

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN

**“IDENTIFICACIÓN DE LAS BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL
TRABAJO DEL NUTRICIONISTA EN EL ÁREA DE SALUD
DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012”**

Práctica Dirigida

sometida a la consideración del Tribunal Examinador de la Escuela de Nutrición
para optar al grado de Licenciatura

Paola Pamela Matthey Mora

Sede Rodrigo Facio

2014

“Este Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de Práctica Dirigida, fue aceptado por el Tribunal Examinador de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado académico de Licenciatura”.



PhD. Anne Chinnock

Representación de la Dirección de la Escuela de Nutrición



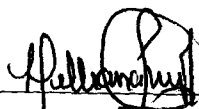
MSc. Ivannia Ureña Retana

Directora de la Práctica Dirigida



PhD. Indira deBeausset

Asesora



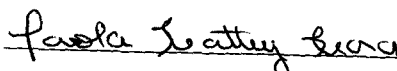
Dra. Lilliana Jiménez Abarca

Asesora



Lic. Nadia Alvarado Molina

“Invitada



Bach. Paola Matthey Mora

Sustentante

Por medio de esta nota, se libera de cualquier responsabilidad a la Escuela de Nutrición, así como a la Universidad de Costa Rica de reclamos ulteriores a la publicación del presente Trabajo Final de Graduación.

Además, se desea hacer de conocimiento público que este documento se encuentra protegido por la Constitución Costarricense y los Instrumentos Internacionales de Derechos de Autor, así como las leyes y los reglamentos conexos.

Queda prohibida la reproducción parcial o total bajo ningún medio electrónico o mecánico del presente documento sin previa autorización del autor.

Dedicatoria

Este triunfo lo dedico a mi familia, la cual ha sido un pilar fundamental en mi desarrollo como ser humano y profesional, a través de cada etapa de mi vida. A mis papás, los cuales me enseñaron el valor de la perseverancia, el esfuerzo y a creer que todo lo que nos proponemos es alcanzable.

A aquellas personas que vivieron esta experiencia conmigo, tanto en las alegrías, como en las angustias, apoyándonos mutuamente para llegar a la meta.

Y sobre todo a Dios, por darme la oportunidad de vivir, guiándome a cada paso, por darme fortaleza y por haberme brindado la dicha de vivir esta experiencia.

Reconocimientos

Agradezco a mi directora de Práctica Dirigida MSc. Ivannia Ureña Retana y a mis asesoras PhD. Indira deBeausset y Dra. Lilliana Jiménez Abarca. Su apoyo y orientación incondicional fueron esenciales para mi desarrollo como profesional y como persona, me siento honrada de haber contado con ustedes a lo largo de este proceso.

A la jefatura de Área de Salud Desconcentrada Los Santos, por el apoyo y la disposición brindados a lo largo de este proceso y sobre todo, por creer en la importancia del trabajo del profesional en nutrición a nivel de atención primaria.

A todos aquellos docentes que marcaron cada etapa de mi camino universitario, impulsándome a tener un criterio propio, a creer en mi capacidad y haber compartido conmigo su experiencia y amor por la carrera.

Y finalmente, a mi compañera de práctica Deidamia Blanco H, por el apoyo y la motivación diaria para culminar este proceso, gracias por estar mi lado cada día.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	ix
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS	xv
RESUMEN	xvi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
A. Atención Primaria en Salud	3
1. Concepto de Alma Ata	3
2. Evolución del Concepto a Nivel Nacional	4
3. Objetivos y Alcances de la Atención Primaria de Salud	6
4. Escenarios	7
5. Actores y sus Funciones en la APS	8
B. Promoción de la Salud	10
1. Concepto de Promoción de la Salud	10
2. Estrategias para la Promoción de la Salud	11
C. El perfil del nutricionista a nivel de Atención Primaria de Salud para la promoción de la Salud	13
1. Perfil del Nutricionista de acuerdo a la distribución teórica de trabajo	14
2. Perfil del nutricionista de acuerdo a la distribución de trabajo de la CCSS	18
D. Antecedentes del trabajo del Nutricionista dentro de la Atención Primaria de Salud	20
E. Antecedentes del Área de Salud Desconcentrada Los Santos	23
1. Reseña Histórica	23
2. Distribución Geográfica del Área de Salud	24

3.	Priorización de problemas y necesidades de acuerdo a la información encontrada en el Área de Salud.....	25
F.	Identificación de Barreras y Facilitadores.....	26
1.	Definición de barreras y facilitadores.....	26
2.	Clasificación de barreras y facilitadores.....	26
3.	Técnicas para la identificación de barreras y facilitadores.....	29
III.	OBJETIVOS.....	30
A.	Objetivo General.....	30
B.	Objetivos Específicos.....	30
IV.	MARCO METODOLÓGICO.....	31
A.	Primera Etapa: Diagnóstico y Análisis.....	34
B.	Segunda Etapa: Planteamiento de la Propuesta de Trabajo.....	37
C.	Tercera Etapa: Ejecución y Evaluación de la propuesta de trabajo.....	42
D.	Cuarta Etapa: Análisis de Barreras y Facilitadores.....	43
V.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA	
	45	
A.	Diagnóstico del Componente Alimentario Nutricional en la población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	45
1.	Estructura Poblacional del Área Desconcentrada de Salud Los Santos.....	45
2.	Distribución laboral y organización operativa en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	47
3.	Estado de Salud de la Población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos..	58
4.	Acciones que desarrolla el Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	66
5.	Relación del Área con las Organizaciones Comunales y actores sociales.....	68
B.	Resultados y Análisis de la ejecución y evaluación de la Propuesta de Trabajo....	70

1. Estrategias de capacitación y supervisión del personal de salud del Área Desconcentrada Los Santos y gestión de acciones educativas para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.	75
2. Acciones de participación activa por parte del nutricionista en la Atención Primaria en Salud en los diferentes campos de acción.	107
C. Análisis de barreras y facilitadores que influye en el desarrollo de las funciones del nutricionista a nivel de Atención Primaria en Salud.....	126
1. Barreras encontradas durante la ejecución de la práctica	126
2. Facilitadores encontrados durante la ejecución de la práctica.....	136
VI. CONCLUSIONES	141
VII. RECOMENDACIONES.....	143
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	146
IX. ANEXOS	153

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1. Diagrama de las etapas de desarrollo de la Práctica Dirigida.....	33
Figura 2. Organigrama del Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	48
Figura 3. Diagrama de Flujo de la intervención nutricional a multinivel.....	71
Figura 4. Organigrama funcional seguido para la ejecución de la intervención propuesta.....	72
Figura 5. Esquema de barreras a nivel del sistema de salud.....	134

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Potenciales barreras y facilitadores identificados dentro de la literatura.....	28
Cuadro 2. Variables a contemplar para el diagnóstico de problemas a nivel alimentario nutricional en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	35
Cuadro 3. Comparación entre la funciones teóricas en el trabajo del nutricionista en el primer nivel de atención vs las estrategias y acciones ejecutadas a lo largo de la práctica en el área de salud desconcentrada los santos, 2012.....	39
Cuadro 4. Estimación de la distribución geográfica y demográfica según cantón en la Zona de los Santos para el año 2012.....	46
Cuadro 5. Equipo de Apoyo del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	49
Cuadro 6. Distribución de días de consulta, según puestos de atención, para cada EBAIS, los santos, 2012.....	53
Cuadro 7. Facilidades y limitaciones percibidas por los médicos de EBAIS del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	56
Cuadro 8. Principales problemas de salud en la población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, en la consulta externa, 2010 - 2011.....	59
Cuadro 9. Principales problemas de salud en la población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, de acuerdo al registro sistema de información integral en salud (SIIS) y reporte de los médicos de EBAIS, 2012.....	60

Cuadro 10. Principales problemas de salud reportados en el sistema de emergencias, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2010 – 2011.....	63
Cuadro 11. Causas de mortalidad según patologías agrupadas y no agrupadas, en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, para el año 2010.....	64
Cuadro 12. Estado nutricional de los escolares de primero, tercero y sexto grado, según cantón, para los años 2010 y 2011, Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	65
Cuadro 13. Alcances obtenidos en las estrategias de capacitación al personal médico, enfermería y ATAPS para la promoción de la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.....	80
Cuadro 14. Acciones planteadas para la aplicación del conocimiento adquirido durante las capacitaciones al personal médico, enfermería y ATAPS.....	92
Cuadro 15. Alcances obtenidos en la estrategia de gestión, capacitación y supervisión de los funcionarios del Área de Salud Desconcentrada Los Santos “Promoviendo mi salud y la de los demás”.....	97
Cuadro 16. Actividades planeadas por los participantes del programa de promotores de la salud del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, para la feria de la salud 2012.....	101
Cuadro 17. Acciones planteadas para la aplicación del conocimiento adquirido durante las capacitaciones del programa de promotores Área de Salud Desconcentrada Los Santos.....	102

Cuadro 18. Descripción de las acciones de educación realizadas por el nutricionista a nivel de Atención Primaria, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	111
Cuadro 19. Alcances obtenidos durante la supervisión de la estrategia para la Prevención de la Obesidad Infantil en la escuela República de Bolivia, Santa María de Dota, 2012.....	118
Cuadro 20. Resultados obtenidos de las estrategias de promoción de la salud no planeadas y ejecutadas en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	123
Cuadro 21. Cronograma de entrevista a los diversos actores claves del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	158
Cuadro 22. Distribución poblacional por grupo etario población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	161
Cuadro 23. Distribución poblacional por sexo a nivel nacional, 2011.....	163
Cuadro 24. Principales cinco causas de morbilidad en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, según EBAIS, enero a mayo de 2012.....	165
Cuadro 25. Distribución de organizaciones comunales según cantón, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	167
Cuadro 26. Resultados antropométricos obtenidos en los funcionarios partícipes del programa de capacitación de promotores de salud en los funcionarios del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	184

Cuadro 27 Resultados bioquímicos obtenidos en los funcionarios partícipes del programa de capacitación de promotores de salud en los funcionarios del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.....	186
--	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Población total del Área de Salud Desconcentrada Los Santos según sexo y grupo de edad para el año 2012.....162

Gráfico 2. Población total nacional según sexo y grupo de edad para el año 2012.....164

Gráfico 3. Frecuencia de participantes del programa de promotores de la salud del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, de acuerdo a los resultados obtenidos para peso y porcentaje de grasa, durante el curso, 2012.....185

Gráfico 4. Frecuencia de participantes del programa de promotores de la salud del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la valoración bioquímica, 2012.....187

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

ATAPS: Asistentes Técnicos de Atención Primaria de Salud

ASIS: Análisis de Situación Integral de Salud

CAIS: Centro de Atención Integral en Salud

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CEN: Centros de Educación y Nutrición

CENDEISS: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social

CINAI: Centro Infantil de Atención Integral

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

ICE: Instituto Costarricense de Electricidad

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social

MEP: Ministerio de Educación Pública

MOPT: Ministerio de Obras Públicas y Transportes

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PANI: Patronato Nacional de la Infancia

SIIS: Sistema de Información Integral en Salud

REDES: Registros y Estadísticas de Salud

RISA: Red Interinstitucional de Servicios de Apoyo

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

UNIMEP: Universidad Metodista de Piracicaba

UCR: Universidad de Costa Rica

RESUMEN

Mattey, P. (2013). Informe de Actividades “Identificación de las barreras y facilitadores para el trabajo del nutricionista en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012”. Práctica Dirigida para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición, Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica.

La presente Práctica Dirigida tuvo como objetivo principal identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la labor del nutricionista, basado en el perfil de trabajo a nivel de atención primaria en salud para la Promoción de la Salud en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos. Para ello se propuso el desarrollo de cuatro etapas de trabajo, la generación de un diagnóstico de la situación alimentario nutricional de la población del Área de Salud, la propuesta y ejecución de un plan de trabajo basado en los hallazgos encontrados en el diagnóstico y la evaluación de los resultados obtenidos durante la ejecución del mismo.

El plan de trabajo desarrollado se basó en el perfil teórico de trabajo para el nutricionista a nivel de atención primaria, propuesto por la PhD. deBeausset, el cual considera al nutricionista como un referente técnico en el Área de Salud que brinde asesoramiento, capacitación, supervisión y apoyo a los EBAIS del área y participe activamente dentro de la sociedad.

Por tanto, las actividades realizadas durante la práctica fueron divididas en tres procesos: estrategias de gestión, capacitación y supervisión para el personal de Salud del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, participación en acciones desarrolladas a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y finalmente, dichas actividades fueron el medio transversal para determinar las barreras y facilitadores que se puedan presentar durante la inserción de un nutricionista en el primer nivel de atención y la aplicación de su perfil de trabajo a nivel de APS.

A partir de la experiencia profesional adquirida, se concluye que, bajo condiciones similares a las experimentadas en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, es probable que la

inserción y el desarrollo del trabajo del profesional en nutrición puedan llevarse a cabo de manera adecuada; siempre y cuando se cuente con el apoyo de actores clave y se labore con un personal consciente y anuente de la necesidad de fomentar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en la población.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud, barreras y facilitadores, nutricionista en atención primaria, promoción de la salud, prevención de las enfermedades.

I. INTRODUCCIÓN

El Área de Salud Desconcentrada Los Santos, responde al primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional de Salud. Cuenta con una población aproximada de 37000 personas, en donde la hipertensión arterial, la diabetes mellitus II, las dislipidemias, el cáncer y las enfermedades del sistema circulatorio, son los principales problemas de salud (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012). Dicha morbilidad es reflejo de la situación actual a nivel nacional, que según los Indicadores Básicos de Salud, las enfermedades del sistema circulatorio representan la principal causa de muerte en el país (Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2010). En estas patologías es esencial el abordaje y la atención nutricional, considerando la influencia que representa los hábitos alimentarios y estilos de vida en el desarrollo o prevención de estas enfermedades.

A pesar de la incidencia de las enfermedades que requieren atención nutricional, actualmente, el Área de Salud no cuenta con un profesional en Nutrición que ejecute las gestiones propias del campo de la nutrición y que genere estrategias para satisfacer las necesidades alimentario nutricionales de la población. Asimismo, tomando en cuenta que poco menos del treinta y cuatro por ciento de las áreas de salud del país (35 de 104 áreas de salud), cuentan con un profesional en Nutrición, es fundamental promocionar su inserción dentro del nivel primario de atención (Del Río, L, comunicación personal, 26 de setiembre de 2013). El papel del nutricionista es esencial en la mejora de la calidad de vida de la población, desde el Equipo de Apoyo, al gestionar y ejecutar estrategias que respaldan y orientan al Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS), desarrollando acciones de diagnóstico, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de los cinco escenarios¹ de la Atención Primaria de Salud (APS) y bajo los ejes de promoción, prevención, morbilidad, docencia, investigación y gestión (Zapata, Pedroso, Giacomini, Cassano, Mota, 2007).

¹ (Comprende el escenario comunitario, laboral, hogar, escolar y los centros de salud).

Considerando los factores antes expuestos, el presente Trabajo Final de Graduación corresponde a la modalidad de Práctica Dirigida, la cual se desarrolló basada en el perfil teórico de trabajo para el nutricionista a nivel de atención primaria, propuesto por la PhD. deBeausset. Este perfil considera al nutricionista como un referente técnico en el Área de Salud, brindando asesoramiento, capacitación, supervisión y apoyo a los EBASIS del área y participando activamente dentro de las acciones dirigidas a la población adscrita al Área de Salud.

Además, fue fundamental la investigación de las barreras y facilitadores que los profesionales en Nutrición podrían encontrar a la hora de su inserción dentro del Primer Nivel de Atención, pretendiendo crear un puente para construir soluciones y estrategias para la implementación de su perfil de trabajo a nivel de Áreas de Salud con características similares, así como orientar la formación universitaria del profesional en nutrición.

II. ANTECEDENTES

A. Atención Primaria en Salud

1. Concepto de Alma Ata

La Conferencia Internacional convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señala que la Atención Primaria de Salud la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La misma constituye parte de los elementos de la asistencia sanitaria y representa el primer contacto de los individuos con el sistema de salud. Está orientada a los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

La APS comprende cuando menos acciones dirigidas a la población, como: promover una nutrición adecuada, implementar un saneamiento básico y realizar educación sobre los principales problemas de salud, su tratamiento y prevención. Además, implica la colaboración de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario y exige y fomenta la participación, organización, funcionamiento y control del individuo y la comunidad, aprovechando todos los recursos disponibles (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Este concepto se ha modificado con los años, sin embargo, es esencial señalar que es más que una extensión de los servicios básicos de salud, pues abarca factores sociales, económicos y de desarrollo, el cual, de aplicarse apropiadamente, influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Veinticinco años después de la declaración Alma Ata y tras el estudio realizado por la OMS, los hallazgos indican que dentro de los países miembros existe en todos los niveles una adhesión genuina a los principios de la APS. Muchos consideran la APS como piedra angular de la política sanitaria y como marco para la prestación de atención de salud. Éstos se encuentran en procesos de adaptación y cambio del modelo, tomando en cuenta los factores sanitarios y sociales actuales (Organización Mundial de la Salud, 2008), lo que ha generado importantes cambios en la actualidad, acerca del tipo de enfermedades que se presentan en la población, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y en el entorno socioeconómico.

Un estudio realizado en once países, reflejó que, aquellos países con mayor orientación a la APS, presentan un mejor estado de salud de la población y sus costos son menores. El estudio se enfocó en la comparación de la información obtenida por medio de entrevistas realizadas a la población, aunado a la revisión de los datos proporcionados por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, la Organización Mundial de la Salud, el Banco de Datos de Estadísticas de Salud del Centro Nacional de Estados Unidos, y el Centro de Control de Enfermedades. Los países incluidos en el estudio fueron clasificados en función de una puntuación dada a su atención primaria. A partir de los resultados obtenidos a través de una serie de indicadores que incluyeron: el total de gastos de atención de salud per cápita, el nivel de satisfacción del servicio, los niveles de salud y los gastos per cápita de medicamentos, se determinó que, la orientación de la atención primaria de un sistema de salud está asociado con menores costos, menor uso de medicamentos y mejores niveles de salud (Starfield, 1994).

De esta forma, se demuestran los alcances que pueden llegar a generar la APS, aplicada de manera adecuada.

2. Evolución del Concepto a Nivel Nacional

Durante las décadas de los 30 y 40, las condiciones sanitarias, el estilo de vida restringido y la pobreza en que vivían muchas familias costarricenses, ocasionaban una serie de

enfermedades y estados de salud inadecuados (Vargas, 2006). Estos factores se potencializaban al existir escasos servicios de salud que previnieran y trataran dichas condiciones. Sin embargo, durante los siguientes treinta años, los servicios de salud en Costa Rica evolucionaron, extendiéndose a las zonas rurales concentradas.

Para inicios de los años setenta, una serie de decisiones políticas y administrativas caracterizaron la primera gran reforma de los servicios de salud. Además, se dio el impulso a la planificación en salud, el inicio de la regionalización, la articulación entre los distintos niveles de atención, la construcción de establecimientos de salud en las zonas más aisladas y desprotegidas y la coordinación entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En 1974 aparece el primer Plan Nacional de Salud 1974-1978 (Ministerio de Salud, 1973).

Durante la década de los noventa, las experiencias y elementos adquiridos a través de los Programas de APS, los cambios epidemiológicos de la morbimortalidad, los costos crecientes, las bajas coberturas, la inequidad e ineficiencia, entre otros factores (Vargas, 2006), impulsaron la creación de la Gran Reforma de Salud o Modelo Readecuado de Atención. Esta reforma, logró el cumplimiento de la mayor parte de sus postulados para 1995, dentro de los que se destaca la reestructuración de la atención de salud en el primer nivel (Ministerio de Salud, 1993). Previo a esta reforma, los programas de APS eran ejecutados primordialmente por el Ministerio de Salud, a partir de la misma se llevó a cabo una readecuación del modelo de atención, fungiendo la CCSS como principal gestor y ejecutor de la APS.

El esfuerzo fue estímulo para superar dificultades, generando diversas soluciones. Se consideró la APS y la Salud para Todos como una transformación del Sistema de Servicios, necesaria para hacer posible que todos tuvieran acceso a prestaciones integrales de salud, como una forma permanente de adaptar soluciones a las situaciones cambiantes de la sociedad. De esta forma, se han logrado cambios notables en el perfil demográfico, epidemiológico, la esperanza de vida y otras diversas formas de desarrollo de la salud y del bienestar (Villegas, 2006).

3. Objetivos y Alcances de la Atención Primaria de Salud

El objetivo de la APS se dirige a un enfoque social que satisfaga las necesidades del individuo y la comunidad tanto a nivel de salud como en el ámbito social y económico, considerando la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, garantizando el desarrollo de la población y por ende, del mismo sistema de salud.

Es esencial que la APS vele por satisfacer la demanda de los usuarios en el primer nivel de atención. Es por ello que debe de cumplir con una serie de factores como accesibilidad, aceptación por parte de la población, respuesta adecuada para cada grupo etario, aprovechamiento y disponibilidad de tecnologías, equipos y recursos apropiados, un personal apto, capacitado y motivado, así como objetivos claros sustentados en las metas pactadas en el compromiso de gestión (el cual es un instrumento administrativo y jurídico, firmado anualmente entre las Áreas de Salud y la dirección de compras de salud de la CCSS). Lo anterior, con el fin de garantizar la ejecución y cumplimiento de las metas y actividades a realizar, como parámetro de evaluación del Área. (Pritchard, 1978; Caja Costarricense del Seguro Social, 2004).

Los objetivos y acciones de la APS deben enfocarse y desarrollarse de acuerdo al Programa de Atención de Salud en Costa Rica, lo cual, define las bases para brindar una atención integral a la persona. Tal atención posee un mayor impacto en la población, por lo que existe una mejoría en los indicadores de salud (Vargas, 2006).

Cabe señalar que es necesario el compromiso de revisión permanente de los principios, objetivos y estrategias, adaptándolos a las necesidades regionales, las transiciones demográficas y los cambios epidemiológicos, ya que ellos determinan los nuevos desafíos y enfoques a través de tecnologías basadas en la evidencia y en la capacidad de acción de quienes conducen la salud (Villegas, 2006).

4. Escenarios

La APS abarca cinco escenarios de trabajo en todas las áreas de atención primaria del país: el hogar, los centros de salud, los centros educativos y de cuidado infantil (Centros de Educación y Nutrición– Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), guarderías y otros), los centros de trabajo y la comunidad.

El hogar es uno de los escenarios que permite al equipo de salud conocer las circunstancias y el ambiente en el que se desarrolla el individuo, ofreciendo una visión más clara y completa del usuario y su realidad. (Vargas, 2006). En este escenario se desarrollan actividades de seguimiento, investigación, vigilancia y control epidemiológico, entre otros (Ministerio de Salud, 1996).

El segundo escenario contempla la atención de salud a las personas en el primer nivel, ejecutado en los centros de salud denominados Sedes EBAIS (Vargas, 2006), los cuales representan el eje central y la presencia física para la atención de salud en las comunidades. En ellos se ubica el grupo de personal que constituye el equipo básico de atención integral en salud (EBAIS), los cuales ejecutan las diversas funciones programadas de consulta, enfocadas en la atención integral de las enfermedades (Ministerio de Salud, 1996)

Los centros educativos a nivel preescolar, de primaria y secundaria, representan uno de los escenarios más importantes en la APS, pues el grupo etario representa uno de los ejes de atención del sistema de salud. El trabajo en dicho escenario se enfoca en la evaluación integrada, la educación para la salud y la participación social, ejes en los que se fundamenta su atención integral (Ministerio de Salud, 1996).

Por otra parte, el escenario laboral ha sido uno de los menos desarrollados en la APS en Costa Rica. Por lo general, dicho escenario se limita a la entrega de medicamentos, exámenes de laboratorio y trámite de incapacidades. Sin embargo, debería comprender actividades de evaluación y promoción de la salud, entre otras (Ministerio de Salud, 1996).

Otro de los escenarios es el comunitario, cuyas principales actividades se enfocan en la promoción de la participación social y comunitaria de las diferentes organizaciones y actores sociales y el análisis de la situación de salud de la población. Además, contempla la visita a establecimientos públicos y privados, para el desarrollo de acciones a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como, la detección, captación, referencia y seguimiento de las personas en los diferentes grupos de riesgo (adulto mayor, menores de edad, mujeres embarazadas, entre otros) (Ministerio de Salud, 1996).

A nivel general, en cada uno de estos cinco escenarios se deben desarrollar actividades como la evaluación del medio físico y ambiental, la detección, atención básica y capacitación de morbilidad prevalente, la detección, seguimiento y referencia de grupos a riesgo, la promoción en salud, y el control epidemiológico, entre otras (Ministerio de Salud, 1996). Es fundamental recordar que la APS incluye a toda la población, por lo que es necesario consolidar la participación de todos (Villegas, 2006).

5. Actores y sus Funciones en la APS

De acuerdo a la reforma del sector salud de los años noventa, el modelo de APS en Costa Rica se enfoca en la organización y trabajo de dos equipos de salud: el Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y el Equipo de Apoyo (Vargas, 2006). Sin embargo, se deben considerar otros actores fundamentales, como lo es la comunidad y dentro de ella los grupos organizacionales y los mismos pobladores.

Dichos actores deben interrelacionarse y contribuir para alcanzar las metas comunes. Teóricamente, al concentrarse en los problemas y asumir en conjunto los retos que se presentan, es posible alcanzar con éxito los logros esperados para la población y el sistema de salud.

El EBAIS surge en Costa Rica a finales de la década de los ochenta y es consolidado en el Proyecto de Reforma del Sector Salud en 1993 (Vargas, 2006). Está conformado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria de salud

(ATAPS), un auxiliar de registros médicos de salud, un auxiliar técnico en farmacia y un conserje. El médico general es el encargado de coordinar y dirigir el equipo básico y en conjunto con los demás miembros del equipo, participa en la solución de los problemas de salud que manifiesten los usuarios del servicio. Además de atender las personas que llegan al servicio, deben participar de manera interdisciplinaria en la solución de necesidades presentes en los habitantes del área de atracción de su centro de salud, con el fin de alcanzar las metas propuestas para mejorar el estado de salud de la comunidad (Vargas, 2006).

Es por esto que cada miembro del equipo participa en actividades relacionadas con el proceso de planificación y ejecución correspondiente al equipo de salud. Actividades como la promoción de la participación social, la educación y promoción de la salud y la vigilancia, investigación y control epidemiológico son parte de las actividades que el EBAIS debe desarrollar, bajo una línea de trabajo en equipo que garantice el cumplimiento de los objetivos (Ministerio de Salud, 1996).

Por otra parte, el Equipo de Apoyo surge como una nueva estructura organizativa y funcional en el Proyecto de Reforma de 1993. Sus integrantes son los responsables de la dirección y conducción del programa de salud en cada Área de Salud, así como de la planificación, ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación del plan estratégico local de salud. La dirección de este equipo está a cargo de un médico con posgrado en salud pública, medicina familiar o administración de servicios de salud. Los otros integrantes del equipo son profesionales del área de salud y puede variar en su constitución de una Área a otra (Vargas, 2006). Debe de contar con una enfermera, un trabajador social, un nutricionista, un administrador, un odontólogo, un farmacéutico, un microbiólogo y un psicólogo; sin embargo, no todos los equipos de apoyo cuentan con cada uno de ellos. El equipo debe proveer el apoyo técnico a los EBAIS en su Área de Salud, además, deben participar en la educación y promoción de la salud, en los procesos de participación social, en la coordinación con otras instituciones y organizaciones de actividades del Plan Local de Salud y la atención individual/grupal (Ministerio de Salud, 1996).

La comunidad es otro de los actores importantes, considerando los principios de autorresponsabilidad y autodeterminación (enfocados en la participación y el desarrollo de la capacidad de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la APS, sacando provecho de los recursos locales y nacionales). Existen diversos mecanismos y campos en los que se puede llevar a cabo la participación social, sin embargo, las iniciativas e inserción de la comunidad serán proporcionales a la flexibilidad y visión del sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1984). Las funciones en las que se puede involucrar la comunidad abarcan el análisis de situación de salud, la programación local, la ejecución de actividades de promoción y prevención, así como el monitoreo y evaluación de la situación de salud (Vargas, 2006).

B. Promoción de la Salud

1. Concepto de Promoción de la Salud

Según Terris (1996), en 1945 Henry E. Sigerist hace referencia por primera vez al término promoción de la salud, en donde afirma que la misma se da al proporcionar condiciones de vida y trabajo apropiadas, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso, por medio de la participación y esfuerzo coordinado de los sectores políticos, laboral y empresarial, educadores y personal de salud.

Sin embargo, dicho concepto fue ampliado en 1986 en la carta de Ottawa, la cual deriva de La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En ella se señala que “la Promoción de Salud debe proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre ésta”. (Organización Mundial de la Salud, 1986, pp.20). Así como, procurar “alcanzar un estado de equilibrio y funcionamiento normal para lograr un conjunto de capacidades, condiciones de funcionamiento y oportunidades que le permiten al individuo desarrollarse en sociedad bajo sus expectativas y anhelos propios, no solo desde lo biológica, sino a nivel espiritual y social” (Vélez, 2007).

La carta de Ottawa define la promoción de la salud como “el proceso político y social global que abarca no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, permitiendo a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 20).

En la actualidad, de acuerdo a la Cuarta y Sexta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, se define la promoción de la salud como un elemento indispensable del desarrollo de la salud, al ser un proceso que capacita a la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. El mismo, a través de inversiones y de acciones, reduciendo la inequidad en salud, garantizando el respeto de los derechos humanos y acumulando capital social (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1997) (Organización Mundial de la Salud, 2005), dando una ampliación al término utilizado por primera vez durante la declaración de Ottawa.

2. Estrategias para la Promoción de la Salud

Desde 1986 a la actualidad los patrones sociales, demográficos y económicos han cambiado considerablemente, generando a su vez modificaciones en las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud en las diversas declaraciones para la promoción de la salud.

Inicialmente, la carta de Ottawa señala una serie de prerrequisitos y requisitos fundamentales para lograr la mejora de la salud. Estas condiciones y recursos esenciales son la paz, el cobijo, la educación, la alimentación, los ingresos económicos, los ecosistemas estables, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad (Organización Mundial de la Salud, 1986). Ellos fueron esenciales para el desarrollo de las estrategias que fueron propuestas, las que contemplan (Organización Mundial de la Salud, 1986):

- Abogar a través de factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de comportamiento y biológicos por la mejora del estado de salud.
- Lograr la equidad al reducir las diferencias del estado de salud de la población.
- Coordinar las acciones de todos los implicados, mediado por los diversos intereses dentro de la sociedad para la consecución de la salud.

Para 1997, la declaración de Yakarta, amplía estas estrategias, señalando la importancia de considerar la economía mundial, los mercados financieros, el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente como factores importantes en el cambio de los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1997).

La declaración de Yakarta retoma las estrategias fundadas en la Carta de Ottawa, considerando (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1997):

- La elaboración de políticas públicas de salud.
- La creación de entornos de apoyo a nivel laboral, social y ecológico.
- El fortalecimiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de habilidades personales.
- La reorientación de los servicios sanitarios, por medio del trabajo interdisciplinario entre el individuo, la comunidad y los profesionales en salud.

La declaración enfatiza dentro de sus estrategias:

- El abordaje integral de desarrollo de la salud.
- La inclusión de diversos escenarios.
- La sostenibilidad por medio de la participación activa.
- El acceso a la educación e información sobre la salud.

Además, insta al aumento de las inversiones en el desarrollo de la salud, a la consolidación y ampliación de alianzas y la consolidación de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 1997).

Para el 2005, la carta de Bangkok señala la necesidad de establecer normas reguladoras y leyes que garanticen la protección de la salud y bienestar de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Las estrategias mencionadas incorporan los mecanismos de autocuidado, partiendo de las decisiones y acciones que cada persona toma en beneficio de su propia salud; de ayuda mutua, bajo las acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras y de la creación de condiciones y entornos sanos (Epp, 1996).

Cabe señalar que la promoción de la salud es una poderosa herramienta de trabajo en la APS y se debe fortalecer con un programa que incluya los mecanismos señalados, así como la ejecución de las estrategias, pues cualquier mecanismo o estrategia por sí solo tiene un impacto reducido.

No obstante, aún existe una gran brecha entre el planteamiento teórico y la práctica, ya que en la actualidad los servicios de salud concentran la mayor parte de sus esfuerzos en el tratamiento de las enfermedades, siendo el costo de estas acciones muy elevado para el país, con pobres y poco efectivos resultados a largo plazo (Vargas, 2006). Por lo tanto, se puede entender que urge fortalecer y coordinar las políticas en materia de promoción de la salud, incentivar la coordinación a nivel interinstitucional e interdisciplinario y dejar a la visión biologista que por años ha prevalecido dentro del sistema de salud.

C. El perfil del nutricionista a nivel de Atención Primaria de Salud para la promoción de la Salud

Considerando lo señalado anteriormente, respecto a la promoción de la salud, el nutricionista del primer nivel debe tener capacidades, conocimientos, habilidades y bases

científicas que le permitan identificar los problemas y necesidades de la población. Su labor se enfoca en el componente alimentario-nutricional, planteando soluciones a los problemas identificados y actuando con responsabilidad social en todas las áreas en las que la alimentación y la nutrición sean necesarias para la promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

A continuación se presentan los modelos de trabajo teóricos sobre el perfil del nutricionista en Atención Primaria de Salud.

1. Perfil del Nutricionista de acuerdo a la distribución teórica de trabajo

De acuerdo a la base teórica planteada por deBeausset, en un trabajo realizado con el Departamento de Nutrición de la CCSS y los nutricionistas de Áreas de Salud, el profesional en nutrición, al formar parte del Equipo de Apoyo, debe desarrollar funciones de gestión, capacitación, supervisión y apoyo de los EBASIS y a través de ellos, en los cinco escenarios de acción planteados en la APS, siempre bajo el principio de trabajo en equipo por el que los equipos de apoyo deben regirse (deBeausset, 2002).

El trabajo en equipo del Equipo de Apoyo se enfoca en un propósito común que une y guía a los miembros del equipo y sus acciones. Cada miembro tiene un claro entendimiento de sus propias funciones, aprecia y estima la contribución de los otros miembros y reconoce los intereses y objetivos comunes. Además, el equipo trabaja compartiendo conocimientos, destrezas y recursos y todos los miembros comparten responsabilidades y méritos por los resultados (Pritchard, 1978).

Su efectividad está relacionada con su capacidad para llevar a cabo el trabajo, con la potenciación de sus habilidades y en el manejo de sí mismos como un grupo independiente. El equipo debe definir en conjunto los problemas, crear los planes, decidir las tareas de cada uno,

encontrarse nuevamente para discutir los resultados y elaborar un nuevo plan. Dichos factores son esenciales, así como la comunicación clara entre sus miembros (Pritchard, 1978).

Es por tanto que el perfil teórico se enfoca en el trabajo en conjunto del Equipo de Apoyo, colaborando desde el enfoque nutricional y brindando las herramientas necesarias para ayudar a los EBAIS a promover la salud y prevenir las enfermedades, de acuerdo a las prioridades detectadas dentro del área.

La función del nutricionista dentro del Equipo de Apoyo es esencial, ya que debe brindar asesoramiento, capacitación, supervisión y apoyo a los EBAIS del área, participar en el planeamiento del Compromiso de Gestión, en la coordinación con otras instituciones y sectores, además participar activamente dentro de la sociedad (deBeausset, 2002). Dichos aportes deben ser realizados en 5 escenarios; atención clínica, comunitario, laboral, hogar y escolar.

A nivel de atención clínica el personal debe ser capacitado en actividades como vigilancia del estado nutricional, recomendaciones alimentarias por grupo etario, así como la atención a nivel nutricional de grupos específicos y las acciones realizadas por los EBAIS en campos como salud del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto y del adulto mayor, deben ser supervisadas (deBeausset, 2002).

A nivel comunitario y laboral la colaboración debe dirigirse al apoyo y supervisión de actividades como ferias de salud, grupos de ejercicio y recreación, educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, coordinación con la comunidad y otras organizaciones, entre otras (deBeausset, 2002).

En cuanto al escenario en el hogar, se enfatiza la capacitación y supervisión de los ATAPS en la estimulación precoz del niño, la preparación de la embarazada para la lactancia materna, la detección de riesgos nutricionales y las referencias al EBAIS de problemas detectados en estas áreas.

Finalmente, a nivel escolar el nutricionista debe encargarse de la capacitación de docentes, la coordinación con las escuelas y EBAIS, de actividades referentes a antropometría, capacitación a docentes para enseñar la alimentación saludable a sus alumnos, coordinación con los supervisores del MEP del monitoreo de los comedores y sodas escolares y apoyo al comité de nutrición y hogares comunitarios (deBeausset, 2002).

Es por tanto fundamental resaltar que este planteamiento dirige las funciones del nutricionista a brindar las herramientas y medios que sean factibles, efectivos y replicables por el personal para promover la salud y prevenir las enfermedades relacionadas con el componente alimentario nutricional en los cinco escenarios de la APS.

Dentro del perfil también el nutricionista en APS debe participar en la gerencia de investigaciones y proyectos enfocados en los problemas encontrados en el área, con el fin de garantizar la calidad de vida y el bienestar de la población (deBeausset, 2002).

Finalmente, deBeausset señala que el grupo de trabajo propuso como posible distribución del tiempo en horas y porcentaje del horario semanal para las actividades descritas anteriormente el esquema mostrado a continuación (deBeausset, I, comunicación personal, 1º de febrero de 2012):

Capacitar al personal de Salud	}	30%
Supervisar en los EBAIS las actividades relacionadas con nutrición (1,5 día)		
Promover actividades de prevención y promoción de la salud		30% (1,5 día)
Administración		10% (1/2 día)
Atención a pacientes de mayor complejidad		20% (1 día)
Investigación–acción		10% (1/2 día)

Cabe señalar que, si bien es cierto en la actualidad la Dirección Central de Nutrición de la CCSS no posee documentada un distribución porcentual detallada del tiempo y las actividades

que deben ser desempeñadas por el nutricionista en APS, se consigna un 70% del tiempo laboral a las actividades de promoción de la salud y un 30% a las actividades de prevención de la enfermedad. Donde, en ambos ejes, se deben cumplir las actividades de coordinación, educación nutricional, atención nutricional, capacitación y vigilancia. (Del Río, L, comunicación personal, 26 de setiembre de 2013).

Sin embargo, la región Brunca ha propuesto una distribución porcentual del tiempo destinado para cada actividad de acuerdo al eje de Promoción y Prevención. El mismo se divide de la siguiente manera (Del Río, L, comunicación personal, 26 de setiembre de 2013):

Promoción de la salud (70%)

- Educación 50%
- Coordinaciones 20%
- Capacitación 10%

Prevención de la enfermedad (30%):

- Consulta individual 20%
- Consulta grupal 20%
- Educación 20%
- Coordinación 15%
- Vigilancia 15%
- Capacitación 10%

Al analizar la distribución que se propone, si se considera que, de 40 horas semanales un 30% (12 horas) deben ser utilizadas para la prevención de enfermedades y que el 20% de ellas (poco menos de 2 horas y media) se destinan, por ejemplo a la consulta grupal, significaría que se cuenta con el tiempo suficiente para desarrollar una sola sesión semanal de consulta grupal, sin considerar la preparación de la misma. Ahora, al calcular las horas destinadas a la coordinación de acciones (15% que equivale a 1.8 horas por semana) en coordinación se observa que no hay congruencia en la distribución propuesta, dado que esta función posee gran importancia en el trabajo del nutricionista a nivel de APS. En general, en esta propuesta se nota una gran carga laboral para nutricionista, la cual no es distribuida de manera adecuada para cumplir con lo que se estipula.

Para efectos de la presente práctica, el trabajo fue basado en la propuesta realizada por deBeausset para el trabajo del nutricionista dentro de la atención primaria en salud.

2. Perfil del nutricionista de acuerdo a la distribución de trabajo de la CCSS

En la actualidad es poca la información teórica existente acerca del trabajo que debe realizar el nutricionista en APS a nivel nacional. Además, el perfil de funciones del profesional en nutrición no ha sido transformado en una normativa a nivel de la CCSS. Por tanto, el desarrollo de las funciones y las experiencias adquiridas por los nutricionistas a nivel de APS, varían unas de otras, dando un indicio de las acciones que en la actualidad son desarrolladas dentro de las Áreas de Salud.

El nutricionista debe propiciar herramientas y espacios de integración en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que permitan aumentar la capacidad decisiva para mejorar la salud a través de un equipo multidisciplinario, bajo los principios básicos de solidaridad, equidad, universalidad e igualdad (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

A su vez, debe trabajar en actividades de apoyo a los EBAIS en materia de nutrición, por medio de la asesoría, apoyo técnico y logístico, capacitación del personal y la supervisión de las actividades, estableciendo alianzas estratégicas y abogando en aquellas instituciones con las que se trabaje en conjunto, garantizando la ejecución de proyectos que mejoren la calidad de vida de su población. Considerando además, su papel como referente técnico en el campo de la nutrición dentro del Área de Salud (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

Al ser parte del Equipo de Apoyo, participa en la planificación de las actividades del Área, en la construcción del Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) y en el establecimiento de lo que puede ser negociado para el Compromiso de Gestión u otra política que rija en el momento, por lo que debe contribuir en la mejora de la calidad del servicio brindado y en el alcance las metas propuestas del Área (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

En general, debe responder a las prioridades planteadas por el Equipo de Apoyo, desde su profesión.

Por último, debe gerenciar el componente alimentario nutricional, el cual incluye todos los aspectos administrativos, coordinaciones, informes y otros asuntos propios de su gestión. Así como del desarrollo de investigaciones y proyectos especiales de acuerdo a las necesidades de la población (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

Considerando lo anterior, la labor inherente del nutricionista en el primer nivel de atención se concentra en dos componentes básicos: la prevención de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos alimentarios para prevenir la aparición y complicación de las diversas patologías) y promoción de la salud (a través del apoyo al EBAIS en sus esfuerzos por promover los estilos de vida y alimentación saludable) (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

Sus acciones deben distribuirse de acuerdo a los seis ejes descritos a continuación (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

- *Prevención:* contempla actividades enfocadas en la atención y educación nutricional que se brindan a grupos de riesgo específico o con patologías específicas sin complicaciones. Asimismo, abarca las capacitaciones que se le brindan al personal de otras instituciones que tiene a cargo grupos de riesgo como CEN, CEN-CINAI, hogares comunitarios u hogares de anciano.
- *Promoción:* abarca actividades de vigilancia y educación nutricional dentro de la comunidad e incorpora actividades de capacitación a maestros, personal de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunales.
- *Docencia:* abarca aquellas actividades de enseñanza – aprendizaje del recurso humano del Área de Salud.

- *Morbilidad*: contempla las consultas individuales, grupales o de visita domiciliar, referidos al servicio de nutrición por medio de interconsultas.
- *Gestión*: esta función es referente a todas aquellas actividades que se deben desempeñar para gerenciar el servicio de nutrición del área y las obligaciones como parte del Equipo de Apoyo. Asimismo se considera la coordinación y monitoreo en el Equipo de Apoyo, el Consejo de Área, comisión de compras, entre otras.
- *Investigación*: se contempla la elaboración de investigaciones o proyectos en prevención y promoción o investigaciones propias del área.

Sin embargo, es necesario resaltar que a nivel práctico el perfil teórico se ve dificultado, ya que por lo general, los miembros del Equipo de Apoyo trabajan de manera aislada en cada uno de sus campos, aduciendo una alta carga laboral y subestimando la necesidad del desarrollo y trabajo grupal, lo que aísla el trabajo de cada miembro del Equipo de Apoyo. Esto genera que el trabajo del profesional en nutrición algunas veces se desarrolle de manera separada de los otros profesionales e inclusive de la priorización realizada por el Equipo de Apoyo (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

D. Antecedentes del trabajo del Nutricionista dentro de la Atención Primaria de Salud

A nivel mundial existe referencia de programas de atención primaria enfocados en la prevención y la postergación de la aparición de enfermedades y de factores de riesgo. Dichos programas han obtenido resultados de reducciones de hasta un 58% de la incidencia de comorbilidades por medio del estímulo a adoptar una dieta saludable y prácticas de actividad física (Zapata et al, 2007).

No obstante, son pocos los estudios enfocados desde la perspectiva del profesional en nutrición, ya que la mayoría se toma como referencia la experiencia de los médicos de atención primaria al brindar recomendaciones a nivel alimentario nutricional.

La literatura refiere dentro de las experiencias del nutricionista, un estudio descriptivo realizado en 12 unidades de Salud de la Familia en Piracicaba, Brasil, donde estudiantes de Nutrición de la Universidad Metodista de Piracicaba (UNIMEP) efectuaron prácticas de Nutrición Pública. El estudio evidenció que al reorientarse las prácticas de salud, relacionando acciones de promoción y prevención con la atención individual realizada en los pacientes, y en la creación de los vínculos de compromiso y co-responsabilidad entre los servicios y la comunidad, es posible evitar internamientos innecesarios y mejorar la calidad de vida de la población (Zapata et al, 2007). Por lo que se demuestra que la inserción del nutricionista en la APS es un hecho positivo, que permite dar la atención nutricional que la población requiere y por ende mejorar su calidad de vida.

Kushner (1995), señala que, durante la aplicación de un cuestionario a mil treinta médicos de la Asociación Médica Americana, para la determinación de las barreras existentes en la aplicación de la educación nutricional a pacientes, se evidenció la falta de tiempo, asesoramiento, formación y de confianza del personal médico en la educación al paciente, como parte de las barreras que provocan una educación nutricional inadecuada dentro de la APS. Además, se demostró la disparidad existente entre la importancia que atribuyen los médicos a la dieta y la nutrición en el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades, y la educación nutricional que brindaban realmente a los pacientes. Aún cuando tres cuartos de los participantes señalaron la importancia y responsabilidad que consideran de brindar educación nutricional, dos tercios de los médicos manifestaron destinar un máximo de 5 minutos a la educación nutricional en menos del 40% de sus pacientes. Estas barreras provocan grandes dificultades para desarrollar la labor del componente alimentario nutricional, así como evidencia la necesidad de brindar un enfoque multifacético para cambiar el comportamiento y visión del personal de salud respecto a la nutrición a nivel de APS. La experiencia, como se demuestra más adelante, no es distinta en Costa Rica.

También se han evidenciado obstáculos como la falta de formación y capacitación en nutrición para el personal de salud, la falta de tiempo para abordar los problemas de nutrición y la percepción de que los pacientes carecen de motivación para el cambio de estilo de vida y/o

los hábitos alimentarios saludables (Hiddink, Hautvast, van Woerkum, Fieren, Van't Hof, 1995).

Los obstáculos anteriormente mencionados también fueron encontrados en la investigación realizada para la determinación del conocimiento de actitudes y manejo de la Hipertensión Arterial y Diabetes Tipo 2 por parte del personal de salud y usuarios de los EBAIS de Desamparados 1 y Goicochea 2 en San José. Se concluyó que parte de los obstáculos señalados por el personal de salud para la adecuada intervención de ambas poblaciones contemplaron: el tiempo insuficiente para efectuar una consulta médica integral de calidad, los pocos espacios y presupuesto para la capacitación del personal a nivel institucional en el tema de nutrición y algunas características limitantes del paciente como lo son el analfabetismo, los problemas de visión y las dificultades económicas. Asimismo, se señaló que la formación de personal en cuanto a educación nutricional es superficial, aunado a la limitante de no contar con un profesional en Nutrición dentro del Área de Salud que brinde el apoyo a los EBAIS (Abarca, Artavia, Barahona, Umaña, 2012).

A nivel nacional es poca la información que se ha recaudado acerca del trabajo y experiencias en la inserción del profesional en nutrición en la APS. Además, actualmente no existen documentos oficiales que designen el perfil de funciones que el profesional en Nutrición debe realizar a nivel de APS. Sin embargo, la experiencia adquirida a través de los años por los nutricionistas que laboran en Áreas de Salud, así como sus acciones planteadas para la APS y la promoción de la salud, han permitido registrar los perfiles de trabajo expuestos en el presente documento, los cuales serán el punto de referencia para la realización de la práctica.

En Costa Rica, de acuerdo a la experiencia adquirida por la licenciada en nutrición Kattia Solano², al no existir un sistema de vigilancia del estado nutricional y a la falta de sistematización de los procesos de compilación y análisis de datos y seguimiento de las

² (Nutricionista en el Área de Salud de Curridabat del Programa PAIS de la UCR)

experiencias, se carece de información de los resultados y experiencias obtenidas por el Área de Nutrición a nivel primario. Ello se debe, posiblemente, debido al número de obligaciones posee el nutricionista en el Área de Salud, pero sobretodo, a la falta de acciones interdisciplinarias en las áreas de salud (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

Solano señala que es fundamental el trabajo interdisciplinario y la creación de alianzas estratégicas con los EBAIS y demás instituciones dentro de la comunidad, para garantizar el éxito de las intervenciones en cada uno de los escenarios. Asimismo, manifiesta que el trabajo debe enfocarse en las necesidades de cada sector de salud, con el fin de brindar las herramientas para solventar los problemas que se encuentren en la población (Solano, K, comunicación personal, 19 de enero de 2012).

Según Solano, una de las funciones más importantes en el quehacer diario, es la capacitación y apoyo al personal de salud del Área, considerando no solo la prevención de la enfermedad, sino la promoción de la salud, ya que el personal posee el contacto directo con la comunidad, permitiendo solventar sus necesidades de manera adecuada.

A nivel general, el trabajo realizado por el nutricionista en el primer nivel de atención debe ser en conjunto con los otros miembros del Equipo de Apoyo, el EBAIS y las comunidades y sus líderes, con el fin de garantizar el cumplimiento de objetivos y metas y por ende, el mejoramiento de la calidad de vida y estado de salud de la población a cargo del Área de Salud.

E. Antecedentes del Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

1. Reseña Histórica

La apertura del Seguro Social en Los Santos, en setiembre de 1964, se da gracias a la iniciativa y esfuerzo de grupos comunales y del Consejo Municipal del Cantón de Tarrazú, debido al proceso de crecimiento y el desarrollo de dicho cantón (Área de Salud Desconcentrada Los Santos 2012).

A esta unidad de prestación de servicios se le denominó en ese momento “Dispensario Médico”. Su jornada laboral era de 8 horas diarias de lunes a sábado, con una atención médica únicamente de 4 horas diarias a personas aseguradas provenientes de los cantones de Tarrazú, Dota y León Cortés. Aquellos que no contaban con el seguro eran atendidos en la “Unidad Sanitaria” dependencia del Ministerio de Salud (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

En el año 1965, se inició la atención en Santa María de Dota y posteriormente en San Pablo de León Cortés. Tres años después se construyó el nuevo Dispensario, hoy Clínica Dr. Gumersindo Velázquez Santana, en el terreno donado por la Municipalidad de Tarrazú (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Posteriormente, la modalidad de “Dispensario” de la CCSS pasa a ser Clínica de la Zona de los Santos. “A partir del 1996 se inicia la modalidad de EBAIS en las comunidades de San Marcos, San Carlos, San Lorenzo, San Pablo y Santa María. A partir del 4 de Febrero de 1997 se constituye el Área de Salud los Santos estando como Director Médico, el Dr. Alejandro Ramírez Aguirre. A partir de Enero del 2002, el Área se eleva al rango de Área de Salud Desconcentrada Los Santos, con la Dirección del Doctor Iván Brenes Matarrita, quien en la actualidad continua siendo jefe del Área de Salud” (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012, pp.4).

2. Distribución Geográfica del Área de Salud

El Área de Salud Desconcentrada Los Santos está ubicada a 74 kilómetros al Sur de la provincia de San José, la cual es integrada por los cantones Tarrazú, Dota y León Cortés. Posee características geográficas muy particulares y Puestos de Atención muy distantes de la Sede (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Actualmente, está integrada por nueve EB AIS, los cuales cubren los dieciséis puestos de salud que posee el Área, cada uno de ellos ubicado en las diversas comunidades del Área, además un EB AIS móvil, creado para la atención de migrantes durante la época de recolección de café (de octubre a marzo). Asimismo, posee el Centro de Atención Integral de Salud (CAIS), el cual está enfocado en la atención curativa en el primer nivel de atención, ubicado en San Marcos de Tarrazú, el cual brinda el Servicio de Emergencia las 24 horas del día (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012). Asimismo, cuenta con el Equipo de Apoyo, conformado por referentes técnicos de cada uno de los departamentos del Área de Salud (el cuadro 5 en la página 44 muestra la conformación del Equipo de Apoyo).

3. Priorización de problemas y necesidades de acuerdo a la información encontrada en el Área de Salud.

Respecto a la priorización de problemas y necesidades del Área, el ASIS muestra los resultados obtenidos a partir del trabajo de identificación de problemas con cada una de las comunidades, donde se señalan como problemas sociales prioritarios: el alcoholismo y drogadicción, el aumento de la delincuencia, la contaminación ambiental y el deterioro acelerado de los problemas de salud, principalmente a nivel de enfermedades crónicas no transmisibles (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

A nivel de biológico, de acuerdo al Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Área de Salud Desconcentrada Los Santos 2011-2012, durante el año 2011 las principales causas de consulta de morbilidad fueron la hipertensión arterial primaria, la diabetes mellitus II y las dislipidemias (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012). Las cuales representan importantes factores de riesgo cardiovascular y son patologías inherentes al estado nutricional de la población.

Finalmente, otras necesidades que se señalaron, fueron la poca información a nivel nutricional, la falta de información sobre la salud sexual y reproductiva, así como la falta de

rellenos sanitarios y cultura de reciclaje y la carencia de espacios recreativos (Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

F. Identificación de Barreras y Facilitadores

Conocer los distintos tipos de barreras y facilitadores que enfrenta el profesional en nutrición para su trabajo y los instrumentos para su análisis, puede potenciar el trabajo del nutricionista permitiendo identificar aspectos relevantes y orientando a la selección de las intervenciones y estrategias más adecuadas en los procesos de implementación. De esta manera es posible determinar las recomendaciones pertinentes que permitan a futuro un mayor éxito en la implementación y desarrollo de la labor (Orrego, Pérez, Alcorta, 2009).

1. Definición de barreras y facilitadores

“Las barreras y facilitadores son factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación de cambios y estrategias dentro la práctica del profesional en salud” (Shaw et al. 2009, p.3). En el caso del presente informe, se refiere a las barreras y facilitadores para el desempeño de un nutricionista dentro de un Equipo de Apoyo a nivel de Área de Salud.

2. Clasificación de barreras y facilitadores

Partiendo de lo expuesto por Grol et al, (2005) y Ortego et al (2009), las barreras y facilitadores pueden categorizarse de acuerdo a su fuente de procedencia, ya sea, el profesional de salud, el contexto social o el contexto organizativo.

A nivel del profesional en salud los factores en los que se pueden manifestar barreras o facilitadores son: la competencia entre el personal, la motivación de los involucrados, las características personales, actitudes, percepciones y opiniones de los mismos ante el componente alimentario nutricional como parte de la salud.

A nivel del contexto social se debe considerar como una potencial barrera o facilitador, la influencia que puede generar en un individuo la opinión de familiares, conocidos o profesionales en salud, dada la facilidad de persuasión de las personas a través de las creencias y el consenso popular (Grol, Wensing, Eccles, 2005).

Y por último, a nivel del contexto organizativo, es necesario tomar en cuenta factores como la organización y estructura presente en la institución, las medidas económicas al alcance, y la disponibilidad de recursos de la organización y los actores, los cuales pueden representar barreras o facilitadores (Orrego et al, 2009).

La distribución exhaustiva de algunas barreras y facilitadores descritos para la implementación de estrategias y manuales a nivel de atención primaria, bajo la clasificación antes descrita, se presentan a continuación.

**CUADRO 1. POTENCIALES BARRERAS Y FACILITADORES IDENTIFICADOS
DENTRO DE LA LITERATURA**

CLASIFICACIÓN	BARRERAS	FACILITADORES
Profesional de la salud (competencia, actitudes, opiniones, motivación para el cambio y características individuales)	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de acuerdo con las recomendaciones (diferencia en la interpretación). -Falta de formación, entrenamiento o habilidades para seguir las recomendaciones clínicas. -Preferencias personales y experiencias individuales percibidas como más efectivas que las recomendaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de profesionales innovadores y con mayor predisposición al cambio.
Contexto Social (pacientes y colegas)	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. -Demanda de los pacientes a un determinado tratamiento o prueba. 	<ul style="list-style-type: none"> -Colaboración con otros centros para crear redes de aprendizaje.
Factores relacionados con el sistema (organización estructura, medidas económicas)	<ul style="list-style-type: none"> -Procesos poco estandarizados que dificultan la implementación de recomendaciones. -Falta de tiempo y sobrecarga de trabajo. -Poder y autoridades establecidas dentro de las organizaciones que dificultan el proceso de cambio. -Falta de trabajo en equipo -Rotación de profesionales y personal sustituto que dificultan el mantenimiento de la intervención en el tiempo. -Recursos mal distribuidos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Objetivos de mejora claros y adaptados a nivel local. -Capacidad de medir el funcionamiento del proceso, procedimiento o servicio. -Trabajo multidisciplinario en la adopción de recomendaciones. -Líderes que prioricen la efectividad del trabajo dentro de la organización. -Buena comunicación con los equipos, consenso de las recomendaciones a implementar.

FUENTE: Orrego, C. Pérez, I. Alcorta, I. (2009) Identificación de Barreras y Facilitadores. En: Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad y Política Social. España.

Ésta categorización resultó muy útil durante el proceso de registro, categorización y análisis de barreras y facilitadores para la inserción del profesional en nutrición a nivel de APS, en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

3. Técnicas para la identificación de barreras y facilitadores

La literatura muestra numerosas técnicas que pueden ser utilizadas para detectar las barreras y los facilitadores. Se señala que por lo general, será necesario emplear más de una técnica (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

Para la presente práctica se tomaron en consideración las técnicas expuestas a continuación.

- Entrevista: Cara a cara o telefónica, individualmente y realizada por un entrevistador. Pueden ser estructuradas (preguntas cerradas) o semiestructuradas (preguntas abiertas) (Orrego et al, 2009).

- Observación participativa directa: se observa atentamente la situación, obteniendo datos para su posterior análisis (Freeman y Loewe, 2000).

- Informantes clave: son individuos con conocimientos del entorno y con una percepción especial sobre el tema específico de estudio. Los datos, habitualmente, se obtienen a través de una conversación no estructurada (Wan, Harris, Zwar, Vagholkar, 2008).

La elección del método está condicionada por las circunstancias locales en relación al número de profesionales, el tiempo y los recursos disponibles, y la naturaleza de las barreras y facilitadores que se desean conocer (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Es por esto que durante la práctica se utilizaron los métodos cualitativos mencionados anteriormente, ya que para dicha lectura fue necesaria la vivencia simultánea de la práctica, en donde la experiencia a través de la observación revela esas posibles barreras y facilitadores que el nutricionista puede encontrar en su diario quehacer, y que solo el practicante en conjunto con personas claves pudieron censar al desarrollarse la práctica.

III. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la labor del nutricionista, basado en el perfil de trabajo a nivel de atención primaria en salud para la Promoción de la Salud en el Área de Salud Los Santos, durante los meses de mayo a noviembre del año 2012.

B. Objetivos Específicos

- Analizar las principales necesidades en nutrición del Área de Salud Los Santos, de acuerdo a los problemas de salud primordiales.
- Establecer una propuesta de trabajo de acuerdo a la priorización de problemas de salud relacionados con el estado nutricional y las necesidades a nivel alimentario – nutricional presentes en el Área de Salud Los Santos.
- Implementar el trabajo del nutricionista desde promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con el estado nutricional de acuerdo a las prioridades de los principales problemas de salud detectados en el Área de Salud Los Santos.
- Proponer estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con el estado nutricional, pertinentes para cada uno de los escenarios de atención.
- Determinar las barreras y facilitadores presentes en cada uno de los escenarios de atención del nutricionista, que influyan en el desarrollo de sus funciones a nivel de atención primaria en salud.

IV. MARCO METODOLÓGICO

Para la realización de la Práctica Dirigida en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, fue necesario la solicitud de la autorización del Área de Salud y del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) (anexo A).

Posterior a la autorización para el desarrollo la práctica, se designó al médico de familia, Dra. Jiménez Abarca, como técnico asesor del Área de Salud, debido a la inherencia de sus labores con las realizadas por el nutricionista a nivel de APS. La misma, estuvo a cargo de la supervisión del estudiante durante la ejecución de la práctica dirigida.

La práctica fue ejecutada en un periodo de seis meses, el cual se dividió en cuatro etapas: Diagnóstico y Análisis, Planteamiento de la Propuesta de Trabajo, Ejecución de la Propuesta y Evaluación de la Propuesta. En cada una de estas se pretendió realizar las labores del nutricionista dentro de la APS dentro de los cinco escenarios de atención, proponiendo y desarrollando estrategias y actividades que fueran factibles y se adecuaron para su posterior aplicación por el personal de salud. La labor ejecutada se enfocó en los hallazgos encontrados en la priorización de problemas relacionados con el componente alimentario nutricional del área de salud.

Se consideraron cinco de los ejes de trabajo del nutricionista de acuerdo al planteamiento de trabajo que existe actualmente en la CCSS, como lo son: la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la gestión dentro del Área, la investigación y la docencia (capacitación). No se pretendió contemplar dentro de la práctica, la consulta individual y grupal dado que no sería posible brindar seguimiento a los pacientes por el corto tiempo de la práctica y para no generar expectativas en los pacientes, así como no contar con un profesional en nutrición para la supervisión de las acciones.

Los ejes fueron desarrollados, en lo posible, apegados a la base teórica planteada por deBeausset para trabajo del nutricionista como miembro del equipo de apoyo en atención

primaria. Sin embargo, no fue posible ejecutar el perfil de manera exacta, dado la limitante que representa el corto tiempo destinado a la práctica, pues no permite establecer todos los vínculos necesarios dentro del Área de Salud para desarrollar completamente el perfil como ha sido previamente conceptualizado. Este perfil considera los cinco escenarios de acción de la APS, bajo las funciones de gestión, capacitación, supervisión y apoyo a los EBAlS, desde el Equipo de Apoyo (deBeausset, 2002). Asimismo, la inserción dentro del Área de Salud fue en calidad de estudiante, factor que limitó a nivel organizativo, el medio de ejecución de algunas funciones.

Se llevó a cabo la investigación solicitada dentro de la modalidad de práctica dirigida. Ésta correspondió a la determinación de posibles barreras y facilitadores que el profesional en nutrición a nivel de APS puede encontrar al insertarse dentro de un Área de Salud como parte del equipo de apoyo, pretendiendo brindar el conocimiento que permita prever y determinar soluciones y estrategias para la implementación del trabajo del nutricionista en APS.

El siguiente diagrama muestra las etapas desarrolladas en la práctica.

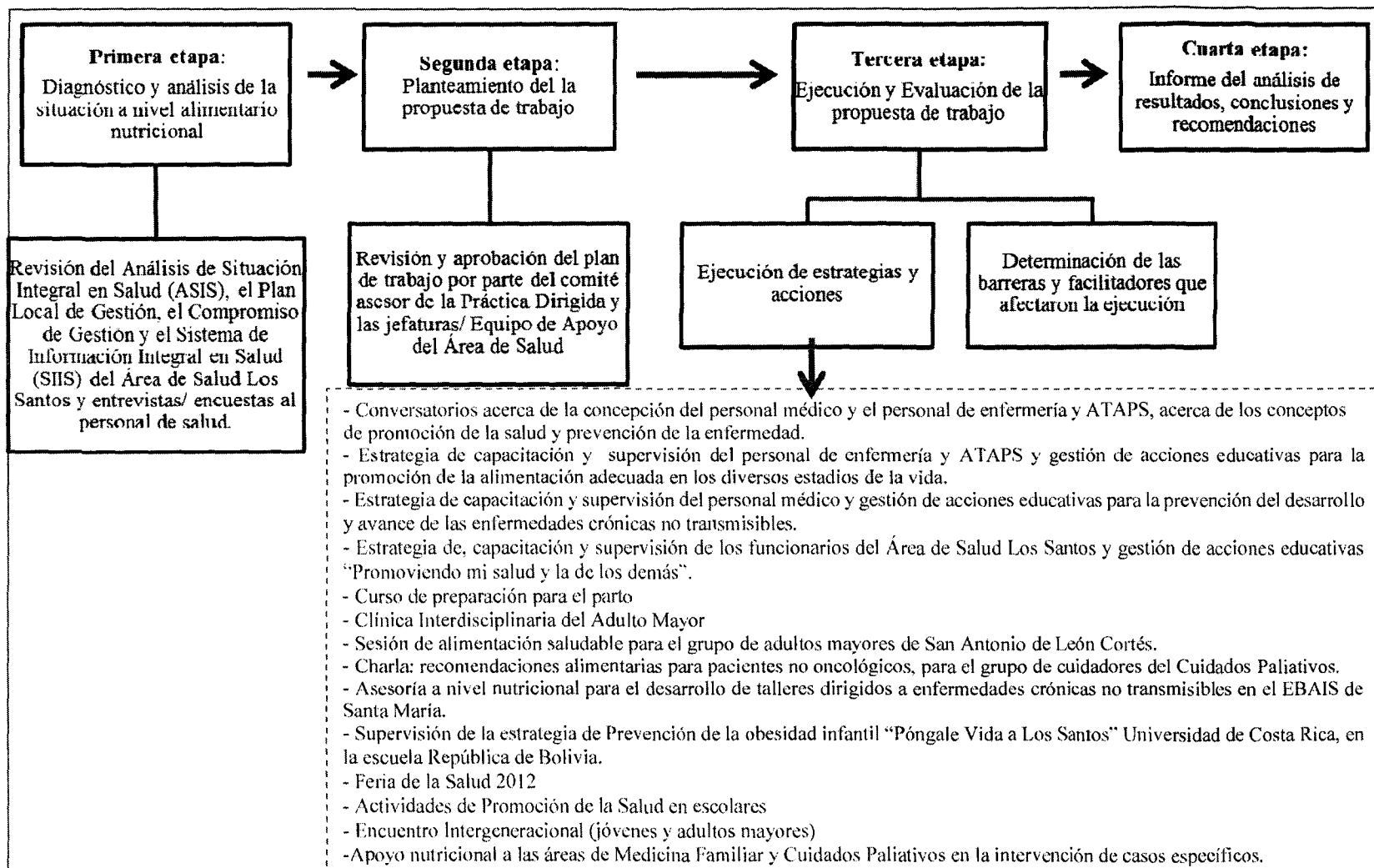


Figura 1. Diagrama de las etapas de desarrollo de la Práctica Dirigida

A continuación se describen a detalle cada una de las etapas de la práctica.

A. Primera Etapa: Diagnóstico y Análisis

Durante el primer mes de la práctica se llevó a cabo el diagnóstico de la situación a nivel alimentario nutricional dentro del Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

Para dicho diagnóstico fue necesaria la revisión del Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS), el Plan Local de Gestión, el Compromiso de Gestión y el Sistema de Información Integral en Salud (SIIS) del Área de Salud Los Santos. Estos documentos fueron facilitados por el coordinador del Equipo de Apoyo durante las reuniones coordinadas con la misma, y personal de Registros de Estadísticas en Salud (REDES). Además, el trabajo se apegó en lo posible a las expectativas y requerimientos expresados por el Área de Salud y su personal.

Cabe señalar que, tanto dentro del Compromiso de Gestión como en el Plan Local de Gestión se señalan otra serie de indicadores y acciones que deben ser cumplidas por el Área de Salud a nivel de salud como: el control de esquema de vacunación, el control de citologías en mujeres, entre otros y a nivel administrativo como la certificación de riesgo de emergencias, desastres y seguridad, la ejecución presupuestaria, etc. (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2011). Sin embargo, no son consideradas en el presente informe, ya que no tienen relevancia directa en el Componente Alimentario Nutricional.

Para dicho diagnóstico y su análisis se contemplaron las variables presentadas a continuación.

CUADRO 2. VARIABLES A CONTEMPLAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS A NIVEL ALIMENTARIO NUTRICIONAL EN EL ÁREA DE SALUD LOS SANTOS

FUENTE	VARIABLES A CONTEMPLAR PARA EL DIAGNÓSTICO
ASIS	Número de habitantes Extensión territorial y densidad de población Causas de mortalidad Causas de morbilidad Número de consultas Principales diagnóstico en emergencias Instituciones de salud, educativas y Organizaciones comunales
PLAN ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS (PASP)	Priorización de problemas del Área de Salud Plan de intervención
COMPROMISO DE GESTIÓN	Objetivos y Metas estratégicas basadas en el PASP Sistema de Acuerdo Interno con EBAIS
ESTADÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA DEL ÁREA DE SALUD LOS SANTOS	Causas de morbilidad por EBAIS Número de consultas por EBAIS
ENTREVISTA PERSONAL AL MÉDICO, AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ATAPS DE LOS EBAIS	Número de habitantes Extensión territorial y densidad de población Principales problemas de salud Necesidades/ Deficiencias a nivel alimentario nutricional presentes en el EBAIS Grupos a riesgo Metodología de trabajo del equipo Relación entre los EBAIS/ Equipo de Apoyo Conocimiento/Coordinación de Organizaciones Comunales Visita/ seguimientos instituciones educativas/ laborales
ENTREVISTA PERSONAL AL EQUIPO DE APOYO DEL ÁREA DE SALUD	Metodología de trabajo del equipo y relación con EBAIS Trabajo con grupos a riesgo Coordinación interinstitucional para el desarrollo de acciones Participación interdisciplinaria e intersectorial

La revisión consideró la inspección de cada documento, la extracción de los datos relevantes y posteriormente, la clasificación de los mismos en las categorías: estructura demográfica, organización administrativa y operativa del personal del Área de Salud, indicadores de salud de la población adscrita al Área de Salud Los Santos, acciones desarrolladas en el Área de Salud y relación del Área de Salud con organizaciones comunales y actores sociales, para la posterior construcción del diagnóstico.

La información faltante se completó a través de encuestas y entrevistas a los actores claves del Área de Salud (médicos de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) del Área de Salud, coordinadora del Equipo de Apoyo y médico encargado del departamento de Epidemiología).

Inicialmente, se planteó realizar una entrevista semiestructurada con todos los integrantes de cada EBAIS para determinar algunas de las variables propuestas en la metodología de la práctica. Sin embargo, por limitaciones de tiempo, se aplicó una encuesta estructurada (ver anexo B) a los médicos de cada EBAIS durante una de las sesiones de educación continua (espacio programado, de una hora quincenal, que se destina para la actualización del personal médico, farmacia y microbiología).

Asimismo, se entrevistó al médico del departamento de Vigilancia Epidemiológica (el cual se encarga además del EBAIS móvil durante los meses de cosecha del café). Por medio de dicha entrevista se recaudó la información referente al perfil demográfico y epidemiológico de la población. Finalmente se entrevistó a la encargada del Equipo de Apoyo, con la que se indagaron otras variables de interés como la mecánica de trabajo realizado por Equipo de Apoyo en el Área y la relación del mismo con los EBAIS. El cronograma de encuesta /entrevista de dichos actores claves se observa en el anexo C.

A partir de dicho diagnóstico y considerando primordialmente las estadísticas de salud, así como las necesidades presentadas por el Área de Salud y su personal, se realizó la priorización de problemas de salud inherentes al componente alimentario nutricional, en los que se enfocaría la intervención.

Paralelo al diagnóstico, se realizó una entrevista inicial con algunos actores clave dentro del Área (ver anexo D), como lo son el jefe de Área de Salud, el médico de Medicina Familiar, el jefe de Enfermería, así como los médicos de los EBAIS, para conocer las expectativas y visión acerca del trabajo del nutricionista en la APS. Dicha entrevista se utilizó como insumo para la determinación de barreras y facilitadores que afectan la ejecución el trabajo del nutricionista en el área de salud.

B. Segunda Etapa: Planteamiento de la Propuesta de Trabajo

Posterior al diagnóstico realizado y su análisis, se desarrolló una propuesta de trabajo, considerando los principales problemas a nivel alimentario nutricional en cada EBAIS y grupo poblacional, priorizando y determinando la viabilidad del desarrollo de las acciones a implementar. Asimismo, se tomó en cuenta la priorización de problemas señalados en el ASIS, así como los grupos y proyectos previamente establecidos en el Área en los que la intervención de un profesional en Nutrición fuese pertinente, de manera que respondiera a las necesidades encontradas en el Área de Salud.

Dicha propuesta intentó conciliar un trabajo que englobara acciones en cada uno de los escenarios de acción; considerando las técnicas, temáticas y acercamiento más pertinente para cada uno de ellos. Una vez finalizada dicha propuesta, fue discutida, corregida y aprobada por el comité asesor de esta práctica dirigida.

Además, fue necesario concertar una serie de reuniones con la jefatura del Área de Salud y a las jefaturas de departamento pertinentes, en las que se expuso la propuesta, para su posterior implementación, y fue necesario explicar el perfil y la metodología de trabajo de nutricionista en APS. Durante el proceso, se consideró la planeación del trabajo en conjunto con el Equipo de Apoyo, abogando por el principio de trabajo en equipo por el que el perfil del nutricionista se rige. Sin embargo, esto no fue posible debido a las características encontradas en el Equipo de Apoyo, las cuales son barreras que se discuten posteriormente.

La propuesta se dividió en tres líneas de trabajo: estrategias de capacitación y supervisión del personal de Salud del Área de Salud Desconcentrada Los Santos y gestión de acciones educativas para la aplicación del conocimiento (donde se incluye la ejecución de los conversatorios acerca de la percepción del personal médico, enfermería y ATAPS de los conceptos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades), acciones desarrolladas a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y registro y análisis de barreras y facilitadores en la inserción del nutricionista en el Área de Salud y la aplicación de su perfil de trabajo a nivel de APS.

Las dos primeras líneas fueron constituidas por una serie de acciones y estrategias, los cuales fueron planteados y posteriormente desarrollados, de acuerdo a una serie de objetivos, indicadores y metas determinados para cada uno de ellos. A través de estas estrategias, se pretendió abarcar en la medida de lo posible, los escenarios de acción de la APS y los ejes de trabajo del nutricionista. El siguiente cuadro muestra la comparación entre la distribución teórica del trabajo respecto a las estrategias y acciones llevadas a cabo durante la práctica.

CUADRO 3.

COMPARACIÓN ENTRE LAS FUNCIONES TEÓRICAS DEL TRABAJO DEL NUTRICIONISTA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN VS LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES EJECUTADAS A LO LARGO DE LA PRÁCTICA EN EL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012.

TEORÍA DEL TRABAJO PLANTEADA POR DEBEAUSSET, 2002.		ACCIONES EJECUTADAS		
Funciones	Escenarios de acción	Funciones	Estrategias desarrolladas	Escenarios de alcance
- Capacitación y supervisión del personal de salud y gestión de acciones educativas en actividades referentes al componente alimentario. - Promoción de actividades a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Clínico Comunitario Familiar Escolar Laboral	- Capacitación y supervisión del personal del salud y gestión de acciones educativas en actividades referentes al componente alimentario,	- Estrategia de capacitación y supervisión del personal de enfermería y ATAPS y gestión de acciones educativas para la promoción de la alimentación adecuada en los diversos estadios de la vida. - Estrategia de capacitación y supervisión del personal médico y gestión de acciones educativas para la prevención del desarrollo y avance de las enfermedades crónicas no transmisibles.	Clínico Comunitario Familiar Laboral
			- Estrategia de, capacitación y supervisión de los funcionarios del Área de Salud Los Santos y gestión de acciones educativas "Promoviendo mi salud y la de los demás". - Curso de preparación para el parto	Clínico

<ul style="list-style-type: none"> - Atención a pacientes con mayor complejidad - Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserción del nutricionista en actividades a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, realizadas en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo y sesiones de educación nutricional para los participantes de la Clínica Interdisciplinaria del Adulto Mayor - Sesión de alimentación saludable para el grupo de adultos mayores de San Antonio de León Cortés. - Charla: recomendaciones alimentarias para pacientes no oncológicos, para el grupo de cuidadores del Cuidados Paliativos. - Asesoría a nivel nutricional para el desarrollo de talleres dirigidos a enfermedades crónicas no transmisibles en el EBAIS de Santa María. - Supervisión de la estrategia de Prevención de la obesidad infantil "Póngale Vida a Los Santos" Universidad de Costa Rica, en la escuela República de Bolivia. - Feria de la Salud 2012 - Actividades de Promoción de la Salud en escolares - Encuentro Intergeneracional (jóvenes y adultos mayores) 	<p>Comunitario Escolar</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Atención a pacientes con mayor complejidad 	<p>Apoyo nutricional a las áreas de Medicina Familiar y Cuidados Paliativos en la intervención de casos específicos.</p>	<p>Clínico</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Exploración de Barreras y facilitadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de dos conversatorios acerca de la concepción del personal médico y el personal de enfermería y ATAPS, acerca de los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. - Determinación de barreras y facilitadores de la inserción del nutricionista en la APS 	<p>No aplica</p>	

Si bien, en la medida de lo posible se pretendió desarrollar todas las funciones planteadas en la base teórica de deBeausset (2002), que posee un nutricionista a nivel de APS, el trabajo se concentró mayormente en las estrategias de gestión, capacitación y supervisión con el personal. Esto se debe a que se consideró que el personal de salud es el mediador que posee el contacto directo con la población. Por lo que, al ser capacitados se obtendría la posibilidad de educar a la población en los diferentes escenarios.

Asimismo, la inserción del nutricionista en las actividades de promoción y prevención, fue un vehículo, no solo para educar a la población a la que se dirigían las acciones, sino un medio de educación y preparación del personal de salud involucrado, para incluir, posterior a la finalización de la práctica, los temas brindados.

En la presente práctica, la intervención se concentró en el escenario clínico (en la atención individual realizada por los centros de salud) debido a las condiciones presentes en el Área de Salud. No obstante, se realizaron acercamientos en los demás escenarios, en donde la respuesta positiva de la población adscrita demuestra la factibilidad de desarrollar a futuro acciones en los mismos.

Finalmente, la tercera línea de trabajo se enfocó en el registro de las barreras y facilitadores observadas a lo largo de la ejecución de las dos primeras líneas. Esta última además, fue el medio para desarrollar las acciones de investigación y exploración requeridas en el trabajo que debe realizar el nutricionista a nivel de áreas de salud, considerando además, la vital importancia de conocer aquellos factores que puedan tener injerencia en el éxito de la inserción del nutricionista en atención primaria. La metodología seguida para este registro y su análisis se detalla en el punto E. del Marco Metodológico (página 42).

La propuesta fue presentada y avalada por el Asesor Técnico del Área y el Director de la práctica. Dentro de esta etapa, se realizaron las modificaciones pertinentes, de acuerdo a las observaciones señaladas.

C. Tercera Etapa: Ejecución y Evaluación de la propuesta de trabajo

Esta etapa contempló la ejecución de las actividades programadas en la propuesta de trabajo planteadas por la estudiante. Las mismas fueron desarrolladas por la practicante y con la colaboración del personal del Área de Salud, de manera que estas puedan ser replicadas después por el personal de salud una vez finalizada la práctica.

Además, se brindó la atención y educación nutricional a aquellos grupos de riesgo previamente captados e atendidos por el personal de salud, en donde se interviene de manera interdisciplinaria. Asimismo, se colaboró en proyectos del Equipo de Apoyo referentes a la promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, de manera intersectorial e interinstitucional.

Para cada una de las actividades planteadas dentro de la propuesta, fue necesaria la producción de material ajustado a las necesidades de la población y adecuado a su nivel educativo y socioeconómico, con el fin de brindar un mensaje claro, conciso y apropiado a su realidad. Además, se consideró los recursos económicos que el Área dispuso para este fin.

Durante esta etapa, se llevó el registro de todas las posibles barreras y facilitadores para realizar el trabajo referido al profesional en nutrición y a su inserción como miembro del equipo de apoyo, por medio de la observación participante, a través de la utilización de informantes clave en los diversos escenarios en los que se trabajó, y en el registro de las sesiones educativas con la ayuda de una observadora no participante, así como, la ejecución de los conversatorios acerca de la percepción del personal de médico, enfermería y ATAPS de los conceptos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Para la recolección de esta información fue necesario llevar el registro en una bitácora en la cual se reportó la fecha, circunstancia, actor y reacción del mismo. Asimismo, se intentó registrar otros factores como distancias, tiempos de duración y medios de transporte.

Posteriormente, los resultados del trabajo fueron evaluados de acuerdo a cada una de las actividades y programas incluidos en los ejes de la propuesta, su alcance en la población a la que fue dirigida, y la factibilidad de su ejecución como parte del trabajo del nutricionista en APS.

Los resultados obtenidos se evaluaron con los indicadores y metas propuestas en cada una de las estrategias de gestión, capacitación y supervisión y en las acciones desarrolladas a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, se determinaron

Esta etapa se desarrolló en lapso de cuatro meses.

D. Cuarta Etapa: Análisis de Barreras y Facilitadores

El objetivo principal de la presente práctica dirigida corresponde a la determinación de las posibles barreras y facilitadores que el profesional en nutrición a nivel de APS puede encontrar al insertarse dentro de un Área de Salud como parte del equipo de apoyo.

Como se ha descrito en las etapas anteriores, a lo largo de la ejecución de la propuesta, se realizó el registro de las barreras y facilitadores que se presentaron a lo largo de la práctica, las cuales podrían haber posibilitado o dificultado el desarrollo del perfil del nutricionista en la APS.

Durante el proceso de la práctica dirigida se registraron los las barreras y los facilitadores que influyeron en los resultados de los programas y por ende en la ejecución del perfil del nutricionista a nivel de APS.

Además, se realizó un conversatorio final con actores clave (jefaturas de departamento y del Área de Salud) para determinar y contrastar las barreras y facilitadores que se percibieron durante el desarrollo de la práctica. Dicha información fue contrastada, posteriormente, con las expectativas y la visión inicial que fueron señaladas en la entrevista realizada a los mismos durante la etapa de diagnóstico y fue utilizada para analizar los hallazgos encontrados en el desarrollo de la práctica dirigida.

Una vez determinados dichos factores, se agruparon de acuerdo a la clasificación propuesta por Grol et al y Ortega et al, descrita previamente en los Antecedentes, la cual considera las barreras y facilitadores que se refieran al personal de salud, al contexto social de la población o al contexto organizativo de la institución.

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en la ejecución de la práctica. Es fundamental señalar que, los resultados que se presentan a continuación consideran parte de la metodología utilizada en los acciones y programas ejecutados durante en desarrollo de la práctica. Ésta disposición se realiza con el fin de facilitar al lector la comprensión del trabajo realizado y los resultados obtenidos a partir del mismo.

Es necesario mencionar además que, a lo largo del análisis, se discuten las barreras y facilitadores encontrados en cada una de las acciones y estrategias de educación realizados a lo largo de la práctica. Finalmente se presenta una síntesis de las barreras y facilitadores encontrado en el proceso de inserción de nutricionista en el nivel primario de atención y en la ejecución de sus funciones.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA

A. Diagnóstico del Componente Alimentario Nutricional en la población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos

El presente apartado constituye la primera etapa del trabajo programado para la práctica dirigida en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos “Identificación de las Barreras y Facilitadores para el Trabajo del Nutricionista en el Área de Salud Los Santos, 2012”.

1. Estructura Poblacional del Área Desconcentrada de Salud Los Santos

A partir de la información obtenida en el ASIS, el Área Desconcentrada de Salud Los Santos cuenta con una población aproximada de 37340 personas, así como una población flotante de 10 000 a 12 000 personas que corresponden a migrantes nacionales y extranjeros que visitan la zona entre los meses de noviembre a marzo, durante el periodo de cosecha del café (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

De acuerdo a la distribución poblacional según grupo etario, el 40,6% se conforma por personas menores de 19 años, correspondiendo a cerca de la mitad de la población adscrita al área. Posterior a ésta edad la pirámide poblacional muestra un descenso en el número de habitantes, con una población adulta joven (entre los 20 a 39 años) del 28,6% y una población adulta (40 a 64 años) del 24,6%. Finalmente el porcentaje de la población adulta mayor corresponde a un 6,2%.

Dicha distribución muestra que el Área aún cuenta con una población joven; sin embargo, no está exenta del cambio que el país ha experimentado en la pirámide poblacional en los últimos años, dada la disminución en los nacimientos y el aumento de la esperanza en vida de la población, lo cual ha provocado un ensanchamiento de la pirámide en las etapas de la adultez y la vejez (CENSO, 2011). Los anexos E y F muestra la distribución por grupo etario a nivel del Área de Salud y a nivel nacional.

Asimismo, de acuerdo al CENSO Nacional de Población y Vivienda 2011, la densidad poblacional estimada para la Zona de los Santos es de 43,3 habitantes por km², en una extensión geográfica de 819 km² (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011). La distribución geográfica y demográfica por cantón se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO 4.
ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA
SEGÚN CANTÓN EN LA ZONA DE LOS SANTOS PARA EL AÑO 2012

CANTÓN	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA		DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA	
	ABSOLUTO (km ²)	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE
TARRAZÚ	298	36,4	17122	45,4
DOTA	400,2	48,9	6811	18,0
LEÓN CORTÉS	120,8	14,7	13820	36,6
TOTAL	819	100	37753	100

Fuente: Granados, L, comunicación personal, 1° de junio de 2012.

Al ser una zona rural, es necesario considerar la dispersión poblacional. La concentración de la población es mucho menor en comparación con las zonas urbanas (por ejemplo, zonas como Desamparados en donde la densidad poblacional es de 1762 habitantes/km² (CENSO, 2011). Sin embargo, dicha dispersión, varía entre cantones, siendo Tarrazú el cantón con una mayor concentración demográfica y Dota el más disperso a nivel habitacional.

No obstante, a nivel geográfico Dota posee la mayor extensión, lo cual genera largas distancias entre los puestos de salud y el Centro de Atención Integral de Salud (CAIS). Esto provoca, como se describe posteriormente, que los EBAIS tengan a cargo una serie de (puestos de salud), cuya atención debe ser distribuido a lo largo de la semana.

Es importante contemplar además, que debido a la concentración demográfica y a la distribución geográfica de la Zona de los Santos, Tarrazú alberga el CAIS, debido a la centralidad del cantón. Sin embargo, gran parte de los puestos de salud se encuentran alejados

del mismo, lo cual provoca que el personal deba trasladarse diariamente del CAIS hacia los puestos de salud para la atención de la población.

Esta distribución a nivel demográfico y geográfico, como se mencionó anteriormente, genera inconvenientes en la proximidad del Área de Salud con parte de la población. Si bien la densidad poblacional es baja respecto a las zonas urbanas, lo cual podría indicar que habría una menor saturación en la atención de las personas, la distribución habitacional y las largas distancias que se deben recorrer son factores que pueden generar inconvenientes en la efectividad de la atención de la población.

Cabe resaltar que las cifras referidas no concuerdan con la población total estipulada dentro del Plan de Gestión Local, dado que los datos en ambos documentos representan una estimación de la población presente en la región.

2. Distribución laboral y organización operativa en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

El Área de Salud Desconcentrada Los Santos se encuentra estratificada en tres niveles: el nivel político, el cual corresponde a la dirección de gestión regional y la red de servicios central sur (región a la que pertenece el Área de Salud), el nivel de conducción y administración, en el que se encuentra la dirección médica y administrativa del Área, y el nivel técnico y de ejecución operativa.

Si bien los tres niveles tienen un papel fundamental para el desarrollo de las funciones del primer nivel de atención, este diagnóstico se enfoca en este último nivel, dado que el mismo se encarga de la ejecución y atención directa con la población.

El nivel técnico y operativo engloba al Equipo de Apoyo, a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), y a los registros de salud. También se incluyen la Clínica de Cuidados Paliativos, el Servicio de Urgencias y la atención de Medicina Familiar, servicios

que complementan y apoyan la atención brindada por los EBAIS y el Equipo de Apoyo. El organigrama del Área se presenta a continuación.

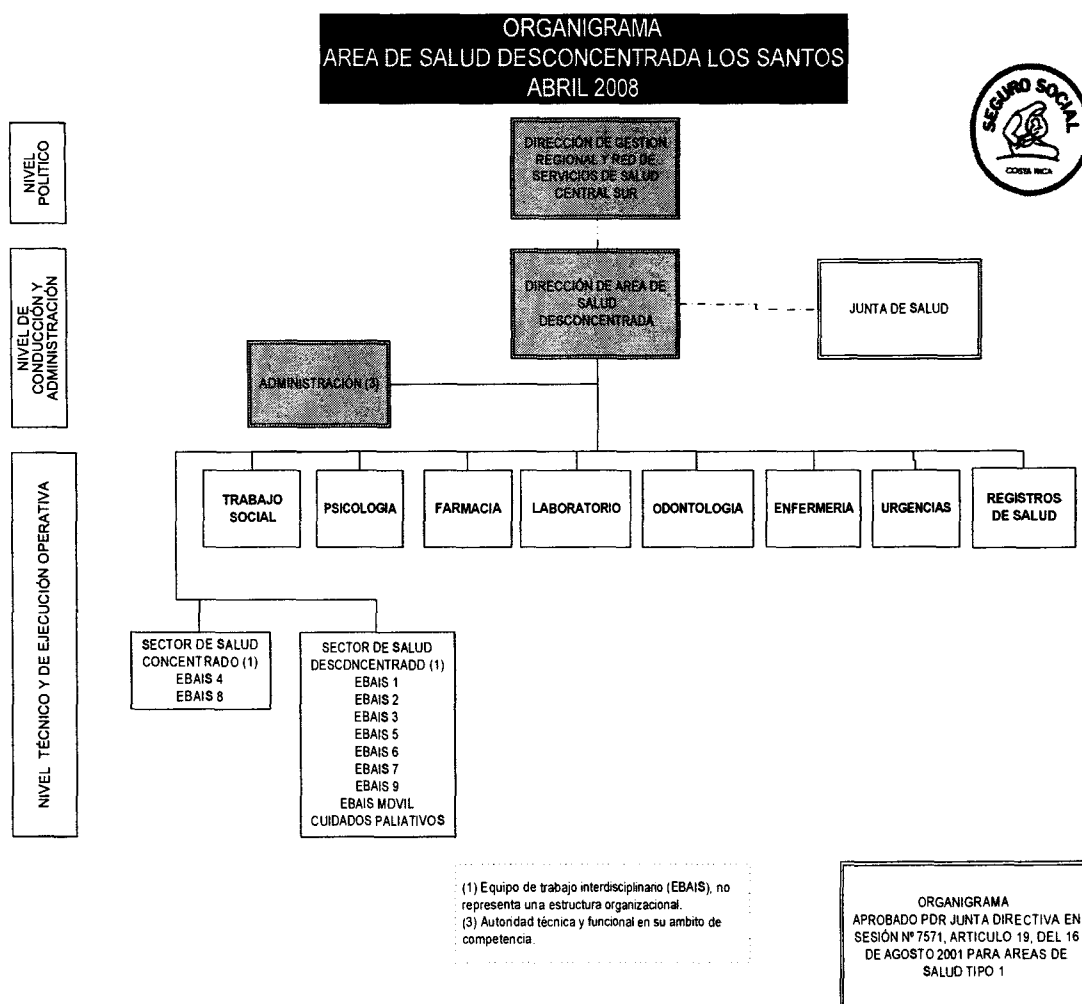


Figura 2. Organigrama del Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

A continuación se describen cada uno de los servicios.

El Equipo de Apoyo del Área de Salud Desconcentrada Los Santos está constituido por las jefaturas de cada uno de los departamentos, los cuales discuten y acuerdan las posibles acciones a realizar para la solución de los problemas del Área de Salud, según las directrices estipuladas por la jefatura del Área de Salud y bajo su autorización final. El siguiente cuadro

señala los miembros del Equipo de Apoyo del Área de Salud Los Santos (Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012).

CUADRO 5
EQUIPO DE APOYO DEL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS
SANTOS, 2012.

REFERENTES TÉCNICOS
TRABAJO SOCIAL
PSICOLOGÍA
REGISTROS DE ESTADÍSTICA EN SALUD
ODONTOLOGÍA
FARMACIA
MICROBIOLOGÍA
ENFERMERÍA
MÉDICO ADMINISTRATIVO

FUENTE: Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012.

De acuerdo a la teoría referida en el marco teórico, el Equipo de Apoyo se encarga de priorizar, consensar y dar seguimiento a las necesidades y los problemas de salud de la población adscrita al Área de Salud. Asimismo, gesta los planes de trabajo y las acciones a seguir para contrarrestar dichos problemas, contextualizados en ejes de acción, los cuales son ejecutados por cada uno de los EBAIS del Área.

De acuerdo a lo referido por la coordinadora del Equipo de Apoyo, las funciones del mismo se concentran en tres objetivos fundamentales, la actualización del ASIS, el monitoreo del Compromiso de Gestión, y el seguimiento del Plan de Gestión Local (plan que articula el Plan Anual Operativo con el presupuesto y el Compromiso de Gestión) y el Plan Táctico Local (plan o modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores y ligados a planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización y guiar su ejecución hacia el éxito competitivo futuro). Dichos

objetivos se realizan por medio del establecimiento de acciones como las supervisiones del trabajo de los EBAIS, en las que se monitorea el trabajo realizado, la calidad de los expedientes y el servicio de atención al cliente (son realizadas con cada uno de los miembros del Equipo de Apoyo, dos veces por año), las cuales que permiten determinar el cumplimiento de objetivos y la calidad del servicio brindada al usuario (Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012).

Sin embargo, cuando se cuestionó acerca de las funciones referentes al acompañamiento, capacitación y apoyo a los EBAIS para la ejecución de los planes de trabajo, se refirió que son pocos los espacios que se poseen para ser desempeñadas. Además, se justificó que cada miembro del Equipo posee una importante carga laboral a nivel operativo, administrativo y gerencial, dado que tienen a cargo las jefaturas de los departamentos. Por lo que no solo desempeñan de las funciones propias de su profesión, como la atención de pacientes, la interpretación de pruebas, entre otros (que se encuentran insertas dentro de los objetivos del Plan de Gestión Local), sino que deben asegurar el correcto funcionamiento de su departamento, desde la eficiencia del recurso humano y la coordinación y compra de suministros, hasta la rendición de cuentas a la jefatura del Área.

Este factor genera además que existan pocos espacios en los que los miembros coincidan para reunirse. No obstante, la coordinadora refiere que idealmente se deberían reunir una vez a la semana para verificar el progreso de los planes, mas dichas reuniones varían durante cada mes, priorizando los puntos a tratar de acuerdo a la relevancia en el Área de Salud (Brenes, A, comunicación personal, 23 de noviembre de 2012).

La coordinadora refirió que tampoco se cuenta con el tiempo suficiente para la gestión de los proyectos y programas de promoción de la salud, por lo que se creó en el 2010 el comité de promoción de la salud, que apoya al Equipo de Apoyo en esta función (Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012). Sin embargo, el Equipo de Apoyo analiza la puesta en práctica de propuestas de trabajo y de proyectos, así como de presupuestos e inserción de personal.

Por otra parte, algunos de los proyectos que se han gestado son el trabajo escolar ampliado (proyecto de educación a los niños en conjunto con trabajo escolar) y el trabajo desarrollado en conjunto con el departamento de Epidemiología para la educación de escolares del lavado de manos y prevención del Dengue, haciendo visitas a las escuelas y con la divulgación de afiches y carteles (Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012).

Por último, el Equipo de Apoyo tiene a su cargo la gestión de espacios como las jornadas médicas, las cuales son una sesión programada una vez al año, donde se actualiza principalmente al personal médico, aunque se cuenta con la asistencia de otros profesionales, como farmacéutas y microbiólogos, en temas de interés por medio de especialista en la materia (Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012). Estas jornadas médicas se abarcan temáticas específicas, como actualizaciones en pediatría y psiquiatría.

En general, de acuerdo a lo referido durante la entrevista con la coordinadora del Equipo de Apoyo, este enfoca las labores que deben ser realizadas en el Área de Salud, en la gestión administrativa y brindan un apoyo indirecto a los EBAIS por medio de los consejos técnicos ampliados, que consisten en reuniones programadas, que incluyen las jefaturas de Farmacia, Microbiología y los médicos de EBAIS, y en donde se tratan temas que abarcan las necesidades de los EBAIS, dado que, los referentes técnicos que conforman el Equipo de Apoyo no poseen el tiempo suficiente para brindar el acompañamiento directo que requiere cada EBAIS.

Esta limitación en el tiempo afecta el cumplimiento del perfil de trabajo del Equipo de Apoyo y del nutricionista a nivel de APS, dado que, teóricamente los problemas de Área de Salud deberían ser atendidos y resueltos de forma interdisciplinaria. Además, impresiona que, la función del Equipo de Apoyo es una sobrecarga de trabajo para sus miembros, cuando en realidad esta es su función primordial. Cada miembro del Equipo de Apoyo debe velar por el control y la calidad del trabajo de los diversos departamentos, a través de los EBAIS y en pro de la mejora de la condición de salud de la población adscrita. Sin embargo, por el contrario, se concibe y promueve, el trabajo de cada referente de forma tradicional (donde se considera cada disciplina como un departamento aislado y excluyente del otro). Finalmente, esto conduce a que

los EBAIS, deban resolver de forma independiente, los problemas encontrados en la población, sin el apoyo efectivo del Equipo de Apoyo.

Por otra parte, los EBAIS son la base de la Atención Primaria en Salud, estos se encargan del trabajo y la atención directa a la población, y son respaldados por los otros servicios del Área de Salud. En la actualidad, el Área de Salud Desconcentrada Los Santos, cuenta con nueve EBAIS fijos y uno móvil (el que labora de octubre a marzo). De acuerdo a la información suministrada en las encuestas realizadas a los médicos de cada EBAIS, los días de consulta por puesto de salud se presentan a continuación.

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE DÍAS DE CONSULTA, SEGÚN PUESTOS DE ATENCIÓN, PARA
CADA EBAIS, LOS SANTOS, 2012.

EBAIS	PUESTOS DE SALUD	DÍAS DE CONSULTA
EBAIS 1	Llano Bonito	Lunes, miércoles y viernes.
	San Isidro	Martes y jueves.
EBAIS 2	San Pablo	Lunes a viernes
EBAIS 3	San Andrés	Lunes y jueves
	Santa Cruz	Miércoles y viernes cada 15 días
	San Antonio	Martes y viernes cada 15 días
EBAIS 4	San Marcos A	Lunes a viernes
EBAIS 5	San Lorenzo	Lunes a Viernes
EBAIS 6	Santa María	Lunes a viernes
EBAIS 7	Cima	Lunes
	Copey	Miércoles
	Providencia y Cedral	Jueves cada 15 días
	San Martín y San Antonio	Viernes cada 15 días
	Equipo destinado a atender el servicio de emergencias de CASI	Martes
EBAIS 8	San Marcos B	Lunes a viernes
EBAIS 9	San Carlos	Martes y jueves
	San Jerónimo	Miércoles
	Equipo destinado a atender el servicio de emergencias CASI	Lunes y viernes
EBAIS 10	Móvil	Meses de octubre a marzo

FUENTE: Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

La enumeración del EBAIS en el cuadro anterior representa cada uno de los equipos de personal en atención integral, los cuales, poseen a su cargo un sector de salud. Estos sectores son distribuidos en uno o más puestos de salud, de acuerdo a la distribución demográfica (concentración poblacional en cada comunidad) y geográfica (lejanía entre puestos de salud y el Área) del sector correspondiente.

Cada EBAIS cumple un horario de atención de lunes a viernes, sin embargo, la distribución en los días de consulta de cada EBAIS depende de la conformación de su sector de salud correspondiente. El Equipo no está permanentemente en un lugar sino rota por diferentes puestos de salud. Por ello, algunos EBAIS brindan atención una vez a la semana o inclusive, cada quince días, en un puesto de salud. Además, es importante señalar que algunos de los médicos de EBAIS cubren emergencias, dado que es uno de los servicios del Área, el cual si bien posee un médico de cabecera, debe tener el apoyo de un segundo médico durante el turno de la mañana y noche y dos médicos más durante el turno de la tarde, bajo la modalidad de guardias médicas.

Los EBAIS poseen la función de desarrollar las acciones que permitan promocionar la salud y prevenir y atender las enfermedades. Sin embargo, a partir de las respuestas brindadas por los médicos en las encuestas realizadas, se deduce que las acciones que desarrollan se limitan prácticamente a la atención de los pacientes y no así de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Esta afirmación es sustentada por la dinámica de trabajo que se lleva a cabo en los EBAIS. En la encuesta realizada los médicos señalaron que se trabaja en equipo, donde se basan principalmente en la comunicación de las inquietudes de los miembros y el desarrollo de acciones como: la educación en preconsulta a través de los auxiliares de enfermería y la consulta con el médico. Tres de los médicos señalaron que en ocasiones se distribuyen la confección de materiales educativos como panfletos y carteles. Y solamente dos de los médicos refirieron llevar a cabo una reunión mensual para evaluar el trabajo realizado y tomar las medidas pertinentes para mejorar el mismo (Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Sin embargo, estas respuestas hacen pensar que, en general cada miembro se centra en el cumplimiento de sus funciones y trabajan en conjunto “tareas secundarias” dejando de lado la transversalidad entre los diversos puestos, a excepción como aparenta, de las labores del médico y el auxiliar de enfermería, y no así con REDES y ATAPS.

Además, como se mencionó anteriormente, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se limitan a la educación (tanto a nivel nutricional, como médico) en pre consulta y consulta. Solo dos de los médicos manifestaron haber realizado charlas. Los médicos justifican que esta situación se debe a la saturación de la consulta y a la falta del “apoyo de un profesional en nutrición que pueda explicar a los pacientes” (Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012), mas, es evidente que la concentración de cada miembro de los EBAIS en sus funciones y la falta de comprensión de lo que es el trabajo en equipo que deben realizar, es uno de los factores preponderantes en las pocas acciones desarrolladas para promoción de la salud en la población.

Situación similar se observa respecto a la relación entre EBAIS. Son pocos los médicos que señalaron que la comunicación con los demás EBAIS es ocasional (ya sea por teléfono o en las reuniones médicas), un médico refirió que “en ocasiones han coincidido y coordinado para la implementación de talleres o charlas”, mientras otro refirió que “no se hacen actividades en conjunto entre EBAIS”. (Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Asimismo se indagó acerca de la relación existente con el Equipo de Apoyo, los médicos refirieron que es poco el acompañamiento y asesoría brindada por parte de este. Los médicos señalan que la comunicación y apoyo se enfoca en las supervisiones para el cumplimiento de los requisitos y trámites administrativos solicitados por los niveles superiores, tanto para el Compromiso de Gestión, como para el Plan de Gestión Local. Asimismo, manifestaron que el contacto que tienen con los diversos referentes técnicos del Equipo de Apoyo se limita a la referencia y contrarreferencia de pacientes (Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Finalmente, se consultó con los médicos las facilidades y limitaciones que perciben dentro de su equipo de trabajo para dar la atención adecuada a su población. El siguiente cuadro resume las respuestas brindadas por los médicos.

CUADRO 7
FACILIDADES Y LIMITACIONES PERCIBIDAS POR LOS MÉDICOS DE EBAIS
DEL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012.

CATEGORÍA	FACTORES SEÑALADOS	NÚMERO DE MÉDICOS
FACILIDADES	Disponibilidad del personal	6
	Equipo médico en buen estado y que funciona adecuadamente	3
	Espacio físico adecuado	3
	Anuencia de la población a las indicaciones y cumplimiento de tratamientos, educación (debida publicidad)	2
	Distancia entre puestos de salud y el área	3
LIMITANTES	Puestos pequeños e incómodos	3
	Saturación de consultas – poco tiempo de atención al paciente	2
	Dificultad en la distribución de medicamentos por farmacia	2
	Falta de servicios en la comunidad (como farmacias o supermercados)	1
	Pobre nivel educativo de su población, pobreza y pobres medios de transporte	1
	Falta de materiales y herramientas para dar educación nutricional al paciente, como por ejemplo material impreso	1

FUENTE: Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

Como se observa en el cuadro anterior, los médicos se centran en tres puntos que influyen en el desempeño del trabajo: la disponibilidad del recurso humano, las características del espacio físico y la anuencia a las recomendaciones por parte de los pacientes. Sin embargo, en la práctica, no consideran aspectos prioritarios a nivel inter y multidisciplinario que son básicos en la APS, como lo son el trabajo en equipo, la comunicación entre EBAIS y con el Equipo de Apoyo.

Los factores señalados anteriormente, no sólo afectan la ejecución de las acciones que compete a la labor de los EBAIS, sino a la efectividad de la intervención que realiza el profesional en nutrición. Lo anterior partiendo del hecho que el nutricionista se desempeña a

través del Equipo de Apoyo, y en la actualidad no existe comunicación entre éste y los EBAIS. Además, si se considera que los EBAIS se concentran en los factores antes expuestos (espacio físico, recurso humano y pacientes), es posible que se muestren igualmente renuentes a la ejecución de acciones que en la actualidad no se realizan y puedan ser ejecutadas en el futuro.

Finalmente, es necesario mencionar que el Área Desconcentrada de Salud Los Santos cuenta con un área de emergencias, una clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo y posee un médico profesional en Medicina Familiar. Estos departamentos brindan atención especializada a la población que así lo requiera, brindando el apoyo necesario a los EBAIS. El médico de Medicina Familiar dirige dos clínicas interdisciplinarias (una para niños y una para adultos mayores), atiende a pacientes con enfermedades cardíacas que requieren de la anti coagulación y se encarga de la atención de pacientes crónicos complejos o en donde no ha sido posible la compensación de la enfermedad, entre otras actividades.

Por su parte, la clínica del control del Dolor y Cuidado Paliativo se encarga de brindar la atención continua, tanto en consulta externa como en visita domiciliar, a pacientes con diagnóstico reservado y estado de vida limitado, así como, el apoyo y educación a los cuidadores y voluntarios (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012). Las funciones referentes a estos departamentos, así como sus objetivos son incluidas dentro del Plan de Gestión Local, en respuesta de las necesidades encontradas en la población (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

La inclusión de estos departamentos en un Área de Salud no solo proporciona un soporte a la atención brindada por parte de los EBAIS, sino que ofrece a la población adscrita la atención especializada que es requerida por grupos específicos de pacientes. Además, debido a que estos departamentos trabajan bajo una visión integral e interdisciplinaria (donde se da importancia a cada una de las disciplinas de la rama de la salud) y promueven acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las poblaciones que atienden, se puede considerar que es factible el trabajo multidisciplinario y no aislado, como en la actualidad sucede en el Área de Salud.

3.Estado de Salud de la Población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos

Uno de los elementos preponderantes para este diagnóstico es el estado de salud actual de la población, como parte de la construcción del componente alimentario nutricional del área, se describe a continuación el estado de salud de la población.

Previo a la discusión de los problemas de salud presentes en la población, fue necesario indagar acerca de la demanda de atención existente en el Área de Salud. El Área de Salud Los Santos brinda atención bajo las modalidades de consulta externa (donde se incluye la visita domiciliar en pacientes con condiciones de salud que imposibiliten la visita al centro de salud) y atención en emergencias. Para el presente diagnóstico se consideró el período entre el 1° de enero al 31 de mayo del 2012, con el fin de tener una estimación del número de consultas realizadas previo a la ejecución de la práctica. Durante dicho período se registraron 22304 consultas, de las cuales 13558 fueron de primera vez y 8746 fueron subsecuentes en este mismo año. En este mismo lapso, durante el año 2011, se registraron 23317 consultas (50990 consultas anuales) (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012. REDES, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Los datos obtenidos sugieren por tanto que, las consultas realizadas a la fecha señalada, totalizan lo que respondería a poco más de 60% de la población adscrita (considerando consultas por primera vez y subsecuentes). Esto demuestra una alta saturación de la atención en la consulta externa, comprometiendo los espacios para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Sin embargo, se debe contemplar que la distribución de estos valores no incluye la subsecuencia en las consultas de cada paciente, por lo que no se puede afirmar que más de la mitad de la población fue atendida durante dicho periodo.

La distribución de los datos del 2011, según visita por primera vez o subsecuente, no son presentados, dado que los registros muestran únicamente los conglomerados. Es importante

señalar que esta distribución solo permite observar la frecuencia de consulta de manera anual, por tanto no es posible determinar con estos datos el número de pacientes que visitan por primera vez en un determinado año el centro de salud (REDES, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Asimismo, se consideró determinar la subsecuencia de las consultas de los pacientes según la prevalencia e incidencia de las patologías. Sin embargo, dicha comparación no fue posible, dado que los registros del Área de Salud no poseen los datos distribuidos bajo estos parámetros. Esta forma de reportar los datos no ayuda al Área de Salud a realizar una buena planificación ni evaluación de sus actividades.

Respecto a los problemas de salud, de acuerdo a los datos reportados en el ASIS, las principales causas de morbilidad a nivel de consulta externa durante el 2010 -2011 se muestran en el cuadro 8.

CUADRO 8
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE SALUD
DESCONCENTRADA LOS SANTOS, EN LA CONSULTA EXTERNA,
2010 – 2011.
(Orden descendente)

AÑO 2010	AÑO 2011
Hipertensión arterial Dislipidemia Infección vías respiratorias superiores Diabetes Mellitus Rinitis alérgica	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Dislipidemia Infección vías respiratorias superiores Rinitis alérgica

FUENTE: Sistema Integrado de Información en Salud 2011, tomado de: Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

Cabe señalar que, el reporte contempla dentro de las principales causas de consulta la consulta general de salud y el control prenatal. Además, a diferencia del 2010, durante el 2011

se señala dentro de las primeras diez causas de morbilidad la obesidad. Sin embargo, aun cuando es una enfermedad de declaración obligatoria, no siempre es diagnosticada o reportada, por lo que es probable que exista un sub registro de pacientes con obesidad. El departamento de epidemiología refirió que muchas veces el médico no determina el estado nutricional de paciente, ya sea porque faltan datos u omiten este cálculo (Granados, L. comunicación personal, 1° junio 2012).

El cuadro 9 señala los principales problemas de salud reportados hasta la fecha del 29 de mayo del 2012, de acuerdo a la estadística epidemiológica reportada en el Sistema de Información Integral en Salud (SIIS), en comparación con los datos reportados por los médicos de EBAIS en la encuesta realizada a los mismos.

CUADRO 9
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE SALUD
DESCONCENTRADA LOS SANTOS, DE ACUERDO AL REGISTRO SISTEMA DE
INFORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD (SIIS) Y
REPORTE DE LOS MÉDICOS DE EBAIS, 2012.

(Orden descendente)

REFERENCIA	SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD ¹	REPORTE MÉDICOS DE EBAIS
PATOLOGÍAS REPORTADAS	Hipertensión arterial primaria Diabetes Mellitus 2 Enfermedades vías respiratorias superiores (rinitis y asma) Dislipidemias Afecciones del sistema digestivo (gastritis, colitis)	Hipertensión Arterial Esencial Dislipidemias Mixtas Diabetes Mellitus Neumopatías Obesidad Otras afecciones ²

¹ Contempla el registro de todos los EBAIS, a excepción del EBAIS de San Pablo y San Carlos, de los cuales no se poseían datos reportados.

² Trastornos de ansiedad, depresión, lumbalgias y dolores musculares.

FUENTES: Sistema de Información Integral de Salud, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012. Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

Como se observa en el cuadro anterior, la priorización de la morbilidad reportada por los médicos durante la encuesta, coincide en su mayoría con los datos registrados en el SIIS. Sin embargo, algunos de los médicos contemplaron la obesidad como un problema de salud, aún cuando no se registra. Por el contrario, no perciben otras patologías que poseen alta incidencia, como lo son las afecciones del sistema digestivo.

En general es necesario destacar que las patologías de mayor consulta reportadas en el Área de Salud tienen una incidencia directa en el estado nutricional del individuo y en sus hábitos alimentarios, por lo que es primordial una efectiva educación y control a nivel nutricional para la prevención y tratamiento de dichas enfermedades.

Cabe destacar que el registro del SIIS reporta las causas de consulta, por tanto también se enlistan los controles de salud generales y prenatales dentro de las primeras causas de consulta (Sistema de Información Integral de Salud, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Es importante acotar que la morbilidad reportada por el EBAIS móvil varía de los reportes de los EBAIS fijos, dado que, se enfoca en los grupos migrantes que llegan a laborar a la zona en la recolecta de café. De acuerdo a lo informado por el médico de este EBAIS, por lo general esta población no posee los controles de salud adecuados en su país de origen, aunado a las condiciones en las que arriban al país genera que las principales causas de consulta giren en torno a las afecciones a nivel de vías respiratorias superiores y enfermedades del tracto gastrointestinal como gastroenteritis, diarreas y demás infecciones, a las cuales se debe dar control inmediato (Granados, L, comunicación personal, 1° de junio de 2012 Sistema de Información Integral de Salud, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012). El anexo G muestra la distribución de las primeras cinco causas de morbilidad por EBAIS, para el periodo del 1° de enero al 29 de mayo de 2012.

Anexo a los datos reportados en el SIIS y el ASIS, se indagó, por medio de la encuesta realizada a médicos, los problemas a nivel alimentario nutricional que ellos refieren se perciben en la población. Los médicos señalaron como problemas patologías relacionadas con el estado

nutricional, incluyendo sobrepeso, obesidad, desnutrición en menores y dislipidemias. Además enlistaron una serie de hábitos inadecuados de alimentación como: “la poca frecuencia de comidas”, “la falta de horarios y tiempos de comida adecuados”, “dietas basadas en harinas”, “el consumo excesivo de embutidos”, “la poca agua”, “la baja ingesta de frutas y vegetales”, “el desconocimiento de que y que no pueden comer o la cantidad adecuada según la patología” y “los pocos recursos económicos y la accesibilidad a los alimentos” (Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Llama la atención que los médicos en sus respuestas se enfocan en los hábitos dietarios y el nivel alimentario nutricional de la población y no mencionan las morbilidades que poseen un factor nutricional involucrado. Además, señalan la malnutrición como problema nutricional en el Área, sin embargo, ésta percepción no es evidenciada dentro del SIIS o los datos epidemiológicos.

Respecto a las enfermedades reportadas por el servicio de emergencias, existe una clara tendencia a la presencia de cuadros agudos. El cuadro 10 muestra las principales afecciones reportadas en este servicio.

CUADRO 10
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD REPORTADOS EN EL SISTEMA DE EMERGENCIAS, AREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2010 – 2011.
 (Orden descendente)

PATOLOGÍAS REPORTADAS EN EL 2010	PATOLOGÍAS REPORTADAS EN EL 2011
Infecciones vías respiratorias superiores	Infecciones vías respiratoria superior
Faringitis aguda	Faringitis aguda
Diarrea y gastroenteritis	Dorsalgia
Dorsalgia	Trastornos del sistema urinario
Trastornos del sistema urinario	Colitis y gastroenteritis
Síndrome del colon irritable	Trastornos de los músculos
Trastornos de los músculos	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
Trastornos respiratorios	Trastornos respiratorios

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud 2011. Tomado de: Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

Como se puede observar, los problemas de salud atendidos por el servicio de emergencias varían del referido por los EBAIS. Por tanto, la mayor concentración de patologías crónicas y su atención - control se realizan en la consulta externa. Esta variación respecto a las patologías observadas en la consulta externa, es posible que se deba a los cuadros agudos que se manifiestan en estas enfermedades, por lo que es más común que los pacientes acudan al servicio de emergencia para ser tratados de inmediato.

Finalmente, el cuadro 11 muestra las causas de mortalidad reportadas en el ASIS para el año 2010.

CUADRO 11
CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN PATOLOGÍAS AGRUPADAS Y NO
AGRUPADAS, EN EL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS,
PARA EL AÑO 2010.
 (Orden descendente)

CAUSAS DE MORTALIDAD	
PATOLOGÍAS AGRUPADAS	PATOLOGÍAS NO AGRUPADAS
Cáncer ¹	Síndrome coronario
Enfermedades cardiovasculares	Accidentes Vascular Cerebrales
Neumonía	Cáncer gastroesofágico

¹ Predominante gastroesofágico, colon/ciego/recto, pulmón, próstata y cérvix.
 FUENTE: Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

Una temprana y adecuada promoción en los estilos de vida adecuados y la prevención y retardo de las enfermedades crónicas no transmisibles, no solo permitiría mejorar la morbilidad de una población, sino disminuiría el deceso de los individuos por algunas de las patologías señaladas en las causas de mortalidad del Área. Por tanto, es cada vez más evidente la necesidad de capacitar, empoderar y brindar las herramientas pertinentes al personal de salud, con el fin de mejorar los hábitos de alimentación y el estado nutricional de los individuos y a su vez, la condición de salud de la población adscrita al Área Los Santos.

Asimismo, existen otros factores de interés señalados en el ASIS que tienen relevancia dentro del Componente Alimentario Nutricional, los mismos se enfocan específicamente en la condición de salud de los diversos grupos etarios. A continuación se muestran los datos más relevantes.

El ASIS reporta el estado nutricional de niños menores de 6 años, lo cual se incluye dentro de la calidad de crecimiento de salud del niño. Para el 2010 se diagnosticaron 39,6 niños por cada 1000 menores con desnutrición leve, se reportaron dos casos de desnutrición moderada y no hubo reporte de niños con desnutrición grave. Además, el reporte señala 9,2 niños por cada

1000 menores con sobrepeso. Cabe destacar que el registro no señala casos de obesidad. (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Otra consideración que se debe tener es que el ASIS no registra el estado nutricional de personas mayores de 6 años. Sin embargo, los datos de trabajo escolar permiten tener una referencia de dicho estado de los menores de 12 años.

El trabajo escolar pertenece al Programa Nacional de Salud Escolar y se encarga de tamizar a los menores de primero, tercero y sexto grado, con el fin de monitorear el desarrollo y crecimiento en la etapa escolar, así como, velar por la inmunización de esta población (Arjona, Conejo, Montoya, 1999). Dentro de los factores contemplados se incluyen el peso y talla de los escolares, con los que se determina el índice de masa corporal y el estado nutricional. El cuadro 12 muestra los resultados obtenidos durante los años 2010 y 2011.

CUADRO 12
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), DE LOS
ESCOLARES CAPTADOS EN PRIMER, TERCER Y SEXTO GRADO, POR
EL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS,
POR CANTÓN, PARA LOS AÑOS 2010 Y 2011.

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC	TARRAZÚ		DOTA		LEÓN CORTÉS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
ESCOLARES CAPTADOS	968	856	483	355	804	672
BAJO PESO	4,9%	7,6%	3,3%	6,5%	4,7%	12,4%
NORMAL	86,4%	73,7%	81,8%	72,7%	84,7%	67,8%
SOBREPESO	8,7%	18,7%	14,9%	20,8%	10,6%	19,8%

FUENTE: Trabajo Escolar, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2010. Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2011.

Aún cuando los datos encontrados en el Área coinciden con los reportados a nivel nacional, es preocupante observar el aumento de casos. Si se contrasta la malnutrición que en la actualidad se reporta en los menores, con los datos de morbilidad, es posible considerar que uno de los factores que está incidiendo en el estado de salud de la población es la falta de conocimiento y aplicación de prácticas de alimentación saludable y actividad física regular. Por lo que, podría considerarse que, de mantenerse esta condición en la población, es alta la probabilidad de observar en el futuro un aumento en las cifras de personas con enfermedades crónicas no transmisibles del Área de Salud.

En el caso de los adolescentes, actualmente no se cuenta con registros que permitan determinar la condición de salud y el estado nutricional de este grupo etario. De manera similar ocurre con los adultos y adultos mayores. Aún cuando los programas y planes de salud se ramifican en salud del adulto, de la mujer y del adulto mayor, no existen conglomerados específicos que permitan observar su estado actual. En conclusión los datos actuales no son los adecuados para dar un buen panorama para determinar las acciones específicas que se deben desarrollar de acuerdo a las necesidades de cada grupo etario.

4. Acciones que desarrolla el Área de Salud Desconcentrada Los Santos

El trabajo que se desarrolla en el Área de Salud se rige a partir de una serie de planes y documentos, a partir de los cuales se establecen las acciones con las necesidades que presenta la población. Estos documentos contemplan principalmente el Compromiso de Gestión y el Plan Local de Gestión. A continuación se resumen los planes de acción determinados para los años 2011 – 2012.

A nivel de enfermedades crónicas, el trabajo planteado está enfocado en el control de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. El trabajo es evaluado por medio de la mejora de los niveles de LDL hasta niveles óptimos en pacientes dislipidémicos y a través del

control de nuevos casos de diabetes mellitus II y de la mejora de los valores de HbA1c (hemoglobina glicosilada) en pacientes diabéticos conocidos (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2011).

Respecto a la hipertensión arterial, las acciones van dirigidas a la detección oportuna de las personas con hipertensión en los escenarios hogar o familiar, comunal y laboral, así como, el control de personas hipertensas, mejorando las cifras de presión arterial sistólica y diastólica (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2011). Dichas acciones están contempladas en el Compromiso de Gestión y engloban a toda la población.

Las acciones además contemplan el control de salud y atención integral del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, el cual se desarrolla específicamente en la consulta individual. Sin embargo, existen estrategias específicas para el control de salud de la mujer y el adulto mayor.

Las acciones para la salud de la mujer se enfocan en la captación temprana de mujeres embarazadas, con el fin de asegurar acciones oportunas y eficaces que permitan disminuir las complicaciones tanto a nivel materno como neonatal, a través de un embarazo saludable. Además de la continuidad en la atención materna del control prenatal al postnatal, creando cimientos que permitan establecer una relación de confianza entre la madre y el servicio de salud, planificando el parto en condiciones seguras y ayudando a la familia a prepararse en la buena crianza del niño (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2011).

También, se plantea la captación temprana de mujeres en su período posparto, brindando la adecuada atención de la salud reproductiva, de manera que se pueda identificar alguna morbilidad materna y procurar su oportuno tratamiento, permitiendo aconsejar a la madre en temas de lactancia, ablactación, planificación familiar, entre otros.

Respecto a las acciones para adulto mayor, se plantea la atención que debe brindarse tanto a pacientes nuevos como subsecuentes, a nivel de consulta externa, considerando además los

factores psicosociales del paciente (contexto familiar, asistencia económica, independencia, entre otros). (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Por último, es fundamental señalar que la mayoría de estos indicadores se centran en la atención brindada en consulta al paciente, y no contemplan otros escenarios del nivel de atención primaria. Además, la mayoría de las acciones se enfocan en la prevención y atención del paciente, y no así, en acciones de promoción de la salud.

5.Relación del Área con las Organizaciones Comunales y actores sociales.

De acuerdo al informe brindado para el ASIS por Trabajo Social, el Área cuenta con una serie de organizaciones comunales entre las que se contabilizan los comités de educación y bienestar social, los comités de deportes, la asociación de desarrollo integral, las juntas de salud, el Ministerio de Seguridad, Educación, Agricultura y Ganadería y de Salud, los comités de salud, las juntas de educación, los comités de emergencias, , entre otros (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012). El anexo H muestra la distribución de organizaciones comunales por cantón.

Además, se registra una serie de recursos como lo son templos católicos, evangélicos y testigo de Jehová, canchas abiertas, estadios, gimnasios, piscinas y centros turísticos, cruz roja, bomberos, CEN CINAI, Asociación de Ancianos, Fundación de Cuidados Paliativos, entre otros (Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

Sin embargo, al indagar un poco más acerca de estos actores sociales, trabajo social manifestó que por los cambios en la normativa de la CCSS, muchas de estas instituciones no pueden ser contempladas como organizaciones comunales, a menos que tengan relación directa y ayuden a la CCSS (Monge, C, comunicación personal, 5 de junio de 2012). Asimismo, se debe considerar que ésta ayuda debe cumplir una serie especificaciones, lo cual limita en muchas ocasiones la ayuda que puedan brindar las organizaciones de la zona, ejemplo de ello son las donaciones, que, de tener por ejemplo algún logo de la empresa visible, no podrían ser

aceptadas, dificultando la coordinación e involucramiento del trabajo de la Atención Primaria de Salud con la comunidad. Además, señala que muchas veces la comunidad no colabora con la labor realizada por el Área, las personas en ocasiones no responden y no se comprometen en el desarrollo de las actividades (Monge, C, comunicación personal, 5 de junio de 2012).

Durante la entrevista al coordinadora del Equipo de Apoyo, se indagó acerca de la cooperación y relación existente a nivel interinstitucional e intersectorial para el desarrollo de acciones conjuntas. La coordinadora manifestó que en ocasiones anteriores las instituciones han estado anuentes a la cooperación con el área. Dentro de estas instituciones se mencionaron: las cooperativas de café, ICE, PANI, MEP, MS, MOPT, IMAS, centros educativos, entre otros (Brenes, A, comunicación personal, 13 de junio de 2012).

Respecto al involucramiento de estas organizaciones con los EBAIS propiamente, no existe un antecedente siquiera de la comunicación con ellas. Los médicos señalan no haber trabajado anteriormente con alguna organización comunal. Solo dos de ellos mencionaron algún trabajo en conjunto con organizaciones; uno refirió el programa RISAS con los que se atienden preescolares de los diversos centros educativos por bajo peso y sobrepeso, mientras que el otro refirió el trabajo en conjunto con el MEP, para brindar charlas de nutrición y Enfermedades de Trasmisión Sexual a escolares (Encuesta médicos de EBAIS Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012).

B. Resultados y Análisis de la ejecución y evaluación de la Propuesta de Trabajo

A partir de los hallazgos obtenidos en el diagnóstico anterior y priorizando los problemas de salud de la población adscrita al Área de Salud, en donde la intervención de un nutricionista es necesaria, así como, la necesidad de promover la salud desde el periodo prenatal y postnatal hasta la vejez, se propuso y desarrolló un plan de trabajo que correspondió a la segunda y tercera etapa de esta práctica dirigida.

Además, se contemplaron las solicitudes y necesidades referidas por el Área de Salud, siempre que las mismas concordaran con la priorización realizada y con los objetivos específicos de esta práctica.

El trabajo fue sustentado en la base teórica planteada por la PhD. deBeausset, la cual fue previamente mencionada. Por tanto, las acciones fueron concentradas en la gestión, capacitación y supervisión del personal, así como, en el desarrollo de actividades breves con la población. Estas actividades, de carácter regular, permitieron brindar una guía al personal, para la posterior aplicación de los conocimientos adquiridos. Durante este proceso además, se propuso planear estrategias de acción con los funcionarios, que fueran factibles de ejecutar en su área de trabajo y que permitieran la replicación del conocimiento posterior a la finalización de la práctica dirigida.

Por ello, considerando que el nutricionista en APS funge como referente técnico y es utópico que labore con una población mayor a las treinta y cinco mil personas de forma individual (correspondiente al número de habitantes de Los Santos), se ideó la siguiente línea de trabajo para la intervención.

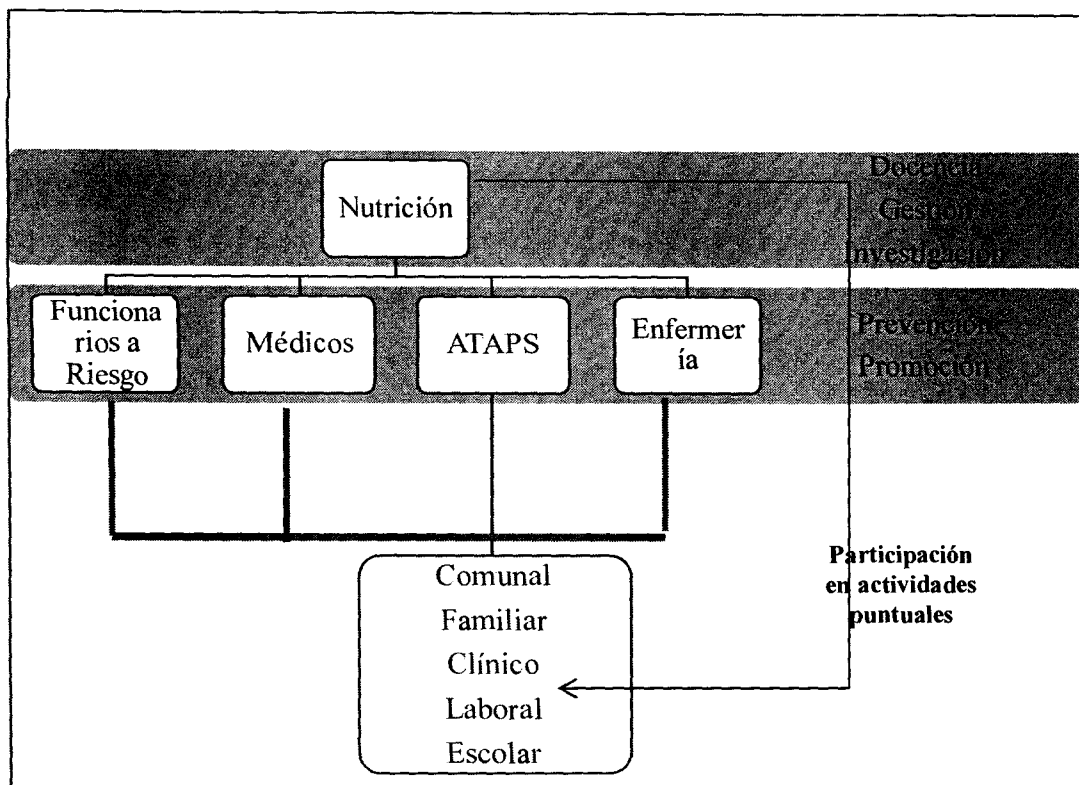


Figura 3. Diagrama de flujo de la intervención nutricional a multinivel.

Ahora bien, es importante señalar el organigrama funcional que se respetó a lo largo de la ejecución de la práctica. Este organigrama tuvo que ser acatado para lograr la negociación de los espacios de intervención, la inclusión de personal con el que se trabajó, y la solicitud al personal del cumplimiento de las asignaciones brindadas durante la intervención. El siguiente diagrama muestra la línea jerárquica que se siguió.

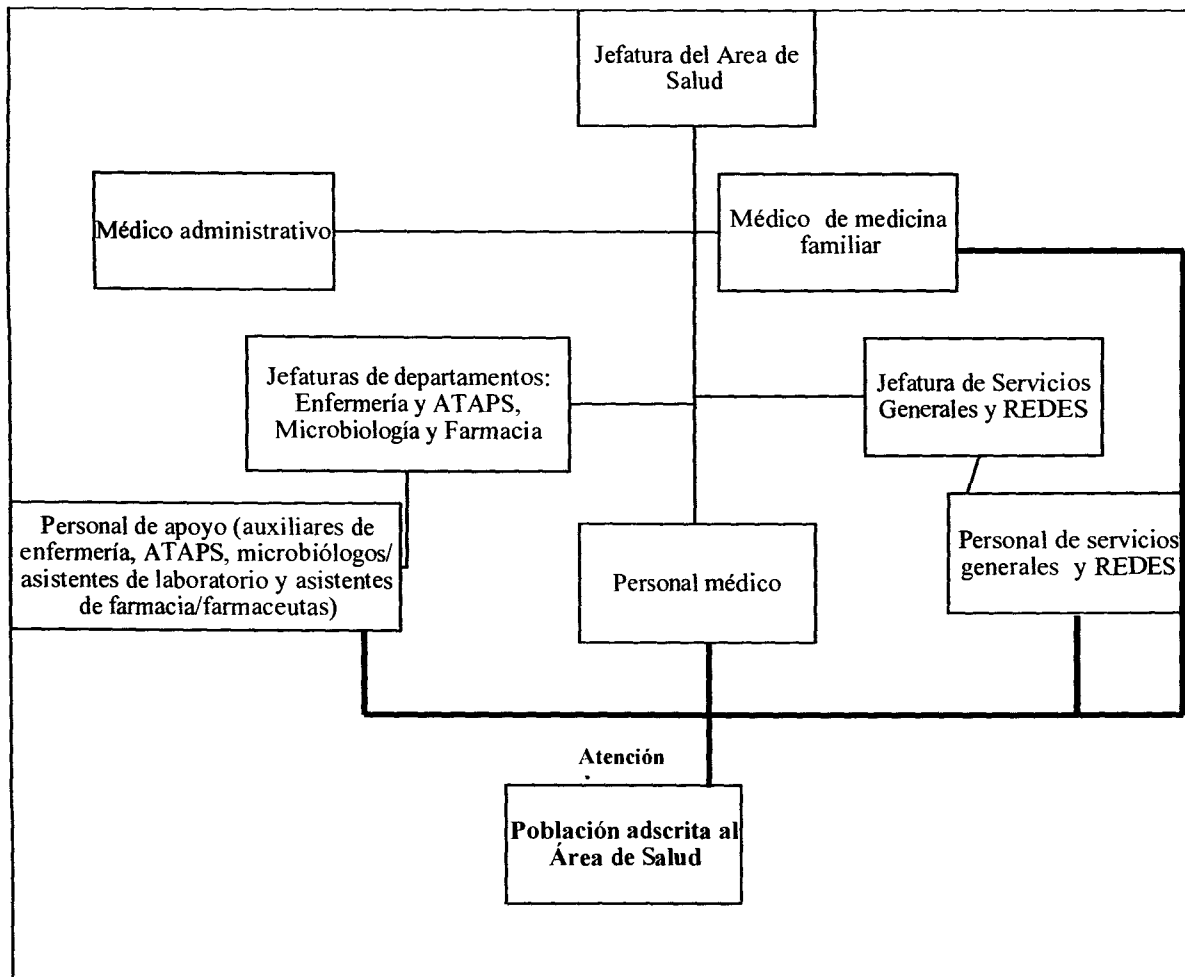


Figura 4. Organigrama funcional seguido para la ejecución de la intervención propuesta.

Finalmente, paralelo al desarrollo del plan, fue fundamental percibir y registrar las barreras y facilitadores que se podrían encontrar durante la inserción y el desarrollo de funciones del nutricionista a nivel primario. La determinación de estas barreras y facilitadores fue contemplada en cada una de las actividades ejecutadas considerando factores a nivel organizativo, profesional y social.

Por otra parte, previo a la ejecución de las estrategias propuestas se realizaron dos conversatorios, uno con el personal médico y el otro con el personal de enfermería y ATAPS.

Dichos conversatorios fueron necesarios para que el estudiante precisara la percepción y el conocimiento del personal, respecto al significado de los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la importancia del desarrollo de estrategias en ambos. Ello brindó una noción de las concepciones y disposición que posee el personal respecto a la ejecución de acciones de promoción y prevención.

Además, representó un insumo para la determinación de las barreras y facilitadores del personal que influyeron en el trabajo del nutricionista ya que, la aplicación y el éxito de las intervenciones correspondieron, en gran medida, a la visión y compromiso del personal en cuanto al desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El primer conversatorio fue desarrollado con el personal médico, durante una sesión de educación continua. El segundo conversatorio fue realizado con el personal de enfermería y ATAPS, en un espacio que fue cedido por la jefatura del departamento. En este último se contó con el personal de REDES, auxiliares de farmacia y microbiología, lo que enriqueció la información obtenida.

Cada conversatorio fue desarrollado en tres etapas (ver anexo I); la etapa de evocación (enfocada en conocer la perspectiva y las experiencias de cada uno de los individuos del personal de salud sobre la realización de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad), la etapa crítica reflexiva (en la que se discutieron las experiencias de los participantes, la deducción de los puntos en común y el consenso de la percepción general del grupo) y finalmente, la etapa analítica (donde se construye desde una visión crítica, la necesidad de realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Durante el mismo, se generó una discusión entre los participantes acerca de la perspectiva, valores, actitudes y experiencias en torno a las acciones de promoción y prevención, comparándolos con experiencias previas que demuestran el éxito de éstas acciones a nivel de la APS.

A partir de las respuestas obtenidas durante ambos conversatorios se deriva que: el personal médico y ATAPS comprende claramente los conceptos e implicaciones teóricas de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por el contrario los departamentos de enfermería, y algunos auxiliares de farmacia y microbiología, mezclan las bases teóricas de cada concepto y se refieren a ambos como un solo término.

Ahora bien, al determinar la importancia que atribuye el personal a la realización de acciones de promoción y prevención y su disposición para ejecutar dichas acciones, el personal médico y de enfermería manifestó no encontrarse muy dispuestos a trabajar en estas líneas. El departamento de enfermería señaló realizar todo lo que estaba a su alcance para desarrollar ambos ejes, lo cual se reduce a la educación brindada durante la preconsulta. Además, aseguraron que las funciones realizadas eran suficientes y de forma eficiente para brindar la educación a la población, además que no contaban con el tiempo suficiente para realizar otras acciones.

El personal médico por su parte, alegó estar completamente saturado con la consulta a los pacientes y por ello no contaban con el tiempo disponible para realizar otras acciones. Tanto los comentarios del personal médico como de enfermería, demuestra la resistencia de algunos funcionarios a salir de la posición bióloga con la que fueron formados y aceptar que el trabajo que se realiza a nivel de APS debe contemplar todos los escenarios de acción (no solo el clínico) y debe concentrarse en el desarrollo de acciones que calen en la mayor parte de la población y no en unos cuantos.

El personal de ATAPS sin embargo, se mostró consciente de que el trabajo que desarrollan no es suficiente para generar un impacto a la población. Aun así, manifestaron que, debido a la carga que se les exige (con el cumplimiento con las visitas domiciliarias) y debido a las limitaciones que tienen, no poseen los espacios para proponer y ejecutar otras acciones de educación.

Los hallazgos obtenidos durante los conversatorios guiaron al estudiante a lo largo de la práctica. Ellos brindaron un panorama más amplio de la posición del personal ante la ejecución de acciones de promoción y prevención, en donde se consideró la resistencia del personal para

la ejecución de acciones de promoción y las limitaciones generadas por el sistema de salud para la propuesta y ejecución de las mismas. Además, le permitió al estudiante percatarse de la necesidad de enfatizar, a lo largo de las estrategias, la importancia del desarrollo de acciones de promoción y prevención. Y finalmente, permitió comprender los resultados obtenidos en la práctica y en la determinación de las barreras y facilitadores que afectaron su inserción como nutricionista en APS.

Los resultados obtenidos durante la ejecución de la práctica dirigida, así como, el análisis de las barreras y facilitadores encontrados durante la misma y en la inserción del estudiante como nutricionista de APS se presentan a continuación.

1. Estrategias de capacitación y supervisión del personal de salud del Área Desconcentrada Los Santos y gestión de acciones educativas para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Es fundamental que el personal de salud realice acciones pertinentes en promoción de la salud y prevención de las enfermedades, dado que ambos representan los pilares de la APS. Así, por medio de la educación y desarrollo de acciones a nivel de promoción y prevención, es posible retardar y/o prevenir muchas de las condiciones de salud que se registran en la actualidad en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos; siempre y cuando se ejecuten a través de personal capacitado y con las herramientas necesarias para la educación nutricional de la población.

Al considerar que uno de los factores que garantizan un estado de salud adecuado en el individuo es la alimentación saludable en cada una de sus etapas de la vida, lo cual a su vez, previene el padecimiento posterior de diversas patologías (Organización Mundial de la Salud, 2003), es fundamental brindar recomendaciones acertadas a la población en cada etapa de la vida, que promuevan una mejoría en su estilo de vida, en especial, al considerar la prevalencia actual de enfermedades crónicas en el Área de Salud. Asimismo, se debe proporcionar la

educación nutricional adecuada para prevenir el desarrollo y evolución de las enfermedades crónicas no transmisibles en aquellos pacientes que en la actualidad lo padecen.

Además, se contempla que, existe una insuficiencia en el conocimiento del personal para brindar recomendaciones nutricionales prácticas y acertadas a la población, y consecuentemente, es deficiente la educación nutricional dada a los pacientes durante las consultas / visitas. Estos factores fueron resaltados por la jefatura de enfermería y a través de la encuesta realizada a los médicos de EBAIS (Valverde, V. Comunicación personal 13 de junio de 2012).

A raíz de estas aseveraciones, se desarrollaron tres estrategias de capacitación y supervisión orientadas a la educación del personal de salud y gestión de acciones educativas, tanto a nivel de promoción de la salud, como prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas estrategias involucraron al personal de los departamentos de enfermería, ATAPS y médico; considerando el contacto directo que poseen con la población a nivel clínico y familiar. Así como, a un grupo piloto de funcionarios de todos los departamentos del Área de Salud, para la formación de promotores de la salud.

Los resultados presentados a continuación, son el producto de los acuerdos realizados con las diversas instancias y de las condiciones experimentadas durante en el proceso de capacitación y supervisión.

- a. Estrategias de capacitación y supervisión del personal de enfermería, ATAPS y médico, y gestión de acciones educativas para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

El enfoque dado a cada una de las estrategias de capacitación y supervisión del personal y gestión de acciones educativas (señaladas en el cuadro 3) fue determinado a partir de: los problemas de salud y necesidades encontrados en el Área, la solicitud realizada por las jefaturas en cuanto al aporte que podría ser brindada por el referente en nutrición y la practicidad de las recomendaciones en el quehacer diario del personal de salud.

Por ello, la estrategia dirigida al personal de enfermería y ATAPS se enfocó en elaborar recomendaciones nutricionales para la alimentación adecuada de los diferentes estadios de la vida (embarazo, lactancia, ablactación, adulto y adulto mayor), considerando la orientación y tiempo que ambos departamentos destinan hacia la atención de los diversos grupos etarios. Cabe resaltar que la etapa escolar fue desarrollada por la otra estudiante de nutrición que estaba en otra práctica y por ello no fue contemplado dentro de la estrategia.

En cuanto a la estrategia dirigida al personal médico, se enfocó en las recomendaciones nutricionales para la prevención del desarrollo y avance de las enfermedades crónicas no transmisibles, considerando la experiencia que vive el personal médico diariamente en el escenario clínico.

Previo a la ejecución de estas estrategias, fue necesario gestar y negociar con las jefaturas respectivas (jefatura de Área, en caso de los médicos y la jefatura de enfermería, en el caso de enfermería y ATAPS, dado que dirige ambos departamentos), una serie de condiciones, como lo fueron tiempo, espacio físico, personal autorizado para asistir y apoyo, que permitieran la ejecución e implementación de las estrategias de capacitación y supervisión.

A partir de las condiciones estipuladas por la jefatura de enfermería, se concilió desarrollar tres sesiones de capacitación con el personal de enfermería, en las reuniones quincenales de este personal, durante los meses de agosto, setiembre y octubre (por lapsos de una hora). Mientras que, con el departamento de ATAPS se permitió el desarrollo de dos sesiones durante el mes de octubre (de 3 horas cada una y compartida con la otra estudiante de nutrición), dado que la jefatura adujo que dicho personal se encontraba con grandes cargas laborales y no podía interferir de manera drástica con su trabajo.

Por su parte, la jefatura del Área de Salud (la cual a su vez se encarga del personal médico) brindó el espacio para tres sesiones por lapsos de una hora. Dos sesiones fueron programadas en las reuniones de educación continua (con la previa autorización del responsable de la sesión

en las fechas asignadas) y una hora para la última sesión durante el Consejo Técnico de noviembre (el cual convoca al personal médico y jefaturas de farmacia y microbiología).

En general, durante el proceso de gestión de ambas estrategias, se presentaron una serie de dificultades para llevar a cabo las sesiones en las fechas acordadas (debido a que algunas de las fechas para las sesiones ya estaban ocupadas por el personal de salud, o se presentaron situaciones especiales que exigían el tiempo del personal, por lo que las jefaturas reprogramaron las sesiones) lo cual repercutió en el proceso de supervisión del personal médico y ATAPS, debido a que las capacitaciones se lograron finalizar hasta noviembre, mes en el que se debía realizar la supervisión. Sin embargo, la anuencia e interés de las jefaturas para el desarrollo de las estrategias fue un facilitador que permitió desarrollar esta función primordial en el quehacer del nutricionista a nivel de atención primaria.

Por otra parte, aún cuando ambas estrategias se dirigieron a la capacitación y supervisión del personal y a la gestión de acciones para la educación nutricional de la población, la metodología utilizada varió entre una y otra estrategia. Las sesiones dirigidas al personal de enfermería y ATAPS se desarrollaron por medio del diseño constructivista. Este diseño se basa en el conocimiento adquirido por los participantes, a través de las experiencias vividas en su trabajo. Las mismas facilitan la construcción del conocimiento, dado que la información que se genera es ajustada a la realidad de los participantes (Jonassen, 1999).

En cada sesión se utilizó una guía que contaba con una propuesta de recomendaciones nutricionales para los diversos grupos etarios (sustentadas en las guías de la CCSS). Esta guía fue revisada y valorada con el personal durante las sesiones, mejorando la calidad de la información y permitiendo a los participantes la apropiación del conocimiento. Así, a través de la información generada con el personal y considerando su percepción y experiencia de los diversos temas, se estableció, posteriormente, un material con las recomendaciones nutricionales pertinentes para cada grupo etario. Este material es un producto generado en las sesiones, el cual es un insumo, producto de la Práctica Dirigida, para el Área de Salud.

Respecto a la estrategia dirigida al personal médico, esta se abordó a partir de la representación de situaciones y, posteriormente, la solución a través de círculos de discusión, la cual es una técnica de trabajo que abarca un grupo aproximado de doce personas, que se reúne para tratar temas críticos de una forma colaborativa y democrática. Los participantes examinan el tema desde diferentes puntos de vista e identifican áreas con problemas comunes. De allí surgen recomendaciones para la acción que beneficien a la comunidad. Generalmente, son conducidos por un facilitador imparcial [el cual fue asumido por la estudiante que realizó la práctica dirigida], cuyo trabajo consiste en mantener centradas las discusiones, ayudar al grupo a considerar una variedad de puntos de vista, y hacer las preguntas difíciles que generen las soluciones” (Leighninger, Flavin-McDonald, Ghandour, 1998).

Las sesiones siguieron la línea de abordaje que se muestra a continuación:

- Determinación del estadio de cambio del paciente (considerando que es un paso fundamental para decidir el abordaje que se le debe dar al paciente)
- Identificación y discusión de los principales problemas de salud y necesidades de la población en el tema de nutrición y alimentación, a partir de la experiencia del personal médico.
- Discusión de las recomendaciones nutricionales para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias mixtas) y sus complicaciones asociadas.

Cabe mencionar que, el tema de alimentación saludable fue abarcado previamente por otra de las estudiantes de nutrición que se encontraba haciendo la Práctica Dirigida, por lo que las sesiones y las recomendaciones generadas en el proceso de capacitación, se enfocaron en las enfermedades crónicas no transmisibles.

Partiendo de la metodología antes descrita para cada una de las estrategias de gestión, capacitación y supervisión, con el personal médico, enfermería y ATAPS y, a partir de la ejecución de ambas estrategias se derivan los siguientes resultados.

CUADRO 13
ALCANCES OBTENIDOS EN LAS ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y ATAPS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

PERSONAL	ENFOQUE DEL EJE DE TRABAJO	NÚMERO DE SESIONES	DURACIÓN POR SESIÓN	PROMEDIO DE ASISTENCIA POR SESIÓN	TOTAL DE PERSONAS CAPACITADAS	PARTICIPACION DEL PERSONAL DURANTE LAS SESIONES	MATERIAL DESARROLLADO	PROMEDIO APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS
ATAPS	Promoción de la alimentación adecuada en los diferentes estadios de la vida	2	3 horas	11	11	5 activos 6 anuentes	Guía alimentación familiar Recomendaciones específicas para cada grupo etario	2
PERSONAL DE ENFERMERÍA	Promoción de la alimentación adecuada en los diferentes estadios de la vida	3	1 hora	12	17	7 activos 5 anuentes	Recomendaciones nutricionales para cada grupo etario	5
PERSONAL MÉDICO	Prevención del desarrollo y avance de enfermedades crónicas no transmisibles	3	1 hora	17	23 ^a	8 activos 7 anuentes 2 renuentes	Recomendaciones nutricionales para Hipertensión Arterial, Diabetes y Dislipidemias	N/A ¹

^a Dicha frecuencia contempla personal médico (18 funcionarios), farmacia (4 funcionarios) y microbiología (1 funcionario).

¹ No aplica

Como se observa en el cuadro 13, durante las sesiones dirigidas al personal de enfermería, se capacitó al 81% del departamento (del total de 21 funcionarios). En promedio asistieron 12 funcionarios por sesión. Cabe resaltar que solo 8 de los funcionarios asistieron a las tres sesiones, 4 de ellos asistieron a dos de las sesiones y los restantes 5 asistieron una única vez.

Respecto a la asistencia del departamento de ATAPS, del total de 13 funcionarios, el 85% del departamento (11 funcionarios) asistió a ambas sesiones.

Finalmente, se capacitó al 95% del personal médico (total 23 funcionarios), incluyendo a las jefaturas de Microbiología y Farmacia, y tres licenciados en Farmacia, quienes participan de las sesiones de educación continua. Cabe resaltar que del total de funcionarios capacitados, 9 de ellos asistieron a las tres sesiones, 9 de ellos asistieron a dos de las sesiones y los restantes 5 asistieron una única vez.

Cabe señalar, que si bien se planteó capacitar al 100% del personal de los tres departamentos, no fue posible. Tanto la inestabilidad en la asistencia de los funcionarios, como la imposibilidad de capacitar a todo el personal, se debieron a la rotación de personal debido a las sustituciones en los diversos puestos de trabajo. Por lo que, no todos los funcionarios se encontraron laborando siempre durante el periodo de la práctica dirigida. Además, algunos funcionarios se encontraban en periodos de vacaciones, permisos o incapacidades y otros contaron con la obligación de cubrir el servicio de emergencias (el cual debe estar cubierto las veinticuatro horas del día).

El personal de ATAPS agregó además que, se encontraban digitando las fichas familiares y por ello no podían asistir a las sesiones de las estrategias de gestión, capacitación y supervisión. Estos factores representaron una barrera a la hora de ejecutar las capacitaciones con el personal, dado que la inconsecuencia de las sesiones generó fallas en el proceso de aprendizaje de los funcionarios y no permitió la capacitación del 100% del personal, como se estableció.

Respecto a la respuesta obtenida durante las sesiones de capacitación de cada una de las estrategias, se observó que: más del 90% del personal de enfermería y ATAPS se mostró interesado y atento a la información que se brindó. Además manifestaron ser conscientes de la necesidad de desarrollar el eje nutricional en los diferentes estadios de la vida, refiriendo los beneficios que conllevan una alimentación adecuada en las diferentes etapas y su importancia para mejorar el estado de salud de la población que atienden diariamente.

Sin embargo, solo alrededor del 50% de los participantes interactuó y aportó su conocimiento en el diseño constructivista de las recomendaciones para cada tema. Es importante destacar que, si bien, el personal de enfermería demostró un mayor conocimiento en los temas desarrollados en las sesiones, en comparación con los ATAPS, ambos grupos aportaron la experiencia acumulada durante los años que han ejercido en el Área de Salud, lo que facilitó la adecuación de la información para las necesidades de la población y los funcionarios del Área de Salud.

Este mismo proceso, permitió la construcción de un material distinto para los ATAPS, enfocado en recomendaciones nutricionales que promuevan una alimentación adecuada para toda la familia, dado que, la metodología de trabajo de los ATAPS no siempre permite enfocarse en recomendaciones nutricionales específicas para cada grupo etario. El conocimiento del personal y la inclusión del mismo en los materiales, son incentivos que sugiere el empoderamiento de los funcionarios en la educación nutricional de la población.

Respecto al personal médico, el 88% se mostró receptivo durante las sesiones. Los mismos refrieron ser conscientes de la deficiencia que poseen en cuanto al tema. Sin embargo, solo el 47% de los participantes colaboró activamente durante los círculos de discusión, dentro de los cuales se concertaron las necesidades y recomendaciones pertinentes referentes a la prevención de las enfermedades crónicas. Solamente 2 de los funcionarios se mostraron renuentes a las capacitaciones, mostrando una actitud desinteresada e incluso distractora.

Asimismo, el personal médico aportó su experiencia y conocimiento de la población del Área de Salud Los Santos a la que atiende. Sin embargo, la percepción negativa del personal médico acerca de la disposición de cambio en los pacientes, es una barrera que puede dificultar la ejecución del trabajo del nutricionista. Si el personal médico no cree en la posibilidad de cambio del paciente, por consiguiente no se va a lograr un cambio de hábitos por parte del individuo. Finalmente, el trabajo que desempeña el profesional en nutrición, se vería afectado ya que su labor se enfoca en el cambio de hábitos en la población, por medio del personal de salud.

Muchos de los involucrados preconocen la idea de que el paciente desea contrariar al personal de salud y por ende, les hacen perder su tiempo al intentar brindar educación para un cambio de hábitos, lo que genera apatía y renuencia a brindar las recomendaciones pertinentes. Sin embargo, no se considera el estadio de cambio del paciente y las necesidades reales del mismo.

La falta de conocimiento del personal médico respecto al estadio de cambio en el que se encuentra el paciente, promueve cambios mínimos en el estado de salud del individuo, ya que en la mayoría de las ocasiones el mensaje es confuso y no se ajusta a sus necesidades. A su vez, los pocos resultados en el cambio del estado de salud del paciente aunado a la visión biomédica con la cual fueron formados, el poco tiempo en la consulta y la falta de capacitación en temas de educación y promoción de la salud, generan resistencia del personal médico ante el desarrollo de acciones de educación.

Ahora bien, al haber abarcado durante la primera sesión, las fases en el estadio de cambio del paciente, la perspectiva de parte de los médicos, respecto al cambio y seguimiento del paciente ante las recomendaciones cambió positivamente. Esto se debe a que, durante la sesión se confrontó al personal y se les colocó en la posición de individuos, cuestionando las dificultades que han vivido en procesos de cambio similares. Este ejercicio concientizó al personal ante las dificultades que presentan los pacientes para lograr el cambio de un hábito en

su estilo de vida y los alcances que se pueden obtener al incorporar estrategias de educación, no solo a nivel clínico, sino en los demás escenarios de acción.

Durante las sesiones se lograron identificar además, una serie de aspectos que pueden llegar a afectar la aplicación de la información a futuro. El personal de ATAPS se mostró consciente y anuente de la necesidad de implementar estrategias de educación que permitan cubrir una mayor cantidad de la población, valorando además, otras alternativas que en la actualidad no se realizan, como el apoyo a las huertas familiares y el estudio de la disponibilidad de alimentos con los diferentes sectores, así como de la factibilidad de cosecha de los diversos alimentos. De tenerse las condiciones adecuadas (directrices que apoyen el proceso de educación, el apoyo por parte de las jefaturas, recursos temporales y espaciales para el desarrollo de acciones de educación, entre otros) esta disposición y visión del personal formaría un factor fundamental que facilitaría el desarrollo de actividades de promoción y prevención, dado que, ya hay una conciencia de la importancia de estas acciones.

Sin embargo, revelaron que, aunque deseen realizarlas, este tipo de estrategias se ven limitadas y se dejan de lado, dado que el principal objetivo que se les pide cumplir es la realización de las visitas domiciliarias. Incluso manifestaron: *“muchas de las funciones que realizábamos cuando estábamos con el Ministerio ya no se hacen, antes trabajábamos en las escuelas, con las huertas, pero luego de que pasamos a la Caja, todo eso se dejó y ahora casi que solo hacemos visitas”* (ATAPS, Estrategia de capacitación para personal de enfermería y ATAPS, para la promoción de la alimentación adecuada en las diferentes etapas de la vida).

La situación anterior fue aseverada por la jefatura de enfermería y ATAPS. Al cuestionar la distribución del trabajo de los ATAPS, se manifestó que este personal debe dedicar el 85% de su tiempo a las visitas domiciliarias y un 15% a actividades de trabajo escolar y barrido epidemiológico, dejando espacios casi inexistentes para la educación y desarrollo de diversas estrategias con la población en los demás escenarios (comunal, laboral y escolar). Cuando se cuestionó acerca de esta poca intervención, se justificó que existía poco tiempo para atender los mismos, dado que el trabajo determinado en el Compromiso de Gestión estaba enfocado a nivel

domiciliar y administrativo, y que dichos escenarios son atendidos por los departamentos de salud ocupacional y médicos de empresa de las instituciones. Por otra parte, la jefa de enfermería y ATAPS consideró poco importante la intervención en el escenario comunitario. Ésta señaló que el mismo fue obviado hace 15 años y solo se toma en cuenta para la inclusión en el ASIS o para el desarrollo de actividades específicas.

Por tanto, existe un desfase entre la participación de la APS descrita a nivel teórico y la realidad con la que se cuenta en el Área de Salud; generando barreras, no solo para el planteamiento y ejecución de las funciones del nutricionista, sino para la intervención en los diversos escenarios por los que debe velar el primer nivel de atención.

Otra barrera encontrada durante el desarrollo de las estrategias de capacitación fue la dispersión en la concentración de algunos funcionarios. Este factor se podría deber al espacio físico y al horario otorgado para realizar las sesiones, así como a la presión de abarcar otras actividades en la agenda del día.

Las sesiones se realizaron al inicio de la jornada (con el personal médico y de enfermería) o después del mediodía (con los ATAPS), lo que generó inconvenientes en la puntualidad de algunos miembros del personal y falta de concentración y disposición en algunos participantes. Algunos funcionarios no atendieron puntualmente a la sesión o por el contrario, se retiraron antes de finalizarla, debido al traslado hasta el puesto de salud. En el caso de ATAPS, muchos manifestaron tener complicaciones para trasladarse desde el puesto de salud, dejando de lado, inclusive, el almuerzo para atender a las sesiones, lo que generó tardías y desconcentración durante dichas sesiones.

Cabe señalar, además que, en el caso del personal de enfermería se utilizó una pequeña oficina para llevar a cabo la sesión, la cual no poseía las características adecuadas para el desarrollo de las mismas, lo que generaba disconformidad y distracción entre los funcionarios.

Finalmente, en algunas sesiones la discusión de temas ajenos a la sesión, afectó la atención y desempeño de los funcionarios. Durante una de las sesiones de ATAPS y una de enfermería, se tomaron los primeros 20 minutos para desarrollar asuntos con el personal ajenos al tema. Mientras que, al desarrollar la última sesión con personal médico en el Consejo Técnico, debido a que se tomó tiempo de ésta reunión, la necesidad y prisa de seguir con la agenda generó desconcentración en el personal.

Si bien, estos factores explican parte de las barreras personales de los funcionarios hacia las capacitaciones, ellas tienden a afectar el proceso de educación brindado por el referente en nutrición y por ende, en el posterior manejo de las recomendaciones nutricionales que posean los funcionarios al brindar la educación a la población. Estos factores, además de aumentar la indisposición de algunos miembros del personal de salud hacia las capacitaciones, afectaron directamente el aprendizaje de todo el grupo lo que significaba menor capacidad posterior en la aplicación y el manejo de las recomendaciones nutricionales.

Por otra parte, para el proceso de supervisión y retroalimentación del personal involucrado en las estrategias de capacitación y supervisión, y gestión de acciones educativas, fue necesaria la revisión de un instrumento de evaluación diseñado para este fin (ver anexo J). Dado que, en el proceso de la práctica se presentaron una serie de limitantes (las grandes distancias existentes entre algunos puestos de trabajo y la sede, los pocos espacios físicos y temporales y la limitada disponibilidad de personal) que imposibilitaron las supervisiones de forma individual con el personal y en sus puestos de trabajo.

Dadas las dificultades presentes en el Área de Salud y el tiempo disponible durante la práctica dirigida, la supervisión personal de los funcionarios, por parte de la estudiante en práctica, no era factible. Por esto, se utilizó una metodología de supervisión alterna, por medio del instrumento de evaluación antes mencionado, en donde los funcionarios reportaban las observaciones encontradas cuando aplicaban las recomendaciones nutricionales desarrolladas durante la capacitación. Este método indirecto fue de gran valor, ya que permitió recaudar las impresiones del personal y la población, a la hora de aplicar el conocimiento adquirido.

La aplicación del instrumento de evaluación, para la supervisión y retroalimentación con el personal de enfermería, fue realizada posterior a cada sesión. Durante las sesiones de capacitación, el personal de enfermería se mostró dispuesto a poner en práctica las recomendaciones nutricionales aprendidas, asimismo, se le reiteró al personal el modo de utilización del instrumento, su importancia y se solicitó su entrega. Sin embargo, no se obtuvo la respuesta deseada. Posterior a la primera sesión y entrega de su material respectivo, 7 de los 12 funcionarios que asistieron a la sesión entregaron el instrumento de evaluación, posterior a la segunda sesión se recaudaron 6 instrumentos de evaluación y para la última sesión únicamente se obtuvieron 3 instrumentos.

Cuando se cuestionó al personal acerca de la no entrega de los instrumentos de evaluación, las respuestas obtenidas fueron escuetas, algunas enfermeras adujeron haber entregado el instrumento previamente en la oficina de la jefatura de enfermería, aunque en ocasiones estos no aparecían dentro de los instrumentos que la jefatura entregaba al estudiante, o en su defecto se mostraban indiferentes a la pregunta y no respondían. Por ello fue necesario realizar una breve retroalimentación durante cada sesión acerca de la experiencia a la hora de poner en práctica las recomendaciones, sin embargo, fueron pocos los funcionarios participantes (4 personas), los cuales por lo general señalaban que no habían tenido inconvenientes aplicando las recomendaciones, y que había habido anuencia, aceptación e incluso sorpresa que estaban recibiendo esta educación por parte de los pacientes (resultados similares a los observados en los instrumentos que fueron recaudados).

Esta resistencia representó una barrera para la función de supervisión que el nutricionista debe desempeñar a nivel de atención primaria. Si bien, en un principio se contaba con el apoyo de la jefatura correspondiente, cuando fue necesaria la intervención para hacer efectiva la aplicación de las recomendaciones y el uso del instrumento de evaluación, no se contó con el apoyo esperado. Como manifestó esta jefatura, el personal no se encontraba obligado a realizar lo solicitado por no estar especificado en el Compromiso de Gestión y plan de trabajo del departamento. Asimismo se debe considerar que existe una barrera a nivel de las líneas de mando. A nivel teórico, los EBAIS deben de responder al Equipo de Apoyo, por tanto los planes

y lineamientos que son gestados y apoyados por el Equipo de Apoyo y sus referentes técnicos, deben ser cumplidos por el personal. Sin embargo, el Área de Salud, al trabajar bajo un sistema de jerarquización por departamentos, presenta una barrera para desarrollar las acciones que se solicitan al personal. Las líneas de mando se ven afectadas por un asunto de disciplina, dado que, el personal responde únicamente a su jefatura, y no así al referente técnico, que en este caso fue el nutricionista.

Otra barrera percibida para la aplicación del conocimiento, fue la disconformidad de la población ante algunas indicaciones nutricionales, la cual generó resistencia del personal para brindar posteriormente esas recomendaciones. El personal manifestó preconcepciones que la población posee respecto al tema de la alimentación, como lo son las costumbres y mitos preconcebidos, la influencia familiar, social y económica y la poca credibilidad en el personal de apoyo (el personal manifestó que la población brinda la última palabra al personal médico).

Si bien, estas limitantes atañen al estadio de cambio en que se encuentran los individuos de una población, ellas afectan la replicación de la información, dado que el personal prefiere evitar la confrontación con el paciente, al saber que el mismo va a estar renuente ante algunas de las recomendaciones.

Por tanto, esto señala un personal de salud que no posee la seguridad y el empoderamiento ante el manejo de los temas de educación nutricional que brinda a la población. A ello se suma la disociación entre el personal de apoyo y el personal médico, perdiendo el respaldo y la misma línea de ideas que deberían existir entre un equipo de salud.

Asimismo, la credibilidad que demuestre el personal ante las recomendaciones que se brindan (especialmente, considerando que algunos comparten los mitos y costumbres que existen la población), es fundamental para la educación de la población, y en ello radica parte del convencimiento que se genere en un individuo ante determinado tema. No dejando de lado, la concientización y manejo del estadio de cambio que cada paciente muestre durante las intervenciones.

Respecto al proceso de supervisión del personal de ATAPS, se presentaron limitaciones durante la calendarización de las sesiones, ya que, la jefatura de enfermería y ATAPS hizo una serie de reprogramaciones de las sesiones. Especialmente con la segunda sesión con ATAPS, dado que se trasladó la sesión a mediados del último mes de práctica. La jefatura manifestó haber tenido que reprogramar las actividades del personal a última hora, saturando el tiempo del mismo, por lo que refirió no poder “estar sacando al personal”.

Además, debido a esta disposición, solo dos de los ATAPS lograron llevar a cabo la implementación de las recomendaciones brindadas durante las sesiones, dado que el resto del personal, no realizó las visitas domiciliarias. Sin embargo, el aporte de ambos ATAPS fue insumo para la modificación de la guía de recomendaciones construida.

Cabe resaltar que, dicha información (la suspensión las visitas domiciliarias) fue comunicada por la jefatura del departamento al inicio de la primera sesión, lo que, no solo obstaculizó el proceso de supervisión de la estrategia, sino que revela una desacreditación hacia el estudiante. La jefatura informó del cambio de trabajo frente al personal, sabiendo de antemano la metodología establecida para las capacitaciones, lo que pudo haber anulado la credibilidad del estudiante en la capacitación y afectó directamente el proceso de supervisión de la estrategia.

Finalmente, no fue posible realizar las supervisiones del personal médico debido a las modificaciones experimentadas en el cronograma establecido. Los pocos espacios disponibles para la concertación de espacios con el personal, aunado al retraso del desarrollo de las sesiones hasta los meses de octubre y noviembre (siendo este último mes donde se brindaron las recomendaciones), imposibilitó el proceso de aplicación del conocimiento y supervisión del personal.

En general, tanto las capacitaciones del personal, como la posterior supervisión de los mismos, fueron dificultados por las distancias existentes entre el CAIS y los puestos de salud, la falta de espacios adecuados para desarrollar las sesiones, la falta de tiempo y de colaboración

por parte de algunos funcionarios, así como, indisposición por parte de algunas jefaturas de contemplar la realización de cualquier tarea que no fuera parte del compromiso de gestión.

Sin embargo, los resultados y la aplicación de las acciones de educación planeadas por el personal, con la población, estuvieron supeditados al involucramiento del personal, lo que contribuyó al alcance de parte de los objetivos determinados para su capacitación, y constituye un facilitador para el desarrollo de la función de capacitación que debe realizar el profesional en nutrición en el primer nivel de atención. Parte del personal fue anuente a cambiar su forma de realizar el trabajo e inclusive cree meritorio modificar las acciones que realizan diariamente. Además, el apoyo para la realización de las estrategias por parte de las jefaturas y la localización de espacios dentro de la agenda previamente establecida para el año, fueron claves para llevar a cabo la capacitación.

Cabe resaltar que, si bien, durante el desarrollo de las estrategias de capacitación y supervisión del personal médico, de enfermería y ATAPS, el personal refirió estar anuente en la aplicación de las recomendaciones que fueron generadas durante las sesiones y manifestó considerar las necesidades del paciente y priorizar las acciones a realizar en cada caso, es necesario resaltar que la implementación y las acciones realizadas dependen del empoderamiento (su actitud y deseo de fungir como promotor de la salud) que posea cada funcionario. Este tipo de acciones al no estar descritas en el Compromiso de Gestión y no cumplir con las especificaciones del mismo (la atención al paciente en lapsos de 12 minutos y con seguimientos de cada 4 meses, debido a las metas establecidas) no son exigidas al personal, por lo que es de suma importancia la conciencia y el compromiso de los funcionarios ante la desarrollo de acciones que permitan educar a nivel nutricional a la población.

Asimismo, la actitud y el planteamiento de las jefaturas son fundamentales en el éxito de la replicación posterior de la información que se brinda en las capacitaciones. De no existir un apoyo en el proceso, es factible que la información no pase más allá del personal.

Finalmente, uno de los objetivos fundamentales de ambas estrategias de, capacitación y supervisión del personal y gestión de acciones educativas, fue plantear con el personal acciones que permitieran aplicar el conocimiento adquirido durante las capacitaciones con la población. El cuadro 14 muestra las acciones planeadas durante la capacitación para ser ejecutadas por el personal de enfermería, ATAPS y médico, para la aplicación del conocimiento adquirido en su quehacer diario.

CUADRO 14
ACCIONES PLANTEADAS PARA LA APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO
ADQUIRIDO DURANTE LAS CAPACITACIONES AL PERSONAL MÉDICO,
ENFERMERÍA Y ATAPS.

PERSONAL	ESCENARIOS DE ACCION	ACTIVIDADES PROPUESTAS	RECURSOS	INVOLUCRADOS	PERIODO DE EJECUCIÓN
ATAPS	Familiar Educativo	Incorporación de la educación al plan educativo del departamento de ATAPS	Guía de recomendaciones	Jefatura de enfermería ATAPS	A partir de enero de 2013
ENFERMERÍA	Clínico	Incorporación de la educación al plan educativo del departamento	Material escrito para el paciente	Jefatura de Enfermería Enfermería	A partir de enero de 2013
PERSONAL MÉDICO	Clínico	Clínicas de Crónicos			
		Incorporación de recomendaciones nutricionales en la consulta y en espacios de espera	Guía de recomendaciones	Jefatura del Área de Salud	
		Sesiones educativas mensuales con la población	Audios y pantallas con pautas nutricionales	Equipo de Apoyo	Indefinido
		Apoyo visual y auditivo en la sede y EBAIS	Material audio visual diseñado	Médicos	
		Boletines informativos en video en espacios concentrados como emergencias o las salas de espera			

Con el personal médico fue posible generar una lluvia de ideas sobre las formas que ellos consideraban factibles de poner en práctica los conocimientos adquiridos.

Por su parte, el personal de enfermería se mostró renuente a plantear e implementar otras acciones para poner en práctica el conocimiento adquirido, limitando su aporte a la de educación durante la pre consulta en el escenario clínico. Sin embargo, los ATAPS, aún cuando se encuentran dispuestos al desarrollo de diversas acciones de educación, como fue mencionado, se encuentran limitados al cumplimiento de visitas y tareas administrativas, por lo que, bajo las condiciones actuales, las acciones de replicación se limitan al escenarios familiar, durante las visitas.

Bajo estas circunstancias se decidió discutir con la jefatura de los departamentos de ATAPS y enfermería, una estrategia factible para la diseminación de la información, tanto a nivel de enfermería como ATAPS, sin embargo, no se mostró anuente a la idea de implementar otras acciones y manifestó que la aplicación de la información no debería ser responsabilidad única de estos departamentos, y sugirió, que la única posibilidad era la inclusión de los temas en el plan de trabajo del año venidero.

El planteamiento de estas actividades es un preámbulo a la posibilidad de generar y promover nuevas acciones en educación para la población del Área de Salud Los Santos. Aun cuando se instó a los involucrados proponer acciones factibles, viables y que pudieran ser prolongadas en el tiempo, la ejecución de las acciones planteadas está supeditada a la decisión y directrices que tome el Área de Salud. Este factor es por tanto una barrera y un facilitador, dado que de la decisión que se tome en las diversas instancias, el empoderamiento del personal y las directrices que se devenguen desde la jefatura general del Área de Salud, dependerá la aplicación del conocimiento y la incorporación de estrategias de salud a los planes actuales de trabajo, afectando además, la educación e impacto que se genere en la población.

b. Estrategias de capacitación y supervisión de los funcionarios del Área de Salud Los Santos y gestión de acciones educativas, “Promoviendo mi salud y la de los demás”

La tercera estrategia dirigida a la capacitación y supervisión del personal se concentró en la propuesta hecha por la jefatura médica y médico de familia para formar promotores de salud en los funcionarios de los diversos departamentos del Área de Salud.

En general las tareas de promoción de salud y prevención de la enfermedad tradicionalmente son realizadas por el personal de salud. Sin embargo, el impacto podría ser mayor si se considerará el desarrollo de estrategias con todo el personal del área, ya que la salud de la población no es responsabilidad única del personal médico, de enfermería o ATAPS, sino de cada individuo que se relaciona diariamente con la población adscrita, por ejemplo conductores de ambulancia, misceláneos, guardias de seguridad, entre otros.

Por ello, a partir de la solicitud realizada por el Área de Salud y el médico de medicina familiar, de llevar a cabo la valoración nutricional de todos los funcionarios y la planificación y ejecución de un programa para educar y mejorar la condición de salud de los mismos, se planteó la posibilidad de realizar la formación de promotores de la salud. De esta manera se impulsaría, no solo la mejora de la condición de salud de estos funcionarios, considerando que son parte de la población y corresponden a individuos dentro del escenario laboral, sino que se generaría en ellos promotores de la salud que pudiera educar a la población que contactan diariamente.

Como fue solicitado, previo a la estrategia, se realizó una valoración nutricional voluntaria en los funcionarios, aun cuando la misma no correspondió a los objetivos de la práctica, fue llevada a cabo por voluntad de la estudiante y utilizada posteriormente como un vehículo para el desarrollo de unas de las estrategias de capacitación.

En dicha valoración se consideró antropometría (peso, talla, índice de masa corporal, porcentaje de grasa y edad metabólica), bioquímica (hemograma, perfil lipídico, electrolitos, ácido úrico, glicemia y pruebas de función hepática y renal), antecedentes personales y

familiares y toma de presión arterial, con las que se determinó el estado nutricional de los funcionarios.

Se encontró que, el 50% de los funcionarios padecen sobrepeso u obesidad, mientras un 72% poseen porcentajes de grasa por encima de lo recomendado. Aunado a estos resultados se encontró que el 14,4% de los funcionarios presenta alteraciones en la glicemia, el 39,4% poseen alteraciones en el colesterol total, el 35,1% presentan alteraciones en el LDL colesterol, el 70,8% presentan valores de HDL bajos y el 39,4% poseen alteraciones en los triglicéridos. Lo que refleja por tanto, el estilo de vida inadecuado que posee cada uno de los funcionarios medido por indicadores antropométricos y bioquímicos.

Al comparar los resultados con aquellos referidos a nivel nacional, donde se estima que la prevalencia de dislipidemias es el 25,3% y que la prevalencia de diabetes es del 10,8%, se observa que los funcionarios del Área de Salud Desconcentrada Los Santos no se exentan de la realidad nacional, habiendo inclusive una mayor prevalencia en cuanto a dislipidemias (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011). Es importante destacar que a nivel de diabetes las cifras no pueden ser comparadas directamente, dado que en los resultados del Área de Salud se consideró la alteración de la glicemia por encima de 100mg/dl.

Asimismo, es importante señalar que, si bien se consideró la toma presión arterial, los resultados de la prueba fueron incompletos, ya que una importante parte de los funcionarios no se realizaron el examen. Sin embargo, a nivel nacional se estima una prevalencia del 37,8% de la población, y considerando los resultados obtenidos en los otros parámetros, es posible que la realidad del Área sea similar a la nacional.

Estos datos sustentan la necesidad de generar intervenciones en los funcionarios, como parte del escenario laboral, considerando además un medio de inicio para retomar las acciones dirigidas a este escenario que ha sido relegado.

Al considerar la alta prevalencia de enfermedades crónicas encontradas en el Área de Salud, y a partir de los acuerdos tomados con el médico de medicina familiar y la jefatura del Área, se decidió trabajar con un grupo de funcionarios con alto riesgo en su condición de salud (25 del total de aproximadamente 175 funcionarios), los cuales fueran conscientes de la importancia del cambio en su estilo de vida y en la población en general. Por ello, cada participante fue invitado y se solicitó aceptar pertenecer a la estrategia, solo si sentían el deseo de generar un cambio personal y con las personas con las que trabajan diariamente.

Previo al desarrollo de las sesiones de capacitación determinadas en la estrategia, se gestionó con la jefatura del Área de Salud el horario y los espacios disponibles para realizar las sesiones. Además, se solicitó comunicar a las jefaturas de los diversos departamentos su aval ante el proyecto. La jefatura estuvo anuente y ofreció la colaboración pertinente. Por ello, brindó un espacio de 1 a 3 de la tarde, los viernes cada quince días, durante los meses de agosto, setiembre y octubre. Informó a las jefaturas los intereses de la estrategia y solicitó su colaboración para el desarrollo de las mismas.

Los datos presentados a continuación son los resultados obtenidos durante el desarrollo de la estrategia.

CUADRO 15
ALCANCES OBTENIDOS EN LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN, CAPACITACIÓN Y
SUPERVISIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA
LOS SANTOS “PROMOVIENDO
MI SALUD Y LA DE LOS DEMÁS”

INDICADOR	RESULTADO
NÚMERO DE SESIONES	6
TOTAL DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS	21
DEPARTAMENTOS INVOLUCRADOS	Enfermería ATAPS Médico Administración Redes Farmacia Microbiología Servicios Generales
TEMAS DESARROLLADOS	Alimentación Saludable Actividad Física y Ejercicio Prevención de la Diabetes Mellitus Prevención de la Hipertensión Prevención de las Dislipidemias Estrategias de replicación – estadio como promotor de salud
PRODUCTOS RELEVANTES DURANTE EL PROCESO	Involucramiento en las actividades para la feria de la salud. Empoderamiento del personal de los diferentes departamentos del Área de Salud, respecto a su responsabilidad como promotores de salud. Planeación de 6 estrategias de aplicación

Previo al inicio de la capacitación, se invitó a 25 funcionarios de todos los departamentos del Área, que se consideró podrían verse beneficiados del mismo. Dos de los invitados rechazaron la propuesta y el lugar fue cedido a 2 funcionarios que habían manifestado previamente el deseo de participar en el curso. Por tanto, se dio inicio a la capacitación con un

total de 25 funcionarios que acudieron a las sesiones por su propia voluntad y comprometidos a las condiciones planteadas en el curso, de los cuales el 84% finalizó el curso.

El fundamento de la estrategia se basó en la adquisición de los conocimientos necesarios para promover la salud, la experimentación de los funcionarios al aplicar los cambios a su vida y el establecimiento de estrategias para la replicación de la información con la población adscrita al Área de Salud. Por ello, se nombro “Promoviendo mi salud y la de los demás”.

Con esta estrategia de capacitación se pretendió probar la factibilidad y éxito de involucrar al personal de todos los departamentos, respaldando la premisa que la promoción de la salud involucra a todos los individuos. De esta manera, la experiencia fue un insumo para respaldar este tipo de acciones y replicarla con los demás funcionarios.

La capacitación se desarrolló en cuatro fases, las primeras tres simultáneas e incluyeron: la construcción de conocimientos con los participantes en una sesión por tema, la aplicación de esos conocimientos a nivel personal para mejorar su condición de salud y - el seguimiento del progreso en cada uno de los individuos, y finalmente, la formulación de las estrategias a seguir para la replicación de los conocimientos en la población. Como se observa en el cuadro 15 se desarrollaron seis sesiones práctico teóricas y una reunión final.

La evaluación final de la capacitación consistió en el planteamiento, por parte de los funcionarios, de una propuesta donde se replicara los conocimientos aprendidos con la población. La misma se solicitó ser factible y compatible con las respectivas funciones de cada uno de los participantes. Esta propuesta fue aplicada y evaluada por los mismos funcionarios, posterior a la aprobación de las mismas por parte de la nutricionista, y fue discutida posteriormente en el proceso de supervisión y acompañamiento en el mes de noviembre.

Además, dado que esta fue la primera experiencia con este tipo de estrategias, fue necesario construir un protocolo de trabajo, para la replicación posterior con los demás funcionarios del Área de Salud, para ser dirigido la próxima vez por el médico de medicina

familiar. Dicho protocolo fue entregado al departamento de Medicina Familiar, al finalizar la práctica al Área de Salud, en formato digital.

En general, como se observa en el cuadro 15, durante cada sesión se tuvo un promedio de asistencia de diecisiete personas. Cinco de los participantes acudieron a todas las sesiones, mientras que los otros se ausentaron en un promedio de dos oportunidades. Al cuestionar las ausencias de los involucrados se señalaron una serie de factores que imposibilitaron su llegada, como lo fueron: reuniones externas, periodos de vacaciones, recargo de pacientes, atención de emergencias y la falta de sustitución en su puesto. En su mayoría las limitantes corresponden a la organización realizada en cada departamento, aunque se solicitó desde el inicio a las jefaturas la concesión del personal en el horario establecido. Este aspecto dificultó el proceso de educación del personal, lo cual pone nuevamente en evidencia la priorización de las jefaturas ante las acciones curativas, respecto al valor que se le da a las acciones de educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otra parte, un factor que facilitó el desarrollo de las sesiones y la planeación de las estrategias, fue la anuencia del personal y su participación en las actividades. Más del 90% de los participantes se involucraron de manera activa en cada sesión. Asimismo, se empoderaron del rol como promotores de salud, sin importar el puesto que desempeñan, obteniendo una mayor seguridad y un cambio en la perspectiva de la labor que desempeñan en sus respectivos departamentos. Cabe señalar que dos de los funcionarios se mostraron apáticos en las sesiones, interfiriendo en ocasiones en las actividades, desacreditando la información y poniendo en duda la efectividad de las recomendaciones, lo cual, aunque fueron claramente una pequeña minoría, siempre afectó el trabajo desarrollado como referente técnico.

Asimismo, la presencia y apoyo de la jefatura del Área, aunado a la mediación y apoyo del médico de familia durante las sesiones, facilitó el desarrollo de la estrategia. Su participación permitió la ratificación de la información brindada, así como, la conciliación en momentos de renuencia del personal durante la planeación de las estrategias, validando el trabajo desarrollado y la importancia del mismo.

Sin embargo, existieron algunas limitantes durante el proceso que afectaron el resultado final del mismo. La principal barrera fue la desacreditación que sufrió el curso por parte del personal no involucrado en el programa. Al ser un curso de nutrición, se generó en el Área la idea de que era un programa para personas con sobrepeso y no para desarrollar promotores de salud, aun cuando el objetivo del programa fue señalado durante las retroalimentaciones que se hicieron con todo el personal. Esto generó desmotivación en los participantes, afectando en algunos el desempeño final en la planeación y la implementación de las propuestas y por ende debilitando el objetivo de la estrategia de establecer diversas acciones de educación con la población.

Otra de las barreras registradas fue la resistencia del personal a cumplir con las asignaciones brindadas en cada sesión. Los funcionarios manifestaron olvidar las tareas, o en su defecto olvidar registrar los resultados. Este factor no afectó directamente la labor del nutricionista. Sin embargo, esta resistencia pudo haber afectado el proceso de aprendizaje de los funcionarios y el enriquecimiento de su visión como promotores de salud, dado que, el objetivo de los ejercicios era que los participantes experimentaran los procesos de concientización y cambio desde su experiencia personal.

Por otra parte, el método de selección del personal que iba a participar en el curso fue relevante durante el proceso. Aún cuando los involucrados accedieron asistir voluntariamente a la capacitación, es posible que no todos se encontraran en un estadio de cambio (anuentes a cambiar) que permitiera generar cambios significativos en su propio estado de salud, lo que dificultó la capacitación. Este factor generó en algunos participantes desmotivación al verificar los pocos resultados obtenidos a nivel personal. Sin embargo, fueron conscientes que dichos resultados dependieron de cada uno de ellos.

A nivel de promoción de la salud, uno de los resultados fue la inclusión de los participantes de la capacitación en una feria de salud desarrollada en el Área, la cual surgió a partir de la directriz brindada por la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur. A los participantes se les solicitó la planificación y desarrollo de una serie de actividades para la feria

de la salud, que promovieran la salud de la población adscrita. Las actividades ejecutadas por los participantes se muestran a continuación.

CUADRO 16
ACTIVIDADES PLANEADAS POR LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMAS DE
PROMOTORES DE LA SALUD DEL ÁREA DE SALUD LOS SANTOS, PARA LA FERIA
DE LA SALUD 2012.

RESPONSABLES	ACTIVIDAD DESARROLLADA
Enfermería	Sesión de aeróbicos para adulto mayor
Transportes	Caminata
Servicios Generales	Aeróbicos para el público general
Médicos – ATAPS	Stand Alimentación Saludable
Microbiología – Farmacia	Divulgación de la feria

Si bien, inicialmente parte del personal se mostró renuente a planear actividades que, en algunos casos no iba a ser posible desarrollar personalmente, los participantes trabajaron en conjunto y lograron generar actividades de promoción de la salud para los diferentes grupos etarios, promoviendo un trabajo conjunto entre los diversos departamentos del Área de Salud.

Finalmente, el principal objetivo de la capacitación fue la planeación de acciones acordes a cada departamento, que permitieran la aplicación del conocimiento con la población. El 50% de los funcionarios presentó su propuesta de trabajo, de ellas tres de las estrategias fueron probadas, lo cual se dio gracias al apoyo y la anuencia de las jefaturas de sus respectivos departamentos. Las estrategias y sus respectivas características se muestran a continuación.

CUADRO 17
ACCIONES PLANTEADAS PARA LA APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO
ADQUIRIDO DURANTE LAS CAPACITACIONES DEL PROGRAMA DE
PROMOTORES DE SALUD DEL ÁREA DE SALUD LOS SANTOS.

RESPONSABLES	TEMA DESARROLLADO	ESTRATEGIA ¹	INICIO DE EJECUCIÓN
Jefatura médica	Alimentación Saludable	<p>Incorporación de mensajes en la correspondencia del Área de Salud</p> <p>Aprovechamiento de los pequeños espacios en las circulares, se añadirá un mensaje que promueva la alimentación saludable.</p>	30 de octubre de 2012
Personal REDES	Alimentación Saludable	<p>Mensajes de alimentación saludable:</p> <p>Entrega semanal de un mensaje corto el cual es anexado a las tarjetas de citas de los usuarios</p>	26 de octubre de 2012
ATAPS – Enfermería	Prevención de Diabetes	<p>Panfleto Informativo</p> <p>Construcción de un panfleto que contiene la información nutricional relevante de la enfermedad. Este se entregará en la preconsulta de enfermería y la visita de ATAPS</p>	Enero 2013
Médico	Actividad Física	<p>Espacios de actividad física.</p> <p>Gestión de un espacio para el desarrollo de sesiones de aeróbicos para la comunidad de San Lorenzo, promoviendo la actividad física en la población perteneciente a la comunidad</p>	No especificado

Microbiología Farmacia	Alimentación Saludable	Informativos nutricionales Entrega de recomendaciones nutricionales en las ventanillas de microbiología y farmacia adjuntos a los exámenes de laboratorio o medicamentos.	15 octubre de 2012
Servicios Generales	Prevención de Hipertensión	Afiches informativos Elaboración de carteles informativos colocados en los puestos de trabajo se informará a la población acerca de la enfermedad y las recomendaciones nutricionales para prevenirla. (Se solicita la ayuda del personal médico para el refuerzo del tema)	Noviembre 2012

¹ El anexo K muestra los materiales desarrollados.

Aún cuando el planeamiento de las acciones para la aplicación del conocimiento adquirido, fue uno de los puntos clave de la estrategia y los funcionarios acordaron cumplirlo, algunos departamentos (como el de transportes, enfermería y administración) no entregaron el plan. Cuando se les cuestionó acerca de la falta del mismo, la respuesta fue escueta, alegando poco tiempo para su planeación y aduciendo que su implementación radicaba en la implementación de lo aprendido con su medio inmediato (familia, amigos y compañeros). Cabe destacar que, la mayoría de los funcionarios de estos departamentos mostraron una mayor resistencia al cambio también a nivel personal. Por lo que, los pocos resultados individuales obtenidos, pudieron haber afectado la disposición de estos participantes para desempeñarse como promotores de salud.

Asimismo, la dinámica laboral a la que está acostumbrado este personal puede ser un factor que influyera en el compromiso y planeación de los participantes, por lo que el objetivo

no obtuvo la respuesta deseada. Esta afirmación se respalda con uno de los comentarios de un participante:

“Tenemos que aceptar que fue una gran experiencia, pero en este ambiente laboral hay prioridades que surgen de la nada que tenemos que cumplir, por eso no estamos acostumbrados. Y también es curioso porque es la primera vez que trabajamos también para nosotros, mientras trabajamos para otros” (enfermera, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

Los departamentos de REDES, Farmacia y Microbiología lograron ejecutar sus acciones de educación antes de finalizar la capacitación, implementaron como estrategia propia la inclusión de los demás funcionarios de su departamento para la replicación de los mensajes. Esta estrategia fue útil para los funcionarios de REDES, los cuales contaron con el apoyo de todo el departamento para la preparación de material y aplicación de la estrategia de educación. Sin embargo, no fue así con los funcionarios de Farmacia y Microbiología, los cuales señalaron tener dificultades con la construcción del material, debido a que el peso se recargó sobre los dos participantes del curso. Este factor pudo haber funcionado en contra, dado que generó una desmotivación en los participantes y podría haber afectado el proceso de implementación.

Aún cuando la planeación e implementación de acciones de replicación no fueron las esperadas, dado que, solo 12 de los 21 participantes generaron una acción de educación para la aplicación del conocimiento (aun cuando los restantes participantes manifestaron utilizar el conocimiento en su vida personal y con su círculo familiar y laboral), la capacitación causó un proceso de sensibilización del personal ante la importancia del desarrollo de acciones de educación con la población. Los siguientes comentarios secundan dicha afirmación:

- *“Es importante incluir a los otros funcionarios, yo nunca consideré sentirme mal por estar aquí, por el contrario, lo agradezco. Pero creo que el resto de funcionarios creyeron que están bien y no es cierto. Estamos peor que cualquier otro gremio y lo peor es que nuestro objetivo es brindar educación a la gente”* (enfermera, Estrategia de

capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“El curso no lo aprovechamos como debiéramos, nos faltó explotarlo al máximo, fue como si ocupáramos que nos lleven de la manita, pero la realidad es que en todos los escenarios en los que trabajamos es sumamente necesario, por eso tenemos que aplicarlo”* (ATAPS, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“Realmente nosotros hicimos mal las cosas, así es como me siento. Pero vea, cuando hicimos la feria estuvo muy bonita, salió bien, así es como tenemos que hacer las cosas. El punto es que ahora que empezamos no podemos abandonarlo, tenemos que ponernos las pilas y cumplir”* (miscelánea, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

A partir de estos hallazgos se resalta que, la sensibilización del personal, en cuanto a la importancia de desarrollar acciones de educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es el primer paso para lograr resultados en este tipo de estrategias de capacitación. Además, demuestra que es posible entusiasmar al personal para realizar el trabajo en equipo, sin embargo, es necesario la presencia de un líder que promueva y apoye el trabajo interdisciplinario.

Dados los hallazgos obtenidos con esta experiencia, durante el desarrollo de la estrategia se construyó y modificó una guía de trabajo que permita a nuevos estudiantes en conjunto con el médico de medicina familiar replicar la estrategia de promotores de la salud.

Finalmente, aun cuando el objetivo principal de esta estrategia de gestión capacitación y supervisión se dirigió a la formación de personal que promoviera la salud de la población, las sesiones paralelamente fueron un vehículo para fomentar el cambio del estado de salud de los funcionarios participantes. Durante el desarrollo de las sesiones los participantes lograron una serie de cambios personales a nivel bioquímico y antropométrico, los cuales se presentan en el anexo L. Es fundamental considerar el estadio de cambio de cada individuo y por ello, reconocer que

no todos los participantes lograron cambios significativos en su estado de salud. Sin embargo, es necesario enfatizar que, es factible la mejoría en el estado de salud de los participantes, si se continúa trabajando con los funcionarios. Algunos de los comentarios de los participantes se muestran a continuación.

- *“Ahora soy más crítico con mi familia y conmigo. Antes no me preocupaba por como comíamos y lo que comprábamos, pero ahora estoy consciente de eso”* (médico, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“Muchos saben que yo tenía que bajar de peso porque el doctor me dijo que si no, no me operaban, pero gracias a lo que ustedes hicieron y me enseñaron bajé 6 kilos y el doctor me dijo que podría inclusive no necesitar la operación. Veán yo antes no caminaba ni 100 metros, y al principio peleaba con mi esposo que iba detrás de mí en el carro por si caía, pero ahora camino todos los días y no caigo, incluso ya se acostumbraron en mi casa y saben que esto es positivo para mí”* (enfermera, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“Yo tengo que aceptar que en mi casa no podían faltar los panes y los quesos maduros, pero hemos cambiado la manera en la que comemos. Ahora se hacen todos los tiempos de comida en la casa, comemos más ensaladas y frutas. Empecé a hacer ejercicio y eso me valió perder casi 3kg, pero sobretodo, revertir la alteración que tuve en la primera glicemia que hicieron”* (médico, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“Ahora soy más consciente de lo que compró y aprendí que comer sano no es comer caro, no es cuestión de cuánta plata se tenga, es que alimentos se escogen”* (miscelánea, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

Si bien no todos los funcionarios lograron cambios a nivel antropométrico o bioquímico, fueron sensibilizados ante la importancia de hacer cambios en su alimentación y estilo de vida,

y como se mencionó anteriormente, ante la necesidad de replicar dicho mensaje con la población.

Por tanto, la aplicación de las acciones educativas planeadas por el personal y el refuerzo de los logros obtenidos con las mismas, en última instancia dependerá de las directrices generadas por cada jefatura, la conciencia y empoderamiento de los funcionarios, y en último lugar, de la capacitación y apoyo de los otros funcionarios del Área de Salud. Por ello es fundamental instar a la continuidad de las capacitaciones, tanto para el personal de salud, como para el personal de apoyo.

2. Acciones de participación activa por parte del nutricionista en la Atención Primaria en Salud en los diferentes campos de acción.

El profesional en nutrición a nivel de atención primaria, debe además colaborar en el fomento y desarrollo de actividades enfocadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en los diferentes grupos de la población. Por ello, durante el desarrollo de la práctica se colaboró con una serie de actividades que se desarrollan en el Área de Salud, vinculadas con la alta prevalencia de enfermedades crónicas, y la educación a nivel de promoción de estilos de vida saludables en las diversas etapas de la vida (como es referido en el cuadro 3). Se realizó además, un breve apoyo en la Clínica de Cuidados Paliativos, debido a que la unidad no cuenta con un nutricionista. A continuación se describen el aporte realizado en estas estrategias.

- a. Acciones planteadas en la propuesta de trabajo y ejecutadas
 - i. Curso de preparación para el parto

El Área de Salud lleva a cabo un programa interdisciplinario de preparación para el parto, el cual se imparte en los diferentes EBAIS. Dicho programa pretende crear los cimientos que permitan establecer una relación de confianza entre la madre y el servicio de salud, planificando

el parto en condiciones seguras y ayudando a la familia a prepararse en la buena crianza del niño. Además plantea la intervención oportuna a nivel de la madre y el niño para la correcta lactancia, ablactación, planificación familiar, entre otros.

El programa cuenta con profesionales en medicina, trabajo social, psicología y enfermería. Sin embargo, con la presencia de la estudiante de nutrición en el Área, surgió el interés de insertar el tema de la alimentación durante el embarazo, la lactancia y la ablactación, dado que en ocasiones anteriores no fueron incluidos, al no contar con un profesional de nutrición (Arley M., comunicación personal, 28 de junio de 2012).

Partiendo de esta necesidad, y considerando además la alta prevalencia de consultas prenatales en el Área de Salud, durante el desarrollo de la práctica, se colaboró en la incorporación del componente alimentario nutricional, necesario en estas etapas de la vida.

Además, se instó a que posterior a la práctica, los temas fuesen replicados en futuros cursos de parto, por lo que los temas desarrollados durante la sesión brindada, fueron parte de los contenidos en las capacitaciones del personal de enfermería y ATAPS (dentro de la estrategia de capacitación y supervisión de dicho personal), de esta manera es factible continuar con el desarrollo de esta temática, dado que el personal fue preparado para su replicación.

La sesión de alimentación y nutrición durante el embarazo, la lactancia y la ablactación fue replicada en cinco EBAIS, con madres embarazadas captadas en la consulta.

ii. Clínica interdisciplinaria del Adulto Mayor

La clínica interdisciplinaria de la persona adulta mayor nace como parte de la necesidad de la intervención a nivel integral de este grupo etario con riesgo social, emocional o biológico. La misma, forma parte de las acciones señaladas en el Compromiso de Gestión y en el Plan de Gestión Local. Esta posee dos ejes de trabajo, la atención integral al paciente y el aprendizaje de temas relevantes a su condición de salud por medio de sesiones educativas. Los pacientes

son referidos por parte de los médicos de EBAIS y, a partir de la valoración del médico de Medicina Familiar, son incluidos en la clínica interdisciplinaria de la persona adulta mayor.

Dicha clínica posee un equipo interdisciplinario conformado por medicina familiar, psicología, trabajo social y farmacia. Sin embargo, de acuerdo al interés referido por la médico de familia y, al no contar con un profesional en nutrición, se solicitó la colaboración del estudiante para desarrollar el tema de alimentación saludable en la persona adulta mayor, ya que, existe una deficiencia en el conocimiento, en lo que respecta al manejo del estado nutricional y educación nutricional que se le brinda a los adultos mayores (Jiménez, L, comunicación personal 7 de junio de 2012).

Por ello, se desarrolló una sesión en cada uno de los cinco grupos existentes de adulto mayor (los cuales constaban en promedio de siete personas por grupo), en la cual se brindaron las recomendaciones básicas para una alimentación adecuada. Además, paralelamente, en cada sesión se valoró, de manera individual, la condición de salud y el progreso de los pacientes, de acuerdo a sus necesidades, considerando también el componente alimentario nutricional en los casos que fue meritorio.

iii. Sesión de alimentación saludable para el grupo de adultos mayores de San Antonio

El grupo de adultos mayores de San Antonio es un grupo formado en la comunidad de San Antonio de León Cortés, el cual vela por la recreación, proactividad social y estado de salud óptimo de sus integrantes y que cuenta con el apoyo del departamento de trabajo social.

Como parte de las acciones de promoción de la salud a nivel comunitario, se accedió a brindar una sesión de alimentación saludable con dicho grupo, a partir de la solicitud realizada por el departamento de trabajo social y considerando que durante el año se consolidaron los lazos entre la organización y el Área de Salud, así como, la necesidad e interés manifestada por

el grupo. En general, la sesión se concentró en recomendaciones nutricionales básicas para el adulto mayor y se desarrolló en un lapso de dos horas.

iv. Charla de nutrición con el grupo de cuidadores de pacientes no oncológicos

A partir de la solicitud realizada por el personal de la Clínica de Cuidados Paliativos (medicina, enfermería, trabajo social, psicología y terapia física), se colaboró con una sesión dirigida a los cuidadores de pacientes no oncológicos (pacientes con una condición de vida limitada por el padecimiento de enfermedades progresivas, sin posibilidad de tratamiento curativo y que presentan complicaciones que repercuten la calidad de vida). En ella, se brindaron las recomendaciones generales a nivel nutricional para los pacientes no oncológicos de Cuidados Paliativos. El fin fue brindar un breve apoyo a la unidad, la cual carece de un referente en nutrición que abarque dichos temas.

La descripción de las acciones educativas realizadas en los espacios descritos anteriormente, se resumen a continuación en el cuadro 18.

CUADRO 18
DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN REALIZADAS POR EL NUTRICIONISTA A NIVEL DE
ATENCIÓN PRIMARIA, ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012.

ACCIONES	DEPARTAMENTOS INVOLUCRADOS	POBLACIÓN META	ENFOQUE DE LA INTERVENCIÓN Y ACCIONES DESARROLLADAS	TEMAS EXPUESTOS	NÚMERO DE PERSONAS CAPTADAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES
Curso de preparación para el parto	Medicina Enfermería Trabajo Social Psicología	Madres e infantes de los EBAIS: San Isidro San Antonio Llano Bonito San Marcos San Pablo	Promoción de la salud	Recomendaciones nutricionales para las etapas del embarazo, lactancia y ablactación del niño	48	5
Clínica Interdisciplinaria de Adulto Mayor	Medicina Farmacia Trabajo Social Psicología	Adultos mayores del Área de Salud Los Santos	Promoción y prevención	Recomendaciones nutricionales para el adulto mayor	25	15 sesiones: 5 sesiones de educación nutricional y 10 sesiones de acompañamiento al personal de la clínica

Sesión educativa dirigida al grupo de Adulto mayor de San Antonio	Trabajo Social	Grupo comunal de adultos mayores de San Antonio de León Cortés	Promoción de la salud	Generalidades de alimentación saludable	17	1
Sesión educativa dirigida al grupo de cuidadores de pacientes no oncológicos	Equipo interdisciplinario de Cuidados Paliativos: Medicina Enfermería Trabajo Social Psicología Terapia Física	Pacientes de cuidados paliativos no oncológicos del Área de Salud	Prevención de enfermedades	Recomendaciones nutricionales básicas para	11	1

A nivel general, la inserción de un profesional en nutrición en actividades como las referidas en el cuadro anterior, es fundamental para brindar una educación integral a la población. Sin embargo, esta inserción puede ser facilitada o dificultada de acuerdo a la conciencia e interés que muestre el personal de salud en la inclusión del componente nutricional a las actividades que se realicen en el Área de Salud y al apoyo que se obtenga para el desarrollo de las temáticas.

En el caso del desarrollo de la práctica, desde un inicio el personal del Área de Salud Desconcentrada Los Santos se mostró interesado y deseoso de incorporar dentro de las actividades programadas al profesional en nutrición. Este factor, aunado al apoyo de la jefatura del Área de Salud, fueron facilitadores que permitieron la inserción del estudiante en las acciones previamente descritas, las cuales se dirigen a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en diversos sectores de la población.

Es importante señalar que estas actividades, en las que se incorporó al profesional en nutrición, poseen un enfoque integral, donde se abarca, no solo el escenario clínico, sino el comunitario. El desarrollo de este tipo de estrategias no solo amplía la cobertura de pacientes, sino que se acopla al perfil teórico de trabajo que debería ser desarrollado a nivel de atención primaria.

Durante cada una de las sesiones realizadas se contó con el apoyo y la participación del personal involucrado, complementando la información brindada a los participantes y brindando la acreditación al estudiante como referente técnico en nutrición. Sin embargo, a nivel particular, en la Clínica Interdisciplinaria de Adulto Mayor, una dificultad que se presentó fue que en ocasiones algunos facilitadores debieron retirarse, lo que limitó en el apoyo de las sesiones y sobrecargó al personal restante, dificultando la atención de los pacientes.

Por otra parte, a nivel general en cada actividad en la que se colaboró, los participantes se mostraron anuentes y participativos. Se involucraron de manera activa en el desarrollo de las actividades propuestas e incitaron al debate y a resolver dudas que se generaron en los temas abordados.

Cabe señalar que en las diferentes actividades, algunos participantes mostraron renuencia ante ciertas recomendaciones brindadas. Esto se debe posiblemente a las creencias, costumbres y mitos sociales con los que han crecido, así como, a la visión que poseen del médico como único referente en salud. Sin embargo, se realizó el sustento pertinente y se obtuvo el apoyo del personal para validar la información brindada, por lo que no afectó el desarrollo de las funciones realizadas por el estudiante, como referente técnico.

El comportamiento de los participantes de la sesión dirigida a los cuidadores de pacientes no oncológicos, fue diferente. Es posible que, al abordarse un tema que abarca recomendaciones para una condición específica de los pacientes, el nivel de conocimiento y la influencia de las creencias, costumbres y mitos es menor, por lo que, los participantes se mostraron siempre anuentes ante las recomendaciones brindadas.

Finalmente, respecto a las limitantes encontradas en el proceso de inserción en estas actividades, el mayor inconveniente que se señala es el transporte a los diversos puestos de salud. Sin embargo, esta limitante se genera a raíz de que el practicante se encontró en calidad de estudiante, por lo que no era posible su traslado en las unidades del Área de Salud. El profesional de nutrición que se incorpore al Área de Salud no tendrá este inconveniente, dado que las unidades trasladaron al personal a las diversas comunidades.

Si bien, al comparar el tiempo y esfuerzos invertidos respecto al impacto obtenido en la población, se percibe como limitante que la cobertura a nivel poblacional es baja, es fundamental considerar que la mayoría de las actividades en las que se participó se encuentran en una etapa inicial de desarrollo y es factible que se modifiquen a partir de la experiencia. Además, es necesario contemplar que las mismas nacen como propuestas alternas para el desarrollo de

acciones de promoción y prevención. Por ello, son cimientos para el desarrollo de acciones que permitan abarcar las necesidades de la población y dar un giro a la visión biologista que prepondera en el sistema de salud actual.

El factor fundamental para haber logrado la ejecución de estas acciones, radica en la visión integral y de promoción de salud de los líderes de estas estrategias. Los mismos impulsan el trabajo interdisciplinario, donde se toma en cuenta al personal de apoyo como una pieza clave en el desarrollo de acciones que se enfocan en los objetivos principales de la APS, en lugar del plano curativo.

v. Asesoría por parte del estudiante de nutrición en talleres para enfermedades crónicas no transmisibles en el EBAIS de Santa María

Considerando la alta incidencia de las enfermedades crónicas en el Área, y no siendo la excepción la comunidad de Santa María, se capacitó al personal del EBAIS de dicha comunidad. Se explicaron las principales recomendaciones nutricionales para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y se les brindaron herramientas para el desarrollo de sesiones educativas participativas, dado que el personal acostumbraba el desarrollo de charlas de modo magistral.

Durante la planeación y desarrollo de las sesiones, se acompañó al personal ofreciéndoles asesoría. Este se mostró anuente y dispuesto a ejecutar las sugerencias brindadas. Además, aceptaron y resolvieron las recomendaciones señaladas en los planes y posterior al desarrollo de las sesiones.

Durante las sesiones que la estudiante observó, se contó con un promedio de doce participantes, de los cuales, más del 90% mostró interés en la información brindada y participó activamente de las sesiones. Se observó además, que las dinámicas que requirieron de la participación de los asistentes, obtuvieron una mejor aceptación con respecto a los segmentos

magistrales de la sesión, lo que permitió demostrar al personal la necesidad de utilizar dinámicas activas en las sesiones por los resultados que de ellas se obtienen.

El éxito de estas sesiones se genera a partir de la visión del médico de EBAIS. Al existir un líder que impulse y promueva el trabajo interdisciplinario, la dinámica y disposición de trabajo de cada miembro del EBAIS contribuye a la realización y mantenimiento de las acciones promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dado que se fortalece el trabajo en equipo y se labora sobre objetivos comunes.

Los factores antes mencionados, fueron los facilitadores para el desempeño de la labor del estudiante como referente técnico. Además, la experiencia fue insumo durante la estrategia de capacitación al personal médico, dado que, fue prueba de que es posible incorporar dentro del trabajo diario actividades de educación que se desarrollen a nivel interdisciplinario, interactivo y participativo con la población.

- vi. Supervisión de la estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil “Póngale Vida a los Santos” de la Universidad de Costa Rica, en la Escuela República de Bolivia .

Considerando la inherencia que existe dentro de las funciones del nutricionista, el desarrollo y respaldo a nivel interinstitucional de estrategias que promuevan la salud de la población, se colaboró con el proceso de supervisión de la Estrategia para la Prevención de la Obesidad Infantil “Póngale Vida a Los Santos” desarrollada por la escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica (UCR), en la Escuela República de Bolivia, San María de Dota.

La inserción en este proyecto responde a la necesidad de mejorar la condición nutricional en los escolares, dado el creciente índice de obesidad y de enfermedades crónicas que se ha experimentado, no solo a nivel del Área de Salud Los Santos, sino a nivel nacional.

La estrategia promueve el estilo de vida saludable y la prevención de la obesidad en los escolares, por medio de un modelo ecologista que comprende los diversos escenarios en el que el niño se desenvuelve: el hogar, la comunidad y la escuela, a través de una serie de acciones. En la Zona de los Santos, la estrategia se enfocó en el trabajo dentro del escenario escolar y fue desarrollado en los centros educativos de San Lorenzo de Tarrazú, San Pablo de León Cortés y Santa María de Dota. Para la presente práctica, la estudiante colaboró con supervisiones mensuales del centro educativo Escuela República de Bolivia, ubicado en Santa María de Dota.

Dentro de las asignaciones realizadas por la estudiante, se contempló el acompañamiento y supervisión del escenario escolar (específicamente con el personal docente), en la implementación de una serie de acciones que promueve la estrategia. Dichas acciones fueron: el ejecución de pausas activas en las clases (15 minutos diarios de actividad física durante las lecciones), los recreos planificados llamados “recreos activos” (desarrollados una vez a la semana para todos los estudiantes de la institución) y la utilización de material educativo de forma transversal (guía del docente, calendario de estacionalidad y planificador de estacionalidad), que promueve la alimentación saludable por medio del repaso de los objetivos académicos de las diversas materias.

La evaluación de las acciones se realizó por medio del instrumento de supervisión (anexo M) y la revisión de hojas de registro de los docentes. Además, se registró la actitud, obstáculos y facilitadores encontrados para el desarrollo de la estrategia, durante sus visitas al centro educativo. Los resultados obtenidos se describen a continuación.

CUADRO 19
ALCANCES OBTENIDOS DURANTE LA SUPERVISIÓN DE LA ESTRATEGIA
PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN LA ESCUELA REPÚBLICA
DE BOLIVIA, SANTA MARÍA DE DOTA, 2012.

ESTRATEGIAS	RESULTADOS OBTENIDOS CON LOS DOCENTES
RECREO ACTIVO (3 recreos observados)	<p>Recreos establecidos 2 veces a la semana</p> <p>Personal organizado por grupos y activo en los recreos.</p> <p>Materiales y dinámicas preparados previamente</p> <p>Anuencia de los escolares y respuesta positiva a la estrategia.</p> <p>Ausencias del coordinador durante los recreos y suspensión continua de clases, periodo de exámenes y actos cívicos generaron la cancelación.</p>
15 MINUTOS ACTIVOS EN EL AULA	<p>Desarrollo variable según docente (2 a 3 veces por semana).</p> <p>Implementación de juegos novedosos en las actividades.</p> <p>Se utiliza en diversas situaciones, cuando los menores se encuentran cansados, hiperactivos, u actividades especiales.</p> <p>No todos los docentes utilizan el material brindado</p>
MATERIAL DIDÁCTICO: GUÍA DOCENTE, PLANIFICADOR Y CALENDARIO	<p>No se utiliza todo el material (principal guía y planificador)</p> <p>Se aplica esporádicamente</p> <p>Implementación depende de la actitud y anuencia del docente.</p>

Si bien, durante las supervisiones se constató que las estrategias fueron llevadas a cabo, no se realizaron como fueron planteadas, aunado al constante cambio de horarios y la suspensión de lecciones

Respecto a las limitantes, el factor preponderante fue la actitud y el compromiso de los docentes. Estos externaron sentir un sobrecargo en sus labores, manifestaron no tener tiempo y se mostraron renuentes al desarrollo del proyecto, dado que como refirieron, “no era su trabajo”, aun cuando se comprometieron a realizarlo.

A este factor se suma la falta de lineamientos claros, compromiso y empoderamiento a nivel de la dirección de la institución. La directora no fue explícita en las directrices brindadas a su personal, e inclusive impresionó verse indiferente ante el proyecto y el fin del mismo.

A raíz de estas barreras es importante considerar que, en el desarrollo de estrategias interinstitucionales (considerando la participación en la estrategia de las instituciones educativas del Ministerio de Educación Pública con la Escuela de Nutrición de la UCR y la inclusión de nutricionista como parte del Área de Salud), es fundamental que cada una de las partes sea responsable, esté dispuesta y se empodere de las funciones que se les atañe, así como del fin para el cual se realiza. Sin embargo, un fallo en el engranaje de este tipo de fusiones limita los resultados que se puedan obtener. Por ello, aún con el acompañamiento y la supervisión de la Universidad de Costa Rica y el estudiante de práctica dirigida, los resultados obtenidos en las acciones desarrollados pudieron verse limitados por la resistencia del centro educativo y sus docentes.

A nivel general, la relación y el compromiso de la Escuela de Nutrición de la UCR con la estudiante de nutrición, fue un factor que facilitó la experiencia de crear alianzas entre el Área de Salud y otras entidades. Sin embargo, el éxito o fracaso de la estrategia depende de la sensibilización y actitud de todos los involucrados ante el desarrollo de las acciones y de las directrices que se brinden para el proceso (específicamente a nivel del Ministerio de Educación

Pública y sus centros educativos). Por ello, es necesario continuar impulsando este tipo de proyectos, en los que se involucren los diferentes entes de la sociedad, sensibilizando a las personas acerca de la importancia de fungir como promotores de salud, para mejorar la condición de vida de la población.

- vii. Apoyo por parte del estudiante de nutrición en el trabajo de casos específicos para el área de Medicina Familiar y Cuidados Paliativos

Si bien, en la presente práctica no se contempló desarrollar el eje de morbilidad, debido a las necesidades presentadas por dos pacientes del Área de Salud y a la solicitud del médico de familia y al personal de la Clínica de Cuidados Paliativos, se decidió realizar la intervención nutricional, con el fin de mejorar la calidad y condición de salud de los pacientes que lo requirieron. Esta contención fue supervisada y avalada por los médicos a cargo del paciente y contempló la asesoría pertinente para cada caso.

Ambos pacientes presentaban características particulares, en las cuales era necesaria la intervención a nivel nutricional. Sin embargo, la disposición del paciente y de la familia determinó la metodología con la que se procedió y el éxito de la intervención.

La intervención del paciente de la clínica de cuidados paliativos se enfocó en la mejora de la calidad de vida de mismo. El paciente presentaba enfermedad de Wilson, desnutrición proteico calórica severa, y poseía una condición de vida limitada.

La barrera presente durante la intervención se generó a partir de la renuencia de la madre de la paciente durante la segunda visita domiciliar. La madre se mostró indiferente al tratamiento y manifestó haber conseguido el seguimiento en el Hospital San Juan de Dios. Por ello se valoró con el médico de familia (asesor técnico) y el médico de Cuidados Paliativos y se dio de alta al

paciente. Es importante señalar que, debido al estado crítico de salud del paciente, el mismo falleció, posterior al alta.

Respecto a la intervención con el paciente de medicina familiar se procedió a brindar en conjunto con el médico de familia, las recomendaciones pertinentes para mejorar la condición de salud y nutricional del mismo. El paciente presentaba diabetes mellitus II, hipertensión arterial, obesidad mórbida (con antecedentes de pérdida de peso rápida) y síndrome de Pídicwick.

La limitante con el paciente fue la renuencia de seguir las recomendaciones nutricionales por temor a aumentar nuevamente de peso. Sin embargo, fue posible mejorar aspectos en la alimentación del paciente. Además, se contó con el apoyo de un familiar, el cual se mostró anuente a colaborar en la alimentación del paciente.

La anuencia y el interés mostrado por el personal fueron los factores que facilitaron la inserción del estudiante en la atención individual de los pacientes. El control y la mejora en la condición de salud de un paciente se facilitan cuando se brinda una atención integral. Sin embargo, es fundamental que el personal médico sea consciente de la importancia de incorporar otros profesionales que complementen la intervención.

No obstante, es necesario considerar el estadio de cambio del paciente, los factores psicosociales y el apoyo familiar que posea, ya que el éxito en la mejora de la condición de salud dependerá de estas condiciones y la valoración de las mismas durante la intervención.

b. Estrategias no planteadas en la propuesta de trabajo y ejecutadas.

Durante el desarrollo de la práctica surgieron una serie de actividades que, si bien no se contemplaron inicialmente en la propuesta de trabajo, atañen a la labor del nutricionista y fueron relevantes en el desarrollo de la práctica.

Dichas actividades se enfocaron en la promoción de la salud de la población adscrita, en el escenario comunal y escolar. En ellas, se brindó el acompañamiento del personal de la Comisión de Promoción de Salud, Epidemiología y del Equipo de Apoyo y se dio el apoyo requerido desde el componente alimentario nutricional. A continuación se brinda un breve resumen de las actividades realizadas.

CUADRO 20
 RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD NO PLANEADAS Y
 EJECTUDAS EN EL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012

ESTRATEGIA	RESPONSABLES	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE	ACTIVIDADES REALIZADAS
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESCOLARES	Departamento de epidemiología, medicina familiar Equipo de Apoyo	Escolares	Practica de lavado de manos y cuento Cuento prevención del Dengue Audio Alimentación Saludable
ENCUENTRO INTERGENERACIONAL	Comité de promoción de la salud	Adultos mayores – Adolescentes de San Antonio de León Cortés	Actividades enfocadas en el trabajo en equipo entre los adultos mayores y personas jóvenes y la percepción de las características de cada generación.

<p>FERIA DE LA SALUD</p>	<p>Equipo de Apoyo</p> <p>Comisión de promoción de la salud y salud mental</p> <p>Personal del Área de Salud</p>	<p>Población adscrita al Área de Salud</p>	<p>Actividad física:</p> <p>Caminata</p> <p>Juegos tradicionales</p> <p>Aeróbicos para adulto y adulto mayor</p> <p>Carrera de caballitos de palo</p> <p>Alimentación saludable:</p> <p>Stand informativo</p> <p>Concurso picadillos</p> <p>Invitación de agricultores de la zona</p> <p>Relaciones Saludables:</p> <p>Taller de baile adulto mayor</p> <p>Taller de bailes folclóricos</p> <p>Presentación de la banda y grupo de música del Liceo de Tarrazú</p> <p>Puesto de Artesanos</p> <p>Actividades de divulgación de la feria</p>
--------------------------	--	--	---

Las estrategias fueron desarrolladas a nivel interdisciplinario y en colaboración con gran parte del personal de salud. Inicialmente algunos funcionarios se mostraron renuentes ante la factibilidad de desarrollar las actividades en conjunto, mas los resultados obtenidos demuestran el valor que posee esta metodología de trabajo y el alcance en la población.

Como fue mencionado, estas actividades se llevaron a cabo en dos de los escenarios que son poco desarrollados en el Área de Salud (escolar y comunitario), lo cual se puede considerar como un paso para la adecuación del trabajo que se realiza en el Área, dando un indicio de que es factible y efectivo desarrollar este tipo de estrategias.

Ahora bien, aun cuando la población no está acostumbrada a participar de este tipo de actividades, aunado a la concepción del Área de Salud como una instancia meramente curativa, la respuesta obtenida de la población en estas actividades fue positiva. En general, en cada actividad hubo anuencia y participación de más del 90% de la población que se involucró en las diversas actividades. Bajo condiciones dinámicas y que salen de las técnicas tradicionales utilizadas para educar a la población, se observa que el interés y la respuesta de los participantes es mayor. Ello también genera un precedente para la continuación e incorporación de actividades de promoción como la feria de la salud, innovando con actividades dinámicas como aeróbicos, juegos tradiciones, concursos de recetas, bailes, entre otros, en los planes de trabajo del Área de Salud.

Finalmente se debe resaltar el desarrollo de alianzas con otras instituciones, las cuales colaboraron en la ejecución de las estrategias. Aun cuando en la práctica es difícil incorporar a actores externos, la ejecución de estas actividades demuestra que es posible, considerando que, en la promoción de la salud se deben involucrar los actores sociales de la comunidad y no solo el Área de Salud.

En general, la visión clara de objetivos de cada acción, el involucramiento en el proceso de las diversas disciplinas y la planeación previa y meticulosa de las acciones, fueron los facilitadores fundamentales para el éxito de las actividades desarrolladas y la incorporación de

acciones desde el enfoque nutricional hacia los escenarios menos intervenidos. De no haberse generado las alianzas entre los diversos departamentos e instituciones externas, las acciones de promoción y prevención realizadas y en las que se incorporó al nutricionista, posiblemente hubieran fallado.

C. Análisis de barreras y facilitadores que influye en el desarrollo de las funciones del nutricionista a nivel de Atención Primaria en Salud.

El objetivo principal del presente trabajo final de graduación, fue determinar las posibles barreras y facilitadores que puedan influir en la inserción y el trabajo que realice un profesional en nutrición a nivel de atención primaria.

Esta determinación y registro de barreras y los facilitadores se hizo, como se ha venido exponiendo a lo largo del presente informe, durante la ejecución del plan de trabajo, lo cual incluyó la capacitación y supervisión del personal y la gestión de las acciones planeadas por ellos; además de las acciones en las que se incorporó directamente la profesional en nutrición. En el proceso de registro, se determinaron las barreras y facilitadores del trabajo de un nutricionista en un área de salud según: lo profesional (del personal de salud), social (de la población) y organizativo (del Área de Salud).

A continuación se presenta la síntesis de los factores que influyeron en la inserción del nutricionista en el Área de Salud y la ejecución de sus funciones.

1. Barreras encontradas durante la ejecución de la práctica

Durante el desarrollo de la práctica se experimentaron una serie de limitaciones que influyeron en las funciones del nutricionista y su inserción a nivel de la APS.

A nivel general, las barreras experimentadas durante la ejecución de la práctica son el efecto de una secuencia de elementos que surgen a partir de la estructura y visión que ha adoptado el sistema de salud. En la actualidad, en la práctica se tiende a minimizar el concepto

y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (aún cuando ellas son primordiales en la APS) y por el contrario, se exalta y promueve la ejecución de acciones de corte curativo e individualista.

Según Jaramillo, citado por Araya (2011), esta medicalización en el sistema de salud, (considerando además, la promulgación y seguimiento de políticas y directrices ambiguas), genera una serie de consecuencias que se manifiestan bajo un efecto de cascada, limitando y anulando el desarrollo de acciones ajenas a la visión biologista. Esto da como resultado un sistema deficiente y saturado por la demanda de la atención individual, que genera además un aumento anual del flujo de pacientes en el segundo y tercer nivel, y triplican las listas de espera en todos los servicios (Araya, 2011). A su vez, se disminuyen los espacios destinados a acciones de promoción y prevención), generando un aumento en los índices de incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas, dado que las soluciones brindadas por este sistema, que se basa en un modelo biomédico e individualista, son temporales.

Es aquí donde se deben cuestionar las acciones que se han tomado y ejecutado a lo largo del tiempo. De no existir esta limitación, sería posible reducir hasta en un 23% la mortalidad por causas de enfermedades crónicas no transmisibles (Ministerio de Salud, 2003). Sin embargo, como reconocen inclusive jefes del sistema de salud, resulta paradójico el hecho de que la gran mayoría de los esfuerzos y recursos estatales destinados a la salud, se continúen invirtiendo en la atención individual de las personas (donde predomina la curación y modificación de factores de riesgo) (García y Ávila, 2007). Esto genera, un costo económico anual más elevado y menos asequible para la CCSS, limitando los recursos disponibles para desarrollar las acciones de promoción y prevención, y produciendo finalmente, pocos resultados en la salud pública e individual.

No obstante, se mantiene esta visión, debido a que el sistema se aferra en registrar y evaluar el número de los pacientes atendidos, “controlados” y “curados” y no el impacto que podría obtenerse al intervenir y educar a la población. Con ello, las áreas de salud se enfocan en alcanzar metas y acciones, enfocadas en los índices de seguimiento/mejoría y frecuencia de

pacientes captados (a nivel de atención y curación), minimizando los objetivos que se deberían cumplir al atender en la APS (los cuales abogan por el desarrollo de acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Lo que conlleva, como se mencionó, a la saturación del sistema y limita el alcance en la población y por ende en la eficacia y efectividad de las acciones realizadas.

Lo anterior se observó durante la práctica profesional. El Compromiso de Gestión está conformado por una serie de fichas que especifican las acciones a realizar. Sin embargo, cada área se compromete en las acciones que consideran pertinentes a desarrollar de acuerdo a la condición de salud de la población. El Área de Salud Desconcentrada Los Santos señaló no haber firmado la ficha de Promoción de la Salud dentro del Compromiso de Gestión, dado que consideraban “*no contar con el personal capacitado para su desarrollo*”. Esta posición generó una barrera durante el proceso de gestión y ejecución de acciones de promoción de la salud, dado que el personal se escuda en que dichas acciones no forman parte del Compromiso de Gestión y por ende de sus responsabilidades laborales.

En consecuencia al enfoque biomédico de las áreas de salud, a su vez se presenta una desarticulación en el trabajo de los Equipos de Apoyo. La coordinadora del Equipo de Apoyo del Área de Salud Desconcentrada Los Santos refirió, durante la entrevista que se le realizó, que la saturación de las funciones de cada miembro del equipo (enfocadas en acciones administrativas, manejo de sus respectivos departamentos y de atención individual a las personas), no permite el desarrollo de las funciones propias del Equipo de Apoyo, como la supervisión de los EBAIS, su capacitación y apoyo para el desarrollo de acciones de promoción y prevención (estas últimas, prácticamente nulas). Ello conlleva a una nueva contradicción dado que, no se ejecutan las funciones establecidas a nivel teórico (señaladas en el marco teórico).

Esto representó una limitante para el trabajo realizado por la estudiante de nutrición, dado que, el perfil de trabajo del nutricionista indica que éste debe formar parte del Equipo de Apoyo, colaborando desde el campo de la nutrición y brindando las herramientas necesarias al personal de salud para promover la salud y prevenir las enfermedades, de acuerdo a las prioridades

detectadas dentro del Área, y considerando además, que dicha labor debe ser desarrollada de manera interdisciplinaria. Por ello, fue necesario variar el trabajo realizado dentro del Área de Salud, donde se veló por cumplir las funciones teóricas correspondientes al nutricionista en la atención primaria, aún cuando el equipo no se encontrara articulado de esta manera.

Además, este enfoque biomédico en el sistema de salud y, por ende en las áreas de salud, generó una de las barreras para la implementación de algunas acciones de las capacitaciones. El personal, aún cuando reconocía la importancia de las acciones de promoción y prevención, en ocasiones no estaba dispuesto a poner en práctica algunas de las actividades solicitadas. Como fue referido por las instancias superiores, *“no era posible exigir al personal la ejecución de las actividades, debido a que no se encontraba en su plan de trabajo y tampoco catalogaba como una prioridad”*.

Estas barreras también “justificaron” al personal, que señaló el poco tiempo que poseen para la ejecución de estrategias ajenas a la consulta, debido a la saturación que experimentan (cinco pacientes por hora a cupo entre 4 a 6 meses), la cual, como se ha mencionado, es una consecuencia de la visión que posee el sistema. Sin embargo, ello escuda la percepción del personal de salud respecto a las funciones que se deben desarrollar a nivel de APS, ya que les permite que continúen en una zona de confort, donde desarrollan únicamente la atención curativa.

Asimismo, impresionó que las jefaturas excusan la poca ejecución de acciones a nivel de promoción y prevención, debido a que dudan de la capacidad de su personal para replicar una temática ajena a su campo de trabajo, aún cuando estos tengan las herramientas necesarias para su desarrollo. Por esto, el convencimiento y empoderamiento del personal y las jefaturas debe tener especial énfasis cuando se proponen y ejecutan estrategias de promoción y prevención dada la renuencia que existe a incorporar temas y estrategias nuevas a la rutina de trabajo.

Ahora bien, como se mencionó, la actitud del personal es un factor preponderante en el desarrollo y la efectividad de la intervención del nutricionista. Por ello, la negatividad y

tergiversación de las estrategias por parte de algunos funcionarios, así como, la desacreditación experimentada por parte de la practicante durante una de las sesiones, afectó el proceso que debía ser llevado a cabo en las capacitaciones del personal. Dentro de los comentarios percibidos a lo largo de la ejecución del trabajo se rescatan:

- *“Es difícil poder enfrentarse ante los compañeros y realizar los cambios y convencerlos de hacerlos, ellos dicen que estamos en el GGA, grupo de gordos anónimos”* (ATAPS, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“Yo no fui formado para andar dando charlas a la gente, ese no es mi trabajo, yo soy médico para curar a los enfermos”* (médico, Estrategia de capacitación y supervisión del personal médico para la prevención de enfermedades crónicas).

- *“Si, muy bonito todo lo que puedan explicar, pero eso que ustedes dicen yo ya lo había escuchado de otras nutricionistas y no me ha servido de nada”* (enfermera, Estrategia de capacitación para la formación de promotores de la salud en funcionarios del Área de Salud Los Santos).

- *“Vea yo no me voy a echar encima a toda la familia por decirle que está alimentando mal al bebé, en ese tema todo el mundo se mete y si el pediatra les dijo que le podían dar de comer, a mi no me van a hacer caso, por eso mejor no me desgasto”* (enfermera, Estrategia de capacitación y supervisión del personal de enfermería y ATAPS, para la promoción de la alimentación adecuada en las diferentes etapas de la vida).

- *“Nosotros damos lo mejor de sí, hacemos todo lo que podemos y nos basamos en lo que nos pide el Compromiso de Gestión, y como hacemos lo que está ahí, entonces hacemos las cosas bien y de la mejor manera”* (enfermera, Conversatorio acerca de la concepción del personal de enfermería y ATAPS acerca de los de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad).

Esta actitud y disposición de los funcionarios, como se observa, es parte de los preceptos preconcebidos que tienen respecto a sus funciones y puestos laborales, el impacto que pueden

alcanzar con la población, pero aún más, la ideología que se ha preservado por años en el sistema de salud.

Debido a los factores que se han venido señalando, los esfuerzos realizados en el Área de Salud se enfocan en el escenario clínico, dado que es el medio ideal que permite el registro y evaluación de número de casos atendidos. Ello conlleva a que los escenarios familiar, escolar y comunitarios sean mínimamente intervenidos (se limita a las visitas domiciliarias por ATAPS y personal médico en casos especiales, el registro del trabajo escolar y las campañas de lavado de manos y prevención del dengue y acciones esporádicas a nivel comunitario, como la feria de la salud).

Cuando se cuestiona este proceder, las instancias del Área de Salud se remiten a los objetivos planteados en el Compromiso de Gestión y la importancia que tiene su cumplimiento a nivel de la evaluación que les hace la CCSS por lo que el devengar tiempo y esfuerzo hacia los otros escenarios, sólo generaría contratiempos en el cumplimiento de lo pactado.

Ahora bien, aunque los otros cuatro escenarios son intervenidos brevemente con acciones realizadas por el Área de Salud, no tienen la atención que se requiere y por ende, los logros y cambios en el estado de salud de la población no son suficientes, saturando aún más los servicios.

Sin embargo, durante la experiencia profesional, cuando se realizaron intervenciones en estos escenarios olvidados, se observó gran receptividad de la población. Esto demuestra la factibilidad de realizar acciones en escenarios como el escolar, comunitario y familiar, promoviendo el desarrollo de las acciones de educación por las que vela la APS, las cuales a su vez, como mencionó en los Antecedentes, mejoran el estado de salud de la población y a un costo menor (Starfield, 1994).

Cabe resaltar que durante la práctica fue imposible desarrollar alguna estrategia en el escenario laboral, dado que no es intervenido en el Área de Salud. Cuando se cuestionó acerca

de la omisión de este escenario, la respuesta fue: “*existía una prioridad sobre el escenario clínico y familiar, por lo que la atención del escenario laboral quitaría tiempo para la atención de los escenarios prioritarios, además en la actualidad existen alternativas como los médicos de empresa*”. Asimismo, al no estar incluido en el Compromiso de Gestión, se refirió que el mismo no es valorado por la dirección regional por lo que “*no afectaba el proceso*”. Ahora bien, si se considera la experiencia obtenida con los funcionarios del Área de Salud en la capacitación de promotores, como una acción que puede ser aplicada en el escenario laboral, se demuestra la importancia de realizar acciones en el escenario laboral y se abre una ventana a la inclusión a futuro de este tipo de estrategias en otras instituciones dentro de la comunidad.

Finalmente, la población no se exenta del conflicto que se ha venido explicando a lo largo de este análisis. Las barreras experimentadas a nivel poblacional se concentran en el arraigo de costumbres y creencias que poseen los individuos, aunados a la ideología de algunos pacientes del médico como único referente de salud y su percepción del sistema de salud. La idiosincrasia del costarricense apunta a que un médico, y el personal de salud en general, significan atención de la enfermedad, y no los especialistas capaces de educar a la comunidad para prevenir factores de riesgo en la salud (Araya, 2011). Ello se magnifica considerando que, el personal de salud no es formado para brindar educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que acrecienta las limitantes ante la población. Y ello se agrava considerando que, las jefaturas y las distintas instancias jerárquicas del sistema de salud, tampoco estimulan o apoyan la ejecución de las acciones de promoción y prevención.

En último lugar, son casi nulos los programas de carácter intersectorial existentes, que eduquen a la población para el aprovechamiento de los servicios de salud de manera adecuada y el ahorro de acciones de tipo asistencial (Hernández, 2010). Por ello, la población continúa con una esquematización en el que el sistema de salud y sus profesionales brindan únicamente una atención curativa y sus funciones no tienen injerencia con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales (como instituciones educativas, industriales, agropecuarias, entidades públicas y privadas, entre otras).

En síntesis, la principal barrera encontrada a lo largo de la práctica dirigida, radica en la relación directa entre el desacierto en los lineamientos y la visión de la CCSS (y por consiguiente, en las directrices y compromiso del Área de Salud y su personal) a nivel de promoción y prevención y la limitada intervención en los diferentes escenarios de acción, generando una atención ineficiente e inefectiva. El siguiente esquema resume el paradigma que se ha venido discutiendo a lo largo de este análisis.

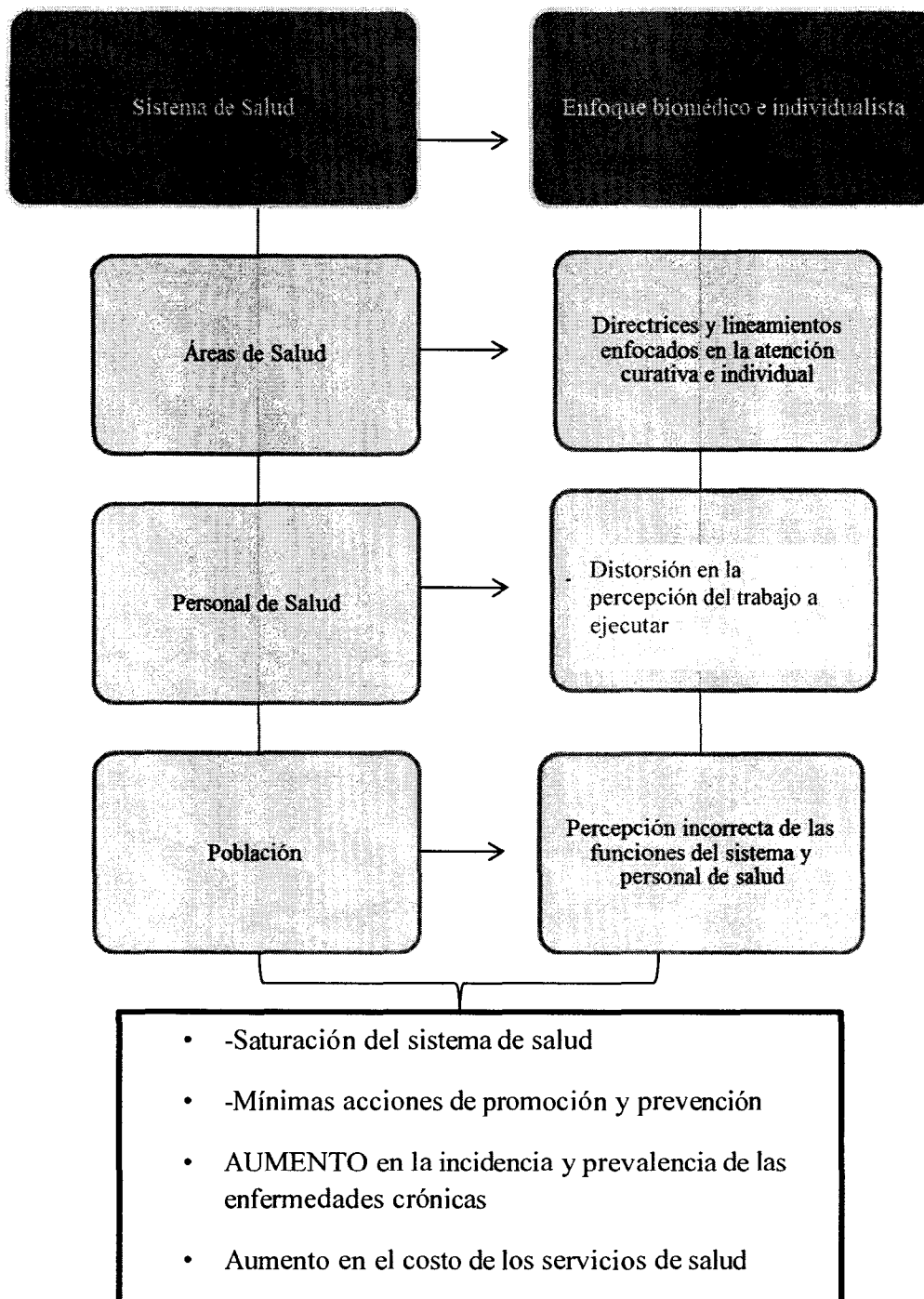


Figura 5. Esquema de barreras a nivel del sistema de salud.

Por otra parte, cabe resaltar que se experimentaron una serie de limitantes, de tipo estructural, que dificultaron en ocasiones la práctica. Una de ellas es la distancia entre los puestos de salud y el CAIS. El Área de Salud cuenta con 16 puestos de salud, de los cuales algunos se ubican a una hora de distancia de su sede; lo que generó inconvenientes para la supervisión de cada EBAIS e inclusive la comunicación con el personal. Ello a su vez limita la comunicación y supervisión por parte de todo el personal del Área de Salud. Sin embargo, el mismo personal se muestra en cierta medida resignado ante la situación, limitándose a supervisiones esporádicas y a una vía de comunicación débil.

Además, en algunas de las actividades realizadas no se contó con el espacio físico ni temporal idóneo para el desarrollo de las estrategias, generando limitaciones en la metodología de trabajo y en la atención de los involucrados.

También, es necesario contemplar la carencia de un espacio destinado al departamento de nutrición. Si bien, la práctica se desarrolló por un periodo de seis meses y la dirección del Área intentó brindar las condiciones necesarias para ubicar a la estudiante en el Área, la falta de un espacio permanente, en ocasiones imposibilitó o interrumpió las labores realizadas porque interferían con las labores de otras profesiones que requieran el mismo espacio. Este factor puede llegar a ser una limitante en la inserción permanente de un profesional en nutrición, por lo que se debe valorar el acondicionamiento de algún espacio para el mismo.

Por otra parte, a nivel de limitaciones de tipo profesional, un factor externo que causó resistencia en el personal de salud al inicio de esta experiencia, fue la precognición que poseía respecto al trabajo de un nutricionista. Asimismo, las malas experiencias vividas a través de los años con profesionales en nutrición del tercer nivel de atención, generó que el personal percibiera como inútil y desvalorizará la importancia de la inserción del nutricionista en el sistema de salud. Algunos de los comentarios que refuerzan la anterior limitación fueron:

“Para que voy a mandar a los pacientes a nutrición, se más yo de lo que saben ellas, les dan un papel con cosas que no se ajustan a las necesidades y les dicen menos de lo que yo les diría” (médico, reunión de Educación Continua).

“Ya casi doy yo la consulta nutricional, solo me falta darles la dieta, pero la verdad si la busco en internet lo puedo hacer” (médico, reunión de Educación Continua).

Sin embargo, la experiencia con la estudiante en práctica refutó esta preconcepción y al finalizar su labor la gran mayoría de ellos reconocieron la necesidad de contar con un nutricionista en el Área.

Durante la experiencia profesional se constató que la inserción y el trabajo del nutricionista son limitados principalmente por el sistema de salud. No es posible que un solo individuo cambie la metodología y estructura de la CCSS. Sin embargo, se demostró que puede cambiar la percepción del personal y sensibilizarlo.

Ahora bien, es fundamental considerar que hasta que las políticas y lineamientos establecidos a nivel jerárquico no se modifiquen y promuevan la ejecución de acciones a nivel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el cambio realizado en la APS no será significativo. El proceso de evolución de la visión del sistema debe ser simultáneo considerando cada nivel y funcionario de la CCSS y no va a ser sino, hasta el momento que se logre una nueva visión, que se obtendrán resultados eficientes y efectivos en la mejoría del estado de salud de la población.

2. Facilitadores encontrados durante la ejecución de la práctica

Como ha sido mencionado a lo largo del trabajo, el nutricionista en el primer nivel de atención funge como referente técnico del Área de Salud. Por ello, su principal labor gira en torno a la capacitación y supervisión del personal de salud y a la gestión de proyectos y programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Sin embargo, el trabajo

que desarrolle será potenciado o atenuado de acuerdo a la actitud que posea el personal de salud y al apoyo que le brinden las jefaturas de los respectivos departamentos, así como, del Equipo de Apoyo.

El principal facilitador encontrado a lo largo de esta experiencia profesional fue la anuencia de la mayoría del personal al desarrollo de las estrategias propuestas por la estudiante. Además, a lo largo de la práctica, el personal manifestó ser consciente de no poseer las herramientas necesarias para brindar la educación nutricional pertinente a la población reconociendo la necesidad de desarrollar el componente alimentario y nutricional para mejorar la condición de salud. Estos factores facilitaron, sobretodo, el desarrollo de la capacitación del personal y la inserción del estudiante en las acciones directas desarrolladas por miembros del Equipo de Apoyo donde se requirió de la inclusión del componente alimentario nutricional.

Otro factor preponderante en la ejecución del trabajo realizado fue la sensibilización del personal respecto a la visión del trabajo que se debe realizar a nivel de APS. Si bien, uno de los factores que limitó el proceso de supervisión de la práctica del personal fue la posición bióloga del personal, al finalizar la práctica los funcionarios fueron conscientes de la limitación que genera el estilo de atención actual y su efecto en el estado de salud de la población.

Aunado a este avance se contó con el apoyo de actores clave (como lo son el médico familia y el comité de promoción de la salud, entre otros), que velan por el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, contemplando e incorporando al estudiante en las acciones dirigidas a este fin como el referente técnico en nutrición y dando el crédito al aporte brindado.

Asimismo, el desarrollo de las funciones del nutricionista no podría haber sido llevado a cabo sin la gestión y autorización correspondiente por parte de las jefaturas del Área de Salud. El apoyo de estas instancias facilitó el proceso, mas no hubiera sido factible si las mismas no hubieran estado dispuestas a discutir la necesidad de desarrollar el componente alimentario nutricional y el enfoque de trabajo que debe desarrollar el nutricionista en APS. Al generar

previamente este espacio, fue posible sensibilizar a las jefaturas, convenciéndoles de la importancia del rol de la nutrición en la APS, y por ende se obtuvo el apoyo para ejecutar las acciones propuestas.

Esta sensibilización permitió abrir espacios para la ejecución de las estrategias de capacitación del personal, facilitó la reproducción del material requerido y proveyó la validación para la ejecución de los proyectos así como la inclusión del nutricionista en acciones propias del Área de Salud donde fue requerido la incorporación del componente alimentario nutricional como fueron la Clínica Interdisciplinaria de Adulto Mayor, el curso de preparación para el parto, el departamento de Cuidados Paliativos, entre otros.

Las estrategias planeadas por la estudiante de nutrición no podrían haber sido completadas sin la anuencia de la población adscrita en ellas, tanto en las actividades desarrolladas directamente por la estudiante, como en aquellas desarrolladas por los funcionarios. La mayor parte de población captada se mostró anuente y aceptó la educación brindada, estuvo alerta y participativa en las actividades y manifestó el interés de ser partícipe de las estrategias.

Finalmente, se contó con el apoyo de una serie de organizaciones e instituciones comunales durante las actividades a las que se solicitó ayuda. Dentro de ellas se destacan; instituciones educativas, AyA, los grupos de artesanos y agricultores de la zona y el grupo de adulto mayor de San Antonio, entre otros. Ello permite constatar que, de ser permanentes estas alianzas y concientizando a las diversas organizaciones, el trabajo interinstitucional es factible y generaría resultados importantes en la condición de salud de la población.

Las estrategias y acciones desarrolladas a lo largo de la práctica fueron exitosas debido a los facilitadores antes descritos. No se puede determinar cual acción tuvo un mayor o menor éxito durante el proceso, dado que cada estrategia y actividad, contó con condiciones específicas que afectaron los resultados obtenidos.

Es importante destacar que la apreciación mostrada por el personal de apoyo del Área de Salud (REDES, administración y servicios generales) al ser tomados en cuenta en el proceso de

capacitación y educación, así como, su empoderamiento en la adquisición del rol como promotores de salud, fueron dos facilitadores que permitieron la inclusión de nuevas estrategias de trabajo para el profesional en nutrición. Al brindar las herramientas necesarias y una nueva perspectiva a la capacidad de colaboración que tienen estos departamentos, se contó con una fuerza laboral (el cual considera personal administrativo, de servicios generales y REDES), que no había sido contemplada previamente en el Área de Salud para la educación de la población, brindando nuevas oportunidades de divulgación.

En general, la experiencia vivida durante la práctica dirigida en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos brindó un aprendizaje rico y cercano a la realidad para el estudiante. También este acercamiento generó información valiosa acerca de lo que sería la experiencia de un nutricionista en APS.

Es necesario resaltar que no fue posible generar un punto de comparación de esta información con casos similares, dado que una experiencia similar no ha sido previamente registrada. Por lo que el aporte que pueda brindar este trabajo es una luz para que los profesionales en nutrición y funcionarios del nivel central de la CCSS puedan prever y determinar soluciones y estrategias para la implementación del trabajo en áreas de salud con características similares así como generar un insumo para orientar la formación universitaria del profesional en nutrición en este campo.

A partir de esta experiencia se puede decir que es factible la inserción de un profesional en nutrición en el nivel primario de atención. Sin embargo, la ejecución del perfil de trabajo, de acuerdo a lo estipulado a nivel teórico, dependerá de las barreras y los facilitadores que se encuentre en el área de salud.

Ahora bien, es posible tratar de apegarse al perfil de trabajo estipulado para APS, siempre que el nutricionista se empodere de las funciones que le corresponden y sensibilice a las jefaturas y a los funcionarios respecto a la relevancia de su trabajo. Mas no se puede asegurar que el mismo se pueda aplicar tal cual se estipula en la teoría, dado que el tiempo de la práctica no

brindó las condiciones para desarrollar las alianzas y conexiones necesarias (tanto a nivel organizacional/administrativo, como con el personal) para implementar cada una de las funciones que atañen al profesional en nutrición.

Es importante resaltar que todo nutricionista debe tener claro que el trabajo a nivel de áreas de salud se enfoca en la gestión de acciones en promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como en el apoyo y capacitación del personal para la replicación del conocimiento con la población y no en la atención individualizada de los pacientes con fines curativos, como lamentablemente se observa en la actualidad en muchas Áreas de Salud que cuentan con un nutricionista.

Finalmente, los hallazgos obtenidos a lo largo de esta práctica y la continuidad que se dé a las estrategias desarrolladas están supeditados a una serie de condiciones propias del Área de Salud Desconcentrada Los Santos (zona rural, con personal de salud joven y sensibilizado al trabajo del nutricionista), de los funcionarios (el empoderamiento y compromiso para la educación de la población) y de la condición del nutricionista como practicante. Por ello, es importante considerar que, si bien es factible que brinde un panorama de lo que el nutricionista podría encontrar a nivel de atención primaria, las condiciones de cada Área de Salud podrían variar el éxito en la inserción y ejecuciones del nutricionista en APS.

VI. CONCLUSIONES

- Se concluye que el Área de Salud Desconcentrada Los Santos es reflejo de la condición de salud actual a nivel nacional, donde los principales problemas de salud encontrados en la población del Área de Salud Desconcentrada Los Santos, que tienen inherencia con el estado nutricional, son las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes mellitus II, dislipidemias mixtas e hipertensión arterial.
- A partir del diagnóstico realizado y posterior a la negociación con las diversas jefaturas de departamento y jefatura del Área de Salud, se logró establecer y ejecutar una propuesta de trabajo acorde a la base teórica de trabajo para el nutricionista en APS propuesta por deBeausset, que se adecuara a las necesidades de la población adscrita y al Área de Salud.
- La poca posibilidad de intervención de todos los escenarios de acción, concentrando el trabajo principalmente en los escenarios en los que se enfoca la atención brindada por Área de Salud y restringiendo los escenarios laboral y comunitario, es una de las barreras en la ejecución de las funciones propuestas y la planeación de estrategias de promoción y prevención.
- El escaso trabajo interdisciplinario realizado por el Equipo de Apoyo, debido a la falta de acciones que permitan la integración de cada referente técnico para abordar de manera integral los problemas del Área de Salud, representa una barrera en el desarrollo del trabajo del nutricionista a nivel de APS.
- La falta de referentes técnicos en nutrición en las áreas de salud genera una barrera en el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en la población, dado que el apoyo y la guía que brinda el profesional en nutrición es fundamental para la mejora en la condición de salud de la población.

- El paradigma actual de la CCSS genera una barrera en el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención por medio de la educación a nivel poblacional, ya que no se les brinda la misma importancia que los objetivos de atención individual y lo que genera que no sean contemplados en los planes de trabajo de las áreas de salud.
- El principal facilitador para la inserción y el desarrollo del trabajo del profesional en nutrición radia en contar con el apoyo de actores clave y jefaturas y laborar con un personal previamente sensibilizado y anuente de la necesidad de fomentar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en la población adscrita.
- Finalmente, la principal barrera que puede afrontar el nutricionista en APS para el desarrollo de sus funciones y la implementación de estrategias de promoción y prevención, radica en la concientización y convencimiento del personal de salud para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la inclusión de todos los escenarios de acción de la APS, contrario a la paradigma biologista e individualista que rige las directrices de la CCSS.

VII. RECOMENDACIONES

Recomendaciones para el Área de Salud

- Como experiencia profesional, se recomienda continuar con la incorporación de pasantes de nutrición en el Área de Salud para el desarrollo de las funciones del nutricionista en APS, permitiendo la adquisición de las habilidades y destrezas requeridas para el cargo del nutricionista en el primer nivel de atención por medio del acercamiento a la realidad.
- Se insta al Área de Salud a dar seguimiento a los programas y estrategias planteados y desarrollados a lo largo de la práctica dirigida, impulsando al personal de salud y a nuevos pasantes a realizar acciones desde el enfoque de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Es fundamental instar al Área de Salud la incorporación de un profesional en nutrición que tenga clara la función del nutricionista en APS, brindando el apoyo técnico continuo que se requiere para el mejoramiento de la condición nutricional y de salud de la población.
- Para el cumplimiento de los objetivos de la APS, es fundamental que el personal de salud sea educado y sensibilizado respecto a la importancia de desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, considerando que ello es la finalidad del primer nivel de atención.
- Es necesario que se contemple la solución de espacios físicos y temporales para incorporar dentro de la dinámica de trabajo del Área de Salud tanto a futuros practicantes como al profesional en nutrición.

Recomendaciones para las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social:

- Se insta a los jefes de CCSS a realizar una valoración de la estructura y funcionalidad del paradigma actual del sistema de salud, así como, de las funciones que han sido establecidas para el personal del primer nivel de atención, considerando los pilares de la APS como modelo, en lugar de la visión biológica e individualista que en la actualidad se practica; valorando además, el impacto y éxito que las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, generan en la salud de la población y en la disminución de los costos para el estado,
- Se recomienda a las instancias de la CCSS, educar y motivar al personal de salud para que sea consciente de la importancia del trabajo que se debe realizar en el primer nivel de atención, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidos tanto, hacia la población, como hacia sí mismos.
- Es necesario un cambio en la dinámica actual de evaluación del primer nivel de atención, considerando la importancia de incluir en los Planes de Gestión, el ASIS y los Compromisos de Gestión, de manera primordial, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Se insta a la CCSS a la contratación de profesionales en nutrición a nivel de APS, reconociendo que el nutricionista es un referente técnico fundamental en el trabajo que se debe desarrollar dentro del primer nivel de atención, para brindar la asesoría y acompañamiento pertinente al personal de salud del primer nivel de atención.

Recomendaciones para nutricionistas en APS:

- Para futuros pasantes y nutricionistas que se incorporen al nivel primario de atención es fundamental que exista un empoderamiento del cargo como referente técnico siendo consciente de la importancia de desarrollar acciones de promoción y prevención que incorporen a todo el personal y la población.
- Para el desarrollo del trabajo en APS, es fundamental la creación de alianzas estratégicas y la sensibilización previa de las jefaturas y el personal de salud acerca de la labor del nutricionista en APS con el fin de consolidar un trabajo adecuado y efectivo.
- Se recomienda el desarrollo de un diagnóstico y priorización de problemas de salud inherentes al estado nutricional previo al desarrollo de cualquier plan de trabajo en un Área de Salud dado que la efectividad y eficiencia de la intervención radica en la priorización de las necesidades de la población, el tiempo y el espacio disponible.
- Se insta a la escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica a recalcar y el impulsar el trabajo del nutricionista dentro del primer nivel de atención, en de la formación de los estudiantes, con el fin de generar una conciencia en los futuros profesionales en nutrición.
- Se insta a los estudiantes de nutrición y a la escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica a la continuidad y persistencia en la apertura de cupos clínicos con el fin de hacer conciencia de la necesidad e inherencia de la incorporación del nutricionista en espacios como el nivel primario de atención creando nuevas oportunidades de empleo donde el nutricionista es esencial.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Abarca, K. Artavia, M. Barahona, N. Umaña, M. (2012). Determinación del conocimiento, actitudes y manejo de la Hipertensión Arterial y Diabetes Tipo 2, por parte del personal de salud y usuarios de los EBAS de Desamparados 1 y Goicoechea 2, San José, 2011: Seminario de Graduación sometido a la consideración del Tribunal Examinador de la Escuela de Nutrición para optar al grado de Licenciatura. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Araya, L. (2011) “Juan Jaramillo Antillón: Medicalización de atención primaria incide en crisis de servicios médicos en la CCSS”. Semanario Universitario. Recuperado el 23 de agosto de 2012 de: <http://www.semanario.ucr.ac.cr/index.php/component/content/article/1427-Pa%C3%ADs/4796-2011-11-02-06-00-18.html>

Área de Salud Desconcentrada Los Santos (2010). Trabajo Escolar: Datos no publicados. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica

Área de Salud Desconcentrada Los Santos (2011). Trabajo Escolar: Datos no publicados. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica

Arjona, N. Conejo, A. Montoya, M (1999). Manual de atención integral de los niños en el escenario escolar. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2004). Modelo de Compromiso de Gestión. CCSS. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social. Subárea de Vigilancia Epidemiológica (2011). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. En CCSS, Gerencia Administrativa: Informe de Evaluación 2011 (pp. 49, 52, 53), Recuperado el 25 de setiembre de 2013 en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServicioSdeSalud/EstudiosRealizados/Tab1/Informe_Evaluacion_2011.pdf

DeBeausset, I. (2002). Funciones del Nutricionista en el Primer Nivel de Atención. Sección de Nutrición. Unidad de Imprenta CCSS.

Epp, J. (1996). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En Organización Mundial de la Salud, Promoción de la Salud: Una Antología (pp 25- 36). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos (2012). Análisis de Situación Integral de Salud: Área de Salud Los Santos. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica.

Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos (2011). Compromiso de Gestión 2011 - 2012: Área de Salud Los Santos. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica

Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos (2012) Plan de Gestión Local 2012-2013, En Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, Análisis de Situación Integral de Salud, Área de Salud los Santos (pp. 6-7). Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica.

Freeman J, Loewe R. (2000) Barriers to communication about diabetes mellitus. Patients and physicians different view of the disease. J Fam Pract. Vol. 49. No.6. pp. 507-1. Recuperado el 16 de enero de 2012 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3121025/pdf/squmj-11-207.pdf>

García, R. Ávila, M. (2007). De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, construyendo un nuevo paradigma. Acta méd. costarric v.49 n.1 San José. Recuperado el 23 de agosto de 2012 en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022007000100002&script=sci_arttext

Grol R, Wensing M, Eccles M (2005). Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Oxford: Elsevier. Recuperado el 16 de enero de 2012 en:

<http://books.google.co.cr/books?id=LnaBQgAACAAJ&printsec=frontcover&dq=editions:ISBN0470673389&hl=es>

Hernández, J. (2010). Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública* 2010, Vol. 19, N.º 1 49. Recuperado el 23 de agosto de 2012 en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292010000100009&script=sci_arttext

Hiddink, G. Hautvast, J. vanWoerkum, C. Fieren, C. Van't Hof, M. (1995). Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement. *European Journal of Clinical Nutrition*. Vol 49. No. 11. Pp. 842-851. Recuperado el 13 de enero de 2012 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8557022>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011). Resultados Generales De Población y Vivienda del Censo 2011. Recuperado el 10 de julio de 2012 en: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>

Jonassen. D. Designing constructivist learning environment. En Reigeluth, Ch. (1999) *Instructional-design Theories and Models: A New Paradigm of Instructional Theory*, Volume 2. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers. Recuperado el día 13 de agosto de 2012 en: <http://books.google.co.cr/books?id=AbJc4Kg6XQoC&pg=PA237&lpg=PA237&dq=Jonassen+DH.+Designing+constructivist+learning+environment&source=bl&ots=WAlvn7Kdlu&sig=FXLEqBo7Q1XYrctpGWlpfniJr9U&hl=es->

Kushner, R. (1995). Barreras para proporcionar orientación sobre la nutrición de los médicos: un estudio de médicos de atención primaria. *Prev. Med.* Vol. 24. No. 6. Pp.546- 552. Recuperado el 13 de enero de 2012 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8610076>

Leighninger. M, Flavin-McDonald. C y Ghandour. R. (1998). Building strong neighborhoods: A study circle guide for public dialogue and community problem solving. Pomfret, CT: The Topsfield Foundation. Recuperado el 17 de julio de 2012 en: <http://ctb.ku.edu/en/promisingapproach/index.aspx>

Ministerio de Salud (1973). Plan Nacional de Salud 1974 – 1978. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. CCSS. (1993). Proyecto de Reforma del Sector Salud. Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica

Ministerio de Salud. CCSS. (1996). Funciones y actividades del equipo de salud en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2003). Encuesta Basal de Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, Cartago, 2001. San José, Costa Rica. Recuperado el 24 de agosto 2012 en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/boletines/doc_view/390-encuesta-basal-carmen-cartago-factores-alimentario-nutricionales-cr?tmpl=component&format=raw

Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2010) Situación de la Salud en Costa Rica: Indicadores Básicos. Ministerio de Salud. San José. Costa Rica. Recuperado el 11 de abril de 2012 en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007) How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. National Institute for Health and Clinical Excellence. Londres. Recuperado el 16 de enero de 2012 en: http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how_to_guide.jsp

Organización Mundial de la Salud (1978). Alma Ata: Atención Primaria de Salud. OMS. Suiza. Recuperado el 30 de octubre de 2011 en:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para La Promoción de la Salud. Recuperado el 11 de enero de 2012 en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2003). Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas: Informe de una consulta mixta de expertos FAO/OMS. Ginebra. Recuperado el 29 de junio de 2013 en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. Recuperado el 21 de febrero de 2012 en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Suiza. Recuperado el 24 de octubre de 2011 en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). Atención Primaria de Salud. Recuperado el 18 de diciembre de 2013 en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1984). Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Washington: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Washington, DC. OPS. Recuperado el 11 de enero de 2012 en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf

Orrego, C. Pérez, I. Alcorta, I. (2009) Identificación de Barreras y Facilitadores. En: Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad

y Política Social. España. Recuperado el 16 de enero de 2012 en: http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf

Pritchard, P. (1978). *Manual of Primary Health Care: its nature and organization*. Oxford University Press. Reino Unido. Recuperado el 9 de marzo de 2011 en: http://books.google.es/books?id=DSkEAQAIAAJ&q=manual+of+primary+health+care+pritchard&dq=manual+of+primary+health+care+pritchard&hl=es&sa=X&ei=mIIwT7LeNcS80AH9q_zPCg&ved=0CDUQ6AEwAA

Registros de Estadísticas en Salud: Área de Salud Desconcentrada Los Santos (2012). *Sistema de Información Integral de Salud: Datos no publicados*. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica.

Shaw, B. Cheater, F. Baker, R. Gillies, C. Hearnshaw, H Flottorp, S et al. (2009) Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 3. No.: CD005470. Recuperado el 16 de enero de 2012 en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD005470.pdf>

Starfield, B. (1994). Primary Care. Is it essential? *The Lancet*, Vol. 344. No. 8930 pp. 1129-1133. Recuperado el 9 de marzo de 2011 en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673694906343>

Terris, M. (1996). Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. En *Organización Mundial de la Salud, Promoción de la Salud: Una Antología* (pp 25-36). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de Salud. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. EDNASSS-CSSS. San José, Costa Rica. Recuperado el 9 de marzo de 2011 en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>

Vélez, A. (2007). Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El Derecho a la Salud en el Estado Social de Derecho. Hacia la Promoción de la Salud. Vol 12. Pp.63 – 78. Recuperado el 12 de mayo de 2012 en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf

Villegas, H. (2006.) Atención Primaria en Salud: Escenarios, renovación, desafíos. Gaceta Médica de Costa Rica. No. 2. Costa Rica. Recuperado el 9 de marzo de 2011 en: http://www.cendeisss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/HugoVillegas.pdf

Wan Q, Harris MF, Zwar N, Vagholkar S. (2008) Sharing risk management: an implementation model for cardiovascular absolute risk assessment and management in Australian general practice. *Int J Clin Pract.* Vol.62 No.6 pp.905-11. Recuperado el 16 de enero de 2012 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658000/pdf/ijcp0062-0905.pdf>

Zapata, M. Pedroso, L. Giacomini, A. Cassano, A. Mota, J. (2007) Contribución del Nutricionista En el Sistema de Atención Primaria de Salud. Modificaciones del Estado Nutricional de la Población Atendida. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.* Vol. 10. No 9. Recuperado el 30 de abril de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/877/87701909.pdf>

IX. ANEXOS

Anexo A. Carta de Aceptación del Área de Salud Los Santos



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS
SEDE SAN MARCOS DE TARRAZU

Dirección Médica
Central 2546-5080 / 2546-89 10/20/30/40 Extensión 104
Fax 2546-6870 Correo: iabrenes@ccss.sa.cr

OFICIO:
ASLS DM 450-2011

Pag 1

San Marcos de Tarrazú.
Miércoles 14 de diciembre de 2011.

Señores:
Comisión de Trabajo Final de Graduación
Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica

Asunto: Práctica Dirigida Estudiante Paola Pamela Matthey Mora

Estimados señores:

Por este medio les saludo y a la vez les comunico la anuencia del Área de Salud Los Santos, de recibir a la estudiante Paola Pamela Matthey Mora, carné # A63455, cédula 1-13460100, para que lleve a cabo su Práctica dirigida como Trabajo Final de Graduación, para optar por el grado de Licenciatura en Nutrición Humana, haciendo uso del campo clínico destinado a nutrición que otorga el CENDEISS.

Queda claro que el objetivo de dicha práctica será identificar las barreras y facilitadores para la implementación del perfil de trabajo del nutricionista en la atención primaria en salud para la promoción de la salud en el Área de Salud Los Santos, la cual se realizará en el periodo comprendido entre los meses de abril a octubre del año 2012.

La práctica estará bajo la dirección de la profesora de la Escuela de Nutrición MSc. Ivannia Ureña Retana y la supervisión de la Dra. Ana Brenes miembro del Equipo de Apoyo del Área de Salud.

Agradezco de antemano su apoyo y servicio.

Sin más, se despide,

Atentamente,

Dr. Iván Alberto Brenes Matarrita, Msc.
Director Médico
Área de Salud Desconcentrada Los Santos



IABM/Deify
CC/Archivo.

Anexo B. Encuesta de Médicos Área Desconcentrada Salud Los Santos

Área (EBAIS): _____

A continuación se le presentan una serie de preguntas; por favor responda de manera clara y detallada.

1) ¿Qué días de la semana se brinda consulta en el área que le corresponde a usted?

2) ¿Con qué facilidades y obstáculos cuenta para brindar los servicios adecuados a la población?

Facilidades	Obstáculos

3) ¿Cuáles son los principales problemas de salud que ha observado en la población que atiende?

4) ¿Ha detectado problemas a nivel alimentario/nutricional en la población que usted atiende?

No ()

Si () ¿Cuáles?

5) ¿Se ha logrado desarrollar alguna estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en su EBAIS, referente al componente alimentario nutricional?

No () Si ()

¿Cuál?

6) ¿En algún momento ha desarrollado acciones conjuntas con las organizaciones e instituciones presentes en la comunidad que atiende?

No () Si ()

Señale las organizaciones y las actividades desarrolladas:

7) ¿Cómo se apoyan entre si los miembros de su equipo de trabajo?

8) ¿Cómo se apoya el EBAIS con el equipo de apoyo del área? ¿En qué actividades trabajan en conjunto y con qué frecuencia?

9) ¿Existe relación con los otros EBAIS?

No () Si ()

¿Cómo es la comunicación y qué tan frecuente es?

10) ¿Cómo cree que podría apoyar un profesional en nutrición el trabajo que usted realiza en el área?

11) ¿Qué expectativas tiene usted respecto al trabajo y actividades que se podría desarrollar en conjunto con un nutricionista inserto en el Área?

12) ¿De qué manera cree usted poder colaborar con un profesional en nutrición inserto en el Área?

13) ¿Considera usted que existan barreras en el área que dificulten la incorporación de un nutricionista al área y el desarrollo de las funciones inherentes a su profesión?

No () Si ()
¿Cuáles? _____

14 ¿Cree que es importante la incorporación de un nutricionista en el Área de Salud?

Anexo C. Cronograma de entrevista a los diversos actores claves del Área Desconcentrada de Salud Los Santos

CUADRO 21
CRONOGRAMA DE ENTREVISTA A LOS DIVERSOS ACTORES CLAVES
DEL ÁREA DESCONCENTRADA DE SALUD LOS SANTOS, 2012.

PERSONAL	FECHA	ESPACIO OTORGADO
JEFATURAS DE EBAIS	12 de junio	Sesión de educación continua (entrega de encuestas)
COORDINADORA DEL EQUIPO DE APOYO	13 de junio / 23 de noviembre	Reunión acordada para entrevista
MÉDICO DE EPIDEMIOLOGÍA	1º junio	Reunión acordada para entrevista

Anexo D. Formulario de Entrevista para los actores claves del Área de Salud Los Santos

Entrevista al Equipo de Apoyo del Área de Salud Desconcentrada Los Santos

1. ¿Quiénes conforman el equipo de apoyo del Área de Salud Los Santos?
2. ¿Cómo es el trabajo desarrollado por el equipo de Apoyo en el Área?
3. ¿Cuáles son los objetivos/ejes que se tienen planteados en la actualidad para mejorar la condición de salud del Área?
4. ¿Cada cuánto se reúne el equipo de apoyo para discutir el avance en los objetivos planteados dentro del compromiso de gestión?
5. ¿Qué funciones tiene a cargo el equipo de apoyo como equipo interdisciplinario?
6. ¿Qué funciones paralelas cumplen sus miembros para cumplir los objetivos planteados a nivel grupal?
7. ¿Existe relación entre el equipo de apoyo y los EBAIS? ¿Cómo es el trabajo en conjunto entre ambos equipos?
8. ¿Se realizan acciones con grupos a riesgo captados en el Área? ¿Qué acciones se han desarrollado con estos grupos?
9. ¿Existe cooperación a nivel interinstitucional/ intersectorial para desarrollar las acciones planteadas por el Área? ¿Con qué instituciones se tiene relación, en que acciones están estos involucrados?
10. ¿Cree usted importante contar con un nutricionista dentro del equipo de apoyo? ¿Cómo podría colaborar este con las funciones inherentes del equipo?
11. ¿Cree que existan barreras o facilitadores que influyan en su inserción dentro del equipo de apoyo?

Entrevista a Colaboradores del Área de Salud Los Santos: Barreras y Facilitadores de la inserción el nutricionista en APS

Área: _____

1. ¿Cree usted que es importante la inserción de un nutricionista en el área?
2. ¿Cuáles cree usted que son las labores del profesional en nutrición a nivel de APS?
3. ¿En qué escenarios y ejes de trabajo cree usted que el nutricionista debería colaborar en un Área de Salud?
4. ¿Qué expectativas tiene usted respecto al trabajo que desarrolle un nutricionista que se inserte en el Área?
5. ¿De que manera cree usted que un nutricionista podría colaborar con el trabajo que desarrolla usted o su equipo diariamente?
6. ¿De qué manera considera usted que podría trabajar en conjunto con un nutricionista de Área?
7. ¿Considera usted que existen facilitadores en el área que permitan que un nutricionista se incorpore dentro del área y desarrolle las funciones inherentes a su profesión?
¿Cuáles?
8. ¿Considera usted que existen barreras en el área que dificulten que un nutricionista se incorpore dentro del área y desarrolle las funciones inherentes a su profesión? ¿Cuáles?
9. ¿Cree usted importante contar con un nutricionista dentro del equipo de apoyo?
10. ¿Cree que existan algunas barreras o facilitadores que influyan en su inserción dentro del equipo de apoyo?

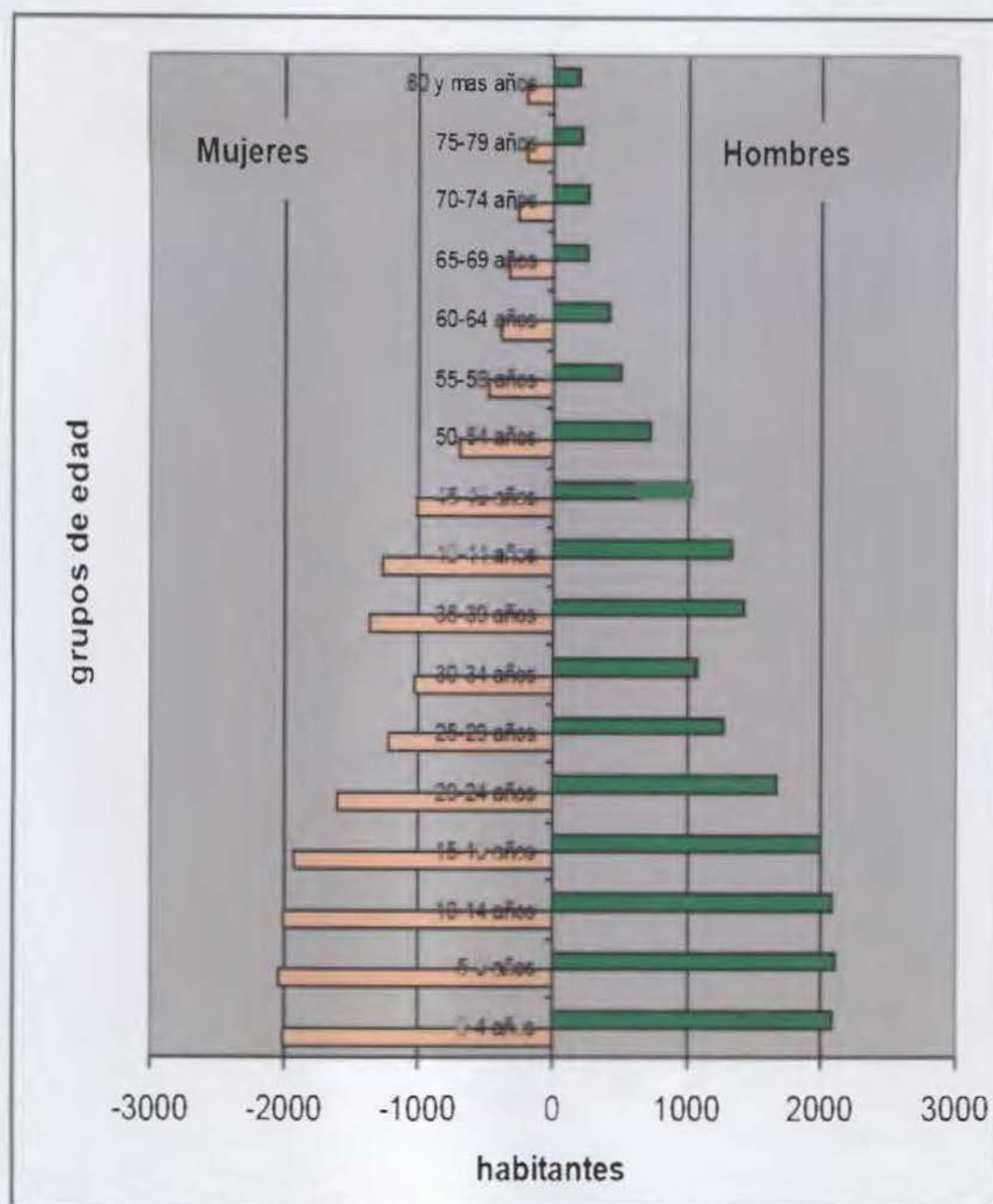
Anexo E. Distribución Poblacional por Grupo Etario, Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

CUADRO 22
DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR GRUPO ETARIO POBLACIÓN DEL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012

Grupo Edad	Número de Personas	
	Total absoluto	Porcentaje
0 a 4	3732	10,0
5 a 9	3763	10,1
10 a 14	3865	10,4
15 a 19	3799	10,2
20 a 24	3601	9,6
25 a 29	2855	7,6
30 a 34	2201	5,9
35 a 39	2022	5,4
40 a 44	2600	7,0
45 a 49	2476	6,6
50 a 54	1926	5,2
55 a 59	1288	3,4
60 a 64	917	2,5
65 a 69	726	1,9
70 a 74	616	1,6
75 a 79	434	1,2
80 y más	519	1,4
Total	37340	100,0

FUENTE: Plan de Gestión Local 2012-2013, Tomado de: Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, Análisis de Situación Integral de Salud, Área de Salud los Santos, 2012

GRÁFICO 1
POBLACIÓN TOTAL DEL ÁREA DE SALUD LOS SANTOS SEGÚN SEXO Y
GRUPO DE EDAD PARA EL AÑO 2012



FUENTE: Plan de Gestión Local 2012-2013, Tomado de: Equipo de Apoyo: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, Análisis de Situación Integral de Salud, Área de Salud los Santos, 2012

Anexo F. Distribución Poblacional a Nivel Nacional.

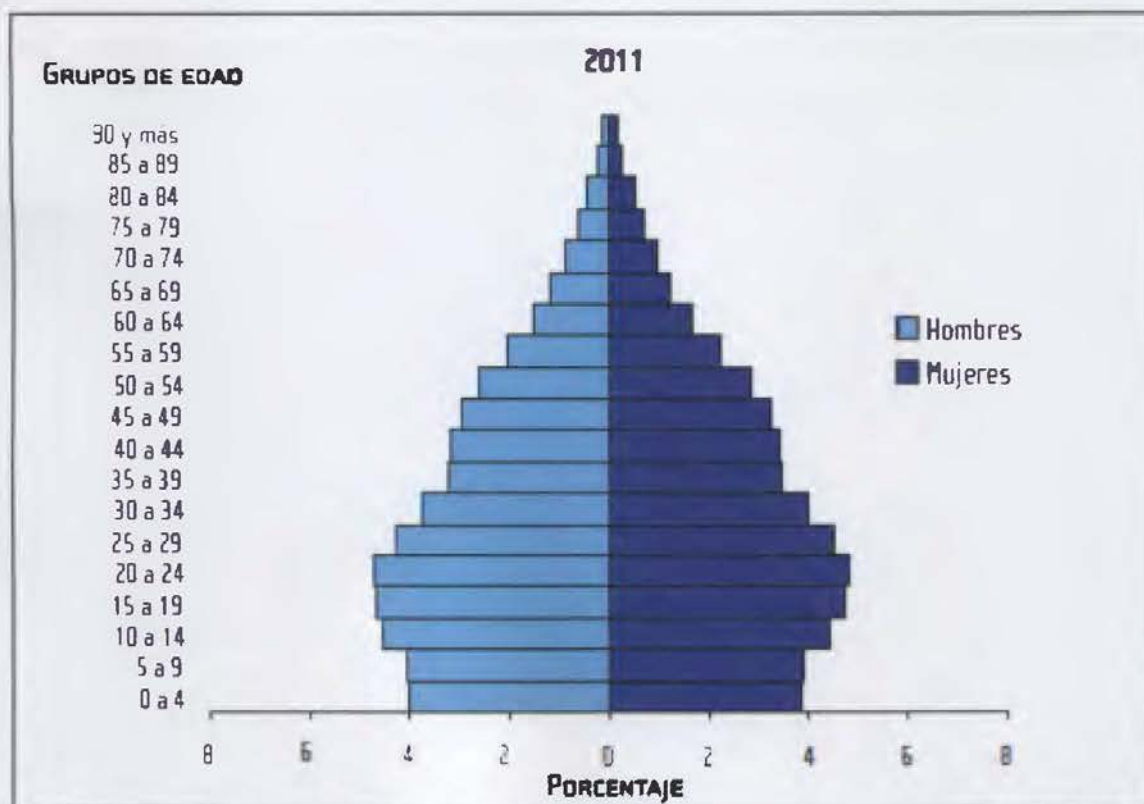
CUADRO 23
DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR SEXO A NIVEL NACIONAL, 2011.

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres	Distribución relativa	Relación hombre mujer ^v
Total	4 301 712	2 106 063	2 195 649	100,0	96
0 a 4	338 717	172 943	165 774	7,9	104
5 a 9	342 057	173 995	168 062	8,0	104
10 a 14	387 055	195 680	191 375	9,0	102
15 a 19	405 176	201 934	203 242	9,4	99
20 a 24	410 480	203 280	207 200	9,5	98
25 a 29	378 424	184 046	194 378	8,8	95
30 a 34	332 898	160 678	172 220	7,7	93
35 a 39	288 071	138 718	149 353	6,7	93
40 a 44	282 914	136 344	146 570	6,6	93
45 a 49	267 747	128 560	139 187	6,2	92
50 a 54	235 256	112 308	122 948	5,5	91
55 a 59	183 581	87 315	96 266	4,3	91
60 a 64	137 624	65 432	72 192	3,2	91
65 a 69	103 528	49 637	53 891	2,4	92
70 a 74	78 054	37 117	40 937	1,8	91
75 a 79	56 538	26 038	30 500	1,3	85
80 a 84	40 154	18 177	21 977	0,9	83
85 a 89	21 263	9 068	12 195	0,5	74
90 a 94	8 719	3 473	5 246	0,2	66
95 y más	3 456	1 320	2 135	0,1	62

^v Relación hombre mujer = |hombres/mujeres| * 100.

Fuente: INEC. X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011.

GRÁFICO 2
POBLACIÓN TOTAL NACIONAL SEGÚN SEXO Y
GRUPO DE EDAD PARA EL AÑO 2012



Fuente: INEC. Censos Nacionales de Población 1984 - 2011 y
 CCP-INEC. Proyecciones y Estimaciones de Población, 1950-2100, 2008.

Anexo G. Principales cinco causas de morbilidad en el Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

CUADRO 24.
PRINCIPALES CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, SEGÚN EBAIS, ENERO A MAYO DE 2012.

(Prioridad en orden descendente)

EBAIS	Causas de Morbilidad
EBAIS 1 (LLANO BONITO, SAN ISIDRO)	Hipertensión Esencial Control Prenatal Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples Diabetes Mellitus Gastritis y Duodenitis
EBAIS 2 (SAN PABLO)	No hay datos reportados en el SIIS
EBAIS 3 (SAN ANDRÉS, SANTA CRUZ, SAN ANTONIO)	Hipertensión Esencial Diabetes Mellitus Control Prenatal Trastorno del metabolismo de lipoproteínas y otras lipidemias Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples
EBAIS 4 (SAN MARCOS A)	Hipertensión Esencial Control prenatal Rinitis alérgica y vasomotora Diabetes Mellitus Gastritis y duodenitis
EBAIS 5 (SAN LORENZO)	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva Diabetes Mellitus Control Prenatal Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónicas.
EBAIS 6 (SANTA MARÍA)	Hipertensión Esencial Diabetes Mellitus Control Prenatal Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples

<p>EBAIS 7 (CIMA, COPEY, PROVIDENCIA, CEDRAL, SAN MARTÍN, SAN ANTONIO)</p>	<p>Rinitis Alérgica y vasomotora Hipertensión esencial Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples Control Prenatal Diabetes Mellitus Trastorno del metabolismo de lipoproteínas y otras lipidemias</p>
<p>EBAIS 8 (SAN MARCOS B)</p>	<p>Hipertensión Esencial Diabetes Mellitus Control prenatal Trastorno del metabolismo de lipoproteínas y otras lipidemias Rinitis alérgica y vasomotora</p>
<p>EBAIS 9 (SAN CARLOS Y SAN JERÓNIMO)</p>	<p>No hay datos reportados en el SIIS</p>
<p>EBAIS MÓVIL</p>	<p>Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples Caries Embarazo Ectópico Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso Infección local de la piel y tejido subcutáneo</p>

FUENTE: Sistema de Información Integral de Salud, Área de Salud Desconcentrada Los Santos, 2012.

Anexo H. Distribución de organizaciones comunales según cantón.

CUADRO 25
DISTRIBUCIÓN DE ORGANIZACIONES COMUNALES SEGÚN CANTÓN, ÁREA DE
SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012

	TARRAZÚ	DOTA	LEÓN CORTÉS
ORGANIZACIONES COMUNALES	Asociación de Desarrollo Integral: Guadalupe, San Pedro, La Sabana, Santa Cecilia, El Rodeo	Ministerio de Seguridad	Comité de Salud: San Pablo, Llano Bonito, San Isidro, San Antonio, Santa Cruz y San Andrés
	Junta de salud ASLS	Ministerio de Agricultura	
	Cuerpo de Bomberos: San Marcos	Ministerio de Educación	Comité de Deportes: San Pablo, Llano Bonito, San Isidro, San Antonio, Santa Cruz y San Andrés
	Comité de Educación y Bienestar Social: COOPETARRAZU, COOPE SAN MARCOS, COOPE SANTOS	Asociación de Desarrollo Integral:	
	Comité de Deportes: San Marcos, La Sabana, Guadalupe, San Pedro, El Llano de la Piedra,	Comité de Educación y Bienestar Social: COOPEDOTA	Comité de Acueductos: San Pablo, Llano Bonito, San Isidro, San Antonio, Santa Cruz y San Andrés
	Juntas de Educación: La Sabana, San Marcos, San Pedro, Guadalupe, La Pastora, San Miguel, El Rodeo	Comité de Deportes: Santa Maria, Copey, La Cima	Comité de Cruz Roja
	Consejo Pastoral: La Sabana, San Pedro, La Pastora, San Cayetano, El llano de la Piedra, San Marcos, Santa Cecilia, El Rodeo	Juntas de Educación: Santa Maria, Copey, La Cima, Providencia, Jardín, La Trinidad	Comité de Biblioteca: San Pablo
	Comité de Salud: San Marcos, San Lorenzo, San Carlos	Comité de Salud: Copey, Providencia, El Cedral, La Cima y San Martin.	Junta de educación: San Pablo, Llano Bonito, San Isidro, San Antonio, Santa Cruz y San Andrés
		Consejo Pastoral: Santa Maria, Copey, La Cima,	Comité de emergencias: San Pablo

Comité de Acueductos: El Llano de la Piedra, San Pedro, Santa Cecilia, El Rodeo	Providencia, Jardín, La Trinidad	Consejo Pastoral: San Pablo, Llano Bonito, San Isidro, San Antonio, Santa Cruz y San Andrés
Comité de Educación y Nutrición: San Marcos, San Lorenzo, San Carlos, San Jerónimo	Comité de Salud: Copey, La Cima, Providencia,	Grupo Semana Santa: San Pablo
Asociación Hogar de Ancianos Los Santos: San Marcos	Comité de Acueductos: Copey, La Cima, Providencia	Junta Administrativa del Colegio
Asociación de Rehabilitación Integral de Los Santos: San Marcos	Comité de Educación y Nutrición: Copey, La Cima	Instituto Nacional de Electricidad
Asociación de Padres de Familia del Liceo de Tarrazú	Asociación de Albergue de Ancianos de Santa Maria de Dota	Ministerio de Seguridad
Municipalidad de Tarrazú	Asociación de Padres de Familia del Colegio	Ministerio de educación
Ministerio de Salud	Municipalidad de Dota	APACO
Ministerio de Seguridad	MINAE	Municipalidad de león Cortez
Ministerio de Agricultura	Comité de Cruz Roja	
Ministerio de Educación		
Comité de Cruz Roja		

FUENTE: Área de Salud Desconcentrada Los Santos, ASIS, 2012.

Anexo I. Estructura del conversatorio Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en la APS, para el personal de salud del Área de Salud Los Santos.

Inicialmente se dará la bienvenida a los participantes y se les explicará que la sesión se llevará a cabo por medio de un conversatorio. El estudiante fungirá como mediador, sin embargo, la información será construida con los participantes.

La sesión será realizada en tres fases explicadas a continuación:

Evocación de las experiencias (10 minutos)

Durante esta etapa se realizarán una serie de preguntas generadoras a los participantes, las mismas se enumeran a continuación:

- 1) ¿Cómo definiría el concepto de promoción de la salud?
 - 2) ¿Qué estrategias o actividades considera que corresponden a la promoción de la salud?
 - 3) ¿Cómo definiría el concepto de prevención de la enfermedad?
 - 4) ¿Qué estrategias o actividades considera que corresponden a la promoción de la salud?
 - 5) ¿En la realidad, es posible desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel de atención primaria, como lo señala la teoría? ¿Por qué?
 - 6) ¿Qué obstáculos y facilitadores considera usted que existen en el sistema de salud actual, que intervienen en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?
-
- 7) En su experiencia, ¿considera que usted implementa acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad? ¿Por qué?

Fase Crítica Reflexiva (25 minutos)

Durante esta etapa se realizará un diagrama con los hallazgos obtenidos, para conceptualizar la promoción y la prevención, de acuerdo a los aspectos señalados por los participantes. Al finalizar se llegará a un consenso de casa término.

Diagrama:



Fase analítica (25 minutos)

Por medio de los diagramas, se realizará un contraste con la información obtenida a través de datos de estudios realizados en promoción y prevención respecto a los resultados obtenidos a nivel curativo. Esta comparación permitirá generar otro punto de vista, para posteriormente, en conjunto con los participantes determinar una solución para el desarrollo de estrategias viables en el área. Se irán brindando los datos de manera paulatina a los funcionarios y solicitándoles formulen un criterio respecto al tema.

Finalmente se les solicitará que propongan soluciones para poder generar, desde las limitaciones que se encuentren, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Anexo J. Formulario de validación del conocimiento y registro de la actitud de la población durante su aplicación para personal de Enfermería y ATAPS

Nombre del facilitador: _____

EBAIS: _____

Grupo etario al que se dirige la educación: _____

Guía de validación de las recomendaciones nutricionales para la promoción de la alimentación adecuada en la población adscrita al área.

N° Paciente	Recomendaciones que se brindaron*	Recomendaciones que generaron dificultad* (señalar la dificultad que generó)	Problemas dudas presentados durante educación	y Actitud y aprehensión del paciente ante la educación

*Anotar el número de recomendación

Anexo K. Acciones planeadas para la aplicación del conocimiento y material desarrollado por los funcionarios partícipes de la Estrategia de capacitación y supervisión del personal del Área de Salud “Promoviendo mi salud y la de los demás”.

Planteamiento de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad

Departamento: **Aseo.**

Integrantes

Tema	H.T.A. Hipertensión Arterial
Objetivo	Informar a la población sobre la forma adecuada para tratar dicha enfermedad.
Plan para la replicación de la información	<p>La elaboración de Carteles informativos de dicha enfermedad.</p> <p>Hacer entrega de panfletos alusivos a los pacientes en los distintos Eba's</p> <p>Solicitar al Médico la ayuda para que al atender al Paciente los refuerce lo que se expone en dicha información.</p>
Evaluación	

Planteamiento de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad

Departamento: *Farmacia / Laboratorio.*

Integrantes:

Tema	<i>Informativos Nutricionales</i>
Objetivo	<i>Informar al paciente sobre tips y ventajas de la alimentación saludable.</i>
Plan para la replicación de la información	<i>El plan consiste en elaborar pequeños informativos nutricionales, entregarlos en las ventanillas de Farmacia y Laboratorio en diferentes días a los pacientes que se da la atención, entrega de medicamentos y entrega de exámenes de laboratorio.</i>
Evaluación	

Disfrute la vida...

**Consuma todos los días
Vegetales y verdura**



**Quieres sentirte bien?
Tome al menos 8 vasos
de agua diarios.**



**Consuma frutas todos los días.
Tu cuerpo se lo agradecerá.**



**Coma despacio en un lugar tranquilo
y mastique bien los alimentos,
te ayudara a tener mejor digestión.**



Disfrute la vida...

**Consuma todos los días
Vegetales y verdura**



**Quieres sentirte bien?
Tome al menos 8 vasos
de agua diarios.**



**Consuma frutas todos los días.
Tu cuerpo se lo agradecerá.**



**Coma despacio en un lugar tranquilo
y mastique bien los alimentos,
te ayudara a tener mejor digestión.**



**Consuma todos los días Vegetales y verduras
(Hojas verdes, verduras y frutas con cascara, vainica, tomate...)**



**Quieres sentirte bien?
Tome al menos 8 vasos de agua diarios.**



**Consuma frutas todos los días.
Tu cuerpo te lo agradecerá.**



**Coma despacio en un lugar tranquilo y mastique bien los alimentos,
Te ayudara a tener mejor digestión.**



Planteamiento de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad

Departamento:

Redes A.S.L.S.

Integrantes:

Tema	Alimentación Saludable
Objetivo	Promover hábitos de Alimentación Saludable
Plan para la replicación de la información	Desde Pemas, en los Ebais, distribuir mensajes cortos, a los usuarios, usando un mensaje distinto cada semana, por 4 semanas. Material: papel Bond de colores.
Evaluación	

<p>Cocine con hierbas y olores naturales, pueden sembrarse en una maceta, los tendrá siempre frescos y disponibles y su bolsillo y su salud lo agradecerán</p> 	<p>Trate de consumir todos los días leche, queso o yogurt, son necesarios para mantener la salud de sus huesos</p> 
<p>Varie la forma en que prepara sus alimentos, incluyendo vegetales como en picadillos, guisos, en salsas naturales, sopas y platos compuestos, estos no solo le darán nuevas opciones, sino que son más saludables.</p> 	<p>Elimine la piel y exceso de grasas en las carnes, pollo y pescado, son dañinos para su salud, ya que aportan grasas saturadas (malas)</p> 
<p>Consuma alimentos variados, ellos le van a aportar todos los nutrientes que su cuerpo necesita</p> 	<p>Hacer actividad física le ayuda a disminuir el estrés, brinda energía y salud.</p> 
<p>Disminuya el consumo de azúcar y sus derivados como mieles, jaleas, tapa de dulce, etc.</p> 	<p>Tome el desayuno diariamente, es importante romper el ayuno lo más temprano posible para que su cuerpo trabaje adecuadamente durante el día.</p> 
<p>Recuerde cumplir con los 5 tiempos de comida que son: desayuno, fruta, almuerzo, café y cena.</p> 	<p>Evite el exceso de sodio (sal), disminuyendo la sal añadida, cubitos y consomés, así como alimentos enlatados, de paquete, entre otros.</p> 
<p>Incluya en su alimentación diaria: frutas, vegetales y leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas)</p> 	<p>Recuerde beber al menos 4 vasos de agua durante el día, ella es fundamental para mantener una buena salud</p> 
<p>Consuma alimentos ricos en fibra como granos enteros, frutas y vegetales con cascara.</p> 	<p>Realice actividad física al menos 3 veces por semana durante 20 minutos (trotar, correr, nadar, bailar, jugar, etc.)</p> 

<p>Consuma alimentos variados, ellos le van a aportar todos los nutrientes que su cuerpo necesita</p> 	<p>Hacer actividad física le ayuda a disminuir el estrés, brinda energía y salud.</p> 
<p>Disminuya el consumo de azúcar y sus derivados como mialas, jaleas, tapa de dala, etc.</p> 	<p>Tome el desayuno diariamente, es importante romper el ayuno lo más temprano posible para que su cuerpo trabaje adecuadamente durante el día.</p> 
<p>Recuerde cumplir con los 5 tiempos de comida que son: desayuno, fruta, almuerzo, café y cena.</p> 	<p>Evite el exceso de sodio (sal), disminuyendo la sal añadida, cubitos y consomés, así como alimentos enlatados, de paquete, entre otros.</p> 
<p>Incluya en su alimentación diaria: frutas, vegetales y leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas)</p> 	<p>Recuerde beber al menos 4 vasos de agua durante el día, ella es fundamental para mantener una buena salud</p> 
<p>Consuma alimentos ricos en fibra como granos enteros, frutas y vegetales con cascara.</p> 	<p>Realice actividad física al menos 3 veces por semana durante 20 minutos (trotar, correr, nadar, bailar, jugar, etc.)</p> 
<p>Evite el consumo de bebidas alcohólicas, ya que no solo tienen efectos negativos en su salud, también aportan energía extra que el cuerpo no necesita</p> 	<p>Realizar actividad física como caminar, bailar, nadar o trotar disminuye el colesterol malo, aumenta el colesterol bueno y nos protege contra enfermedades cardiovasculares</p> 
<p>Un estilo de vida inadecuado como el consumo de licor, tabaco, el sedentarismo y una dieta poco balanceada, favorecen la aparición de enfermedades como la hipertensión, diabetes y dislipidemias (colesterol en sangre)</p> 	<p>Evite el consumo de frituras y comidas rápidas, son dañinas para su cuerpo.</p> 

Planteamiento de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad

Departamento: **Dirección Médica**

Integrantes:

Tema	Promoviendo la salud desde la correspondencia emitida por la dirección Médica
Objetivo	Aprovechar la correspondencia emitida por la dirección médica para divulgación de mensajes que promuevan la Salud y los EUS
Plan para la replicación de la información	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hacer banco de datos con mensajes de alimentación saludable, Ejercicio, EUS y en general promoción de la Salud basado en las guías nacionales 2- Incorporar los mensajes en pequeños espacios libres de la correspondencia para su divulgación. 3- Aprovechar la impresión duplex para utilizar el dorso en blanco de la correspondencia.
Evaluación	Se inició el 30 octubre 2012

Además recuerde

1) Garantice su consumo de frutas, vegetales no harinosos, pescado, carnes sin excesos de grasa, pollo sin piel, huevo, arvejas, frijoles o lentejas no enlatados, granos enteros o integrales y leche, yogurt o queso bajo en grasa.

2) Coma alimentos con más fibra, los cereales integrales o enteros, las leguminosas y la frutas y vegetales con cáscara aportan esta sustancia.

3) Evite alimentos con alto contenido de azúcar simple como: mieles, jaleas, mermeladas, tapa de dulce, siropes, pastelería, galletas rellenas y azúcar de mesa.

4) Disminuya el consumo de grasas como la manteca, mantequilla, natilla y queso crema. Y prefiera pequeñas cantidades de aceites de soya, maíz o girasol, aguacate o semillas.

5) Use menos sal, consomé, cubitos, sopas deshidratadas, salsa inglesa o de soya enlatados y alimentos de paquete.

6) Trate de variar la manera en que prepara sus alimentos, prefiera las salsas naturales, horneados, al vapor, asados o platos compuestos como picadillos.

7) Evite el consumo de alcohol.

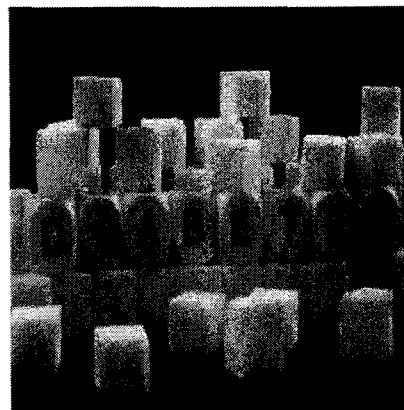
8) Aprenda a manejar el estrés y evite fumar, busque pasatiempos y actividades que le agraden y ayuden a relajarse

9) Haga al menos 30 minutos de actividad física diaria.

Elaborado por:
Zurielly Castro Hernández
Gerardo Solís Picado
Rosario Marañón Mata
Área de Salud Los Santos



Consejos Nutricionales para diabéticos



Área de Salud Los Santos



Anexo L. Resultados en el estado nutricional obtenido en los funcionarios participes del Programa de Capacitación de Promotores de Salud en los funcionarios del Área de Salud Desconcentrada Los Santos.

CUADRO 26
 RESULTADOS ANTROPOMÉTRICOS OBTENIDOS EN LOS FUNCIONARIOS PARTICIPES DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD EN LOS FUNCIONARIOS DEL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012.
 (n=20)

PARTICIPANTE	PESO (kg)		PORCENTAJE GRASA (%) ¹	
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
1	71,4	69	28,3	26
2	81,1	79,7 ^a	52,5	48 ^a
3	92,4	92,4	39,1	38,5
4	85,7	84,4	28,8	27,8
5	75,1	69,5	47,9	46,4
6	88,7	86,1	47,6	47,7
7	81,3	82,4	52,8	51,8
8	72,1	71,4	41,1	41,2
9	91,9	91,2	55,3	55,1
10	107,2	107,8	58,1	57,7
11	95,5	94,3 ^a	48,2	47,8 ^a
12	61,9	60,8	40,9	39,6
13	69,5	68,2 ^b	47,2	NR ^b
14	87,3	85,9	41,8	41
15	97,9	95,3 ^b	32,9	NR ^b
16	86,3	86,9	34,7	34,6
17	73,2	71 ^b	45,3	NR ^b
18	71	72,1	46	46,8
19	124,8	126,5	58	58,5
20	83,3	85,1 ^b	27,2	NR ^b

^a Resultados responden a la valoración preliminar realizada en el mes de setiembre, ausente en la valoración final.

^b Resultados responden a la valoración preliminar realizada en el mes de agosto, ausente en la valoración final.

GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE PROMOTORES DE LA SALUD DEL ÁREA DE SALUD DESCONCENTRADA LOS SANTOS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA PESO Y PORCENTAJE DE GRASA, DURANTE EL CURSO, 2012.
(n=20)



Nota:

El promedio de pérdida de peso de los funcionarios a lo largo del curso fue de 0,88 kilogramos, considerando el peso reportado de aquellos funcionarios que no acudieron a la valoración final, pero si fueron valorados durante los meses de agosto y setiembre.

Respecto al promedio de pérdida de porcentaje de grasa, los funcionarios obtuvieron una pérdida promedio de 0,81%. De igual manera que en el caso anterior, se tomaron en cuenta los datos obtenidos tanto, de la valoración final, como de las valoraciones de agosto y setiembre, en aquellos funcionarios que se ausentaron en la última valoración.

CUADRO 27
RESULTADOS BIOQUÍMICOS OBTENIDOS EN LOS FUNCIONARIOS PARTICIPES DEL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD EN LOS FUNCIONARIOS DEL ÁREA DE SALUD
DESCONCENTRADA LOS SANTOS, 2012.

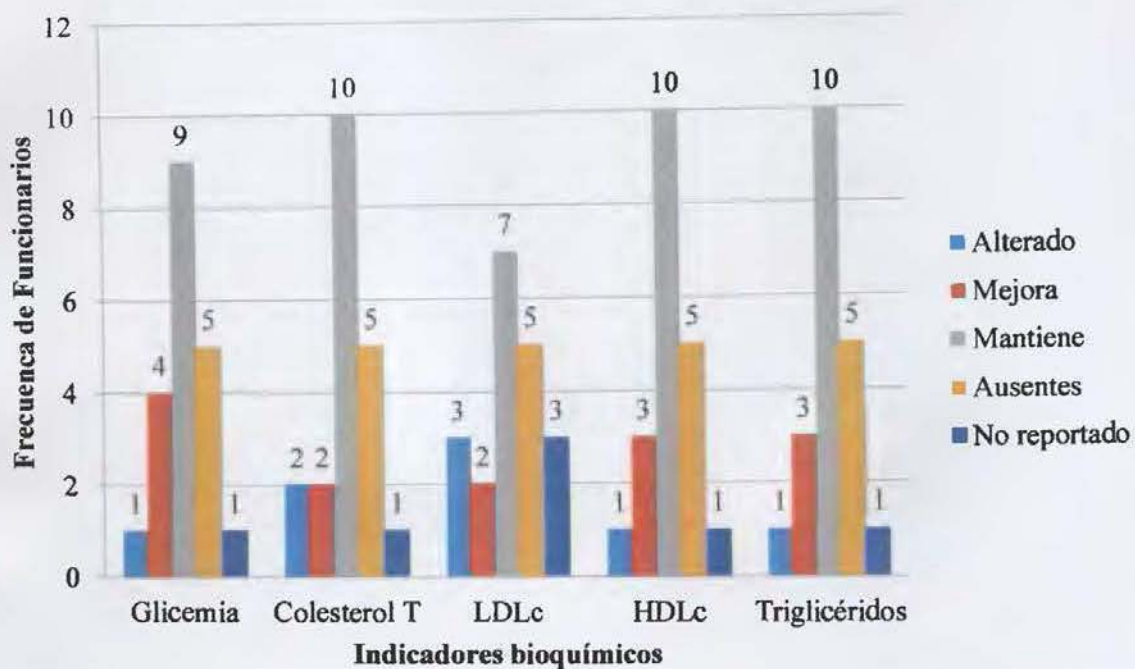
(n=20)

PARTICIPANTE	GLICEMIA (mg/dl)		COLESTEROL T(mg/dl)		LDLc(mg/dl)		HDLc(mg/dl)		TRIGLICÉRIDOS(mg/dl)	
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
1	108	99	193	195	133	134	38,9	44	103	85
2	110	A	235	A	155	A	40,8	A	197	A
3	89	102	180	154	121	52	32,4	33,6	137	342
4	106	110	238	227	133	134	44,6	47	298	229
5	103	94	195	203	132	143	48	45	74	72
6	102	97	207	201	131	135	35,1	31	200	172
7	84	79	178	190	93	103	38	51	234	181
8	76	73	155	182	85	118	39,6	46,2	103	89
9	93	97	241	237	174	179	50,8	45	79	67
10	134	116	213	273	111	NR	30,8	31	350	496
11	123	A	129	A	71	A	32,9	A	126	A
12	109	101	214	218	153	154	36,2	36	121	139
13	94	A	243	A	NR	A	43,5	A	417	A
14	79	86	205	232	130	177	33	34,4	210	102
15	172	A	208	A	120	A	30	A	293	A
16	82	83	219	180	137	91	32	46	250	215
17	102	A	242	A	143	A	36,3	A	317	A
18	87	100	221	202	115	107	34,9	30,7	353	317
19	89	NR	247	NR	159	NR	52,3	NR	177	NR
20	112	114	273	305	NR	NR	31,5	32,6	522	705

¹A: ausente

²NR: no reportado

GRÁFICO 4. FRECUENCIA DE PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE PROMOTORES DE LA SALUD DEL ÁREA DE SALUD DESCENTRALADA LOS SANTOS, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA VALORACIÓN BIOQUÍMICA, 2012. (n=20)



Nota:

Si bien se reportan los cambios relevantes a nivel bioquímico (se consideran los cambios en el rango a nivel de los parámetros estipulados), al comparar los datos iniciales y finales, todos los participantes experimentaron cambios en los diferentes parámetros bioquímicos

Anexo M. Formularios de Supervisión para la escuela República de Bolivia, San María de Dota

Supervisión de Estrategias de Póngale Vida

Nombre de la Escuela: _____

Código:

Nombre del Docente: _____

Nombre del Supervisor: _____

Pregunta	Actividad
1. Momento en que realiza los 15 minutos	
2. Día y recreo escogido para implementar los Recreos Activos	
3. Está utilizando el CD suministrado por el Proyecto para los 15 minutos y/ o para recreo activo (sí o No y porque?)	
4. Existen otros docentes o funcionarios involucrados en la implementación de las estrategias	
5. ¿Cuántas veces por semana revisa meriendas? ¿Cuáles son los cambios que ha observado? ¿Cuáles son las características de las meriendas que ha observado? (componentes)	
6. ¿Ha realizado alguna actividad en la cual se involucre a la familia? Si/No y porque?	
7. Qué recursos ha necesitado para realizar actividades ofrecidas por la Guía del Docente (copias, materiales de oficina, etc)	
8. ¿Está el Calendario de estacionalidad de alimentos en el aula diariamente? -¿por qué si o porque no?	
9. Ha tenido que solicitar algún permiso especial para llevar a cabo las estrategias del proyecto	
10. Necesidades de apoyo; definalas	
11. Comente diferencias en aceptabilidad o participación en 15 minutos y recreo activo según edad y sexo	