido visitadas y atendidas por los ATAP, manifestaron satisfacción con la atención brindada.

La situación más evidente relacionada con el respeto a la autonomía en la atención a la salud que brindan los ATAP, es el *consentimiento verbal* que solicitan al visitar un hogar, al pedir el permiso de ingreso y autorización para realizar las diferentes acciones, según el consentimiento de cada persona residente.

Otra fortaleza para el ejercicio de la autonomía del usuario, de estos servicios es la labor educativa que realiza este personal casa por casa, promoviendo el autocuidado de la salud.

Sin embargo, la especificidad y estructuración de las tareas que realizan los ATAP, les dificulta atender la diversidad de situaciones individuales y familiares que encuentran, lo que limita el respeto a la autonomía de estos usuarios.

En las manifestaciones de este grupo, es clara, la identificación con la población atendida y el deseo de ayudarlos más allá de lo que su perfil permite, lo que refleja el compromiso de estos técnicos en su trabajo; pero que puede

⁹⁵ Autonomía: Área de Salud de Coronado Núcleo 4 Grupo de discusión Pacientes 3-Minuto 54. 30 marzo 2012.

llegar a percibirse más como una actitud benéfica, que de respeto a la autonomía.

II. Auxiliar de enfermería

Los auxiliares de enfermería, que conforman el EBAIS con médico y ATAP, atienden al paciente previo a la valoración médica, en una atención denominada Preconsulta, que se explicó en el aparte de la organización de los servicios del Área de salud de Coronado.

El área de atención de los EBAIS ubicados en el edificio principal, se divide en tres núcleos, cada uno constituido por: sala de espera, un área de recepción, un consultorio de Preconsulta, donde dos auxiliares de enfermería deben realizar sus funciones, previo a la valoración médica, y ocho consultorios médicos. Cada médico atiende cuatro usuarios por hora, y son ocho médicos, son treinta y dos usuarios, que deben atender en cada hora, lo que da un promedio de menos de dos minutos, por persona atendida. También reciben durante el día usuarios de los servicios de Laboratorio y Odontología, quienes necesitan atención en esos servicios: toma de signos vitales y/o peso y talla. Además, atender funcionarios y usuarios que sin tener cita, pasan a tomarse la presión o pesarse.

La situación descrita se explica mejor en las siguientes expresiones:

“¿CUÁNTOS USUARIOS ATIENDEN POR HORA?

[...]4 por hora por médico y a veces son 8 médicos. En el núcleo dos son ocho médicos [...].

A veces se junta los de una hora con la hora que sigue, porque los niños [...] en los menores casi siempre hay que hacer las gráficas y eso lleva su tiempo...revisar las vacunas, pasar del librito de vacunas que quede registrado en el expediente.

Cuando vienen las mujeres, que les corresponde el Papanicolau, llenar la papelería del Pap, llenar la laminita [...].

Aparte de eso hay gente que llega de Odontología, llegan mucho porque los mandan porque tienen que saber si está en rango normal o no (presión arterial). Los que devuelven de laboratorio, que hay que pesarlos y medirlos.

Tallarlos, sí.

Es trabajo extra.

Y la gente viene a tomarse la presión [...] durante todo el día.

Si, compañeros que llegan, me dolió la cabeza, tómeme la presión.

No solo la presión, a pesarse⁹⁶.”

Lo anterior deja ver la no correspondencia entre tiempo, cantidad de pacientes y acciones a realizar a cada uno. Y además esta labor no se ejecuta en forma fluida por dos motivos principales:

1- Atrasos en la llegada del expediente clínico a la Preconsulta:

Si el expediente clínico llega tarde a la Preconsulta, el trabajo del auxiliar de enfermería se atrasa, y se acumula con el de la hora siguiente. Las siguientes expresiones describen esta situación:

“ A veces la consulta llega tarde, tarde, y entonces se lo pasan a una tarde y entonces si uno está atrasado ellos llaman arriba a XX (Jefatura), a quejarse, que nosotros estamos lentas, porque la consulta no se pasa, y es que tal vez la consulta llegó tarde !Diay! y nosotros no podemos tampoco[...].

[...] nos caen los clavos a nosotros.

[...] pero a veces las sustituciones llegan demasiado tarde [...]”⁹⁷

“O el expediente equivocado que usted lo llama y lo llama hasta 6 veces y le dicen es que estaba equivocado, ese no era.

Y eso sí pasa [...] se equivocan, pasa [...]

Se supone que están pidiendo la cédula para eso, para confirmar y por lo menos, mínimo nombre y apellido, ver los números de cédula, pero sacan expedientes que no corresponden a la persona.

Yo siento que es una cadena, verdad. Si archivo saca bien los expedientes, los sacan a tiempo, enfermería los lleva a tiempo.

Desde ahí tiene que venir”⁹⁸

⁹⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de Sesiones Grupo de discusión auxiliares de Enfermería EBAIS Minutos 6-7. 08 Marzo 2012.

⁹⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de Sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minuto 18. 08 Marzo 2012.

⁹⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 24-25. 08 Marzo 2012.

“También a veces depende de la secretaria, que espera que sean la 9:45 am en punto para pasar los expedientes y nosotros bailando el pelado para allá y para acá. Diciéndoles, por favor [...] pásenos el expediente [...] y se nos molestan con uno, pero es que más rápido lo pasa, más rápido vamos pasando la consulta de los médicos. Eso estaba pasando con los pacientes de las 3 pm, cómo hay cambio de turno de ellas, entonces decían, no [...] Yo veía donde los ponían boca abajo en una silla faltando diez o un cuarto, verdad XX, [...].Y cuando nos los ponían era el molote, el montón [...].⁹⁹”

Esta situación evidencia problemas en la gestión del expediente a nivel interno, que deben replantearse para no afectar la calidad del servicio.

2- Presiones en el proceso por parte de médicos, pacientes, jefatura y funcionarios de otros servicios.

Presiones e interrupciones durante el tiempo de atención al paciente en la Preconsulta obstaculizan el proceso. Estas presiones vienen de parte de jefaturas, médicos, pacientes, y funcionarios de otros servicios, como se puede apreciar en las siguientes manifestaciones aportadas en el grupo de discusión de auxiliares de enfermería:

-Personal Médico:

Médicos presionan de diferentes formas para obtener el expediente clínico, lo más pronto posible, para aligerar su propia consulta. Esta presión se manifiesta a continuación:

”También los mismos médicos, nosotros entramos a las 6 (de la mañana) y a las 6:05 quieren tener todos los expedientes, y eso nos genera a nosotros demasiada presión y hace que en muchas ocasiones no se dé una atención adecuada al paciente y hace que ellos mismos también se indispongan, porque llegan y uno está: Suba a la pesa, siéntese para tomarle la presión. Si usted toma tratamiento tiene que tomársela con agüita, y está uno como robot, y aparte de eso, el médico extendiendo la mano para que uno le dé expediente.

[...] pero eso no ocurre solo de 6 a 6:05, durante todo el día [...]

Durante todo el día, estemos en el núcleo que estemos, en cada núcleo hay algunos médicos difíciles, no ha terminado de anotar y nos dicen: Démelo, así me lo llevo o sea [...]

Presión por y todo lado [...]

⁹⁹ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 26-27. 08 Marzo 2012.

Por todo lado, pasamos presionadas.

A veces estamos con pacientes y coge un expediente del mostrador y entra y nos dice, aquí les traigo este [...]

Entonces, a partir de la tensión, por la rapidez con que hay que hacer las cosas y todo, uno se pone estresado, aunque uno no quiera, porque hacen presión para que pase los expedientes a un mismo tiempo y no se puede.”¹⁰⁰

“Ha habido veces que una compañera está escribiendo en el expediente y le arrebatan el expediente. Una vez yo me quedé asustada, porque ¿cómo es posible que lleguen al extremo de arrebatar el expediente sin haber terminado la nota?

O se lo llevan sin la Preconsulta. Así me lo llevo, sin peso sin presión ni nada”.¹⁰¹

-Usuarios:

En la narración se encontró tres causas principales del atraso en el desarrollo de la labor del auxiliar de enfermería, ocasionada por los usuarios, a saber:

- Usuarios que no aceptan que se debe esperar y exigen ser llamados de inmediato:

“Aparte del paciente malcriado, porque llega y le reclama a uno porque lo pasaron a esta hora si entregó el carné desde tal hora y bueno [...]

Hay unos que sacan cita para toda la familia y quieren que los llamen juntos y no se puede.

Toda la familia.

Si se quiere, pero no se puede.

Yo a veces siento tanto... que pienso que si es ignorancia del mismo paciente o es majadería.

Porque ellos saben el proceso.

Sacan la cita, presentan documento, y después de nosotros los llama el médico...pero a veces el tal paciente [...].¹⁰²”

- Usuarios que se presentan a tiempo a la cita, presentan documentos en la recepción, pero que al llamarlos para la Preconsulta, no

¹⁰⁰ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 8-9 .08 Marzo 2012.

¹⁰¹ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala sesiones Grupo discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minuto 17. 08 Marzo2012.

¹⁰² Autonomía: Área de Salud Coronado Sala sesiones Grupo discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minuto 10. 08 Marzo 2012.

responden, por lo general realizar gestiones en otros servicios, cuando regresa, hay que atenderlo a contratiempo:

“Ahora, también es importante recalcar, que en la mañana nosotros que entramos a las seis para pasar esa consulta, la mayoría de los pacientes se van!Diay;

Los expedientes tienen que estar a las 6 am en los cajones, por lo menos uno en el cajón de cada médico. Y se van[...] los llama uno, anda en Laboratorio, anda en Rayos, anda en Farmacia y bueno, llamamos y llamamos y la mayoría no están, entonces llamamos los terceros o los cuartos, tienen esa mala costumbre. Yo les digo, la cita a las 6, pero ellos se van, están mal educados en ese sentido.

Exacto.

Y es que el paciente viene y quiere hacer todo de una vez, que las citas todas le coincidan pero no [...].

- Pacientes en sala de espera producen ruido que no les permite escuchar al ser llamados.

¡Diay! , a veces uno llama hasta 5 veces a pacientes, pone en el expediente, llama a otros y llama y llama y a veces son adultos mayores que vienen solos y que no escuchan bien. A veces es que hay tanto chiquito ahí que tampoco se oye, la gente habla demasiado. Venir a la clínica es como venir a un templo. La gente debería estar callada. Cuando yo voy al Calderón busco una esquina, me busco un libro para que nadie me llegue a hablar porque [...].Debería de estar callado para poder escuchar.¹⁰³”

Lo anterior se agrava al no existir equipo de audio en estas áreas, lo que eleva el riesgo ocupacional de estos funcionarios al obligarlos a un mayor esfuerzo al elevar la voz:

“También nos hace falta, bueno para mí que yo hablo tan bajito y como ahora hay tanto ruido que nos pongan el micrófono.

¡Cómo antes!

Si como antes.

¡Ajá!

Es cansado estar en eso, todo el día llame y llame

Es un riesgo laboral, estar llamando, a mi me mandaron a foniatría, y según el Dr. hable una hora y cállese una hora (risas).¹⁰⁴”

¹⁰³ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 20-23. 08 Marzo 2012.

¹⁰⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 23-24. 08 Marzo 12.

-Funcionarios:

En ocasiones, los funcionarios de los diferentes servicios de la clínica, llegan a solicitar al auxiliar de enfermería de la Preconsulta ser atendidos personalmente o a sus familiares con premura:

“Digamos, uno con un paciente. Y llegan con un expediente y le dicen: mi mamá y se lo ponen ahí y no saben si uno tiene un montón de gente adelante. Y cuando llega uno a otro servicio como dice usted, con dignidad se espera, yo nunca paso encima, o lo hacen esperar un montón y ellos llegan de una vez por encima y el paciente ahí.

Afectan la calidad del servicio porque como dice XX, si uno necesita un favor de Laboratorio voy y pido cuando tenga un tiempito, yo no voy a decir que me pasen de primera.

Hay compañeros que te llaman [...] es diferente.

Hay compañeros que si llegan: cuando tenga un tiempito me ayudas con este, y uno lo tiene presente y apenas puedo lo meto y lo llamo [...] pero si lo dice así”¹⁰⁵

-Jefaturas:

Otro aspecto que problematiza la labor en la Preconsulta, es que al paciente que se anota ausente, por no haber respondido al llamado, al darse cuenta, se queja con la jefatura u otras instancias, y se le autoriza de nuevo la atención, lo que deja entrever la falta de una política definida al respecto, a nivel de la clínica.

“[...]y después llegan, usted no contestó y ya lo pone ausente y al momentito, aparece el paciente preguntando y el problema no es tanto, porque vea, este no contestó[...] y entonces el paciente va arriba y como quedó ausente entonces lo vuelven a pasar y entonces como una burla para nosotros y el médico. El Dr., me decía vea, lo volvieron a mandar conmigo, y siempre se vio y debería no verse [...]

Como alcahuetería es [...]

Si aparece el expediente sin Preconsulta la llamada de atención [...]

Sí, porque también ha pasado enredillos por la misma presión o el peso y no se anotó.¹⁰⁶”

Los auxiliares de enfermería plantearon gran cantidad de limitantes para la realización de su trabajo, y muchos se asocian a la invisibilización de su labor. Esto, pese a que la atención de la Preconsulta, eleva la calidad del servicio

¹⁰⁵ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 13-15. 08 Marzo 2012.

¹⁰⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minuto 16 .08 Marzo 2012.

brindado y contribuye con un diagnóstico médico acertado. Las expresiones siguientes hacen ver como las dificultades descritas afectan la calidad del servicio y la posibilidad de respeto a la autonomía del usuario:

“Bueno el paciente llega a nosotros, lo tallamos y le damos la educación necesaria en cuanto a prevención, pero a veces el tiempo no es suficiente para educar al paciente. Tenemos un tiempo limitado porque son demasiados pacientes y no se puede dar [...] el paciente quiere estarse con uno ahí, tal vez no viene tan enfermo, que lo que necesita es hablar con alguien, y no se puede porque hay que sacarlo, porque afuera espera otro. Esa es una de las cosas que a mi me ha inquietado mucho.

¿EL PACIENTE LES HACE PREGUNTAS?

Es que a veces tienen problemas en la casa, problemas familiares, económicos y necesita ayuda...de salud, que no recibe el tratamiento que tienen que darles y tienen que venir hasta 3 veces, o sea se vuelven policonsultantes porque no mejoran, entonces vienen y vienen [...] Tenemos pacientes que han venido hasta ocho veces en lo que va del año.

“¡Consultan mucho!

Hasta niños, adultos, personas jóvenes [...] yo pienso que hay gente que lo ve como un tipo de recreación vienen seguido [...] tal vez tienen muchos problemas en la casa, se sienten bien al venir aquí, al ser atendidos, al hacerles preguntas a uno y que uno les explique. A veces quieren saber los rangos normales de la presión, que por qué lo tengo así, si me tomé las pastillas, cómo debería tenerlo, quieren que uno les explique todo ese proceso y también [...] este y generalmente cuando vienen muy seguido, nosotros les decimos, bueno, solo la presión, porque digamos vino antier, no lo pesamos, igual los chiquitos solo peso.¹⁰⁷”

“Yo siempre he dicho y le digo a XX y a YY, yo lo que siento es que nos irrespetan el espacio de nosotros. Nos irrespetan demasiado y nosotros no vamos donde un médico a decirle; mire, pase este primero. Ellos nos bloquean el trabajo a nosotros totalmente.

A veces se da mucha falta de respeto en cuanto al espacio de nosotras, tienen que aprender que si nosotros estamos en la Preconsulta, estamos dando una atención al paciente, esperen que el paciente llegue a su lugar, pero eso lo irrespetan demasiado.¹⁰⁸”

Las condiciones de atención en la Preconsulta, sin espacios adecuados para brindar la información al paciente, con constantes intromisiones a la privacidad en el consultorio de atención, se concluye que, son restrictivos del respeto a la

¹⁰⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 3- 6. 08 Marzo 2012.

¹⁰⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minuto 16. 08 Marzo 2012.

autonomía. En especial de los derechos de la intimidad y la confidencialidad. Aún más, la misma autonomía del ejercicio de la función técnica del auxiliar de enfermería, está siendo considerablemente afectada.

Se han propuesto algunas alternativas, ante estas situaciones no sencillas de resolver. La primera de las alternativas es, para evidenciar los contratiempos en la llegada de expedientes, y la segunda, deja ver el reconocimiento a la existencia del problema y necesidad de mejora por parte de jefaturas.

Las siguientes son estrategias que han sido efectivas en el manejo de estos problemas:

1-Anotar los datos de la atención, la hora en que se recibe el expediente clínico, para evidenciar los atrasos en la entrega del mismo.

“Pero optamos por ponerle la hora, dijimos: ¡Pongámosle la hora! Porque tenemos 30 minutos, digamos que hasta la hora y treinta minutos para los 32 pacientes de la hora... y todos los pacientes de esa hora.”¹⁰⁹

2-Apoyo de puesto adicional de Preconsulta para usuarios cuando se les asigna cupo de otro paciente ausente:

“[...] ahora ha mejorado mucho, porque hay un puesto ahí (Adicional) y eso nos ha ayudado muchísimo.

¿Para qué es? ¿Para las sustis (sustituciones)?

Si llega el paciente con el expediente [...] si y ya va con la Preconsulta y pasa directo al medico

Eso ha agilizado.

Ha ayudado mucho.

Si pero ha mejorado montones,... porque ni el paciente tiene que esperar tanto”.¹¹⁰

La invisibilización histórica de la función de enfermería ha disminuido en el transcurso de los años, pero en la actualidad se mantiene a este nivel técnico.

¹⁰⁹ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minuto 18. 08 Marzo 2012.

¹¹⁰ Autonomía: Área de Salud Coronado Sala de sesiones Grupo de discusión auxiliares de enfermería EBAIS Minutos 18-20. 08 Marzo 2012.

III. Médicos

En el grupo de discusión de médicos se plantearon una serie de situaciones que afectaban el desempeño de su trabajo y la posibilidad de brindar una atención individualizada. Se pueden dividir, según se relacionen con la institución o con el paciente. Hacia la institución se dieron el doble de menciones que las relacionadas al paciente. A continuación se describen estas limitaciones y se ilustran según la narración hecha en el grupo de discusión.

En relación con la institución se puede mencionar :

- **Tiempo y requisitos de la atención:**

La organización de la consulta del médico general del EBAIS en la CCSS, está establecida para que se atienda cuatro usuarios por hora. Esto le da al médico quince minutos para la valoración de cada paciente. El tiempo es considerado escaso por los galenos, pero no porque sea insuficiente en sí mismo, sino por la cantidad de reportes escritos, que deben hacer por cada paciente. Consideran que los quince minutos, los deben dedicar a escribir, porque de lo contrario, serían mal calificados en las evaluaciones de su trabajo.

En relación con esto, los médicos expresaron que, a las autoridades les interesa lo que está escrito, y consideraron que ha sido la modalidad de asignación de recursos denominada Compromisos de Gestión¹¹¹ vigente desde hace varios años; la que agudizó esta situación. Manifestaron que estos requisitos, afectan la posibilidad de poder escuchar al paciente, afectando la calidad de la atención, y la capacidad resolutoria de los problemas de salud que atienden.

Observemos la siguiente narración:

“Es sumamente importante el factor tiempo ¿Por qué motivo? Porque se supone que una consulta integral, donde no solamente se da la consulta, sino que se hace Papanicolau, se revisa exámenes, interpretación, y no todas las personas uno puede llegarles al punto de que entiendan en quince minutos [...]. Siempre me ha comido a mí el factor tiempo, porque se supone que la OMS, dice en Internet, que la consulta integral debe durar aproximadamente una hora, para que usted realmente tenga integralmente al

¹¹¹ Metodología de evaluación y asignación de recursos de los servicios de salud.

paciente. Si uno ve cuatro por hora, cinco por hora, realmente es una burla hacia el paciente y hacia el profesional.

Y UN PACIENTE ADULTO MAYOR, O EN SILLA DE RUEDAS...

Apenas da tiempo de llenar las recetas, llenar los papeles y ya...

¿ES POSIBLE ESCUCHAR AL PACIENTE?

Se aprende a escribir y a escuchar al mismo tiempo.

En realidad, lo que es Compromisos de Gestión, también ha influido mucho en que uno le preste o no atención al paciente, porque para las autoridades lo que les interesa es lo que está escrito, no es si resolvió el problema o no le dio adecuada educación. Lo que importa, lo que va a revisar es lo que está escrito, y con base en eso, también nos califican a nosotros, entonces, por supuesto que uno tiene que respaldarse un poco, escribiendo todo, y muchas veces como dice XX uno aprende a oír mientras escribe, pero cuánto tiempo se ahorraría uno, para dedicarle más al paciente, si no tuviera que escribir tantas cosas, que ya se saben que están hechas".¹¹²

"Eso del tiempo es una de las cosas más importantes pero también salen profesionales con muchas ganas de trabajar y hacer lo mejor por nuestro gremio y las mismas normas de la CCSS con respecto a todos esos compromisos que adquirimos de llenar formularios, mas bien el médico se desmotiva a trabajar adecuadamente, y el paciente realmente no sabe lo que dice ahí, los derechos precisamente, no porque los profesionales no queremos educar, sino porque no nos dan el tiempo adecuado para poder [...]. Además de la desmotivación y preparar profesionales tan caros, para llegar y ponerlos a llenar documentos es algo irracional desde todo punto de vista, la parte administrativa de la institución está pensando nada más en números, en la parte económica, no está pensando en el bienestar del paciente y el bienestar también del profesional [...]."¹¹³

- **Atención centrada en producción cuantitativa.**

El planteamiento de atención integral en el Seguro Social, establece que se debe incluir, en cada atención acciones de morbilidad, detección temprana, prevención y educación. Los médicos de los EBAIS, manifestaron que los procesos de evaluación, priorizan los aspectos cuantitativos, relegando la calidad del servicio a un segundo plano.

Agregaron que este enfoque, unido al problema de tiempo indicado anteriormente, provoca desmotivación y desgaste en los profesionales. Asunto

¹¹² Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 8-9. 26 Abril 2012.

¹¹³ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 12-13 26 Abril 2012.

que la institución no toma en cuenta, y que también afecta la calidad del servicio:

“Por ejemplo, yo no sé si ustedes leyeron, el informe de especialistas, yo sí la leí todas, un rollo de páginas y me llamó la atención, donde dice que darle más recursos a las áreas que tienen mayor producción. Sí, pero podemos tener más producción, pero ¿el costo para el paciente?, ¿el costo para nosotros como profesionales? No es lo mismo que nos pasen siete por hora que ver cuatro.

Y la calidad [...].

Correcto, ellos no ven el costo, ven el dinero, no ven el costo como profesionales, no ven el desgaste, no ven el paciente que puede venir 3 veces seguidas porque no se resolvió el problema ni en la primera ni en la segunda, y tal vez ni en la tercera, porque no hay tiempo, es que le duele que le pica, tome el medicamento y se va. No sé la institución quiere muchas cosas de nosotros, quiere... le da muchos derechos a los usuarios, nos quita derechos a nosotros y pide cosas que son imposibles de cumplir, eso es muy delicado para la atención del paciente”.¹¹⁴

- **Los EBAIS son insuficientes:**

La política institucional de establecimiento de los EBAIS, plantea que para cada equipo básico de atención habrá un médico general asignado, correspondiéndole atender la población de un sector geográfico específico. La insuficiencia del recurso humano y material, no ha permitido que esto se lleve a cabo, lo que ocasiona que los médicos atiendan según demanda, y no según procedencia geográfica. Esta estrategia afecta la identificación del médico con su población y viceversa. Además, en algunas tareas de los EBAIS en comunidad, como por ejemplo Trabajo Escolar¹¹⁵, este personal técnico es ubicado según necesidad y disponibilidad, más que por correspondencia con la ubicación de la escuela:

“Para empezar yo creo que hace bastantes años ninguno de nosotros tiene un sector real asignado, verdad, tan es así, que supuestamente yo en este momento yo tengo Los Tanques, y andaba haciendo el trabajo escolar de la Escuela Roberto Cantillano, que corresponde al EBAIS de Zetillal, o de Ipís. Entonces qué relación, o que posibilidad de elección pueden tener los pacientes de decir, este es mi médico, o con este quiero o quiero que me vean aquí o allá, si ni siquiera está bien definida la población ¿verdad? Lo

¹¹⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos11. 26 Abril- 2012.

¹¹⁵ TRABAJO ESCOLAR: Labor que realizan los miembros del EBAIS en escuelas del área en labor de detección de riesgo biopsicosocial en la población estudiantil.

cual tal vez no arregla los problemas, pero el hecho de que las cosas sean ordenadas permite un mejor resultado de proceso”.¹¹⁶

Esta experiencia del personal médico, coincide con lo que señalan los usuarios sobre el cambio constante de médico y la dificultad de elección.

- **Calidad de los medicamentos**

En este sentido se evidenciaron varias disconformidades, que se mencionan a continuación:

“La otra situación es la de la Farmacia, todos sabemos que si usted da XX o da XX1 el resultado es muy distinto, igual que XX2 y XX3. La pregunta es ¿Habría alguien que haya hecho un estudio serio, muy serio, de qué pasa si usted utiliza presupuesto de compras de medicamentos a nivel nacional y compra medicamentos de mejor calidad, vs una polifarmacia? Donde ya se sabe que la polifarmacia es uno de los parámetros que Geriatria a nivel mundial quiere modificar, tanto que ya están inventando pastillas de 3 medicinas en uno. El punto es... ¿Sería el costo tan elevado de dar 4 o 5 antihipertensivos para aquellos hipertensos de difícil manejo, versus dar 2 antihipertensivos de mejor calidad? ¿Cuánta inversión realmente se ahorrarían y principalmente cuántas complicaciones evitaría usted al paciente si eso pasara? a veces presentamos una serie de problemas que el Comité de Farmacoterapia ve muy bien, desde el punto de vista de reglas institucionales, pero si usted va al marco legal, y alguien lo enfrenta a usted, usted lo va a perder. [...] Aunque la institución tenga la norma, porque una cosa es tu responsabilidad institucional y otra tu responsabilidad civil. Así que este tipo de situaciones tiene que ser manejada con cuidado.”¹¹⁷

- **Limitantes de prescripción de medicamentos.**

Para la prescripción de algunos medicamentos se necesita autorización de especialistas, otros solo se pueden recetar con diagnósticos específicos, y existe carencia de medicamentos para ciertas patologías y síntomas en el ámbito de la medicina general.

Los profesionales en medicina manifiestan desacuerdo con algunos criterios institucionales de prescripción, que dificulta personalizar los tratamientos, según su criterio. Ejemplo:

¹¹⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 7-8. 26 Abril - 2012

¹¹⁷ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos Minutos 23-26. 26 Abril - 2012

“No sé cómo se puede clasificar, esto, y no sé si a los compañeros les ha tocado, que llega un paciente a consultar y bueno, yo le puedo recetar esto que tiene la Caja, ¿Pero existe algo afuera mejor XX? Si, señora ¿Y me lo podría recetar? No, no puedo. ¿Por qué XX? Porque la Caja no me lo permite ¿pero usted es médico? Sí, soy médico, pero si lo hago me despiden y me pueden hacer un debido proceso [...]. Y usted sabe que existen afuera y que son un beneficio para él, pero no. Entonces, que vaya a un médico privado, un pediatra, que le puede recetar...doble consulta. ¡Usted puede saber pero [...]! ¡Qué médico más malo! , no yo no soy mala, el sistema me tiene amarrada y la Caja no tiene medicamentos, no puedo mandarlo afuera porque la Caja no me lo permite, entonces, ¿Para qué vino a consultar el paciente? [...]¹¹⁸”

“XX tiene razón, pero nosotros estamos contratados y tienen normativas y lineamientos. Yo como médico de la institución, no puedo dar recetas para una farmacia privada por una simple razón, es que ese paciente si le doy la receta, ese paciente va a exigir que yo le pague la receta¹¹⁹. Muchos pacientes no porque ellos mismo dicen Dr. Si usted sabe algo mejor, démelo y lo compro y son honestos, que van y lo compran. Pero otro con la receta, le dice a la Caja, y le exige, tiene que pagármelo, porque la XX lo recetó, y está en el expediente, un recurso de amparo y la Caja [...] la Sala IV, le dice, si, aquí está la indicación y ahí está la receta de la XX, con la firma de la XX, entonces, ¿A quién le cobran el medicamento? Entonces, hay mucha tela que cortar en esto [...] y en realidad no podemos ponernos una venda en los ojos, y efectivamente tenemos muchos problemas, en este sentido [...].¹²⁰”

- **Fallas en los servicios de apoyo que afectan la capacidad diagnóstica y terapéutica.**

Atrasos en los resultados de exámenes o imágenes necesarias para diagnóstico y tratamiento del paciente, disminuye la capacidad de resolución de la valoración médica.

“Otra cosa que afecta mucho es la falta de servicios de apoyo, digamos un paciente que se le manda un Ultrasonido, usted va a ver ese paciente 3, 4, 5,6 veces antes de que le hagan el Ultrasonido, porque el Ultrasonido está para 6 meses, un año o más, consulta y consulta y no se le resuelve al paciente y uno no puede hacer nada.¹²¹”

- **Paternalismo institucional y de la clínica hacia el paciente, a quien le da derechos y no le exige deberes.**

¹¹⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 29-30. 26 Abril - 2012

¹¹⁹ En caso de demanda por no existir el medicamento en la institución

¹²⁰ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 33-34. 26 Abril - 2012

¹²¹ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minuto14. 26 Abril - 2012.

En el grupo de discusión de médicos se expresó, que la institución y la clínica no exigen deberes y responsabilidad al usuario:

“La institución ha creado un paternalismo...eh, se le da muchos beneficios ¿verdad? Queda ausente un paciente y lo vuelven a pasar con un expediente, como un regalo, no sé, y eso debería tener ciertas consecuencias, y no solo en eso, sino también citas para laboratorio y no se presentan, se dan citas para RX y no se presentan, y no hay ninguna consecuencia eh, eh...este, ninguna empresa privada puede funcionar de esta forma bien, y la Caja tiene que pagar todo esto, la mala administración...este, a nivel institucional, a nivel general, verdad, hace que la gente tome la decisión de no presentarse, de perder las citas y el montón de dinero que se pierde cuando se pierden las citas [...]. La mala administración, digamos así, es la que ha venido a provocar la crisis. Los derechos de los pacientes, pues no se están cumpliendo, y los deberes del paciente tampoco se cumplen. O sea, estamos totalmente en un sistema que está funcionando inadecuadamente de todo punto de vista, y que nosotros los funcionarios no tenemos la culpa, estamos tratando más bien, de salir a flote el sistema”¹²²

“La otra cuestión es que hay deberes y derechos, en cuanto a los deberes del paciente, ellos deben entender que deben hacer uso racional de los Servicios de salud y debe haber alguna pauta que la institución debería de empezar a formar a ejecutar para que no se haga un abuso tanto de las consultas como de los medicamentos, ¿verdad? Otra cuestión que tiene que ver con los deberes del paciente es que hagan[...]se les eduque sobre los principios de equidad y universalidad de la institución,[...]”¹²³

“No sé la institución quiere muchas cosas de nosotros, quiere... le da muchos derechos a los pacientes, nos quita derechos a nosotros y pide cosas que son imposibles de cumplir, eso es muy delicado para la atención del paciente.”¹²⁴

El grupo de médicos mencionó disconformidades en la relación con los usuarios, que se citan a continuación:

- **Información de salud**

El paciente actualmente recibe por medio de la televisión o internet información de salud, pero llega a la consulta con una percepción inexacta, malentendida e incompleta, lo que más bien entorpece la comunicación médico- paciente y es percibido por los galenos como “ruido” en la valoración.

¹²² Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minuto 27. 26 Abril - 2012.

¹²³ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 20-22. 26 Abril - 2012.

¹²⁴ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minuto 11. 26 Abril -2012.

“En estos momentos por Internet, y tantos programas de TV sobre salud que ve la gente, está ensimismada muchas veces, sobre los temas de salud, lo que les pasa, sin embargo no manejan bien toda esa información, tanta información crea ruido, crea contaminación en las personas”¹²⁵

” La mala información que tiene el paciente, siempre va a ser como chocar contra pared¹²⁶

- **Médico siempre debe recetar medicamentos**

La medicamentación de la salud, entendida como el concepto de que para ser saludable es necesario ingerir productos farmacéuticos, provoca situaciones como la siguiente:

“En XX, ahora que regresé [...] yo, ya estos dos días, he mandado a 5 pacientes para acá sin un solo medicamento, no, váyase, pero cómo, [...]. Es porque llegó 3 veces en el mes, entonces, usted [...], si su consulta está siendo todo lo integral que tiene que ser. Me dice: no me voy a ir, entonces [...]y le dije cuénteme su problema, entonces le digo, se da cuenta que no tiene nada que ver con medicamentos, pero eso lo permite hacer una consulta integral, que usted se da todo el tiempo que quiera que es lo ideal, pues es muy bonito, el problema es cuando, digamos en un EBAIS, a veces tiene uno la oportunidad, cuando está muy lleno no se puede. Cuando no hay mucha *gente* tiene la posibilidad uno de prolongarla consulta, pero aquí no se puede por cuestiones de producción.”¹²⁷

- **Médico como responsable del sistema de salud**

Los usuarios consideran que el médico es el responsable de lo que sucede en otros servicios, como Laboratorio y Rayos X, e incluso de otros niveles de atención como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) que le corresponde al Hospital Calderón Guardia:

“Es que no me han hecho el TAC ¡Usted me lo mandó! ¡Usted me mandó donde el especialista! Pero que tengo yo la culpa de que el sistema falle en esos aspectos, siempre van a culpar al Dr. Dr. Dr., y no se culpa como XX acaba de decir, a los altos jerarcas que toman decisiones, que son los que planean, modifican todo lo que hay que hacer [...]

¹²⁵ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minuto 15. 26 Abril -2012.

¹²⁶ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minuto 17. 26 Abril -2012.

¹²⁷ Autonomía Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minuto 22. 26 Abril - 2012.

La próxima vez, en vez de decírmelo a mí, vaya a la jefatura correspondiente, suban las gradas del Calderón Guardia, suban a la instancia correspondiente, hasta llegar al director a quejarse porque yo no tengo el control sobre eso. Nada que hacer, yo les doy educación.¹²⁸

El grupo de discusión de los médicos, enfatizó sobre la importancia de escuchar al paciente, mostrándose conciencia de esta obligación, de que se debe hacer, y de que no se está haciendo adecuadamente. Y que no hacerlo, es una falta a los derechos del usuario.

Poco se mencionó, acerca de que el médico brinde información al paciente, y cuando se hizo, fue sobre la importancia de educar sobre los deberes de los usuarios y de la necesidad del uso racional de los servicios de salud. No obstante, hubo una intervención, que aunque única, sorprendió por su claridad de la importancia de informar y amplió el concepto de obligación, a una manera de protección del médico, ante la responsabilidad de las decisiones médicas y cuestionamientos legales: A saber:

“[...] es una cosa importante dentro de lo que se puede, informar bien al paciente, de una forma sencilla, escueta y lo más completo posible de determinadas patologías, de lo que sienten de la enfermedad que tienen, eso es esencial, brindarle información y la otra cosa será empoderar a las personas y hacerlas coparticipes de su salud, yo les pongo esto, y le pongo esto, sugiero esto, pero usted elija, sabiendo las consecuencias de cada uno que se pueden tener.

Por ejemplo, la terapia hormonal, es un tema muy polémico en medicina, ni siquiera se han puesto de acuerdo los ginecólogos y los oncólogos. Entonces yo les digo, sin mamografía ni Papanicolau no hay terapia hormonal, porque si no me embarco yo mismo, pero vea si usted quiere, esto va a tener estos beneficios, pero estos perjuicios, pero si usted los asume, es cosa suya, piénselo y en un mes hablamos. Eso, en primer lugar, uno se está defendiendo porque uno le explicó, lo motivo y la persona es la que elije y en segundo lugar crea en el paciente la seguridad de que está eligiendo lo que ella quiere y lo mejor para su salud”.¹²⁹

Esta participación, hizo ver en el resto de los presentes, la necesidad de informar desde una perspectiva válida y conveniente para el gremio médico, tomando en cuenta la tendencia a la judicialización de los servicios médicos, en

¹²⁸ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 18-19. 26 Abril - 2012.

¹²⁹ Autonomía: Área de Salud Coronado Auditorio Entrevista grupal Médicos, Minutos 15-16. 26 Abril 2012.

los últimos años. La percepción de excesivos reportes escritos, en un tiempo dado para la consulta se asocia, a lo que dicen Beauchamp y Childress sobre directrices que afectan la lealtad al paciente, mencionadas en el marco teórico.

Otros aspectos para el respeto de la autonomía manifestados por este gremio, fueron:

La prioridad de lo cuantitativo sobre lo cualitativo, y que marca la contradicción que se dijo en el inicio, de la existencia de legislación que no se posibilita en la práctica.

La mención de los médicos de no definición de su ubicación en un sector, coincide con la principal disconformidad de los usuarios, sobre el constante cambio de médico.

Las restricciones en la prescripción de medicamentos, ponen un tope al respeto de la autonomía, en el sentido, que son muy pocas las opciones para personalizar el tratamiento, pareciéndose mas a una cuestión masiva, como la que mencionan Beauchamp y Childress y tampoco es fácil de resolver

CONCLUSIONES

De la información recopilada sobre las condiciones y servicios de salud de los EBAIS del Área de Salud de Coronado, se concluye que son **aspectos que propician la autonomía** los siguientes:

- Acceso del usuario a citas en los EBAIS

El total de expresiones al respecto fueron positivas. Es decir, los participantes tienen acceso a ser valorados y tratado por los miembros de los EBAIS, cuando así lo requieren.

No obstante, se encontró un elemento que afecta o disminuye este acceso: "*Expresiones de molestia*", de parte de los profesionales hacia el usuario cuando consultan de forma frecuente. Es decir, el acceso a citas es una fortaleza de los servicios de primer nivel de la Clínica de Coronado, dentro de un comportamiento promedio, pero cuando el usuario se excede en el número de solicitudes, se dan actitudes de crítica de parte de los prestatarios para desestimularlo. Las citas frecuentes o innecesarias realmente podrían vulnerar al principio de justicia, por concentrar recursos en unos pocos, pero el número de citas para atender un problema de salud es algo que no se puede precisar, y en todo caso si la dolencia persiste, el acceso a la atención médica debe mantenerse.

- Posibilidad del usuario de explicar a los agentes sanitarios el motivo de consulta.

La posibilidad del paciente de explicarle al personal técnico el motivo de su consulta, es un aspecto muy valorado por los usuarios, y la mayoría de expresiones fueron favorables a la autonomía. Se percibió conciencia y exigencia por parte de los pacientes, acerca de la necesidad de cumplir con este aspecto para lograr una valoración sanitaria satisfactoria. Esto fue mencionado por usuarios y médicos, los primeros como algo que se está dando en la práctica diaria, y los segundos como un aspecto relevante que se realiza, pero con carencias importantes.

- Derecho a manifestar disconformidad con el servicio por medio de vías formales.

La mayoría de los participantes usuarios consideraron que es importante utilizar mecanismos formales para manifestar molestia con la atención, lo que muestra una actitud autónoma, y conocimiento de sus derechos, por lo que aquellos resultan elementos positivos para el ejercicio de la autonomía. Varios de los participantes habían ejercido este derecho ante las jefaturas del servicio que originó la disconformidad, o con la Contraloría de Servicios.

Estos tres elementos propiciatorios del ejercicio de la autonomía: Acceso a servicios de salud, posibilidad del usuario de explicar a los agentes sanitarios el motivo de consulta y el derecho a manifestar disconformidad con la atención; corresponden a las obligaciones de veracidad y fidelidad, planteadas en el capítulo 1, ya que el prestatario cumple con el deber de brindar servicios de salud a la población asegurada, escucharlo, y ejercer su derecho de queja en caso necesario.

Son **aspectos limitantes para el ejercicio de la autonomía** del usuario los siguientes:

- Elección del profesional que valore y trate al paciente

La mayoría de las afirmaciones relacionadas con este tópico, fueron limitantes del derecho de elección del médico tratante, y por consiguiente, del principio de autonomía. Es decir, si el acceso es una fortaleza, la posibilidad del paciente de elegir el médico que lo valore, no es una opción. Esta dificultad para que el paciente sea atendido por el médico de su preferencia, se agrava cuando no solo son atendidos por médicos diferentes, en citas ocasionales, sino, en la atención de una enfermedad que requiera seguimiento, como diabetes o hipertensión arterial. Cada vez que hay un médico diferente, el usuario considera que es como volver a empezar, y cree que, dado el poco tiempo de atención, es difícil que el médico se familiarice con el caso. Los participantes expresaron que el cambio constante de médico les provocaba desmotivación y

vergüenza, por tener que volver a explicar su condición de salud cada vez que consultan. Las limitantes en este aspecto, afectan el cumplimiento de las obligaciones de veracidad y fidelidad mencionadas.

- Preconsulta

Las condiciones en la Preconsulta de los EB AIS son limitantes de la autonomía, dado que no hay espacios físicos ni temporales adecuados para brindar la atención al paciente, ni ambiente que apoye la comunicación o comprensión en la atención al usuario. Estas limitaciones afectan específicamente a los derechos de la intimidad y la confidencialidad. Esto sucede pese a que la labor de atención en la Preconsulta eleva la calidad del servicio brindado al paciente y contribuye a un diagnóstico y tratamiento adecuado. En este sentido, la autonomía del ejercicio de la función técnica del auxiliar de enfermería, está siendo considerablemente reducida y si bien es cierto, la invisibilización histórica de la función de la enfermería en los servicios de salud ha disminuido en el transcurso de los años, en este nivel técnico persiste en la actualidad.

En esta difícil situación, se observa como fortaleza, el hecho de que este personal identifica el problema, lo evidencia, comentando con sus compañeros y con apoyo de jefaturas plantean alternativas para mejorar estas condiciones. Tal y como lo recomiendan Beauchamp y Childress en estos casos.

- El proceso de revelación de la información diagnóstica y terapéutica en el momento de la valoración y las escasas posibilidades para asegurar la comprensión por parte del usuario.

La forma en que los usuarios y funcionarios participantes en esta investigación percibieron la revelación diagnóstica, es la que los autores llaman de “práctica profesional”, porque es el operador sanitario, desde el uso habitual en su profesión, y su criterio profesional, el que decide qué información brinda. Los profesionales de atención directa al paciente solo mencionaron la importancia de brindar información al usuario en relación con los deberes del paciente y la importancia del uso racional de los servicios de salud, lo que concuerda con lo

establecido en la “*Ley de Deberes y Derechos de los usuarios de los Servicios de Salud*”, que es importante, pero insuficiente.

Se mencionó la necesidad de que el médico ofrezca la información para su propia protección, ante la responsabilidad legal de las decisiones médicas, y cuestionamientos judiciales. Esta participación, que fue la excepción, hizo ver la importancia de informar al paciente desde una perspectiva válida para el gremio médico y aunque representa un enfoque legalista, es un avance en el proceso de revelación.

Otra situación relacionada con el derecho a la información, pero en su sentido opuesto: el derecho a no ser informado se mencionó en los grupos de discusión, y se hizo ver que si el derecho de información del paciente se encuentra limitado, el derecho a no ser informado, no es utilizado por usuarios ni agentes sanitarios.

Hubo pocas menciones acerca de la comprensión de la información por parte del paciente, y fueron relacionadas con el escaso tiempo de la atención. Es claro que si existen dificultades en la revelación de la información, la comprensión se encuentra disminuida también, y por lo tanto, la capacidad de realizar una elección autónoma. La recomendación de los autores sobre la comprensión, es centrar el interés en crear condiciones que la propicien, pero ante las actuales condiciones de atención de estos EBAS, preocupa que, además de actitudes personales válidas, sea difícil hacer algo más.

El concepto de consentimiento informado legalmente válido, previo a procedimientos terapéuticos, es el que usualmente se maneja entre funcionarios del Área de Salud Coronado. Los requisitos para este consentimiento informado legalista, son mínimos, y por lo general se centran en los riesgos. Esto coincide con lo que los autores manifiestan que sucede en las instituciones, en las que no se considera el concepto de “elección autónoma” y se asocia al origen legal del consentimiento informado y la judicialización de la medicina.

Beauchamp y Childress hacen la salvedad de que los agentes sanitarios no siempre pueden cumplir las exigencias del respeto a la autonomía y de consentimiento informado, por lo que se hace necesario analizar este proceso y evaluar las posibilidades de establecer condiciones y normativa más adecuadas poco a poco, sin entrar en conflictos con el principio de justicia.

La posibilidad de explicar al médico el motivo de consulta es una necesidad más sentida por el paciente que la de ser informado por él médico sobre diagnóstico y tratamiento. Los usuarios perciben que es conveniente que el médico brinde información sobre diagnósticos y tratamientos; pero lo consideran un carisma, un don, y no una obligación del profesional.

- Lealtad dividida

Otro aspecto que mencionan los autores, en relación con las estructuras sanitarias actuales, se refiere a la tendencia a estandarizar la atención como mecanismo de control del gasto, lo que puede producir lealtades divididas. Estos procedimientos útiles para la institución, por lo general no encajan con necesidades individuales del paciente y coartan la atención personalizada que requiere el respeto a la autonomía. Estas situaciones se encontraron en la Consulta Externa de los EBAIS, por ejemplo, las exigencias de reportes escritos en un tiempo determinado, que afectan la calificación de desempeño laboral, o la prioridad del aspecto cuantitativo ante el cualitativo, pueden provocar en el profesional lealtades divididas entre el paciente y la institución.

En estas situaciones, Beauchamp y Childress recomiendan informar al paciente de la restricción existente, y que los clínicos planteen ante las autoridades, aquellas de mayor problema; pero debiera establecerse al menos, los mecanismos de comunicación interna para el estudio de estas situaciones.

- Usuario no asume su responsabilidad

Usuarios que no asumen la responsabilidad que les corresponde, como sujetos autónomos, en relación con el manejo de sus medicamentos; al no leer indicaciones, o dar a las medicinas un uso diferente al del propósito de la prescripción médica, pueden considerarse una falta de veracidad y fidelidad por

parte del paciente. Asimismo, evidencian el vacío de educación en este tema, el riesgo que implica para la población y la necesidad de que el equipo de salud informe al respecto.

La necesidad de que el paciente asuma su responsabilidad en todo el proceso de atención sanitaria y de su salud en general, es un aspecto poco desarrollado del ejercicio de la autonomía. Optimizar la obligación del respeto a la autonomía, en las relaciones agente sanitario – paciente de los EBAIS en Coronado, implicaría también distribuir las responsabilidades de la consulta sanitaria, así como también que el paciente haga uso de sus derechos, asuma sus deberes y responsabilidades. No obstante lo anterior y de acuerdo con las actitudes manifestadas por los grupos participantes, pareciera ser que es necesario un proceso educativo para que usuarios y funcionarios estén preparados para asumir este cambio.

- Conductas de paternalismo duro

Se evidenciaron conductas paternalistas en la relación agente sanitario paciente, por ejemplo: personal técnico que no valora el conocimiento que el paciente posee sobre sí mismo, la realidad que lo rodea, y su derecho como sujeto autónomo; o como en el caso de los ATAP, donde se percibe identificación con la población atendida y el deseo de ayudarlos más allá de lo que su perfil los obliga, lo cual refleja el compromiso pero podría llegar a ser más una actitud beneficente que de respeto a la autonomía.

Asimismo, hubo expresiones de usuarios que aludieron a la importancia de la relación médico paciente, expresaron motivos más paternalistas que autónomos o que incluso expresaron que el médico es el poseedor del conocimiento, y otros que se molestaron, porque el profesional reconoció no saber la respuesta a su pregunta. Se encontró una situación en la que el médico informó al paciente sobre estilos de vida saludable, y la importancia del autocuidado de la salud, para la mejor eficacia de los medicamentos prescritos, actitud identificable de respeto a la autonomía, que molestó al paciente, quien solicitó formalmente cambio de médico tratante.

En síntesis, para el ejercicio de la autonomía en la atención de los EBAIS de Coronado se encontraron las siguientes situaciones que propician el respeto a la autonomía:

- Acceso a citas en la Consulta Externa.
- Posibilidad de explicar los motivos de consulta al personal de salud
- Actitudes personales de profesionales, quienes, pese las limitaciones laborales mencionadas, se esfuerzan por brindar información y apoyo al paciente en la relación terapéutica.
- Funcionarios que plantean los problemas en el desempeño de su trabajo, en busca de alternativas de solución.
- Conciencia por parte de los usuarios, del derecho a plantear quejas en caso de disconformidades, así como la existencia de mecanismos establecidos, para que las realice.
- Educación en salud que brinda el ATAP

Las limitantes encontradas para el ejercicio de la autonomía fueron:

- Elección del médico tratante.
- El proceso de revelación y comprensión de diagnósticos y tratamiento sanitarios. Incluido el derecho a no recibir información.
- Actitudes dependientes en los usuarios, sin conciencia de la importancia de recibir información y asumir la responsabilidad sobre su salud.
- Actitudes paternalistas en funcionarios.
- Capacidad resolutive disminuida, que provoca al paciente consultar dos o más veces por un mismo problema.
- Riesgo de lealtades divididas por ambigüedad de prioridades en el sistema
- Problemas de intimidad y confidencialidad en la Preconsulta.
- Consentimiento Informado desde un enfoque legalista.
- Estructuración de los servicios de salud que brinda el EBAIS, que limita la personalización de la atención.

RECOMENDACIONES

- Mantener el nivel de acceso del usuario a los servicios de salud de los EBAIS del Área de Salud Coronado, dado que es una fortaleza de su atención y es propiciatorio del respeto a la autonomía.
- Hacer conciencia en el personal de atención directa al paciente las múltiples causas que pueden existir, para que un usuario demande atención con mayor frecuencia que lo esperado, tales como: No resolución de su problema de salud, atrasos en resultados de pruebas diagnósticas y terapias, en servicios de apoyo o de otras unidades de la CCSS, problemática sociofamiliar u otros.
- Apoyar a los funcionarios que pese las condiciones de trabajo descritas, se esfuerzan en escuchar, brindar información y personalizar los tratamientos en búsqueda del mayor bienestar del paciente.
- Fomentar en el personal técnico de atención directa al paciente, el planteamiento de propuestas concretas para enfrentar las limitaciones existentes en el ejercicio del derecho de la autonomía.
- Investigar situaciones específicas de “policonsulta” para trabajar en las causas del problema y no en los efectos.
- Establecer políticas de respeto hacia la Preconsulta, como la atención técnica al usuario que es. Prohibiendo las interrupciones, y propiciando un ambiente de respeto a la intimidad y por lo tanto a la obligación de confidencialidad de esta consulta.
- Evidenciar ante las autoridades de la CCSS, las limitantes para el ejercicio de la autonomía que por ley se debe cumplir, y la situación de lealtades divididas en que se encuentra los prestatarios y los riesgos que esto genera para la calidad de la atención. Plantear en forma clara y sólida que la asignación de un médico para una población determinada, se encuentra solo en el discurso.

- Proponer formas de evaluación del desempeño que fomenten las buenas prácticas clínicas, y por tanto la calidad de la atención al usuario
- Capacitar al personal de los EBAIS, en la obligación de brindar información, sobre diagnóstico, y tratamientos, así como educación en salud y deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud, para ir creando las condiciones para la participación activa del paciente en las decisiones sanitarias. Y así, paulatinamente, equilibrar las responsabilidades de la atención en salud entre agente de salud y usuario. Evidenciar durante este proceso, la importancia de escuchar y valorar el conocimiento, que de sí mismo y de su entorno tiene el paciente, así como su percepción del problema de salud.
- Difundir entre las disciplinas técnicas que conforman los EBAIS el nuevo reglamento de Consentimiento Informado de la CCSS, donde se concibe como proceso de comunicación predominantemente oral.
- Promover el análisis bioético entre los funcionarios de los EBAIS, tomando como base la guía de identificación de dilemas éticos planteada por el Área de Bioética del CENDEISSS, con el fin que los conceptos de bioética sean parte del lenguaje común del personal de salud y se desarrollen habilidades en este sentido.
- Continuar realizando este tipo de investigaciones, para conocer posibilidades y limitaciones éticas que se enfrentan en estos servicios de salud.
- Estrechar la comunicación entre Bioética de universidades con los servicios de salud de la CCSS.

ANEXO 1-PROCESO DE INVESTIGACION

Se denomina investigación cualitativa a una concentración teórica-metodológica de las complejas relaciones, entre los significados personales y sociales, prácticas individuales y culturales, así como el entorno material y el contexto¹³⁰.

Estos elementos teórico metodológicos han sido utilizados en salud¹³¹, para conocer aspectos del comportamiento humano que incide en la condición de salud- enfermedad, desde una perspectiva diferente.

Este estudio tiene un enfoque cualitativo desde un paradigma interpretativo¹³², que ve al mundo social, construido por significados simbólicos, observables en las acciones y el lenguaje. La realidad se considera subjetiva y múltiple y los significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con el contexto.

Se parte de la premisa¹³³ que los individuos se encuentran en entornos físicos, sociales e institucionales, y que la interacción entre éstos los influye en los planos individual, interpersonal, organizacional, comunal y político.

El presente estudio se centra en los planos interpersonal y organizacional, pero se encuentra influido por los otros planos también.

El área de indagación en esta investigación son las condiciones de posibilidad del ejercicio de la autonomía de los usuarios del primer nivel de atención en salud. Específicamente, la forma en que las condiciones organizativas y materiales en que se brindan estos servicios, fomentan o no, el respeto de la autonomía del usuario.

La experiencia concreta observada, es la de los EBAIS del Área de Salud Coronado.

¹³⁰ Ulin Priscilla R. y otros, "*Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos*", Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C. © OPS, 2006. (Publicación científico Técnica No.614 Pág. 4.

¹³¹ Ídem pág. 5.

¹³² Ídem pág. 15.

¹³³ Ídem pág. 211.

La metodología se elaboró tomando como base el libro de Priscilla Ulin, Elizabeth Robinson, Elizabeth Tolley: "Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos", publicación científico técnica No.614 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año, 2006, (última versión) y se siguió el formato de diseño de protocolo de investigación que exige la Caja Costarricense del Seguro Social, y que corresponden a los formulario AP III y AP III A de Area de Bioética del CENDEISSS (www.cendeissss.sa.cr).

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es lograr describir las posibilidades y limitantes que imponen al ejercicio de la autonomía del usuario, las actuales condiciones de atención del primer nivel del Área de Salud Coronado.

Objeto de estudio

Ejercicio de la autonomía de los usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención en las actuales condiciones organizativas y materiales en las cuales se brinda el servicio.

Problema de investigación

¿Cuáles son las posibilidades de que los usuarios de los servicios de salud del primer nivel del Área de Salud Coronado, ejerzan su autonomía en las actuales condiciones de atención?

Objetivos

General:

Conocer las posibilidades y limitaciones, que los usuarios de los servicios de salud del primer nivel del Área de Salud Coronado, ejerzan su autonomía en las actuales condiciones de atención.

Específicos:

- I. Investigar las condiciones materiales y de organización en que se brindan los servicios de salud de los EBAS del Área de Salud Coronado.
- II. Escuchar de las experiencias de usuarios y funcionarios, para identificar en los relatos las posibilidades y limitaciones del ejercicio de la autonomía en las condiciones actuales de atención.

- III. Contrastar los hallazgos del objetivo anterior, con los conceptos y categorías de autonomía mencionados en el marco teórico.

Resultados esperados

El resultado esperado de esta investigación es evidenciar las limitantes y posibilidades, que las actuales condiciones de atención en el Área de Salud de Coronado, plantean al ejercicio de la autonomía del usuario.

Variables

Se consideraron como variables las subcategorías que Beauchamp y Childress han planteado como derivadas del principio de autonomía: veracidad y fidelidad, así como intimidad y confidencialidad. Estas variables no son exclusivas del principio de autonomía; también tienen relación con otros principios de la bioética; pero en este trabajo se interpretaron tomando como eje principal, la autonomía.

En el marco teórico (capítulo 1) se conceptualiza con detalle estas categorías. En este apartado las definiré brevemente, para efectos metodológicos:

Veracidad: Trasmisión de información completa, precisa y objetiva de la condición de salud¹³⁴.

Intimidad: Derecho de la persona a una zona privada protegida de la intrusión estatal¹³⁵

Confidencialidad: Obligación del agente sanitario de no facilitar información sobre pacientes sin la autorización respectiva¹³⁶.

Fidelidad: Dar prioridad a los intereses del paciente¹³⁷

Estas variables no aparecen como tales en la narrativa de los grupos y entrevistas, el análisis de contenido, implicó reconocer las manifestaciones de éstas, en las descripciones y percepciones de los participantes, en las

¹³⁴ Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1999). En: Masson. Principios de Ética Biomédica. Cap.El Respeto a la Autonomía (4).España: Masson dem Pág. 381.

¹³⁵ Ibidem Pág. 380.

¹³⁶ Ibidem Pág. 402.

¹³⁷ Ibidem Pág. 414.

diferentes fases de la atención en salud de los EBAIS, a saber: Preconsulta, Consulta de medicina general y labor domiciliar del ATAP

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población estuvo formada por: usuarios y funcionarios del Área de Salud de Coronado, a efectos de conocer las percepciones sobre sus experiencias de la atención en salud que brindan los EBAIS. Las características de la población a estudiar son:

Población Usuarios:

Según el último Análisis de Situación de Salud (ASIS) la población atendida por el Área de Salud de Coronado, es un poco más joven que el promedio nacional, con distritos de alta densidad poblacional; es además uno de los primeros en crecimiento poblacional del Área Metropolitana. La población urbana prevalece en forma considerable sobre la rural¹³⁸. Los usuarios de los servicios de salud son la mayor parte: mujeres, adultas jóvenes, con un predominio de amas de casa con educación primaria¹³⁹. La selección de los participantes de los grupos de discusión y de entrevistas se realizó proporcionalmente a estas características.

Población Funcionarios:

El personal del Área de Salud de Coronado es una población con predominio de mujeres con un 66%. La totalidad son adultos, de los cuales casi dos terceras partes son mayores de 35 años¹⁴⁰.

Se prefirió trabajar con funcionarios de diferentes edades y sexo para lograr una muestra heterogénea y representativa; según características de la población laboral general. No obstante, en esta población la selección dependió de la autorización de las jefaturas inmediatas, pero se logró mantener la representación de estas características mayoritariamente.

¹³⁸ Área de Salud de Coronado 2007 *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. (Actualizado en 2008)

¹³⁹ Área de Salud de Coronado *Encuesta Percepción del Usuario año 2000*.

¹⁴⁰ Área de Salud de Coronado *Diagnostico Salud Ocupacional 2009*.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Población Usuarios:

- Historia de control estable de salud en el Área de Salud de Coronado durante tres años como mínimo.
- Por el perfil de los usuarios del Área de Salud Coronado, se seleccionaron para la convocatoria, usuarios con las siguientes características: un hombre adulto joven, dos mujeres adultas jóvenes (al menos una ama de casa), una mujer de edad madura (preferiblemente ama de casa), un usuario de edad escolar (representante), una adolescente, una madre de un niño de 0 a 1 año, una mujer embarazada, un adulto y una adulta mayor de 65 años de edad.

Población Funcionarios

- Ser miembro de un Equipo Básico de Atención en Salud, en el Área de Salud Coronado.
- Más de tres años de trabajar en el Área de Salud en la atención directa al paciente.
- Consentimiento verbal para brindar la información para dar información.
- Autorización de la jefatura inmediata para asistir a grupo de discusión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Negativa a participar
- No autorización de participar de jefatura inmediata.

RANGO DE EDAD

Población Usuarios

Se seleccionaron usuarios de diferentes grupos poblacionales, según las características de la población general.

Población Funcionarios

Dado que el rango de edad de los funcionarios oscila entre los 18 y los 60 años. Para que cumplieran con el criterio de inclusión, de un mínimo de 3 años de experiencia en la atención directa al usuario, implicó que las edades requeridas para ser enrolados en el estudio serían de 21 a 60 años de edad. Lo cual se

logró mayoritariamente, pero si participó algún funcionario más joven o con menos experiencia, como excepción.

GÉNERO

La representación según sexo en los grupos de discusión de los **usuarios**, se mantuvo proporcional a las características de la población general, mencionadas anteriormente.

En la distribución por género de los **funcionarios**, también se trató de hacer proporcional, pero se dependía de la decisión de las jefaturas para su participación, lo que no modificó las apreciaciones expuestas por esta población.

No se hizo distinción por esta característica.

INCLUSIÓN DE CLASES ESPECIALES O PARTICIPANTES VULNERABLES

El estudio se refiere sobretodo al ejercicio de la autonomía del usuario mayoritario, independiente de sus acciones y decisiones; donde se considera hay un mayor vacío bioético. No obstante, sí llegaron a los grupos personas con algún nivel de discapacidad de movilización o desenvolvimiento, pero con las adecuaciones necesarias, pudieron participar, y expresar sus opiniones sin problemas. Por este motivo, no fue necesario citar a sus representantes o encargados.

El detalle del trabajo con los grupos de discusión se detalla en páginas 78 a 82.

DISEÑO

Componentes de la investigación.

I. Tutoría e Investigación bibliográfica:

El principal justificante de la obligación del respeto a los demás, base para el planteamiento del principio de autonomía, son los planteamiento de dos reconocidos filósofos Immanuel Kant n (1785), y John Stuart Mill (1863), por lo que los textos de *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* del primer autor y *El utilitarismo* del segundo, fueron revisados en primer lugar.

Se revisaron artículos especializados dedicados a la categoría de autonomía y se encontró que los planteamientos de Tom L. Beauchamp y James F. Childress en su obra *Principios de Ética Biomédica*¹⁴¹, resumen muy bien los aspectos claves sobre autonomía, por lo que se seleccionaron para orientar esta investigación, y se describen en el marco teórico (capítulo II).

Además, se revisó bibliografía de bioética en atención primaria en salud de forma general y, posteriormente, en forma específica, sobre autonomía y atención primaria en salud. Durante el proceso se encontraron artículos que, sin tratar directamente el tema, se referían a valores o actitudes en la atención de salud, considerándose que podían enriquecer el análisis. En la bibliografía se enlistan estos artículos.

Fue necesario revisar documentación legal que apoya el respeto de la autonomía de los usuarios de los servicios de salud, especialmente la *Ley 8239 de Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados* aprobada en nuestro país en el año 2002.

Se contó con la tutoría del Dr. Francisco Sánchez Pérez, Profesor de la Universidad Complutense de Madrid España, en el Curso de investigación Cualitativa impartido en coordinación con la Maestría de Bioética de la Universidad Nacional (UNA) así como en tutorías individuales.

II. Coordinación y organización a lo interno del centro de salud

Se planteó a las autoridades del Área de Salud de Coronado¹⁴² la solicitud de autorización correspondiente, y fue dada en oficio GAO-CC-20131 del 25 de octubre del 2011, y se cumplió con los requisitos del Comité Local de Bioética (CLOBI) que brindó autorización en certificado número 02-2011, de sesión del 19 de octubre del 2011.

Una vez obtenida las autorizaciones correspondientes se convocó a los grupos de pacientes. Posteriormente, se coordinó con las jefaturas de los servicios

¹⁴¹ Beauchamp Tom y James Childress, Principios de Ética biomédica, IV Edición, Versión Española. Editorial Masson, 1999.

¹⁴² El Área de Salud de Coronado brinda sus servicios desde 1988, a las comunidades del Cantón de Vázquez de Coronado y a los distritos de Ipís y Rancho Redondo del Cantón de Goicoechea, de la provincia de San José dentro del espacio geográfico denominado Gran Área Metropolitana del país. La Clínica se encuentra ubicada en el distrito de San Isidro de Coronado, contiguo al Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (I.I.C.A.).

involucrados, para la autorización y programación de los grupos de discusión con funcionarios

La ejecución de los grupos de discusión se inició en noviembre 2011 en fecha cercana a la aprobación del protocolo de investigación por parte del Área de Salud para realizar esta investigación, lográndose llevar a cabo Tres de los grupos (dos de usuarios y uno de funcionarios), pero en los meses de diciembre 2011, a febrero 2012 no fue posible ejecutar ninguno, por el recargo de trabajo en esos meses en la clínica. En febrero, se volvió a solicitar la autorización para este trabajo, lográndose realizar el tercer grupo de discusión de usuarios y el de auxiliar de enfermería. El trabajo con el grupo de médicos, se debió posponer en dos ocasiones más, hasta que en el mes de abril 2012, se adecuó la metodología a entrevista grupal, y se aprovechó una sesión de la docencia médica para realizarla.

III. Escuchando a los protagonistas

Para el logro de los objetivos de esta investigación, se efectuaron tres grupos de discusión con prestatarios y tres con usuarios de los servicios de salud para conocer sus opiniones acerca de las posibilidades y limitaciones de las condiciones en que se brindan los servicios de salud, así como entrevistas a profundidad y observación no participante. A continuación se detallan instrumentos y proceso de recolección de la información.

- Guía de entrevista para los diferentes métodos de recolección de información:

Se utilizó el tipo de entrevista con método guía, los temas se definieron por adelantado, y durante el desarrollo de la sesión el Investigador decidió la secuencia de las preguntas, esto para mantener el carácter integral de los datos, pero a la vez facilitar su sistematización. Esta técnica, se usó en ambos tipos de población y en las tres estrategias de recolección de información aplicadas: grupo de discusión, observación y entrevistas.

La guía la constituyó, la percepción de los siguientes aspectos de la atención sanitaria:

- ✓ Obtención de cita y recibimiento en el consultorio por personal de recepción.
- ✓ Atención en la Preconsulta.
- ✓ Atención médica.
- ✓ Atención del ATAP en la visita domiciliar.
- ✓ Aspectos por mejorar y posibilidades para lograrlo.

Grupo de discusión

Para el logro de los objetivos de esta investigación, se efectuaron tres grupos de discusión con prestatarios y tres con usuarios de los servicios de salud para conocer sus opiniones acerca de las experiencias de atención en salud, para identificar en estos relatos los pro y los contra en el ejercicio de la autonomía.

La mayor parte de la información para esta investigación, se recolectó por medio de la metodología de grupos de discusión, conocidos en nuestro medio como grupos focales. Se aplicó según las características planteadas en el *Capítulo 4: La Recolección de los datos cualitativos: la ciencia y el arte* del libro *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*, de Priscilla R. Ulin y otros, que se ha venido citando en este trabajo, donde la autora indica, que un investigador debe utilizar grupos de discusión, cuando necesite que los datos o interpretaciones surjan de la interacción de grupo, más que de lo individual¹⁴³. La interacción del grupo es clave, pues la información que brinda un grupo de discusión depende del intercambio de ideas, entre los participantes y entre éstos y el moderador.

El interés de este estudio, en el elemento común, en las coincidencias más que en la individualidad, la metodología de grupos de discusión es la mejor alternativa, como instrumento de recolección de datos.

Los grupos de discusión son fuentes eficientes de información, para estudios sobre normas, expectativas, valores y creencias sociales.

Si bien la columna vertebral de la metodología de este estudio, es la planteada en la bibliografía mencionada, también se incluyen elementos de otros autores

¹⁴³ Priscila Ulin, Elizabeth Robinson y Elizabeth Tolley: “*Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos Cualitativos*” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2006. Cap4. Pag. 82 a 88.

de la teoría de grupos, que pueden darnos pautas, para un proceso exitoso de los mismos.

A saber, los principios de animación de grupos y de aspectos favorables para la comunicación de Pisano, 1993 (¹⁴⁴), aplicables al tipo de grupos con los que se trabajó, son:

- Privilegiar las relaciones interpersonales
- Favorecer la libertad y la autonomía de los participantes
- respeto a la persona
- Actitud receptiva
- Evitar prejuicios
- Lenguaje apropiado

La necesidad de que los grupos convocados brinden la información que se espera de ellos, hace que se deba tomar en cuenta los requisitos para que un grupo desarrolle una tarea en forma eficaz. Mailhiot (1975)¹⁴⁵, plantea en primer lugar, que los miembros de los grupos, deben poseer la competencia requerida para cumplir con la tarea.

Tamaño del Grupo

Los diferentes autores concuerdan que un tamaño adecuado para un grupo de discusión oscila entre 9 a 4 personas

Rol del Moderador en un grupo de discusión

La persona que dirige un grupo focal tiene un rol más de moderador, que de entrevistador o coordinador. Su papel es orientar y facilitar el proceso de producción de la información.

El moderador introduce temas con preguntas principales, formula preguntas de seguimiento específicas, para obtener más detalles, y sondear el significado de las respuestas, pero también debe saber guardar silencio.

El moderador debe crear un grupo de "socios" en la conversación, escuchar con interés sin formular juicios, y mantener la discusión centrada en el tema. Así como mostrar interés, curiosidad y estimular la participación de todos los

¹⁴⁴ Pisano Juan Carlos Dinámicas de Grupo para la Comunicación Editorial Bonun 1993. Argentina Pag 39 y 55

¹⁴⁵ Mailhiot, Bernard Dinámica y génesis de grupos Colección estudios del Hombre Ediciones Marova S.L España 1975

miembros del grupo. Ser flexible, creativo y tener capacidad de adaptación a las respuestas recibidas.

Observación

Se realizó observación no participante en los sitios donde brindan atención médicos y enfermeras. Los ATAP no se incluyeron porque su labor es en el domicilio de los usuarios, lo que dificulta la observación directa.

Entrevista de profundidad

Fue utilizada sobre todo para aclarar aspectos generados en los grupos de discusión, en una función de informantes clave.

Muestreo

Se realizó un muestreo mínimo a priori, que permitió tener una idea clara del tamaño y características del grupo en forma previa. Recurso flexible que permite incluir más informantes, si fuera necesario en la marcha de la investigación. La selección de sujetos fue intencional, se obtuvo de un marco de muestreo de usuarios que cumplían con los criterios de inclusión, facilitado por el centro de informática de la Clínica de Coronado. El muestreo utilizado fue intensivo, por lo que se trabajó con muestras pequeñas, pero conformadas con personas expertas en los temas a tratar.

ENROLAMIENTO DE PARTICIPANTES

Población Usuarios

Se utilizó el sistema de información del Área de Salud de Coronado para identificar y ubicar usuarios, con las características indicadas en la página anterior. Vía telefónica se informó sobre el proyecto. Luego de conocer su consentimiento verbal a participar. (Ver anexo 5), fueron convocados a la sesión de grupo. Se llamó hasta lograr convocar 12 personas con las características señaladas, que ofrecieron asistir. Con este número de personas, se esperaba contar en la sesión de grupo con un promedio de 7 participantes. El total de usuarios sumados de los tres grupos fue de 20 usuarios,

acercándose lo logrado al promedio esperado, ubicándose de la siguiente manera:

GRUPO	FECHA	NUMERO DE PARTICIPANTES
1	24-11-11	9
2	30-11-11	4
3	30-3-12	7

Población Funcionarios:

El proceso de selección de los participantes de este grupo de población, se efectuó de la siguiente manera:

-Información y solicitud de autorización a las jefaturas, para la participación de los profesionales de atención directa al paciente de los EBAIS.

-Información sobre el estudio a realizar.

-Consentimiento a participar. (Ver anexo 5), y convocatoria a los funcionarios que cumplan con criterios de inclusión que se indican en el apartado siguiente.

-Comunicación a la Jefatura inmediata de los funcionarios que cumplieron con los requisitos de inclusión y consintieron en participar, para el permiso correspondiente, ya que se realizó en tiempo laboral.

Este proceso se efectuó para cada disciplina que conforma el EBAIS (Medicina, Enfermería y Asistente Técnico de Atención Primaria), ya que los grupos de discusión se realizaron en forma separada, una por cada especialidad. Se aprovechó los espacios de reunión de personal de cada disciplina para el desarrollo de la sesión, en ninguna sesión estuvo presente la jefatura respectiva.

El número total de participantes fue de 36 funcionarios, llegando a superarse lo esperado. Esto por cuanto la sesión con personal médico, fue asignada a una sesión de docencia en servicio. Por este motivo, la información se recolectó en forma de entrevista grupal, dado que el número de participantes (22) no se adecua a la metodología del grupo de discusión. Aún así fué un logro importante, por las dificultades locales y e institucionales que se presentaron, y

obligaron a cancelar convocatorias y reprogramar realizándose finalmente de la siguiente manera:

Grupo	Fecha	Numero de participantes
ATAP	18-11-11	7
Aux/ enfermería	08-03-12	7
Médico	26-4-12	22

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El mayor riesgo que enfrentan los participantes de este estudio es la ruptura de la confidencialidad. Para neutralizar este riesgo, se tomaron las siguientes medidas:

- Los datos de identificación necesarios para convocar al usuario solo los conoció la investigadora.
- En las diferentes sesiones de recolección de la información, no se registró la asistencia.
- Los Instrumentos de recolección de la información fueron anónimos.
- El consentimiento informado será verbal, para que no quede constancia escrita de la identificación del participante.
- La única responsable de aplicar el consentimiento informado¹⁴⁶ es la investigadora.
- En el ordenamiento y análisis de la información se omitirán datos de identificación

El participante usuario ejerció su autonomía en el proceso de investigación, al ser escuchada su percepción de la atención recibida. Por su parte, en un ambiente de mayor libertad, el participante funcionario, pudo expresar las dificultades que enfrenta en la prestación del servicio.

La única obligación financiera que su participación le provocó al usuario fue el pago de pasajes.

¹⁴⁶ En el anexo 2 se expone los contenidos del consentimiento informado verbal

La metodología de grupo de discusión implica grabar el desarrollo de la sesión, para lo que se pidió autorización en cada una de las sesiones, lo que no presentó problema alguno para los participantes. La transcripción de las sesiones de grupos de discusión, estuvo a cargo únicamente de la investigadora

Se solicitó a un participante de cada grupo de discusión que colaborara en el proceso de recolección de la información e interpretación de los contenidos, por medio de una entrevista a profundidad posterior, que permitiera validar las interpretaciones.

Se informó a usuarios y funcionarios participantes su derecho a tener acceso a la información, así como a los resultados de la investigación, en el proceso y al final del mismo.

IV. Análisis de los datos

-Transcripción de narración de grupos de discusión

Luego de cada grupo de discusión, la investigadora procedió a digitar las grabaciones, respetando las expresiones y representándolas de la forma más fiel posible en cuanto al lenguaje verbal y no verbal.

En la transcripción, se indicó el grupo correspondiente y el minuto en que se ubica cada participación, para localizarla, durante el proceso de análisis. Así, la indicación 1-36 significa que la expresión procede del primer grupo de pacientes en el minuto 36, y AE-12 significa grupo de auxiliares de enfermería en el minuto 12 de la grabación.

-Revisión de contenidos

Lectura y relectura de transcripciones

Clasificación de contenidos pertinentes para la investigación y exclusión de información de temas ajenos al problema de investigación, como menciones a otros niveles de atención o centros médicos.

Clasificación de contenidos en percepciones de satisfacción o de inconformidad y de situaciones relacionadas a la autonomía de forma positiva si la propicia, o negativa si la limita.

Posteriormente se trabajó con las numerosas opiniones de satisfacción o disconformidad con los servicios de salud de los EBAIS del Área de Salud de Coronado, hechas en los grupos. Fue necesario identificar estas expresiones y tamizarlas, para poder calificarla como propiciatorias o limitantes del ejercicio de la autonomía.

Análisis numérico de expresiones y clasificación según propiciaran o no la autonomía.

-Clasificación de temas

En esta etapa, se identificó los principales temas relacionados con el ejercicio de la autonomía en cada grupo, para luego integrarlo en documentos aparte, según fuera beneficioso o no, para la autonomía, para reexaminar la información con coincidencias y diferencias de los relatos. También se contabilizó los temas según número de menciones.

En la información brindada por funcionarios de salud, se dio una gran cantidad de menciones de dificultades y posibilidades para la ejecución del trabajo, lo que igualmente implicó un tamizaje según su relación con el tema de la investigación.

La información recolectada en los grupos de discusión que requirió confirmación o aclaraciones, se consultó individualmente a informantes claves seleccionados de los mismos grupos, por representar el sentir del grupo.

V. Presentación de resultados

Se darán a conocer los resultados a los participantes de los grupos, autoridades del Área de Salud, Comité local de Bioética del Área de Salud de Coronado, cuando sea aprobada por la Maestría de Bioética.

VI. Correcciones según observaciones de resultados

Se incluirán las observaciones y sugerencias obtenidas de la etapa anterior.

.ANEXO 2- AREA DE ATRACCION AREA DE SALUD CORONADO

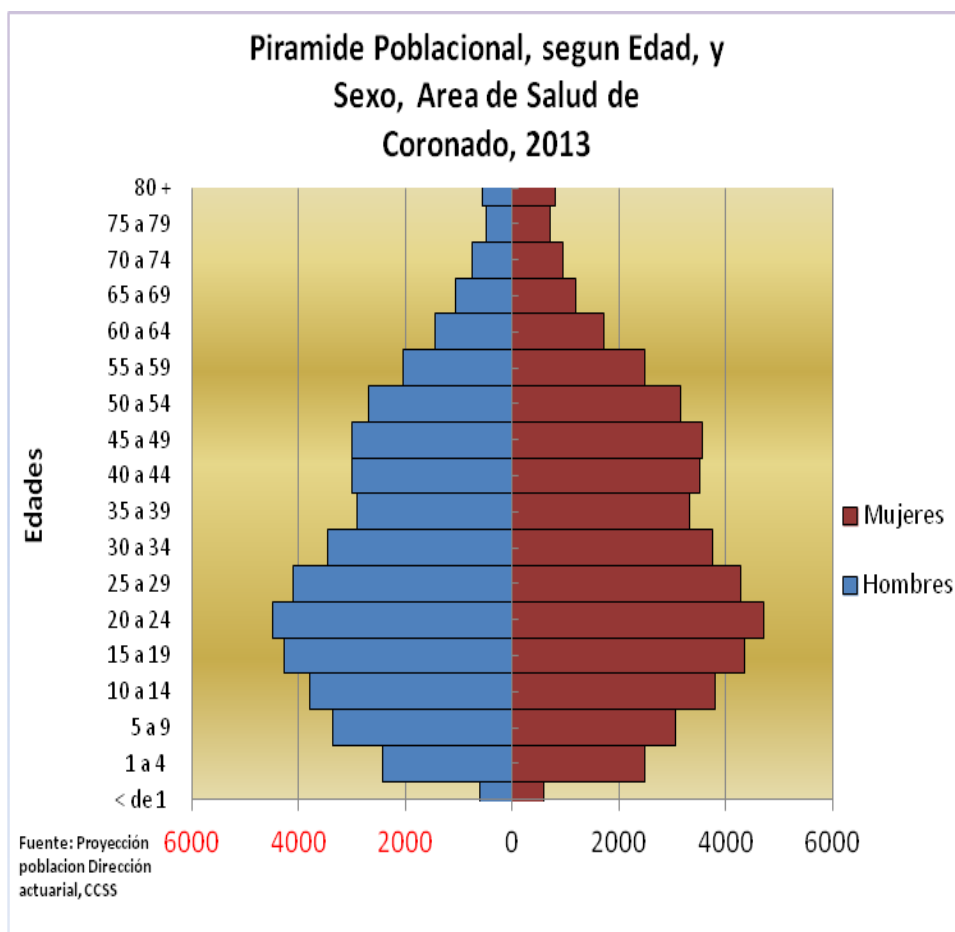


Nota: En negro se indica la posición geográfica del Area de Salud Coronado

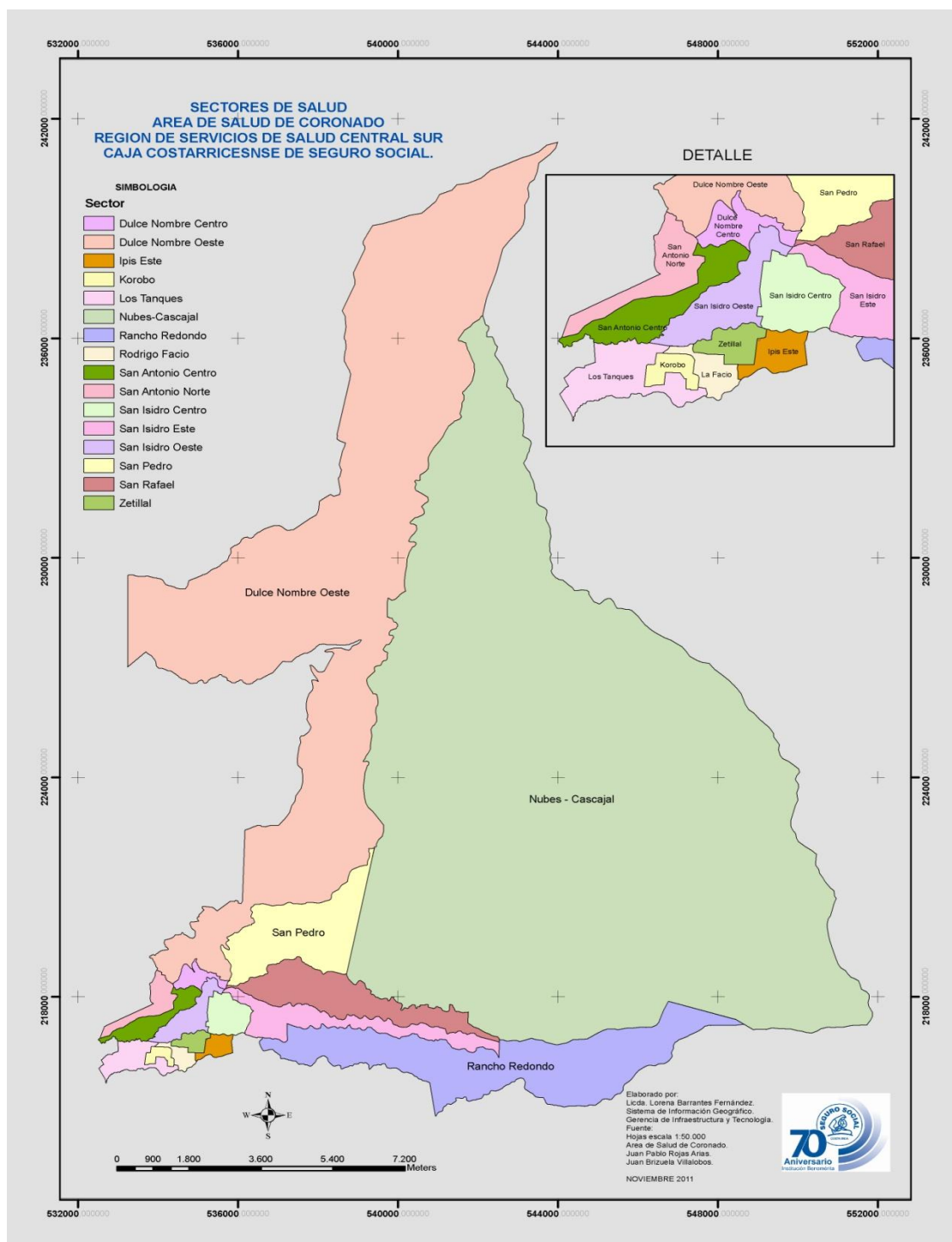
Fuente: http://www.mapasdecostarica.info/atlascantonal/atlas_cantonal.htm (El señalado es propio)

ANEXO 3-PIRÁMIDE POBLACIONAL

Distribución de la población del Área de Salud de Coronado,
Según grupo de edad y sexo, año 2013



ANEXO 4-SECTORES EBAIS AREA DE SALUD CORONADO



ANEXO 5-CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA INVESTIGACIÓN

-Consentimiento informado verbal inicial vía teléfono con usuario

“Buenas tardes: Le habla la Lic. Virginia Acuña de la Clínica de Coronado.

¿Cómo está?

En la Clínica se va a realizar un proceso de evaluación de los servicios que se brindan en los EBAIS. Nuestros datos dicen que usted es una persona que ha utilizado los servicios de esta clínica, desde hacer varios años.

Consideramos que su opinión puede ayudarnos en este trabajo. Si usted estuviera dispuesto a participar, le puedo dar una cita para explicarle con detalle en qué consistiría su participación.”

-Consentimiento informado verbal personal con funcionario

“Buenos días compañero, cómo está. Usted sabe que formo parte del Comité de Bioética de este centro. Además estoy haciendo la maestría de Bioética en la Universidad Nacional. Como parte de mi tesis, y con la autorización de la Dirección Médica y del Comité de Bioética estoy planteando una revisión de las condiciones de atención de los EBAIS de esta clínica. ¿Si usted contara con la autorización de su jefatura, estaría dispuesto a participar en un grupo focal, donde se comente este tema?”

-Consentimiento informado verbal grupo de discusión (Ambas poblaciones)

“Buenos días. Tal y como se les explicó anteriormente, la sesión del día de hoy, es para revisar el proceso de atención que se brinda en los EBAIS, sus posibilidades y limitaciones. Interesa el proceso completo desde que el usuario llega y se presenta en la recepción hasta que egresa con los documentos de los servicios a los que fue referido. Gracias por su participación.

La metodología es de grupo de discusión, que aquí conocemos como grupo focal, es libre y nos concentraremos en los aspectos que a ustedes les parezcan relevantes. Parte de esta metodología es grabar lo que se va diciendo por lo que le solicito su autorización para hacerlo. Por supuesto que yo soy la única persona con acceso a esta grabación, y no vamos a registrar asistencia.”

BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

- Aristóteles. (1985). *Ética nicomaquea* Acciones voluntarias e involuntarias (III) (pp180-209). En: Sánchez Pacheco.. (1ªed.).(pp.180-209) Madrid: Gredos.
- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1999). *Principios de Ética Biomédica* En: Masson. . España: Masson.
- Berger, P. y Luckmann T. (1993). *La Construcción social de la realidad* Los fundamentos del conocimiento de la vida cotidiana. . (pp.52-65). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Cabrera, JUL. (2005). *Temas de Bioética. Del inicio al final de la vida humana*. Importancia de la Bioética en las profesiones de ciencias de la salud (I) y La persona humana: fundamento de la Bioética (II) (pp.1-24) San José, Costa Rica: EUNED
- Copi, Irving. (1999) Introducción. *Introducción a la lógica*. (Pp.1-37)(4ª ed.). Argentina: Eudeba.
- Coqueret, A.(1965) *Como se prepara y dirige una reunión*. Editorial Nova Terra. Barcelona
- Ferrer, J. y Álvarez J. C. (2005). *Para fundamentar la Bioética*.Teorías y paradigmas teóricos en Bioética. (pp.83-117) España: Desclée de Brouwer.
- Friedman, G. D. (1994). *Primer of Epidemiology Quick Review*. (Pp.310-328) (4ª Ed.) En: Library of Congress Cataloguing-in-Publication Data: United States of American.
- Gracia, D. (1998). *Ética de los Confines de la Vida*, Bogotá: Editorial El Búho.
- Kant, E. (1999) *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Espasa Calpe: Madrid.
- López, L y Elizalde Y(1998). *Dinámicas de Grupos-Cincuenta años después*. Ecograf, SA Bilbao
- Marlasca, A. (2002) *Introducción a la Bioética* Cuadernos Prometeo 23. Facultad de Filosofía y Letras. Heredia: Edit. Universidad Nacional.
- Mailhiot, B. (1975) *Dinámica y génesis de grupos* Colección estudios del Hombre Ediciones Marova S.L España
- McLaren, P. (2005) *La vida de las escuelas: una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación*. (4ª ed.). Siglo XXI. México.
- Morgan, L. (1997) *Participación comunitaria en salud: la política de atención primaria en Costa Rica*. San José: Ednasss-CCSS.
- Pineda, E. B.y Alvarado E. L. (2008) *Metodología de la Investigación* Serie Paltyex (3ª ed.) Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Pisano, Juan C(1993) *Dinámicas de Grupo para la Comunicación* Editorial Bonun .Argentina
- Rodríguez, A. et al (2006). *Después de la línea del tren*. Heredia, Costa Rica: Edit. Universidad Nacional
- Rodríguez, César. (1989) *Cicatrices de la pobreza. Un estudio psicoanalítico*. (2ª ed.). Venezuela: Edit. Nueva Sociedad.

- Rojas, Carla y Allan Abarca *Presentación profesional de un trabajo de investigación* San José Costa Rica Editorial Universidad de Costa Rica 2012
- Rousseau, J. J. *El origen de la desigualdad entre los hombres*. Bogotá: Ediciones Universales
- Sánchez, F. (2005) *Ladrón de Mitos* (1ª ed.). En: Tabla Rasa: Madrid.
- Sánchez, F. (1990) *La liturgia del espacio*. España: Editorial Nerea
- Stewart, J. (1999) *El Utilitarismo*. (4ª ed.). España: Alianza Editorial.
- Todorov, T. (2004). *Frente al límite* (2ª ed.) México: Siglo XXI.
- Ulin, P. R. et el. (2006) *Investigación aplicada en Salud Pública, Métodos cualitativos* (Publicación Científica No. 614. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Valles, M.S.(1997) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social Reflexión metodológica y práctica profesional* Genealogía Histórica y Planteamientos Actuales acerca de la Investigación Cualitativa (I) y Variedad de Paradigmas y perspectivas en la Investigación Cualitativa (II) (pp.9-68). Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.

ARTÍCULOS DE REVISTAS:

- Llapa-Rodríguez, E.O. (2008) *Reflexión conceptual sobre compromiso organizacional y profesional en el sector salud*. Revista Latinoamericana de Enfermagem. v.16 n.3 mayo/junio. (pp.
- Antón, P. (2007) Bioética y Enfermería. *Nuevos Materiales de Bioética y derecho*. ISBN 968-476-609-2 (pp.123-144).
- Alvarado, M.A. (1992) Ética aplicada a Enfermería. *Principios de ética aplicados a Enfermería*. (pp.17-22) (1ªed) Costa Rica: EDNASSS-CCSS.
- Backes, Dirce Stein et al.(2007) *Humanizando el cuidado a través de la valoración del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud*. Revista Latin-Am Enfermagem volumen 15Nº 1(pp34-41).
- Pujadas Muñoz Juan José *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales Cuadernos metodológicos 5*. Centro de Investigaciones Sociológicas. España.
- Molina, C. (s.f.) *Conducta impropia en la práctica profesional del médico*. Heredia: Departamento de Filosofía Universidad Nacional (UNA).
- Molina, C. (2005). *Cuatro modelos fundamentales de pensamiento ético*. Revista Latinoamericana de Filosofía. Hoja Filosófica Nº 13. (p.7)
- Sánchez Z. et al. (2003) *Los Principios Bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión*. Revista Cubana Med Gen Integrada. (19)(Pp.1-7).
- Newton, J.L. (Edit) (1993). *Planning Development with Women: Making a world of Difference*. London: McMillan.
- Valerio, Carlos José y Juan G. Ugalde(1997/1998) *El derecho del paciente al uso correcto del expediente clínico*. Revista Latinoamericana Der.Méd.Medic.Leg. (pp 15-21)

DOCUMENTOS LEGALES E INSTITUCIONALES:

- Area de Salud de Coronado 2007 *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. (Actualizado en 2008) (Documento interno)
- Area de Salud de Coronado Plan de trabajo anual de la Comisión Local de Vigilancia Epidemiológica año 2013 Aparte: resumen ASIS (Documento interno)
- Asamblea Legislativa República de Costa Rica (2002) *Ley Nº 8239 Deberes y Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados*.
- Asamblea Legislativa República de Costa Rica (2005) *Reglamento Nº32612-S de la Ley de Deberes y Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados*.
- Asesores científicos y educativos (2008). Curso Metodología de la Investigación (Antología). Area de Bioética CENDEISSS
- Barboza, M^a I. (2013) Curso Redacción de trabajo finales de graduación (Antología). Programa de Educación Continua en Lengua y Literatura. Vicerrectoría de Acción Social- Escuela de Filología, Lingüística y Literatura. Universidad de Costa Rica.
- Caja Costarricense del Seguro Social, CENDEISSS. (2004) *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades* (Folleto) Curso Gestión local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2013). Plan Estratégico Institucional (reajustado) Macro-políticas 2013-2016 . San José Costa Rica
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2005) *Reglamento para la Investigación Biomédica en los servicios Asistenciales de la Caja Costarricense del Seguro Social*.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.) *Reglamento del Expediente de Salud*. Recuperado 24 agosto de 2009 en:
http://www.ccss.sa.cr/html/organización/gestion/gerencias/medica/dis/dep_estadística/des/publicaciones/otros/reglamentos/pdf/expediente_salud.pdf.
- Caja Costarricense Seguro Social-Ministerio de Salud. (1995), *Normas de Atención Integral de Salud*. Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las Personas.
- Caja Costarricense del Seguro Social Reglamento del Seguro de Salud CCSS - políticas y normas Actualizado hasta el: 31/12/2003 Aprobado por la Junta Directiva de la CCSS en artículo 19 de la sesión número 7082, celebrada el 3 de diciembre de 1996. Publicado en La Gaceta No. 25 de 5 de febrero de 1997
- Caja Costarricense del Seguro de Salud *Reglamento del Expediente de Salud* Gerencia de División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Sección de Información Biomédica.
- Cartín, A. (2007) Sistematización por áreas de análisis prioritarias. Un primer acercamiento al tema (material de clase Curso Bioderecho).
- Conferencia Internacional de Armonización (CIARM) sobre requerimientos técnicos para el registro de productos farmacéuticos para uso en humanos. Guía Tripartita Armonizada en la Conferencia Internacional de Armonización. *Lineamientos para la Buena Práctica Clínica* .1997-1998.
- Congreso Constitucional de la República de Costa Rica (1943), *Ley Constitutiva de Caja Costarricense del Seguro Social*.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969). Convención americana sobre derechos humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos. San José, Costa Rica. (Pacto de San José) Recuperado 25-3-2014 de: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos Convención sobre los derechos del Niño (1989). Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General (resolución 44/25), de 20 de noviembre de 1989 Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990. Recuperado 25-3-2014 en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- Asamblea General de las Naciones Unidas Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Recuperado 25-marzo 2014 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1998) Ley 7735. Ley General de Protección a la Madre Adolescente Publicada en Gaceta N° 12 de 19-1-98 .Recuperado el 25-3-2014 en: http://www.pgr.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=42908&strTipM=TC&IResultado=2&strSelect=sel
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica Ley 7586 contra la Violencia Doméstica (1996) Publicada Gaceta N° 83 del 2-5-1996. Recuperado 25-3-2014 en: http://www.pgr.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=27926&strTipM=FN
- Asamblea Legislativa de la Republica de Costa Rica Ley Integral para la persona adulta mayor (2002). Ley n° 7935 Recuperado 25-3-2014 en: <http://www.conapam.go.cr/pdf/Ley7935.pdf>
- Asamblea Legislativa República De Costa Rica 1998 Ley 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia
- Organización de Estados Americanos (OEA) Declaración Americana de Derechos y deberes (1948) Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia. Recuperado 25-marzo en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), Área de Gerencia Social, 2007, Antología del Curso Bioética en Investigación
- Ministerio de Salud República de Costa Rica Dirección de Servicios de Salud (2005) *Sistema de Evaluación de la Atención integral en Salud en el Primer Nivel de Atención Resultados Nacionales de la Evaluación del primer Nivel de Atención (EBAIS) Período 2000-2004*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Costa Rica. (2003) *Decreto 31078-S Reglamento para las investigaciones en que participan seres humanos*. Costa Rica.
- Pacto de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales-pacto de Derechos Civiles y Políticos (1968)
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. *Resoluciones a recursos de amparo contra la Caja Costarricense del Seguro Social*. N°: 2005-13190, 2005-015670, 2005-15281, 2005-15514, 011542-2005, 2005-16655.
- Unidad Preparatoria de Proyectos de la República de Costa Rica Proyecto Reforma del sector Salud Componente: Readequación del Modelo de Atención *Capítulo VI Readequación y Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud*. San José Mayo 1993.

TESIS DE GRADO:

González, Allan (2012) *El modelo de medicina científica costarricense y técnicas terapéuticas complementarias: La meditación Bón y sus posibles aplicaciones en la mejora de la salud en pacientes con insomnio y depresión por tratamiento de cáncer* (Tesis)
Maestría profesional de Bioética. Ciudad universitaria Rodrigo Facio

Granados, Jorge (2012) Investigación con seres humanos en Costa Rica y su impacto en la salud de los costarricenses. Sistema de estudios de post grado. Universidad de Costa Rica-Universidad Nacional

Rodríguez, A. (2006) *La ética de la distribución de recursos en el marco de la reforma del sector salud en Costa Rica*. Tesis aprobada para Doctorado en Filosofía

Gómez, Maribel (2013) El Consentimiento Informado en los estudios de investigación clínica en Costa Rica. La situación de vulnerabilidad Sistema de Estudios de Postgrado Universidad de Costa Rica (tesis aprobada)

CURSOS

Universidad de Costa Rica Escuela de Filología, Lingüística y Literatura, (2013) *Curso: Redacción de trabajos finales de graduación* impartido por Prof. María Isabel Barboza.

CENDEISSS (2012) *Curso: Desarrollo de las capacidades para la renovación de la atención primaria en salud* impartido por Prof. Marianne Carballo Rosabal

Fundación de la Universidad de Costa Rica para la investigación (2013). *Curso de fomento de capacidades en de investigación, procesamiento, análisis cualitativo de datos empleando el software Atlas TI*. Ciudad de investigación. Prof. Marvin Rodríguez

Caja Costarricense del Seguro Social CENDEISSS- Bioética (2013). *Curso de investigación cualitativa*, impartido por Dra. Ana Constanza Rangel Nuñez

DOCUMENTOS EN LINEA

American Psychological Association. Sistema de Citas APA Recuperado 02 febrero 2014 de:
http://www.correspondenciasy analisis.com/es/images/sistema_apa.pdf

Altisent, R. (2006) *Bioética y Atención Primaria: una relación de mutuas aportaciones*. Conferencia III Simposio Internacional de Bioética: Bioética en Latinoamérica. México

Cook, Jessica. Traducido por Alejandro Cardiel *¿Cómo usar la primera persona en el formato de la APA?* Recuperado 02 febrero 2014 <http://www.ehowenespanol.com/>

Sitio Web Caja Costarricense del Seguro Social. *Programa Humanización de los Servicios*. Recuperado el 18 de setiembre de 2008 en: <http://www.ccss.sa.cr/html/organización/corganizacional/corg11.htm/>

Sitio Web Caja Costarricense del Seguro Social. *Programa Rescate de Valores*. Recuperado el 18 de setiembre de 2008 en: www.ccss.sa.cr/html/organización/programas/rvalores/bienvenida.html.

Ferrer, C. (2008) *Los cuidados enfermeros en Atención Primaria*. Recuperado 28 agosto 09 en: E-Ras: Semanario on line de Actualidad Sanitaria. España.

- De la C Santana, Cristina. (2002). *Aspectos bioéticos del ingreso domiciliario*. *Revista Cubana Enfermer*. Recuperado el 18 de setiembre de 2008 En: Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santiago, Cuba.
- Delgado R., Martha Beatriz. (2002). Aspectos éticos de toda investigación consentimiento informado. ¿Puede convertirse la experiencia clínica en investigación científica?. *Revista Colombiana de Anestesiología*, Sin mes.
- Fernández, I. (2000) *Abordaje de la Diabetes Mellitus en Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad. Sevilla España. Recuperado el 18 de setiembre de 2008 en: <http://www.elpaís.com/artículo/agenda/Isabel/Fernández/medica/investigadora/elpepugen/>.
- García, F. (2002) *Bioética y atención primaria de salud*. *Gaceta. Med. Caracas* Recuperado el 18 de setiembre de 2008 en: <http://www.anm.or.ve>.
- Gil, C. (julio, 2001). *Un argumento vivo para que primaria cuente con comités de Bioética específicos*. Recuperado el 18 de setiembre de 2008. En: www.diariomedico.com/normativa/norm180701com.html.
- González, Daisy y otros (2007) Principios bioéticos y atención primaria de salud de personas que viven con el VIH-SIDA. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 6, núm. 3. (pp. 1-9), Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180417641014>
- González, R. P. (2007) *Conflicto de valores del médico de atención Primaria*. *Revista Siete días médicos* N° 715. Sección Actualidad Opinión. Recuperado el 18 de setiembre 08 en <http://www.sietediasmedicos.com>
- Granados, G. y Gil J. (2007) *Creencias relacionadas con la Hipertensión y adherencia a diferentes componentes del tratamiento*. Asociación Católica de Psicología 2007. Costa Rica Recuperado el 14 de agosto 08 en: <http://www.acapsi.com/cienciasrelacionadasconhipertensionarterialytratamiento.html>
- Kottow, M.(2011) *Anotaciones sobre vulnerabilidad*. *Revista Redbioética/UNESCO*, año 2, 2(4), 91- 95, Julio - diciembre 2011- ISSN 2077-9445.
- Kottow, M (. *Estudios raíces sociales de la Bioética*.
- Marquet, P. *Calidad en la atención primaria: 10 años de errores de los que aprender (o solo el que anda tropieza)*. *Revista Atención Primaria* Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Barcelona. España. Recuperado el 14 de agosto 08 en: http://www.sid.cu/galerias/doc/sitios/infodir/calidad_en_atencion_primaria.doc.
- Marquet, P. *La obsesión por la salud* *Revista Atención Primaria* Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona. España. Recuperado el 14 de agosto 08. En: http://www.extramiana.com/index2.php?option=com_conten&do_pdf=1&id=46.
- Pérez, Cicili et al. (2003) La relación médico paciente en el Sistema Nacional de Salud Municipio La Habana, Cuba. Recuperado el 18 de setiembre 08 en: <http://www.scielosp.org/scieloOrg/similar/.php?text>.
- Pushel I, K. et al. (2006) *Tabaquismo en Atención Primaria: Perfil de fumadoras consultantes, creencias y actitudes de los equipos de salud y oportunidades de intervención*. *Rev. Med. Chile*, junio 2006, vol. 134, no.6, p726-734. SIN 0034-9887. Recuperado el 14 de agosto 08. En <http://www.scielosp.org/scieloOrg/similar/.php?script>.

Quirós-Morales, D. y Villalobos-Pérez A. (2007) *Comparación e factores vinculados a la adherencia y al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica*. Univ. Psicol., volumen 6, num.3. Recuperado el 18 de setiembre 08 en scielosp.org/scieloOrg/similar/.php?script=sci.

Reyes, Silvia y Reyes E. (2003) Bioética y consentimiento informado en atención primaria en salud. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Salvador Allende. Ciudad de la Habana CUBA. Recuperado en:
http://indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion7/bioetica_cons_inf/reyes_gonzalez.htm.

Sitio Web Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.

Universidad de Costa Rica. Sistema de estudios de Postgrado *Formato de escritura de tesis de maestría*. Recuperado el 5-3-2014 en www.equi.ucr.ac.cr.

Vidal, S. Bioética y desarrollo humano: *Una visión desde América Latina*.