

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de las Mujeres
Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva

Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: Una Propuesta para su Construcción

Julio, 2001

Elaborado por:

Comisión Técnica Interinstitucional

Redacción:

Zully Moreno Chacón, Hospital de las Mujeres
Ane Rojas Chavarría, Instituto Nacional de las Mujeres
María del Carmen Fernández Delgado, Hospital de las Mujeres
Ileana Quirós Rojas, Sección Salud de la Mujer - C.C.S.S.
Luis Gmo. Ledesma Izard, Hospital de las Mujeres

Colaboración de:

Virginia Rosabal, Oficina Sectorial de la Mujer - C.C.S.S.
Marielos Miranda, Proyecto Modernización - C.C.S.S.
Marielos Brenes, Dirección de Planificación Institucional - C.C.S.S.
Anna Arroba, Asociación de Mujeres en Salud.
Centro Desarrollo Estratégico e Información en
Salud y Seguridad Social - C.C.S.S.

Edición:

Ana Rojas Chavarría
Ma del Carmen Fernández Delgado

Corrección de Estilo:

Asesorías Organizacionales S.A.

Diseño de Portada y Diagramación

Línea Arte y Diseño S.A.

Impresión:

Guilá Imprenta Litografía

INDICE

Índice	3
Presentación	7
Introducción	9

Capítulo 1

I.	Fundamentos técnico - conceptuales del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres.....	13
	1.1 Desarrollo humano y salud	14
	1.2 Mujer, salud y desarrollo	15
	1.3 Construcción social del proceso salud-enfermedad	17
	1.4 Género y salud	21
	1.5 El impacto de la perspectiva de género en el ámbito de la salud	23
	1.5.1 Relación de la medicina y las mujeres	24
	1.5.2 Relación entre doctores, enfermeras y trabajadoras sociales	27
	1.5.3 Las mujeres y la salud	28
	1.6 La salud de las mujeres y el enfoque de derechos	29
	1.6.1 El derecho a la salud sexual y reproductiva	31
	1.7 Atención integral desde los servicios de salud	32
	1.7.1 Calidad de la atención en los servicios de salud	34
	1. 7.1.1 Dignificación	36
	1.7.1.2 Conciencia y respeto de derechos	36
	1.7.1.3 Competencia Técnica.....	36
	1.7.1.4 Vínculo interpersonal.....	37
	1. 7.1.5 Potenciación de comportamientos	37
II.	Justificación	13
	2.1 El contexto actual y el Modelo de Atención de Salud en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.....	41
III.	El Hospital de las Mujeres y las iniciativas de cambio	45

IV.	Descripción del Hospital de las Mujeres	55
	4.1 Ubicación física del Hospital y área de atracción	56
	4.2 Aspectos filosóficos del Hospital	56
	4.3 Servicios con los que cuenta actualmente el Hospital	58
	4.4 Consultas, programas y equipos de trabajo del Hospital	58
	4.4.1 Consultas del Hospital	58
	4.4.2 Programas	59
	4.4.3 Equipos, comisiones y grupos de trabajo	59
V	Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción	61
	5.1 Descripción del modelo	62
	5.2 Visión del modelo	65
	5.3 Misión del modelo	65
	5.4 Valores del modelo	65
	5.4.1 Respeto a los Derechos Humanos	65
	5.4.2 Equidad e Igualdad	66
	5.4.3 Compromiso Social	66
	5.4.4 Solidaridad	66
	5.4.5 Lealtad	67
	5.4.6 Honestidad	67
	5.5 Objetivos	67
	5.1 Objetivo general N° 1	67
	5.1.1. Objetivos específicos	67
	5.2 Objetivo general W 2	68
	5.2.1 Objetivos específicos	68
	5.6. Lineamientos de política	68
	5.7. Estrategias	69
	5.7.1 Estrategia genérica	69
	5.7.2 Estrategias para la ejecución del modelo	72
	5.8 Programas prioritarios de abordaje	73
	5.9 Ejes transversales para la Atención Integral de la Salud de las Mujeres	74

Una propuesta para su construcción

5.10 Áreas de trabajo	75
5.10.1 Promoción de la salud	75
5.10.2 Prevención de la salud	75
5.10.3 Prestación de servicios	76
5.10.3.1 Plataforma para los servicios	77
5.10.3.1.1 Readecuación del espacio físico y de equipo	77
5.10.3.1.2 Acceso a Información y Educación	77
5.10.3.1.3 Procesos de inducción	77
5.10.3.1.4 Formas de abordaje	77
5.10.3.1.5 Tipos de atención	77
5.10.4 Área de Rehabilitación	78
5.10.5 Área de Formación y Capacitación	78
5.10.6 Área de Investigación	79
5.11 Influencia del Modelo en el abordaje de la salud de las mujeres en los tres niveles de atención	80
5.12 Gerencia del Modelo	81
5.13 Fases para la construcción del Modelo	83
5.14 Viabilidad	85
5.14.1 Viabilidad Técnica	86
5.14.2 Viabilidad Financiera	86
5.14.3 Viabilidad Jurídica	86
5.14.4 Viabilidad Política	87
5.14.5 Viabilidad Institucional	87
5.15 Requerimientos básicos	88
5.16 Sistema de información	88
5.17 Seguimiento y evaluación	88
5.18 Seguimiento y evaluación del modelo según fases, indicadores de éxito y verificadores	90
5.19 Cronograma de Actividades	93
5.20 Cronología de Actividades según fases	94
Anexos	95
Bibliografía consultada	119

PRESENTACIÓN

La salud es un componente esencial de la vida de las personas y un derecho inalienable de éstas. Se va edificando como parte de un proceso de construcción social, en el que interactúan múltiples factores de manera dialéctica, en tiempos y espacios particulares, que la van definiendo y determinando en un continuo.

Es nuestro compromiso abordar la salud de las mujeres desde esta perspectiva, asumiendo con claridad, compromiso y responsabilidad, que tanto lo económico, como lo político, lo cultural, el género, la edad, el lugar de residencia y otros factores, moldean sistemáticamente la salud de las mujeres.

Queremos poner énfasis en las diferencias que se derivan del ser hombre y ser mujer para comprender y abordar la salud de ambos sexos. Las mujeres en su diversidad, tienen necesidades e intereses particulares, así como también, problemas de salud propios de su condición de ser mujeres. Necesitamos políticas públicas y acciones concretas que hagan la diferencia y promuevan respuestas integrales, efectivas y oportunas.

El Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres y la Ministra de la Condición de la Mujer, la Caja Costarricense de Seguro Social, dentro del marco de la Reforma al Sector Salud y la Modernización de las Instituciones, se hacen eco, con esta propuesta, de las nuevas corrientes que proponen un enfoque basado en los principios de la atención integral, el trabajo en equipos multidisciplinarios, de respeto a los derechos de la salud y las decisiones informadas de las mujeres, de la participación ciudadana real, presente en los procesos de toma de decisiones y de planificación de los servicios de salud.

El esfuerzo llevado a cabo por personas de las diversas organizaciones participantes deja en claro las posibilidades reales que tiene un cambio en el enfoque de la salud de las mujeres en Costa Rica, y prueba, por medio de un exhaustivo análisis, que lo primordial que debe acompañar la voluntad política para la transformación, es la actitud de quienes ejercen la prestación de servicios desde diversas trincheras, pero también de quienes como usuarias deben aprender a desarrollar un papel más beligerante ante la consecución de sus derechos.

Con este modelo de atención a la salud de las mujeres, el Gobierno de la República, desde sus diversas instancias de salud, da respuesta a una necesidad cada vez más sentida en una sociedad que durante las últimas décadas, ha dado una lucha frontal por alcanzar la equidad entre los géneros.

En esto reside la importancia de esta propuesta, pues por sobre los avances tecnológicos y descubrimientos científicos, prevalece erguida la mujer, en su humana condición, dueña de su destino y de su cuerpo y, por lo tanto, poseedora de herramientas emocionales y demandante legítima de información, con lo cual podrá combatir las enfermedades de su cuerpo y de su alma, y con ello mejorar sus condiciones de vida.

Los modelos de salud en los países desarrollados están evolucionando en este sentido, y es cada vez más común oír de especialidades relacionadas con la salud comunitaria y familiar, pues es harto conocido que la enfermedad física de las personas no es una veta aislada de problemas que surgen del organismo, sino que están relacionados con la contaminación del ambiente, con la inestabilidad emocional que provoca una sociedad caótica y con la distribución inadecuada de la riqueza.

Igual que en otras oportunidades, aspiramos que este modelo costarricense sirva de ejemplo al resto de Latinoamérica, pues la experiencia y los altos estándares de salud que hemos alcanzado en el país, en esta materia, nos obligan a hacerla trascender.

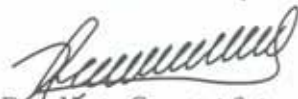
Dejamos pues, en manos de Usted, un documento vital que debe servir de base para los cambios que en esta materia promovamos hacia el futuro.



Licda. Gloria Valerín Rodríguez
Ministra de la Condición de la Mujer
Presidenta Ejecutiva del
Instituto Nacional de las Mujeres



Sra. Lorena Clare Facio
Primera Dama de la República



Dra. Xinia Carvajal Salazar
Viceministra de Salud



Lic. Rodolfo Piza Rocafort
Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S.

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un esfuerzo de coordinación interinstitucional, cuyo propósito es proporcionar lineamientos generales, para desarrollar un Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, que inicialmente se pondrá en marcha en el Hospital de las Mujeres, en coordinación con las Areas de Salud de Acosta, Aserrí, Desamparados y la Clínica Carlos Durán, las organizaciones sociales y mujeres de las comunidades, como experiencia demostrativa, para posteriormente reproducirlo en otros ámbitos del sector salud. Este modelo se fundamenta en las orientaciones y principios derivados de la atención integral, establecidos en la readecuación del modelo de atención vigente en Costa Rica y en los aportes teóricos y método lógicos provenientes del enfoque de género y de derechos.

La ejecución de este modelo significa uné;! revisión profunda de las bases filosóficas y conceptuales presentes, tanto en la estructura y cultura de las organizaciones del sistema de Salud, como en la forma de funcionamiento y proyección social. Este análisis se da bajo los principios universales de respeto a los Derechos Humanos y la búsqueda de igualdad y equidad entre hombres y mujeres, para instaurar nuevas formas sociales de relación y nuevos contenidos simbólicos y representaciones sociales, acerca de sus comportamientos y prácticas.

Este proceso de cambio se visualiza en el mediano y largo plazo, en virtud de que, parte importante de él, se edifica, no sobre modificaciones superficiales sino sobre la base de un replanteamiento en los valores, la visión y las actitudes, las formas de pensar y maneras de actuar de quienes tienen la responsabilidad de garantizar el bienestar de las mujeres, desde múltiples ámbitos que incluyen, desde la toma de decisiones hasta la prestación de servicios de salud, en los niveles más operativos del sistema.

El propósito del modelo es generar cambios profundos en el abordaje de los problemas y necesidades de salud de las mujeres. Cambios que surjan de la interacción y repercutan, no solo en el personal de salud sino también en la población usuaria de los servicios, las familias, las comunidades y otros grupos y sectores involucrados.

Se busca una participación activa de las mujeres y de los hombres, en el conocimiento, análisis y transformación de los asuntos relacionados con su salud; además, incorporar las necesidades e intereses de las mujeres, en la agenda política y pública del país, y abrir espacios reales de participación ciudadana en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas, a partir de la toma de decisiones basada en la información. También, propone la promoción de una nueva actitud y conciencia entre mujeres, hombres, niños (as), adolescentes y personas mayores, que les permita "interiorizar" la salud como un derecho inalienable e impostergable.

Esta propuesta se enmarca en el proceso de Reforma del Sector Salud y de Modernización de las Instituciones, llevado a cabo en Costa Rica, y se fundamenta en el concepto de entender la salud como una producción social, que depende del contexto y sus determinantes sociales. Se requiere abordarla desde un enfoque integral, a través de un trabajo de equipo interdisciplinario, intersectorial y de participación social.

Con el modelo, se espera proporcionar información e insumos, para influir en los niveles altos de toma de decisiones en el sector salud, y lograr que estos impriman equidad en los lineamientos políticos, las acciones y la asignación, distribución y utilización de los recursos.

Como consecuencia de la construcción de este modelo, se desarrollarán acciones dirigidas a contribuir en la revisión y establecimiento de nuevas normativas, dentro y fuera del sector salud, y con ello mejorar la posición de las mujeres en la sociedad, en el nivel público y el privado.

En forma paralela, el modelo incluye el fortalecimiento de las capacidades de liderazgo de las mujeres y las organizaciones comunitarias, a fin de constituir las en agentes multiplicadoras y que, a su vez, conformen una base social amplia que le dé sostenimiento. Se sugiere institucionalizar el enfoque de género en el quehacer rutinario de las entidades del sector salud, e incentivar una nueva forma de concebir la salud entre los (as) diferentes actores (as) sociales involucrados (as) en el proceso. Se plantea que, a partir de la experiencia desarrollada en el Hospital de las Mujeres,

este modelo pueda ser reproducido, realimentado y desarrollado en otros ámbitos, tanto nacionales como internacionales.

Este documento está compuesto por cinco apartados: el primero ubica al lector y a la lectora en el marco de referencia que establece las bases filosóficas y conceptuales del modelo. El segundo plantea una visión global del desarrollo social del Estado costarricense y la importancia de llevar a cabo un proceso de transformación del modelo de salud actual. El tercero explica los principales acontecimientos que han estado presentes en las iniciativas de cambio, propuestas para el Hospital, y que hacen factible que el modelo pueda desarrollarse. El cuarto describe el funcionamiento de este centro de salud.

En el quinto apartado se propone la construcción del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, el cual contiene la visión, misión y valores, lineamientos generales de políticas y objetivos con sus respectivas estrategias. Además, se describen las seis áreas de trabajo a saber: Prevención. Promoción de la Salud. Prestación de Servicios, Rehabilitación e Investigación. Formación y Capacitación.

En este apartado se incluyen cinco programas prioritarios de abordaje: 1. Violencia de Género; 2. Salud Mental; 3. Drogas. Alcohol y Tabaco; 4. Salud Sexual y Reproductiva: Embarazo en la Adolescencia. Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA; Climaterio, Menopausia y Posmenopausia; Patología Cervical y de Mama; y 5. Salud. Comunidad y Medio Ambiente.

También, se muestran los campos de incidencia del modelo, en la red de servicios de salud, y se propone un cambio en la interacción de los tres niveles de atención. Además, se mencionan los retos de una nueva gerencia y puesta en marcha del modelo, así como las fases en las que se llevará a cabo. A manera de contexto, se dan algunas referencias sobre la viabilidad política, institucional, presupuestaria y técnica, para ejecutar el modelo en el Hospital de las Mujeres. En este apartado, se hace énfasis en la importancia de contar con un sistema de información, de seguimiento y evaluación, que facilite visualizar avances y logros en los diferentes momentos de la construcción del modelo.



I. CAPITULO

FUNDAMENTOS TEÓRICO- CONCEPTUALES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES

I. Fundamentos teórico-conceptuales del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres

I.I Desarrollo humano y salud

El desarrollo humano no puede verse como un concepto abstracto ni aislado del quehacer de los diversos sectores de la sociedad. Es más bien orientador y central de ese quehacer, que lleva al desarrollo social y a la ampliación de oportunidades, para que las personas sean capaces de explotar todas sus potencialidades.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), distingue tres opciones básicas, para que las personas puedan acceder a estas oportunidades:⁽¹⁾ poseer una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y la posibilidad de tener acceso a recursos que le permitan disfrutar de un nivel de vida digno.

La salud, en este contexto, es una de las necesidades básicas y componente esencial de la calidad de vida. Es de vital importancia para el desarrollo "porque viene a ser satisfactor de necesidades como la protección frente a enfermedades, frente a carencias de alimentos y, en general, para el disfrute de bienestar y superación de la pobreza"⁽²⁾.

El desarrollo entonces "no se reduce a garantizar la sobrevivencia de las personas, sino que, desde una perspectiva más amplia y comprehensiva, se busca generar una mejor calidad de vida y la recuperación de todas las dimensiones humanas que puedan garantizarlo"⁽³⁾.

Lo anterior es fundamental si se desea hacer viable esta aspiración del desarrollo humano, entendido como "el proceso de avance no unívoco, que requiere verificarse en todos los planos que componen la vida de la sociedad: humano, económico, social, cultural, ecológico, político, científico-tecnológico". No se puede asumir que todos los grupos humanos tengan las mismas necesidades y oportunidades. Debe reconocerse que existen grandes diferencias entre las personas y entre colectivos sociales, como la falta de equidad en la distribución de los recursos y el acceso a las oportunidades.

Un ejemplo concreto es la falta de equidad de género, que afecta al 50 por ciento de la población, constituido por las mujeres. Este fenómeno se agudiza entre sus diferentes segmentos, de acuerdo con etnia, edad, clase social, discapacidad (si la hubiere) fundamentalmente debido a la desvalorización de lo femenino.

Una propuesta para su construcción

Por esto se conciben como valores o principios fundamentales para propiciar el desarrollo: la equidad, los derechos humanos, la participación y la conservación de la naturaleza. De esta forma, los procesos que se generen tendrán como objetivo centrarse en las personas y en sus necesidades, de tal forma que pueda producirse un proceso amplio de participación y de protagonismo de estas.

Las acciones que se emprendan desde los diversos sectores y, en este caso, el Sector Salud y sus instituciones, se convierten en una contribución "al movimiento para la defensa, la promoción de la vida, la democracia participativa, la justicia y el avance de lo humano" ⁽⁵⁾.

**El desarrollo entonces
"no se reduce a
garantizar la
sobrevivencia de las
personas, sino que,
desde una perspectiva
más amplia y
comprehensiva, se busca
generar una mejor
calidad de vida y la
recuperación de todas
las dimensiones
humanas que puedan
garantizarlo"**

1.2 Mujer, salud y desarrollo

En el mundo, acciones en torno a las mujeres y su papel en el proceso desde la década de los años 70, han respondido a diferentes concepciones de desarrollo.

En el marco del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), se desarrollaron conceptos y programas que tuvieron por objeto movilizar a la mujer para abordar los principales asuntos del desarrollo ⁽⁶⁾.

Estos conceptos e ideas se concretaron en diversos procesos del desarrollo, donde se distinguieron cuatro tendencias, como lo expone Moser ⁽⁷⁾.

Enfoque del bienestar: coloca como eje principal el papel reproductor de la mujer en su función de madre, se le considera como parte de un grupo de población vulnerable y receptor pasivo del desarrollo.

Enfoque de equidad: se concentra en el papel "productivo discriminado". Las mujeres deben incorporarse activamente al proceso de desarrollo mediante el acceso al empleo y al mercado y así disminuir la brecha entre hombres y mujeres ⁽⁸⁾.

Enfoque antipobreza: Se basa en la pobreza relativa de las mujeres, con respecto a la de los hombres. Se centra en el alivio de la pobreza y la promoción de un crecimiento económico balanceado. Se reconoce que los programas de educación y empleo podrían aumentar la contribución económica de las mujeres y disminuir la

fecundidad ⁽⁹⁾.

Enfoque de eficiencia: Propone que, a mayor participación económica de las mujeres existirá una mayor equidad ⁽¹⁰⁾.

Enfoque de empoderamiento: Cuestiona los supuestos sobre la relación entre el poder y el desarrollo de los enfoques anteriores. Concibe el poder para las mujeres como el aumento de su capacidad y el incremento de su autoconfianza en la vida, para influir en la dirección del cambio, por medio de su mayor control sobre los recursos materiales y no materiales fundamentales ⁽¹¹⁾.

Dentro de esta visión de " empoderamiento" o habilitación de las mujeres en el campo de la salud, se reconoce que los problemas de salud de las mujeres son expresiones concretas de la situación de falta de equidad genérica en que estas se encuentran. Por tanto, la atención de la salud y de las prácticas de autocuidado, en el amplio sentido del término, deben favorecer los procesos que permitan a las mujeres construir "una relación para sí y fortalecer la capacidad de decidir lo que compete a su cuerpo, su salud, sus afectos y su vida" ⁽¹²⁾.

El sustento de estas acciones es la "autodeterminación, la autoestima y la toma de decisiones" ⁽¹³⁾.

El logro de estas acciones sólo es posible si entre las instancias que tienen la responsabilidad frente a la protección de la salud de los sujetos sociales, en este caso las mujeres, redefinen las relaciones de poder; reconociendo que poseen un saber, un hacer y la capacidad para decidir en los espacios públicos y privados, "actos conscientes que atraviesan su emocionalidad y su corporalidad" ⁽¹⁴⁾.

Esta transformación contribuye a potenciar la equidad y la participación de las mujeres y el desarrollo de la salud, al favorecer el acceso y control de los recursos para el cuidado de su salud.

El siguiente cuadro caracteriza dos enfoques distintos para analizar la situación de las mujeres. El que centra su análisis en la mujer a partir de su papel reproductivo y el que se centra en las condiciones de género, a partir de un vínculo relacional entre hombres y mujeres.

Cuadro N° 1 POSICION DE LA MUJER SEGÚN SU ROL SOCIAL	
MUJER EN FUNCIÓN REPRODUCTIVA	MUJER EN SU CONDICIÓN GENÉRICA
La mujer como grupo objetivo de la intervención	Las mujeres son beneficiarias directas de las acciones de salud
En la función de reproducción biológica: mejorando la salud y la nutrición de la mujer madre se mejora la salud de los hijos y del grupo familiar	Requiere de la identificación de problemas de salud vinculados con el género.
En su función productiva: mejorando la salud y la nutrición de la mujer-trabajadora se incrementa la productividad en el trabajo.	Coloca a las mujeres como sujetos protagonistas con voz y poder para decir y decidir el desarrollo que quieren
En su función reproductiva, biológica y productiva: disminuyendo el número de hijos de las mujeres madres, además de reducir los riesgos reproductores se facilita la integración al trabajo remunerado	Coloca a las mujeres en posición de seleccionar los proveedores, ejercer el control sobre sus bienes y potenciar la eficiencia del proveedor salud.
Supone que elevando el nivel educativo de la mujer sobre aspectos de salud, nutrición y saneamiento básico, se mejora el nivel de salud de sus hijos y de la comunidad. (Función productiva como cuidadora)	Incide en la cantidad y calidad de la participación de hombres y mujeres dentro de las esferas formal e informal de la salud.

Fuente: Coordinadora CIBAO

Es indudable que la manera de concebir la salud, la enfermedad y el origen de esta, ha generado formas particulares de analizar y abordar los problemas y necesidades de salud.

Estas formas de pensar se expresan en creencias, tradiciones y costumbres que definen prácticas y concepciones acerca de la salud y la enfermedad ⁽¹⁵⁾.

Estos enfoques coexisten y han pasado a ser parte del conocimiento popular y del quehacer cotidiano; han tenido fuertes implicaciones en los servicios, al centrarse en que la explicación científica de la salud y la enfermedad está en una serie de condiciones biológicas individuales, que sumadas o potenciadas por factores, sociales, económicos y ambientales en una relación lineal, van, a producir como efecto, en este caso, la enfermedad.

El centro y la base del trastorno es lo biológico. Desde esta óptica, se conforma un modelo de atención centrado en la anatomía, la fisiología y la genética, pues se considera que la enfermedad está originada en el trastorno de un órgano o sistema o porque se tiene determinada herencia genética. El cuerpo, entonces, se observa como un espacio

Este enfoque postula que: la salud-enfermedad se conforma como un proceso, ya que al igual que los procesos sociales, la biología humana no es estática, sino que ésta tiene una "plasticidad diferente y cambiante" frente a las condiciones de vida de las personas

neutral, sin relación alguna con el contexto social donde se desarrolla. Por lo tanto, se concibe que los responsables y los expertos en este campo son los diferentes profesionales de la salud, y que la Medicina ocupa un lugar privilegiado dentro de la jerarquía existente. Esta posición ha conducido al establecimiento de un modelo médico hegemónico, el cual, como bien lo plantea Menéndez⁽¹⁶⁾, se caracteriza por una serie de rasgos estructurales, tales como: la biología, la historicidad, la socialización, el individualismo y el pragmatismo, principalmente, que tienden a excluir o limitar la incidencia y reconocimiento de la importancia de los procesos socioculturales, políticos y económicos en la producción y solución de los problemas de salud-enfermedad.

Este modelo ha sido útil para la prevención, el tratamiento y disminución de las secuelas de la enfermedad y para prolongar la vida. Sin embargo, no lo ha sido para determinar los procesos de salud y enfermedad que permitan transformar sustancialmente los patrones diferenciales de enfermar y morir de diferentes grupos. Se centra en la enfermedad y no en la salud, desde la perspectiva más amplia, lo que ha llevado a confinar como ámbito de acción los hospitales y clínicas con tecnología sofisticada, pero también, a apoderarse de las personas, de decisiones y acciones que competen al individuo, reconociéndolas como estrictamente médicas. De ahí que se establezca una relación de poder entre el personal de salud y la población, se sobrevalore el discurso científico y se legitimen prácticas que ignoran el entorno físico y social, así como el protagonismo de las personas en la generación y conservación de su salud.

Si bien es cierto, los diferentes modelos explicativos han aportado al conocimiento y han favorecido el desarrollo de los servicios de salud, estos han generado críticas en cuanto a la fragmentación, el enfoque biológico y la desarticulación al explicar los procesos que se dan en la sociedad en su conjunto.

A partir de esta crítica, surge, en la década de los 50, en América Latina, una corriente que trata de romper con la visión de la salud-enfermedad como un proceso individual y busca ubicarlo en su verdadera dimensión social. Supera la anterior división cuerpo-sociedad-ambiente y plantea la expresión integrada de estos elementos y cómo se concentran en condiciones de vida particulares.

Una propuesta para su construcción

Esto implica reconocer que la relación entre lo social y lo biológico no es una relación de contigüidad externa, no son realidades separadas, sino que lo biológico está determinado por lo social.

"La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso sociobiológico, integrado, dinámico y contradictorio. El ser humano es un ser social por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, dándose una mutua transformación"⁽¹⁷⁾.

Surge entonces, una "conceptualización" más integral y dinámica que ubica la salud-enfermedad en su verdadera dimensión. Este enfoque postula que: la salud-enfermedad se conforma como un proceso, ya que al igual que los procesos sociales, la biología humana no es estática, sino que ésta tiene una "plasticidad diferente y cambiante" frente a las condiciones de vida de las personas⁽¹⁸⁾.

De este planteamiento se desprende que la biología de las personas está permanentemente determinada por procesos que surgen en las diferentes dimensiones de la reproducción social, entendida como la forma de organizarse de la vida social, tanto en el conjunto global, como en su grupo particular⁽¹⁹⁾.

Bajo esta perspectiva, la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción y oposición de un conjunto de fuerzas contradictorias; procesos que favorecen y deterioran la salud, que experimentan las personas durante toda su vida. Estos procesos surgen de las diferentes esferas de la reproducción social: en el trabajo, el consumo, en las acciones del Estado, así como de la ecología y la organización político-cultural. Estas esferas destruyen el andamiaje biológico y psíquico de las personas, mucho antes de que aquellos se conviertan en un caso clínico con sus síntomas⁽²⁰⁾. La magnitud y la forma en que éstos se dan son diferentes en los individuos y en los diversos grupos humanos. Estos procesos determinantes se dan en tres niveles:

Nivel general: involucra los aspectos macrosociales, como la estructura económica, las políticas del Estado y la organización cultural.

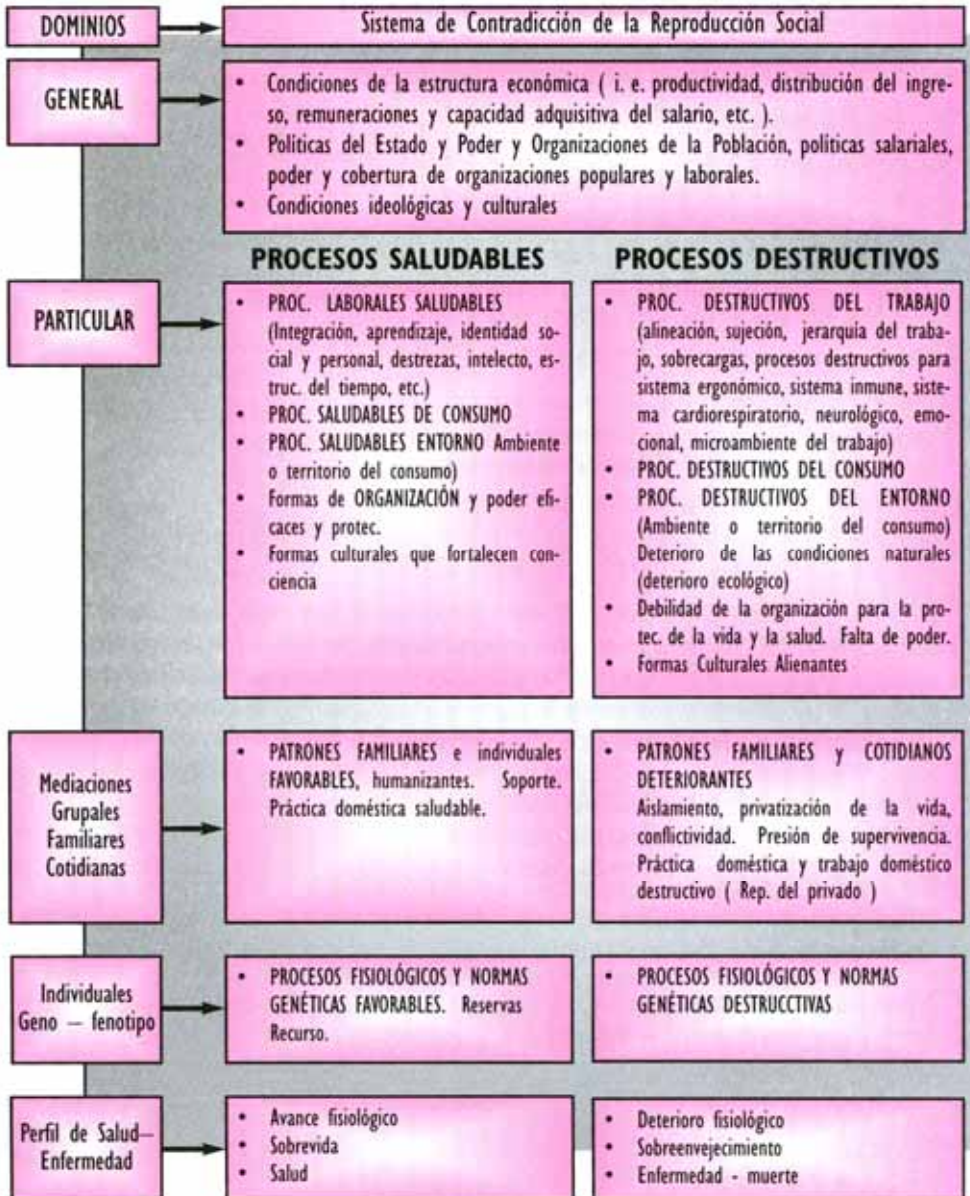
Nivel particular: abarca las formas de organización de los grupos humanos y se expresa en la distribución de bienes y servicios, grupos culturales, clases sociales y en la condición de género, la cual incide sobre la capacidad de enfrentar las condiciones de vida históricamente determinadas.

Nivel singular: se expresa en cada persona, en sus procesos fisiológicos y normas genéticas y en la forma de asumir la cotidianeidad.

Esto implica reconocer que la relación entre lo social y lo biológico no es una relación de contigüidad externa, no son realidades separadas, sino que lo biológico está determinado por lo social.

Estos niveles pueden observarse en el siguiente esquema:

Esquema No. 1
DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS: SISTEMA DE CONTRADICCIONES DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



1.4 Género y salud

Para establecer la relación entre el concepto de género y salud, conviene antes, hacer alusión al concepto mismo de género, el cual se define como "una categoría social que trasciende las diferencias biológicas entre los sexos y se concentra en las diferencias y desigualdades de roles (SIC) entre hombres y mujeres, por razones de contexto socioeconómico, condiciones históricas, políticas, patrones culturales y religiosos de las diversas sociedades en las cuales ellos y ellas interactúan".

"Mientras que las diferencias por sexo son biológicas e inmutables, las de género son diversas y transformables de acuerdo con el desarrollo específico de cada sociedad"

"Mientras que las diferencias por sexo son biológicas e inmutables, las de género son diversas y transformables de acuerdo con el desarrollo específico de cada sociedad" ⁽²¹⁾.

La asignación de papeles está íntimamente relacionada con los procesos de socialización de las personas; la reproducción de los patrones culturales, la relación entre hombres y mujeres según esquemas autoritarios y jerárquicos, así como los sistemas de convivencia entre ambos, forman parte de la reproducción social.

La socialización de género, por tanto, es parte de la reproducción social y como tal condiciona y determina los procesos de salud-enfermedad individual y colectiva. Se establece a partir del sexo biológico y a través de ella se generan una serie de pautas diferenciadas que se consideran apropiadas para hombres y para mujeres. Estas pautas se dan en relación con los rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades productivas y reproductivas, que han producido una relación desigual, jerarquizada e histórica entre hombres y mujeres.

La relación se ha fundamentado en la división sexual del trabajo, en el nivel de la reproducción biológica y de la producción y está institucionalmente estructurada en la sociedad, tanto en el nivel particular en la familia como en el nivel general en las instituciones religiosas y educativas, entre otras.

En consecuencia, en cada una de las dimensiones de la reproducción social, el juego específico de las fuerzas que favorecen y deterioran la salud es distinto, de acuerdo con las condiciones reales de cada género, que en una interacción dialéctica con su pertenencia de clase y etnia, propician un determinado perfil de salud-enfermedad.

Por tanto, se ha llegado a establecer que la condición de género de mujeres y hombres constituye un factor que puede determinar algún grado de riesgo para la salud.

En el caso de las mujeres, toda vez que la condición de género conlleva en sí misma una relación de poder y de subordinación hacia los hombres, el conjunto de relaciones y prácticas sociales que de ello se derivan, tendrá un efecto diferenciado en la situación de salud de las mujeres.

Según estadísticas de Naciones Unidas, las mujeres disfrutan de menos ventajas y trabajan mayor cantidad de horas que los hombres. El 67 por ciento de las horas laboradas en el mundo son aportadas por las mujeres. Al trabajo reproductivo no se le asigna valor monetario, por lo que no se considera parte del Producto Interno Bruto de los países, lo que invisibiliza el trabajo reproductivo de las mujeres.

En muchos países, la feminización de la pobreza y la jefatura de hogar femenina es muy evidente; las mujeres tienen salarios más bajos que los de los hombres, no pueden ser propietarias de las tierras y enfrentan numerosos obstáculos para lograr puestos de poder; ganan ella por, ciento de los ingresos económicos del mundo y poseen menos del 1 por ciento de las propiedades.

La violencia en su contra es endémica. Son más afectadas por la violencia doméstica, el acoso, el abuso sexual, la violación y el incesto.

En relación con los perfiles salud-enfermedad y su atención. De los Ríos ⁽²²⁾ ha evidenciado: la sobremortalidad masculina por accidentes y violencias, ingestión de alcohol y drogas, asociada estrechamente con conductas estereotipadamente masculinas.

La prevalencia de depresión es dos o tres veces más alta entre las mujeres que entre los hombres. Y se trata de una enfermedad que está más relacionada con estilos de personalidad que con factores hormonales, pero sí influyen en ellas experiencias ligadas a formas de socialización y a oportunidades diferenciadas por género.

Así se manifiesta en las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que figuran, en casi todos los países de la región de las Américas, entre las cinco primeras causas de mortalidad durante la edad reproductiva, pese a lo fisiológico y no patológico de estos procesos, y al carácter eminentemente preventivo de estas defunciones.

Del mismo modo, se abusa de la tecnología médico-quirúrgica, como la cesárea, la histerectomía, esterilización, inducciones, episiotomías (piquetes), escaneos por ultrasonidos y otros procedimientos realizados a las mujeres.

Un aspecto que debe analizarse a profundidad, en relación con los efectos de la socialización de género, es el relacionado con los cuidados y la atención en salud, tanto en el campo formal como informal.

Diferentes estudios han demostrado que las mujeres se inclinan más hacia las ocupaciones donde se requiere el cuidado de los demás, siguiendo los papeles maternos, esto se hace evidente en los sectores de educación y salud. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que se desempeñan en estos campos están en los puestos menos calificados y remunerados. Las mujeres tienen menos oportunidades de ocupar cargos gerenciales.

"En el área de la salud, donde predominan las mujeres graduadas, los sesgos de género se muestran al observar que en La Escuela de Enfermería, 87 por ciento de la graduación fue femenina, mientras que en Medicina solamente alcanzó 40 por ciento" ⁽²³⁾.

Está demostrada la feminización de ciertas profesiones y especialidades. El estudio de este fenómeno ha revelado que las profesiones se feminizan cuando pierden prestigio y rentabilidad" ^(24,25).

Esto se hace evidente en la profesión médica, donde las áreas de especialización están claramente definidas para cada género, ya que "la organización de la práctica médica y la falta de flexibilidad de la mayoría de los programas de postgrado, determina en gran medida la elección de las médicas" ⁽²⁶⁾.

Por su parte, los hombres en el ejercicio de su tarea como proveedores, se enfrentan con su propia socialización, con mitos y estereotipos que reproducen en su quehacer técnico-científico, lo que afecta profundamente la atención en salud hacia las mujeres.

En este contexto, el enfoque de género "busca explorar cómo y por qué la vivencia de las relaciones poco equitativas de género, impacta en los perfiles epidemiológicos de hombres y mujeres en las diferentes etapas de su ciclo vital" ⁽²⁷⁾.

Desde esta perspectiva, se plantea que "el problema no es la falta de integración de las mujeres en los programas de salud, sino las desventajas que tienen las mujeres para ejercer control sobre su salud, la reproducción de relaciones desiguales de poder en los servicios de salud y el énfasis de los mismos en el rol reproductivo de las mujeres" ⁽²⁸⁾.

1.5 Impacto de la perspectiva de género en el ámbito de la salud ⁽²⁹⁾

Cuando se busca cambiar las actitudes y los comportamientos de personas que obligatoriamente se relacionan entre sí, como el personal de servicios de salud y las mujeres usuarias, que forman dos grupos separados por diferencias de clase condición, etnia, conocimiento y género, es esencial hacer un análisis que visualice cómo cada grupo se constituye internamente, en relación con sus conocimientos, suposición y en relación con otro grupo, para que los cambios sean asumidos por ambos.

Para que las mujeres usuarias lleguen a ser beneficiarias de los derechos básicos de respeto, intimidad, confidencialidad e información plena sobre las opciones y servicios disponibles, es importante saber qué entienden ellas por sus derechos, cuáles son sus expectativas, esperanzas y cuáles son las áreas donde se sienten ellas impotentes y sin autodeterminación. Se debe tener presente que una mujer usuaria de los servicios de salud lleva consigo a una cita médica, su socialización como mujer y su historia de vida.

Cómo es tratada en esa consulta refleja la generalizada desigualdad de género de la sociedad en grande. Cuando son bien tratadas, muchas mujeres sienten que esto se debe a la bondad particular de las personas que las atendieron y no al derecho de que el sistema sea así.

Para que esta nueva visión de la mujer se incorpore a la práctica laboral en salud, el personal debe ser consciente de su posición de poder y tener apertura, para escuchar las necesidades de las mujeres.

Con respecto a este grupo, es más difícil generalizar porque hay marcadas diferencias de poder en el sistema de salud y por tanto, en la toma de decisiones, en una cultura que es jerárquica y vertical. Las diferencias entre el sector médico, las enfermeras y trabajadoras sociales son también marcadas por desigualdades de género, clase y conocimiento. Es decir, hay antagonismos notables dentro del mismo sistema de salud ⁽³⁰⁾.

1.5.1 Relación de la medicina y las mujeres

Hay algo profundamente paradójico en la relación que las mujeres tienen con la salud y el cuidado de sí mismas, que es necesario deconstruir. Existe el mito de que la salud es un producto médico, y que el estado de la salud de las personas y las sociedades es creada principalmente por los esfuerzos de los expertos de la profesión médica: la enfermedad es prevenida o curada y la muerte evitada, por la beneficencia de la ciencia médica.

La idea que la salud es un producto médico oscurece, por un lado, el complejo concepto de salud y el hecho de que la salud es un producto social y cultural y, por otro lado, confunde el hecho de que las mujeres sean las principales proveedoras sociales de la salud y del cuidado de la salud, y a la vez, las principales usuarias de los servicios de cuidado y de medicina.

La relación usuaria - medicina, particularmente la relación mujer - medicina, está construida jerárquicamente y se basa enteramente en la desigualdad. Siempre ha

Una propuesta para su construcción

sido así en la historia de la medicina occidental. No sólo en la desigualdad de conocimiento, sino también en la desigualdad de humanidad que se le otorga al que sabe y a la que no sabe. Unido a esto, está también la objetivación que tantas mujeres sufren en manos de los (as) expertos (as), cuando las tratan, en el mejor de los casos, como un cuerpo nada más, o en el peor de los casos, nada más como una parte del cuerpo. Son muchas las razones que explican esta desigualdad.

Desde que se institucionalizó la medicina occidental, la reproducción de la vida se "medicalizó" a través de la ciencia médica, la psiquiatría y la psicología. La ciencia médica y sus disciplinas conexas, al reclamar una jurisdicción especial sobre todos los aspectos de la reproducción, se han convertido en la fuente predominante de la construcción social de la cultura del parto. La perspectiva obstétrica sobre el nacimiento como un proceso patológico, y las mujeres como objetos pasivos de la atención clínica, se ha convertido en parte integral de la manera como la sociedad entiende los partos.

El que muchas mujeres no estén de acuerdo con esta perspectiva, en realidad, no es relevante para la ciencia médica. Las investigaciones demuestran que la posición que tienen muchas mujeres sobre las prácticas obstétricas y su evaluación del contenido de una reproducción exitosa, no son tomadas en cuenta por los obstetras.

La actitud e imagen predominante en la cultura médica, con respecto a las mujeres, es que ellas no pueden ser las expertas de sus propios embarazos y partos y que no son capaces de saber lo que le está pasando a su propio cuerpo. Los médicos son los únicos expertos en el abordaje de la sintomatología del embarazo, parto y todos los ciclos naturales. Las mujeres, con frecuencia, son "infantilizadas" y tratadas como niñas que no deben preguntar o decidir. El embarazo y el parto son vistos como eventos médicos, así también todos los demás ciclos vitales naturales de las mujeres.

En la cultura médica, las mujeres han sido definidas como objetos pasivos y el conocimiento sobre ellas ha sido construido y creado sobre su total silencio, sin que se les pregunte, cómo experimentan su cuerpo y su salud.

El nivel de intervención médica en los partos ha aumentado en los últimos 20 años,. En algunos países, la operación por cesárea excede el 20 por ciento. La evidencia de los beneficios de tanta tecnología nueva, para las mujeres, es muy cuestionable y queda claro el enajenamiento que sufren en esta experiencia tan trascendental y única.

“Las mujeres, con frecuencia, son "infantilizadas" y tratadas como niñas que no deben preguntar o decidir. El embarazo y el parto son vistos como eventos médicos, así también todos los demás ciclos vitales naturales de las mujeres”

Otro aspecto por considerar es cómo se ha "medicalizado" la infelicidad de las mujeres bajo el diagnóstico de depresión y cómo, la angustia y el malestar emocional femenino se ha denominado enfermedad mental. Lo que se sabe es que se utilizan los diagnósticos psiquiátrico o pseudopsiquiátricos, cuando no se pueden entender los problemas que tienen las mujeres. No es accidental que los dos acontecimientos biológicos que colocan a las mujeres fuera de la comprensión de los hombres: la menstruación y los partos, hayan generado muchos diagnósticos psiquiátricos, principalmente los conocidos como síndrome premenstrual y depresión posparto.

La salud se maneja como un problema individual y no como una producción social. Los problemas de las mujeres, con frecuencia, son individualizados: es la mujer quien tiene el problema. Incluso, si muchas mujeres, individualmente, tienen el mismo problema, la explicación que se da es que la psicología está defectuosa, en lugar de decir que es la estructura social la que está mala. "Estás mal porque estás defectuosa, y estar mal es tu problema, pero si tomas el medicamento que te recetan, los males desaparecerán", parece ser la premisa.

La medicina occidental tiene la autoridad social y cognoscitiva para describir muchas realidades. Esto significa que sus descripciones del mundo son tomadas seriamente, son creídas y aceptadas generalmente como verdades. La autoridad social de los médicos, los investigadores y de otros profesionales en salud, viene de su autoridad, dentro y fuera de sus profesiones; en parte, también, de sus posiciones en instituciones poderosas, su condición social y sus conexiones sociales y profesionales. Su autoridad funciona más allá de las instituciones médicas, funciona en la burocracia gubernamental, en las compañías de seguros, las cortes, los colegios, las organizaciones caritativas, de rehabilitación y de cuidado de largo plazo. Su autoridad, para describir a la gente y sus hábitos contribuye a la enajenación de esas gentes con sus propios cuerpos y cultura, por ende, en su salud.

¿Cómo se puede llegar a una deseada relación de complementariedad entre los profesionales de la salud y las usuarias, hasta ahora asimétrica?

La antropóloga Milagros Palma, analizando las variables del significado de complementariedad, dice que "la relación entre dos grupos humanos es simétrica si los grupos tienen las mismas aspiraciones y los mismos patrones de comportamiento, pero se diferencian en la orientación de estos patrones" . Sin embargo, también es relevante pensar que si uno de los grupos exhibe patrones culturales considerados más firmes con respecto al otro grupo - el caso de la medicina oficial - y si el otro grupo exhibe sumisión hacia el primer grupo, esta situación puede crear una diferenciación progresiva, puesto que la sumisión promoverá afirmación adicional, la cual, a su vez, promoverá posterior sumisión.

Enfermar es más que un hecho biológico y sanar más que un hecho médico. Enfermar y sanar es un entramado de relaciones personales y sociales, en un contexto político y cultural. Por lo tanto, todas las personas deben estar involucradas desde sus experiencias. Todas las realidades deben estar representadas. Si se piensa bien, todas las personas son expertas en algo, algunas con estudios, otras de su propia vida. Ser usuarias pasivas no les conviene a las mujeres ni a los sistemas de salud. Pero esta pasividad fue aprendida, así también la dominación y el control que tiene el sistema médico, sobre todo lo concerniente a la mujer. Hay mucho que des- aprender para lograr los cambios deseados(31).

1.5.2 Relación entre doctores, enfermeras y trabajadoras sociales

Las enfermeras y enfermeros son personas muy importantes en el cuidado de la salud de las personas. Algunas sociólogas han comparado su trabajo con el del ama de casa, es decir, invisible y totalmente necesario. Un hospital o una clínica no funcionaría sin ellas y la recuperación de los y las usuarias sería mucho más complicada.

Sin embargo, la histórica división de trabajo entre médicos y enfermeras le impone a éstas muy claras restricciones con respecto a lo que pueden hacer para los y las pacientes y para sí mismas. Existe una marcada división de género en lo laboral, en el cuidado de la salud.

Se pueden hacer dos generalizaciones: primero, que la inmensa mayoría de las personas cuidadoras de salud en el mundo son mujeres; de ellas, muchas son enfermeras, por lo tanto, proveen más cuidados en salud que los médicos. La segunda generalización es que la profesión médica es dominada por hombres. Incluso en países donde estadísticamente los hombres no son la mayoría, el estereotipo o modelo de médico que se enseña y promueve en el entrenamiento y práctica médica, debe mucho a las nociones culturales sobre la masculinidad y la feminidad.

Según el modelo de género, los doct9res deben ser racionales, científicos, objetivos y no emocionales. Más bien, se dice que su valor reside en su capacidad de no involucrarse con los y las usuarias. Y aunque hay hombres que son enfermeros y mujeres que son médicas, esta división de género no cambia. Lo más apreciado en la enfermera por los (as) usuarios (as) son las características femeninas de cuidado, intuición y calidez humana. Aunque se puede decir que no todas lo tienen.

Cuidar a las demás personas es un servicio que toda comunidad necesita. No obstante, hoy en día, cuidar es unilateral. Mientras las mujeres lo hacen sabiendo que es trabajo importante. Los hombres no lo hacen; por lo tanto no saben de su im-

portancia y no lo toman en cuenta. Pero más que esto, el valor dominante dice que cuidar no es un trabajo importante. Esta es una coyuntura donde las mujeres se encuentran atrapadas. Su experiencia les dice que cuidar es un trabajo importante, sin embargo, la cultura les dice que no lo es. Como consecuencia, el trabajo de cuidado es menos remunerado y tiene menos valor. Esto se ve en el trabajo de enfermería, docencia y trabajo social, el cual es casi exclusivamente femenino.

Estas mismas características del cuidado las excluyen de ser tomadas suficientemente en cuenta por sus colegas los médicos, a la hora de tomar decisiones sobre el manejo de la institución donde trabajan o sobre las mismas usuarias. El dilema de hacer algo bueno, pero sentirse mal, se puede aplicar a las enfermeras, al igual que a todas las mujeres en general, por la falta de reconocimiento ante tan importante labor.

Aunque cuidar es inherente al quehacer de las enfermeras, ellas se topan con barreras. Primero, baja condición, baja remuneración y ausencia de reconocimiento. Segundo: con frecuencia son cómplices de los verdaderos expertos, que toman decisiones que ellas no comparten: las episiotomías y las cesáreas innecesarias, entre otras. Tercero, es difícil sentir, ante esta cultura y realidad, y ante tantos retos, que la comunicación con las usuarias y el actuar como una "partera" que articula las necesidades de las usuarias, sea tan valioso como la microcirugía, el diagnóstico del escáner y los complicados exámenes del sistema inmunológico.

Sin embargo, debe reforzarse que la habilidad de las usuarias, al utilizar sus propios recursos para sanarse, y el papel de las parteras facilitando la capacidad de las mujeres de tener sus bebés por sus propios esfuerzos, son acontecimientos tanto o más importantes que el resto involucrado.

De manera similar, las trabajadoras sociales experimentan cosas parecidas. Ellas, como cuidadoras de las usuarias, son el puente entre éstas, el centro médico y la sociedad, y entre la cultura biomédica y lo social.

1.5.3 Las mujeres y la salud

La relación que la mayoría de las mujeres tiene con la salud es como cuidadoras y sanadoras de las demás personas. Proveen el cuidado de la salud al estar atendiendo las necesidades físicas de sus familias. Están a cargo de la comida, del cuidado y la limpieza de la casa, las compras, la ropa, la lavada, la planchada, del cuidado personal de los hijos e hijas, y de las personas ancianas incapaces de cuidarse solas. También las mujeres se ocupan de mantener las relaciones personales dentro y fuera de la familia. El apoyo emocional que proveen conduce a la buena salud de muchas personas. Como madres, suegras, esposas, amas de casa, hermanas e hijas y muy a menudo como vecinas, son trabajadoras del bienestar.

Una propuesta para su construcción

En el área de los servicios de salud, las mujeres son principalmente las que se encargan de cuidar, a veces como doctoras, pero principalmente como enfermeras, auxiliares de enfermería, parteras, conserjes, trabajadoras sociales, psicólogas, fisioterapeutas o voluntarias. En el lugar de trabajo, las mujeres también cuidan a mucha gente, como secretarias, asistentes, camareras, orientadoras, trabajadoras sociales, voluntarias y otras.

Los fenómenos migratorios que involucran actualmente a millones de personas en todo el mundo, golpean especialmente a la mujer, que, en la mayoría de los casos, debe asumir el peso total de una familia fragmentada y en situaciones de extrema vulnerabilidad. En la mayoría de los contextos regionales, la madre, jefa de hogar, es la responsable de la salud y bienestar de sus miembros. Muchas mantienen una farmacopea con conocimientos de remedios naturales, y de cómo tratar padecimientos simples como resfríos, diarrea y fiebre sin fármacos.

Es importante preguntar, ¿quién cuida a las mujeres?

La salud, para las mujeres, es la última prioridad en su lista de criterios y esto es un patrón generalizado en todo el mundo. A las mujeres no se les enseña a cuidarse a sí mismas, sino a las demás personas. Cuidarse es algo que se aprende. Generalmente, la salud se toma en cuenta cuando no se tiene; es en ese momento cuando las personas acuden a los médicos a los centros de salud, si tienen la suerte de tenerlos.

La salud entendida desde esta perspectiva es algo que una persona deposita pasivamente en manos de otros: los expertos y las expertas. Esto no significa que todas las mujeres sean pasivas ante los médicos; hay mujeres que se niegan a ser tratadas de una manera paternalista. No obstante, es sumamente importante entender que lo que la pasividad busca es un aprendizaje basado en profundos silencios, ignorancias forzosas e impotencias aprendidas, sobre muchas áreas de la vida de las mujeres, como su sexualidad, su cuerpo y la violencia, que terminan siendo los obstáculos a los cambios, para llegar a la capacidad de exigir los derechos(32).

1.6 La salud de las mujeres y el enfoque de derechos

Para desarrollar nuevas prácticas en la atención de la salud, se debe incorporar una nueva visión sobre las personas, basada en el respeto a los derechos humanos.

El enfoque de derechos se fundamenta en la importancia de establecer nuevos parámetros del orden de lo político y lo social, que permitan hacer una nueva lectura sobre las relaciones entre los seres humanos y el establecimiento de un nuevo marco ético del desarrollo de las sociedades. Su punto de partida es considerar a la persona como el sujeto del desarrollo.

En este enfoque, se plantea como primordial "la construcción de un marco formal de regulación de las relaciones sociales, basado en una perspectiva orientada a propiciar el reconocimiento de la ciudadanía de todas las personas, independientemente de su condición social, sexo, grupo de edad, origen étnico y opción sexual. Ello es fundamental, porque el edificio jurídico construido hasta hoy, se centra en un enfoque excluyente que no contempla el reconocimiento de estos atributos sino que, por el contrario, los invisibiliza en una noción de ciudadanía tan abstracta como estandarizante" (33).

Este es un enfoque que ha venido cobrando cada vez más fuerza en la última década. Los cambios ocurridos en las sociedades, producto de las políticas macroeconómicas y de la globalización, han puesto en agenda pública temas como la pobreza, el acceso a la salud, la equidad de género, la feminización de la pobreza, la promoción y defensa de los derechos humanos. Apunta hacia el reconocimiento de que no existe democracia ni desarrollo humano sostenible, si no se respetan los derechos humanos universales, incluyendo los derechos particulares: los económicos, los sociales, los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Este aspecto es central, pues "redimensiona" el papel del Estado y el tipo de respuestas que emanan desde su accionar. Hoy se perfila, en la formulación de políticas públicas, que el punto de partida debe ser la persona con sus necesidades e intereses. Sus derechos son vistos como inalienables y han ocasionado un viraje importante en la percepción de las personas usuarias de los servicios públicos estatales, tales como los establecimientos de salud. Este criterio ha permitido pasar desde una posición donde las mujeres eran sujetas de la beneficencia y el asistencialismo por su vulnerabilidad, a ser sujetas de derechos. Ello significa tomar en consideración las voces de las mujeres y desarrollar programas, a partir de sus necesidades concretas, inmediatas y estratégicas. Incorporar una perspectiva de respeto y cumplimiento de los derechos de las mujeres, significa promover acciones, para lograr la plena ciudadanía, es decir, lograr la real participación.

En el marco de la salud, se da una relación muy estrecha entre quienes prestan servicios de salud y quienes los reciben, al establecerse un parámetro de respeto de los derechos, en el entendido de "reconceptualizar" los sujetos-mujeres, no como objetos de la atención sino como sujetos de ésta. A partir de este enfoque, se reconoce, en la relación técnica, una relación de poder. Esta relación debe ser modificada. "Por esta razón, se trata de la formulación de nuevas políticas públicas, de la transformación de valores, costumbres y prácticas sociales y de la eliminación o revisión de estructuras sociales y políticas que obstaculizan la esencia de lo social: la construcción y realización del sujeto, que busca construir una nueva institucionalidad ..." (34).

El tema de los derechos, y en particular, el del respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, ha sido punto central de las conferencias internacionales, de El Cairo (1994) y Beijing (1995). De ambos eventos, se han derivado acuerdos importantes a los que los países miembros del Sistema de Naciones Unidas se han adherido, entre ellos, el Estado costarricense.

1.6.1 El derecho a la salud sexual y reproductiva

En el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo, en 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ratificó su definición de salud reproductiva como sigue: "la salud sexual y reproductiva en el contexto de El Cairo, parte de una perspectiva integral y de derechos, de protección al ambiente, de desarrollo sostenible; incorpora la necesidad de empoderamiento de las mujeres, de la equidad en las relaciones entre los géneros y de la necesaria participación de la figura masculina en las decisiones concernientes a la familia" (35).

Se abordaron, además, aspectos fundamentales como son : (36)

- La salud sexual. cuyo propósito es el realce de la vida y las relaciones personales.
- Los derechos reproductivos y sexuales que reafirman los derechos humanos fundamentales. Entre éstos. la libertad de los individuos y la pareja. para decidir sobre la reproducción, la obtención de información y servicios, el derecho al respeto, a la seguridad de las personas y a la integridad física, a la no discriminación y a la no violencia.
- El derecho a tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras. sin coerción ni temor de infección o de embarazos no deseados.
- La posibilidad de regular la fecundidad. sin riesgo de efectos secundarios peligrosos.
- El derecho a un embarazo y parto seguros y criar niños (as) saludables.

Estos aspectos definen que son las mujeres quienes, por su especificidad biológica, tienen más necesidades y problemas de salud en el área reproductiva.

Es así como la atención de ,alud reproductiva de forma integral y género sensitiva debe ser una prioridad para los gobiernos; de forma que se permita el empoderamiento y desarrollo de las mujeres.

El Foro de Organizaciones No Gubernamentales, realizado en El Cairo, recomendó los siguientes aspectos que deben ser inherentes al concepto de calidad de atención:

- Formación más humanista de los profesionales de la salud .
- Un tratamiento más "holístico".
- Una mejor comunicación y respeto por las creencias tradicionales.
- Necesidad de incorporar la perspectiva de las mujeres en la investigación biomédica.

Por su parte, el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS-OMS agrega las siguientes sugerencias ⁽³⁷⁾.

- Integralidad de la atención de la mujer como sujeto de derecho y no como vehículo para el logro de la salud de otros.
- Atención crítica de las normas de atención, a fin de que éstas consideren adecuadamente las especificidades biológicas de sexo.
- Reconocimiento de efectos de la doble o triple jornada de la mujer sobre su salud física, mental y sobre la posibilidad de asumir tareas tradicionales de aprendizaje y cuidado de la salud.
- Reconocimiento del desbalance de poder entre los géneros, en el terreno de negociación de la sexualidad y reproducción.
- Incorporar el elemento de la adecuación y suficiencia de los servicios dirigidos a la población y la accesibilidad diferencial de hombres y mujeres.
- Respuesta del sistema, tanto a necesidades prácticas como a necesidades estratégicas, es decir, con soluciones sostenibles en el tiempo.
- Estimular la participación de las mujeres en la determinación de sus propias necesidades y en la definición misma de la calidad buscada. Es urgente estimular el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres.

Las políticas de salud deben enmarcarse e "implementarse" como parte de estrategias de desarrollo que favorezcan la equidad en la redistribución de los recursos.

1.7 Atención integral desde los servicios de salud

Desde la perspectiva de la salud integral, la atención, desde los servicios de salud. Se define como: "el abordaje de las diferentes necesidades, intereses y problemas de salud en individuos, familias o comunidades, tomando como referente su propia historia, sus condiciones de vida, lo que: incluye género, discapacidad, etnia, condición social y momento histórico"⁽³⁸⁾.

En palabras de Marcela Lagarde, la definición anterior se traduciría de la siguiente manera: "Es preciso relacionar el estado de la comunidad, de la casa y de la estan-

Una propuesta para su construcción

cia para saber-cuál es el estado de la casa, que es el cuerpo que habita cada uno (a) de nosotros (as)" ⁽³⁹⁾.

Esta visión considera nuevos elementos de naturaleza filosófica, ética, política, social, cultural y operativa que afectan y condicionan las necesidades de salud de ciudadanas y ciudadanos. Se trata de la readecuación del modelo de atención a las personas.

Entendido así, las acciones que contemplan los servicios trascienden lo curativo e incorporan la prevención y el aporte de los servicios a la promoción de la salud, como un actor más en la producción social de la salud.

En este sentido, se ha definido que la atención integral en el amplio sentido del término, gira en torno a tres pilares fundamentales: la evaluación integrada, la participación social y la educación para la salud.

Se concibe como atención integrada el conjunto de actividades que realiza el equipo de salud o uno de sus miembros, para tener una lectura global que determine la situación de salud de un individuo, grupo o comunidad: facilitando la toma de decisiones conjuntas.

La educación para la Salud, desde la atención integral, se concibe como un proceso social permanente de construcción del conocimiento, que fomenta la reflexión y el análisis, para promover la autodeterminación y la toma de decisiones de los usuarios y las usuarias, con respecto a su salud. Ello se expresa en la transformación de los conocimientos, actitudes, valores y prácticas, para lograr el mejoramiento de la salud individual y colectiva.

La participación es un elemento fundamental, ya que significa, como lo plantea Saúl Franco ⁽¹⁹⁹¹⁾: "Recuperar para la sociedad y para los ciudadanos la iniciativa y el protagonismo en el conocimiento y la acción en salud, no es una modificación epidérmica sino sustancial. Apunta no sólo a mejorar el nivel, sino a modificar el contenido mismo de la salud de la sociedad y sus distintos grupos, descodificar el lenguaje científico y traducirlo a los códigos de la vida cotidiana, desalambrar el cerco de la información y trabajar en la línea del cambio discutido, no es crear receptores o usuarios para los servicios de salud, sino recolectar la vida y la salud en sus escenarios y manos de sus protagonistas originales y reales" ⁽⁴⁰⁾.

La participación de la comunidad implica el fortalecimiento de su autodeterminación, a través de experiencias que le permitan plantear su propia propuesta de desarrollo de la salud, discutir y concertar las necesidades en salud de la población el mejoramiento de los servicios en este ámbito.

Para incorporar a los actores sociales en un proceso participativo para la construcción del modelo de Atención Integral de la Salud, se retornan las interacciones que Gustavo de Roux ⁽⁴¹⁾ propone. Son intervenciones específicas que se deben dar en las instituciones, en la comunidad y en los espacios de encuentro de ambas. Para concretar esa participación social en salud se puede impulsar entre otras cosas lo siguiente:

- A. La transparencia institucional. Esto significa hacer accesible la información propia de los servicios de salud a la comunidad. De esta manera, se busca evitar las prácticas en las cuales la comunicación se reduce a dar instrucciones para ser obedecidas por los (as) usuarios (as) de los servicios de salud. También, la ocultación de información que por considerarla de competencia técnica exclusivamente, no favorece la participación.
- B. La identificación de los grupos comunitarios. Con el fin de establecer una concertación, en la cual se establezcan formas de contribuir con el desarrollo de la salud.
- C. La conformación de equipos de reflexión al interior de las instituciones. Esto permitirá democratizar la toma de decisiones e incentivar la participación en el quehacer institucional.

1.7.1 Calidad de la atención en los servicios de salud

La calidad de atención se concibe como producto de múltiples interrelaciones entre equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad de atención y humanización de los servicios ⁽⁴²⁾, las cuales se definen a continuación:

- **Equidad:** reducción de la disparidad es injustas en la situación de salud, tomando en consideración el grupo social, las diferentes edades, el género, la etnia y la discapacidad física o mental, o ambas.
- **Eficacia:** intervenciones útiles para la eliminación de riesgos, prevención y control de daños y la promoción de determinantes que protejan la salud individual y colectiva.
- **Oportunidad:** la forma como una atención no demorada puede evitar posteriores complicaciones a quien o a quienes la requieran. En la evaluación de la calidad de atención, los atributos de oportunidad, continuidad y coordinación de la atención, sólo pueden valorarse en relación con género, grupo social, discapacidad y etnia.
- **Eficiencia:** máximo resultado posible, a partir de un volumen de recursos determinado en función de equidad y eficacia.

La utilización de la eficiencia, en la asignación y distribución de recursos, a diferentes grupos poblaciones, en marca la dimensión social de la Calidad. La distribución social del beneficio de la atención en salud debe considerar el estudio del acceso a los servicios de los diferentes grupos poblaciones, diferenciados por grupo social, género, discapacidad y etnia. La definición de la calidad de atención de determinado servicio no puede desligarse de sus características, en cuanto a equidad, eficacia, oportunidad y sentido humano.

De manera complementaria a esta definición social de la calidad, se sugiere la propuesta elaborada por Deming y Juran. En ella, la calidad se visualiza como el resultado integral ligado a determinados ⁽⁴³⁾ procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales, que satisfagan ciertas necesidades sociales: Esto quiere decir que la calidad no es algo intrínseco, presupuesto en los agentes, "una cosa en sí", derivada de su alto nivel de formación o calificación, sino que es una resultante de las formas como se da el proceso de trabajo.

En el contexto descrito, la calidad de atención se convierte en un indicador de bienestar y ejercicio de derechos de las mujeres, es indisoluble de la potenciación, del ejercicio de los derechos, la dignidad, el poder y la autonomía de las mujeres.

Según Matamala ⁽⁴⁴⁾, se considera calidad de la atención "la que se inscribe en el concepto de salud integral, que resuelve el motivo de consulta, tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y la subjetividad de quien la demanda, potenciando la percepción y el ejercicio de su dignidad y derechos". Es la que busca promover y fortalecer una práctica de autocuidado que favorezca el desarrollo.

Para poner en práctica una atención integral género sensitiva, debe tomarse en cuenta cómo las construcciones de género definen necesidades especiales de atención, aún en ciertas condiciones que afectan a hombres y mujeres; riesgos específicos ligados con tareas específicas como masculinas o femeninas; percepciones de enfermedad; conductas de búsqueda de atención; grado de acceso y control ejercido sobre los recursos, para la protección de la salud en el nivel familiar y político; en el nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos e investigación.

En relación con lo anterior, se han propuesto cinco categorías, para definir la calidad de atención en salud, desde la perspectiva de género. A partir de éstas pueden surgir indicadores que no sólo permitan evaluar sino que orienten el desarrollo de atención de la salud con calidad. Estas son: dignificación de las usuarias, conciencia y respeto de derechos --en particular los derechos reproductivos y sexuales--, competencia técnica, vínculo interpersonal y potenciación de comportamientos favorables. Estas se describen a continuación:

1.7.1.1 Dignificación

Es el resultado de la interacción entre la entidad de salud y las mujeres usuarias, que se traduce efectivamente en el fortalecimiento de la individualización, la autovaloración y autoestima de éstas; lo que a su vez, potencia empoderamiento e impacta recíprocamente a la institución y a sus integrantes, dignificándolos también.

En esta categoría, pueden citarse como ejemplos los siguientes: escuchar con respeto lo que las mujeres dicen, señalar lugares de atención, ambientes cómodos y adecuados, dotados de materiales dirigidos a las personas con alguna discapacidad; brindar atención sin rechazo, ofrecer respeto y potenciación, y valorar el tiempo; evitar la sobrevaloración por diferentes médicos y otro tipo de personal, suministrar información a la mujer, con claridad y en lenguaje y sitios apropiados, entre otros.

1.7.1.2 Conciencia y respeto de derechos

La conciencia es la capacidad de asumirse como persona sujeta de derechos, a través de ejercerlos y defenderlos; así como también reconocer y aceptar el ejercicio de derechos de otras (os). Ejemplo de estos indicadores es la creación de una cultura institucional de cumplimiento de derechos, capacitación en género, que asume como positiva la comunicación con las usuarias, elimina barreras geográficas, étnicas, de nacionalidad y de discapacidad, proporciona condiciones adecuadas de trabajo, ofrece trato digno a las usuarias; y respeto al acompañamiento y a la intimidad.

1.7.1.3 Competencia Técnica

Es la puesta en práctica de conocimientos, habilidades y tecnologías acordes con el desarrollo actual de la sociedad, por parte de los integrantes del sistema de salud, que deben ser aplicados, desde una perspectiva científica y humana, para integrar aspectos biomédicos, psicológicos, sociales, culturales, eco lógicos e infraestructurales. Estos indicadores podrían ser:

- Personal en cantidad adecuada y debidamente preparado.
- Educación permanente.
- Dotación y capacitación en normas.
- Autoevaluación del cumplimiento de las normas.
- Incorporación del enfoque de género en los programas.
- Sistematización del seguimiento a usuarias.

Una propuesta para su construcción

- Capacitación, para mejorar problemas más frecuentes.
- Necesidades de participación de usuarias y personal.
- Los prestados de atención integral se apoyan en material educativo.
- Cumplimiento del protocolo de atención definido, tomando en cuenta las necesidades propias de las personas.
- Desempeño eficiente, oportuno y eficaz.
- Establecimiento de un balance entre el desarrollo de la salud y la aplicación de tecnologías de alta complejidad.

1.7.1.4 Vínculo interpersonal

La articulación o desarticulación que se produce al interactuar prestadores (as) y usuarias, constituye el vínculo interpersonal. Está condicionado por el juego de los factores biográficos, identidad, voluntad, habilidad comunicante, emociones, afectos, coyuntura, racionalidad y búsqueda de dignidad. La relación, a su vez, condiciona, ya sea la adhesión y el protagonismo de las usuarias respecto del cuidado de su salud, o el desafecto y la transgresión de las sugerencias e indicaciones.

El logro de vínculo se denomina resonancia y se entiende como el impacto comunicante recíproco, que expresa la capacidad y la disposición anímica de cada persona que interviene en el vínculo, para comprender e incorporar lo planteado por la otra. El vínculo puede completarse, quedar inconcluso o frustrarse.

Si bien los factores vinculantes actúan desde ambos polos de la interacción, usuaria y prestador (a), la evaluación de calidad de la atención valora la capacidad de contención individual de prestadoras y prestadores, y debe considerarse como capacidad del servicio o sistema.

Capacitación en relaciones interpersonales y de género; estrategias para mejorar las habilidades de articular; también, capacitar, para entender desacuerdos de la usuaria.

1.7.1.5 Potenciación de comportamientos favorables

Es la capacidad de la Institución y sus integrantes para facilitar, a través de la interacción con las mujeres usuarias, cambios en las percepciones y comportamientos de éstas, que se expresan en valoración favorable respecto de la atención recibida, en diversos signos de empoderamiento de las mujeres, para promover la salud reproductiva y sus derechos en este ámbito.



II. CAPITULO

JUSTIFICACIÓN

Es importante mencionar que Costa Rica ha sido un país con amplia tradición democrática, donde el Estado ha dado históricamente, prioridad al desarrollo social. Esto se ha concretado en una serie de políticas, programas y acciones que han tocado positivamente los diferentes grupos sociales, Indicadores contenidos en el Índice de Desarrollo Humano, reflejan esta situación.

Es indudable que las inversiones en salud y educación han tenido sus frutos, pues tal como ya se ha demostrado. "el papel de la educación y atención en salud pública ha sido el eje fundamental para contribuir al cambio social y económico en el mundo entero" ⁽⁴⁵⁾.

En los últimos años, se ha hecho un esfuerzo por conducir al país a través de la vía del desarrollo sostenible, y el principal reto que se plantea es la equidad y la integración social.

La Reforma del Estado ha llevado a éste a replantear su papel y a definir las áreas fundamentales que requieren transformarse. Dentro de éstas, la Reforma del Sector Salud ha sido un área estratégica. El fortalecimiento de la vigilancia de la salud colectiva e individual y de la rectoría en salud son los ejes fundamentales de esta Reforma.

En este contexto, la readecuación del Modelo de Atención es medular, por cuanto los principios que la sustentan son la equidad, la solidaridad y la universalidad, los cuales se proponen como base para la transformación de la propuesta de salud actual.

La transformación y su ejecución en el Hospital de las Mujeres se convierten en un reto y una responsabilidad ineludible e impostergable de la sociedad costarricense.

La construcción de este modelo se plantea como una forma de contribuir con el desarrollo individual y colectivo, de las mujeres, familias y comunidades del país. Tiene como objetivos asegurar la calidad mediante la atención de las necesidades y problemas de salud de las mujeres y transformar la gestión actual en salud, hacia un estilo de gerencia acorde con este contexto.

En esta relación, el Estado ha asumido su papel estratégico, el cual le ha sido otorgado por la Constitución Política, que le asigna la responsabilidad de velar por la salud de la población, de concretar y unir esfuerzos para este fin. Este hecho se evidencia en el interés de proteger y promover el desarrollo del capital social y humano del país. Para esto, la participación de los diferentes actores, la formación de redes y el establecimiento de formas innovadoras de gerencia en lo social. hacen

Una propuesta para su construcción

que este modelo sea parte del fortalecimiento de un Estado inteligente en lo social, como ya lo ha demostrado en diversas oportunidades Costa Rica, mediante su inversión en dicho campo.

Asimismo, la transformación del modelo de atención de salud se ve fortalecida por varias coyunturas: la adhesión y compromiso con los acuerdos tomados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo, en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995 y la directriz gubernamental de apoyar a las mujeres, para su avance en la posición social, que está respaldada por la existencia de un marco jurídico, social y ético nacional e internacional, que aboga por los derechos de las mujeres en diferentes campos: político, económico, laboral, educativo, sanitario y recreativo.

Simultáneamente se dan otros factores que favorece la globalización, la competitividad, la modernización del Estado y la Reforma del Sector Salud, las nuevas políticas institucionales, la modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la Ley de desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS, la creación de los Componentes de Gestión y las Juntas de Salud, éstas últimas, como entes auxiliares de la participación social.

2.1 El contexto actual y el modelo de atención de salud en el Hospital de las Mujeres

La puesta en práctica de la atención integral en el Sistema Nacional de Salud ha tenido serias limitaciones y el Hospital de las Mujeres, como parte de las instituciones que pertenecen al sector salud, no es la excepción.

Esta debilidad no sólo se expresa en la forma como se organizan y entregan los servicios de salud, --fundamentalmente basados en un enfoque biomédico, distanciándose de las tendencias mundiales más progresistas en materia de sistemas de salud y desarrollo de políticas estatales, que demandan ir más allá de los determinantes biofísicos del proceso salud-enfermedad--, sino también en la

Los cambios pretenden impregnar al Hospital de una nueva visión de salud dirigida hacia la producción social. Esto conduce a una lectura crítica de la salud de las personas, a partir de sus condiciones de vida, de sus necesidades e intereses (prácticos y estratégicos), y de su ubicación en un contexto social.

interacción social establecida entre prestatarios (as) y usuarias basada en relaciones de poder desiguales y jerarquizadas.

Existe suficiente evidencia empírica que asegura que la intervención sobre factores de naturaleza social, económica, cultural, de género y política, logra marcar diferencias importantes con respecto al mejoramiento de la salud, más allá de cuando sólo se toman en cuenta los de índole biológica.

En la actualidad, el modelo de atención del Hospital de las Mujeres es tradicional y su enfoque de la atención es biológico, de tipo asistencial, incorporando parcialmente y en forma fragmentada el aspecto social en la atención. El abordaje interdisciplinario y la participación en equipos no es un lineamiento estratégico; por el contrario, queda a criterio y a voluntad del personal de salud; no se considera como parte de la labor sustantiva en el cumplimiento de las funciones. Aunada a esta situación, debe destacarse que la coordinación, dentro de las entidades e interinstitucional e intersectorialmente, así como con los niveles de atención de salud I y II del área de atracción, es muy limitada. Ello que repercute en un deficiente sistema de referencia y contrarreferencia.

Por las características asistenciales que tiene el hospital, se carece de un lineamiento de política local de proyección comunal; solo los servicios de Enfermería y Trabajo Social, bajo grandes limitaciones de recursos humanos y materiales, realizan algunas acciones que permiten el acercamiento a la comunidad. Además, la participación de las usuarias en la toma de decisiones, en aspectos relacionados con su salud, es escasa o nula.

La atención integral de la salud no aparece como un modelo que genere la práctica en los servicios que se brindan. Tampoco se promueve la investigación, y la que se realiza no se disemina y se le da escaso tratamiento institucional.

Tomar como referencia el Hospital de las Mujeres para transformar el modelo actual de salud, obedece a que éste está dedicado, en forma exclusiva, a atender población femenina. Ello le ha procurado experiencia en el campo materno infantil. El reto es dar un viraje en el abordaje de la atención y convertirlo en un centro de salud que amplíe su atención a todos los ciclos de vida de las mujeres.

Los cambios pretenden impregnar al hospital de una nueva visión de salud dirigida hacia la producción social. Esto conduce a una lectura crítica de la salud de las personas, a partir de sus condiciones de vida, de sus necesidades e intereses (prácticos y estratégicos) de su ubicación en un contexto social.

Esta concepción de la salud tropieza con estructuras burocráticas y jerarquizadas, apegadas a una planificación normativa y prescriptible, y no estratégica.

Para alcanzar un modelo de atención integral de la salud, con perspectiva de género, dirigido hacia las mujeres, se deben hacer ajustes y cambios importantes a la tradicional manera de trabajar, donde el recurso humano, acostumbrado a sistemas rutinarios y con pocos espacios para la innovación y la creatividad, tiene que ser reencontrado y revalorizado. El desarrollo de este recurso pasa a ser uno de los ejes fundamentales de las transformaciones en la atención de la salud, mediante la planificación participativa con los diferentes actores sociales, influidos por una nueva forma de expresión del poder y manejo estratégico de este recurso.

Independientemente de cómo se decida organizar la atención de la salud, el cambio apunta hacia la calidad de ésta y el posicionamiento de las mujeres como sujetas de derechos, dentro de los servicios que brinda el hospital y fuera de ellos.

Con el desarrollo de esta propuesta, Costa Rica se convertirá en uno de los primeros países de las Américas en ofrecer atención integral en salud a las mujeres, ejecutando e institucionalizando el enfoque de género. Por ello, deben aunarse esfuerzos para que el Hospital de las Mujeres se convierta en un Centro Nacional e Internacional de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. Ello también abriría los espacios para que la reforma del sector salud alcance los tres niveles de atención.



III. CAPITULO

EL HOSPITAL DE LAS MUJERES Y LAS INICIATIVAS DE CAMBIO

Con el fin de proporcionar diversos elementos que anteceden la formulación del nuevo modelo de atención de salud, y brindar un panorama histórico del desarrollo de esta entidad, se exponen los principales momentos del desarrollo del Hospital y los esfuerzos por llevar a cabo acciones orientadas hacia el cambio.

El Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva (IMIACE), conocido como Maternidad Carit, se creó en 1914, como Asilo de la Maternidad, mediante el Decreto N° 28, del 18 de agosto de 1913. Según el Decreto N° 8 del 5 de mayo de 1926, pasó a depender de la Secretaría de Beneficencia, la cual se constituyó, en 1960, en el Ministerio de Salud. Desde esa fecha, la Maternidad Carit prestaba servicios de salud a la mujer costarricense e impartía actividades docentes, así lo verifica el reglamento N° 86, del 14 de diciembre de 1920, donde se mencionaba como requisito para optar por el Diploma de Obstetricia, haber atendido 20 partos en la Maternidad Carit.

El Hospital se ubica en los terrenos cedidos por el Dr. Adolfo Carit Eva, en el Distrito Hospital de San José, contiguo a las instalaciones de la estación del Ferrocarril al Pacífico. El testamento establecía que el local debía destinarse a la atención de las mujeres de escasos recursos económicos.

En la década de los años 40, se inició en este establecimiento de salud, el control prenatal sistemático, con observación especial y Hospitalización de la mujer cuyo embarazo le podía generar un riesgo a su salud. Ahí dio inicio lo que hoy se conoce como Atención Prenatal de Alto Riesgo Obstétrico.

En 1957, durante el Gobierno de José Figueres Ferrer, se renovó la estructura física, la cual le dio apariencia de Hospital.

En 1958, la Maternidad Carit pasó a ser el Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva, con el fin de cumplir con los siguientes objetivos:

Brindar servicios de obstetricia

Preparar alumnos de la Escuela de Medicina.

Impartir clases de Enfermería Obstétrica

Del año 1960 en adelante, en el campo docente este centro llegó a ser la sede de las primeras cátedras de Ginecología y Obstetricia, de la naciente Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y, en forma exclusiva, del Curso de Obstetricia para Enfermeras.

Hasta 1975, el IMIACE estuvo regido por la Junta de Protección Social. Más adelante, de acuerdo con la necesidad de hacer realidad la universalidad del Régimen de la Seguridad Social, se convirtió en el primer Centro Hospitalario en la Provincia de San José, traspasando a la Caja Costarricense de Seguro Social

(CCSS), donde fue clasificado como un Hospital Nacional Especializado dependiente administrativamente de la Gerencia de División Médica.

A partir de 1987, se proponen cambios en la infraestructura del Hospital, con el fin de aumentar la cobertura y variedad de servicios; no obstante, estos esfuerzos no obtuvieron los resultados esperados, debido a que no se contó con suficiente apoyo político ni administrativo.

A raíz de esta situación, en ese mismo año, se decidió que la Dirección de Planificación Institucional de la CCSS realizara el estudio "Presente y Futuro del Instituto Materno Infantil Carit". Éste arrojó datos importantes que evidenciaron la necesidad de ampliar su planta física, buscar mejor equipamiento y mantenimiento, así como la dotación de servicios administrativos y médicos, ya que los que existían eran insuficientes.

En 1989, surgió la designación del Hospital como Centro Docente Asistencial de Referencia (CEDARE). por parte del Consejo Nacional de Educación permanente en Materno Infantil, órgano del Centro y Desarrollo Estratégico en Investigación en Salud y Seguridad Social de la CCSS (CENDEISSS). Según Montesinos y Cascante, esta designación obedeció a "la búsqueda de nuevas alternativas de cambio en el área Materno Infantil, principalmente por considerarse este grupo prioritario por su vulnerabilidad, así como por ser significativo de la demanda de los servicios. Por otra parte, existen publicaciones que demuestran que el Recurso Humano ha sido el menos favorecido con los avances científicos y tecnológicos que se incorporan en las actividades diarias en la atención materna e infantil, y se da la paradoja de darle prioridad al instrumental y el equipamiento, antes que al desarrollo del personal humano que utilizará estos recursos.

En este sentido, es fundamental que los esfuerzos se dirijan a fortalecer el recurso humano responsable de las acciones en salud materno infantil" ⁽⁴⁶⁾.

Como respuesta de la anterior situación, "los países de la subregión elaboraron un plan de apoyo a los recursos humanos, dentro del Programa de Supervivencia Infantil. Dicho plan propone crear una estructura en los establecimientos de salud nacionales, regionales y locales, de este tipo de instancias, que coordine funciones docentes, asistenciales y de investigación, todas ellas orientadas a reforzar el componente humano, con el propósito de garantizar una atención materna e infantil oportuna, de óptima calidad y basada en las necesidades reales de la población. ⁽⁴⁷⁾.

En esa oportunidad, el personal del IMIACE definió CEDARE como: "... unidad especializada multidisciplinaria docente y asistencial, que realiza un proceso

sistematizado de formación, capacitación e investigación, por medio de un análisis institucional y comunitario, con difusión y colaboración a centros de asistencia de diferentes niveles de complejidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida" ⁽⁴⁸⁾.

Esta modalidad de trabajo se mantuvo hasta 1996, momento en el que declinó por falta de apoyo de las autoridades del Hospital.

En 1994, a solicitud de la Presidencia Ejecutiva y de la Gerencia Médica de la CCSS y con el apoyo de los mandos medios del Hospital se elaboró ⁽⁴⁹⁾ el diagnóstico titulado "Hacia un Nuevo Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva" , que evaluó el funcionamiento del Centro en cuanto a: capacidad de la gerencia, recursos humanos y materiales, planta física y necesidades básicas del Hospital. Este documento identificaba los principales problemas y facilitaba el diseño de estrategias para su adecuada resolución.

Incluía alternativas de solución para que al Hospital se le dotara de recursos y resaltaba que el problema de la planta física debía resolverse en forma prioritaria, para prestar un servicio satisfactorio a las usuarias y garantizar un ambiente adecuado al personal. En este estudio, se planteó construir un edificio por etapas, bajo un concepto de diseño arquitectónico integral, de tal manera que la construcción de cada una de las áreas guardara un equilibrio funcional y estético con su totalidad. Así mismo, se planteó reestructurar la Consulta Externa y la Prestación de los Servicios de Salud tradicionales, pasando a un Modelo de Atención por niveles de complejidad, con servicios asistenciales, docentes y de investigación. Se proponía, a su vez, la creación de un Centro Médico de Alta Complejidad, que sería desarrollado en cuatro fases: reorganización de los servicios y programas existentes, ejecución de servicios de apoyo, investigación y consolidación del IMIACE, como un Organismo Consultor.

En esta propuesta se presentó a la Gerencia Médica y a la Presidencia Ejecutiva en 1994 y ante la Junta Directiva en 1995, pero no se obtuvo respuesta satisfactoria.

En mayo de 1998 y bajo la Administración del Presidente de la República, Dr. Miguel Ángel Rodríguez, se retomó una vez más la iniciativa de convertir al IMIACE en un Centro Médico de Alta Complejidad. Este proyecto fue presentado por las jefaturas, en reunión celebrada en forma conjunta con el Presidente Ejecutivo y el Gerente de División Médica de la Caja. Fue así como las autoridades de la Institución plantearon, en el nivel local, la posibilidad de realizar cambios importantes en la estructuración y funcionamiento del Hospital.

La iniciativa de poner nuevamente en la mesa de discusión el tema del Hospital, por parte de las autoridades de este establecimiento de salud, obedecía fundamentalmente a varios aspectos:

Una propuesta para su construcción

- Lograr el apoyo político, a fin de atraer el interés de las autoridades de salud y del Poder Ejecutivo
- Obtener mayores recursos financieros para ejecutar mejoras sustantivas en el funcionamiento de los servicios de salud y su ampliación, con el propósito de desarrollar las etapas del proyecto Hacia un Centro Médico de Alta Complejidad.
- Realizar el diseño de planos arquitectónicos para la renovación y ampliación de la planta física.
- Efectuar gestiones para la compra de terrenos aledaños.

Como resultado de esta reunión, se solicitó a la Dirección de Panificación Institucional de la CCSS ⁽⁵⁰⁾, realizar un estudio de factibilidad en el Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva, donde, posteriormente se evidenció un conjunto de necesidades en cuanto a planta física y recursos humanos.

También, se acordó crear una instancia que facilitara la comunicación y coordinación entre la Presidencia Ejecutiva de la CCSS y el IMIACE, para lo cual se conformó la Comisión de Enlace. Esta Comisión se formó el 1º de junio de 1998, con la participación de los siguientes representantes: Dr. Danilo Medina Angulo, Asesor de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, quien fungiría como contraparte de ese despacho en todas las acciones de dicha Comisión; Dr. Moisés Fallas Corrales, Subdirector Médico del IMIACE; Dr. Francisco Cascante Estrada, Jefe de Obstetricia; Dr. Gerardo Montiel Larios, Jefe de Ginecología; M.B.A Zully Moreno Chacón, Jefa de Trabajo Social; Sr. Jorge Céspedes Murillo, Jefe de Aseo y Vigilancia; Dr. Rafael A. Calderón Torres, Licda María del Carmen Fernández Delgado, Enfermera, y el Lic. Miguel Quesada Durán, Administrador del Hospital.

Paralelamente a estas acciones, se gestionó la compra de una casa contigua al Hospital, transacción que se concretó en marzo de 1998.

La Comisión de enlace, en una primera instancia, centraba su atención en los aspectos relacionados con los cambios en la planta física, no en el contenido del enfoque con que se prestaban los servicios, pues eso no estaba en discusión en ese momento. Más bien, se suponía que superando la etapa de renovación de las viejas instalaciones; acondicionando la casona adquirida y logrando la construcción del estacionamiento, se haría posible continuar con las modificaciones en el área de la Consulta Externa y avanzar hacia el cumplimiento de las otras etapas del proyecto, que culminarían con la constitución de un Centro de Alta Complejidad ⁽⁵¹⁾.

Esta primera etapa de diseño de planos fue acompañada de un proceso de consulta a

las jefaturas de los servicios, con la intención de escuchar sus recomendaciones, de manera que la nueva planta física tuviera las condiciones óptimas de trabajo.

La iniciativa fue acompañada de la designación de un arquitecto, por parte de la Dirección de Desarrollo de Proyectos de la CCSS, para que diseñara los planos. A partir de este momento, la Comisión de Enlace mantuvo coordinación con este funcionario, mediante reuniones semanales, las cuales constituyeron un insumo para elaborar el Plan Maestro de Desarrollo 1999-2006 del Hospital de las Mujeres, incluyendo el Estudio de Factibilidad mencionado ⁽⁵²⁾.

El Plan Maestro de Desarrollo del Hospital busca: "... formalizar una propuesta de desarrollo de un Hospital Especializado, de nivel nacional, iniciando con un plan de contingencia con el que se debe paliar las deficiencias en instalaciones físicas y equipo que presenta la Maternidad al día de hoy" ⁽⁵³⁾.

Entre tanto, en la Comisión de Enlace surge la iniciativa de plantear a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, el cambio de nombre de este centro de salud, para que pase de ser Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva y se le nombre como Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva, según consta en el acta N° 1 del 9 de octubre de 1998, de dicha Comisión.

En acta de Consejo General del Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva, celebrado el 13 de octubre de 1998, en el Aula Universitaria, en el Asunto N° 4 se anotó: Informe de la Comisión de Enlace, a cargo del coordinador, quien propuso cambiar el nombre de Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva a Hospital Nacional de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva. Por unanimidad del Consejo, se aprobó y acordó realizar la gestión para tal fin, ante la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencia de División Médica y Subgerencia de Hospitales Nacionales y Clínicas Mayores de la CCSS.

El 1° de junio de 1999 se retornó esta iniciativa por parte de la Dirección y Subdirección Médica de este Centro, mediante nota DM 309.06.99, enviada a la Gerencia de División Médica de la CCSS, donde se propone el nuevo nombre de Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva y se manifiesta el deseo de que se realice el acto formal del cambio de nombre el 15 de agosto de ese mismo año; acto donde estaría presente el Presidente, Dr. Miguel Ángel Rodríguez y la Señora Lorena Clare, Primera Dama de la República y otras personalidades.

Por acuerdo firme de la Junta Directiva de la Caja, en sesión N° 7352, del 29 de julio de 1999, en su artículo 34, acordó designar al Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva con el nombre de Hospital de la Mujer Dr. Adolfo Carit Eva.

Hasta el momento, el tema del Hospital de la Mujer se ventilaba únicamente entre las autoridades de la CCSS y las del Hospital, por intermedio de la Comisión de Enlace y la Dirección Médica. No obstante, las iniciativas de cambio de nombre condujeron a que las autoridades de los niveles central y local mostraran interés por coordinar acciones con la Ministra de la Condición de la Mujer y el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), así como con la Oficina Sectorial de la Mujer de la CCSS, para desarrollar ciertas actividades. Fue entonces cuando, a mediados de junio de 1999, se llevó a cabo una primera reunión, entre el Asesor Médico de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, un representante de la Junta Directiva de la CCSS, el Director del IMIACE y la Ministra de la Condición de la Mujer, para estrechar lazos de colaboración interinstitucional. Uno de los aspectos que propuso el INAMU fue desarrollar un proyecto de fortalecimiento de las capacidades institucionales de este establecimiento de salud, desde la perspectiva de género, el cual tuvo buena acogida por parte de las autoridades de salud.

A partir de este momento, la discusión sobre los cambios referidos al Hospital comenzó a dar un giro importante. En primera instancia, se acordó que una persona representante del INAMU se incorporara a las reuniones de la Comisión de Enlace; además, esta institución se integró y colaboró de lleno en la realización del Primer Festival de la Salud, que se ejecutó como actividad marco para oficializar y dar a conocer públicamente el cambio de nombre de la institución.

El INAMU plantea entonces la necesidad de ir más allá del cambio de nombre: propone la transformación del modelo de atención imperante en salud, tomando como medio para ello el Hospital. Inicia así una serie de gestiones que van a facilitar este propósito. Entre éstas, la elaboración del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres y la CCSS (ver anexo 1) y el establecimiento de lazos de cooperación internacional entre las autoridades de salud de Costa Rica y el Women's College Hospital de Toronto, Canadá, con quien se firmó una carta de entendimiento (ver anexo 2), en el marco de la visita realizada entre el 19 y 26 de setiembre de 1999 por una delegación de alto nivel político de Costa Rica y una representante de una organización no gubernamental especializada en salud (54). Estos hechos fueron fortalecidos en la IX Reunión de Esposas de Jefes de Estado y Gobernantes de las Américas, donde estuvieron presentes, por parte de Costa Rica, la Sra. Lorena Clare, Primera Dama de la República, la Licda. Gloria Valerín Rodríguez, Ministra de la Condición de la Mujer y la Dra. Xinia Carvajal, Viceministra de Salud. Este encuentro se realizó en Ottawa, del 29 de setiembre al 1º de octubre de 1999. De esta forma se involucró al Gobierno Federal de Canadá con el de Costa Rica y se propuso un Tratado de Cooperación Técnica entre países (TCC), mecanismo desarrollado por la OPS-OMS, para la cooperación técnica.

Una de las primeras expresiones de cambio se generó con la petición que hicieron desde sus despachos Gloria Valerín, Ministra de la Condición de la Mujer y Lorena Clare, Primera Dama de la República, en carta enviada el 22 de julio de 1999 a la Junta Directiva de la CCSS (ver anexo 3), para que el nombre del Hospital, se consignara como Hospital de las Mujeres.

La justificación de esta solicitud denota en sí misma un importante valor teórico y metodológico desde el enfoque de género, pues apela a la importancia del respeto a la diversidad, entendiendo que no existe un único prototipo de mujer. Esto permitía dar los primeros pasos en la dirección de un proceso de transformación del modelo.

En respuesta a estos esfuerzos, en nota N° 14359, del 06 de agosto de 1999, la Junta Directiva informa al Director Médico del Hospital lo siguiente:

"Me complace informarle que la Junta Directiva en el artículo 34° de la sesión N° 7352, celebrada el 29 de julio de 1999, literalmente dispuso:

Artículo 34°: Conocida la comunicación de fecha 22 de julio en curso, suscrita por la señora Lorena Clare de Rodríguez, Primera Dama de la República y señora Gloria Valerín Rodríguez, Ministra de la Condición de la Mujer y Presidenta Ejecutiva del Instituto Nacional de la Mujeres, la Junta Directiva acuerda designar al Instituto Materno Infantil "Adolfo Carit Eva" con el nombre de Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

Quedan así modificados los términos de la resolución adoptada en el artículo 1° de la sesión número 7342, celebrada el 10 de junio del año en curso".

Como estrategia para promocionar la salud, proyectar el Hospital a la comunidad y dar a conocer sus planes, programas y servicios, se aprovechó el Primer Festival de la Salud, realizado en la semana del 9 al 14 de agosto de 1999. Para ello, se desarrollaron diversas actividades educativas, de promoción y atención de la salud, incluyendo una mesa redonda, donde se abordó el tema de la Atención Integral de Salud de la Mujer en un Centro Hospitalario. Este espacio permitió reflexionar y analizar la transformación del modelo de atención de salud por parte de especialistas en la materia, autoridades y personal de salud, tanto del Hospital como del nivel central de la CCSS y otras instancias

En el marco del Festival, se oficializó el nuevo nombre de "Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva", y, se firmó el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud, la CCSS y el Instituto Nacional de las Mujeres.

Con la firma de este convenio se plasmó el interés y la voluntad política para desarrollar acciones concernientes al Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres y la institucionalización del enfoque de género.

Una propuesta para su construcción

El convenio de cooperación contiene cuatro líneas de trabajo a desarrollar, para garantizar la salud integral de las mujeres.

- Readecuación del Modelo de Atención del Hospital de las Mujeres, con enfoque de Género.
- Embarazo en la Adolescencia.
- Violencia Intrafamiliar.
- Institucionalización del enfoque de Género en el Sector Salud.

En este convenio se pone de manifiesto que las autoridades del Ministerio de Salud y la CCSS se comprometen a dar apoyo técnico y político, para que la readecuación del Modelo de Atención de Salud esté impregnado de enfoque de género y sea replicado en todo el Sistema Nacional de Salud.

De este convenio surgió una Comisión Interinstitucional de Alto Nivel Político, con el fin de establecer directrices y políticas, para la toma de decisiones y el impulso del proyecto de transformación del modelo de atención de salud en el Hospital de las Mujeres y la red institucional local de salud.

La Comisión de alto nivel político está formada por el Presidente Ejecutivo de la Caja, la Ministra de la Condición de la Mujer, la Viceministra de Salud, el Asesor Médico de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS. Además, se formó la Comisión Técnica Interinstitucional, cuyo objetivo es la preparación de la propuesta e implementación del nuevo modelo. Esta Comisión está integrada de la siguiente manera: Director General del Hospital, Subdirector del Hospital, Jefatura de Trabajo Social, Enfermera Obstetra representante del Servicio de Enfermería, Jefa de Sección Salud de la Mujer de la CCSS, dos representantes de la Gerencia de Modernización: Dirección de Planificación Institucional de la CCSS y Proyecto de Modernización, Jefatura de la Oficina Sectorial de la Mujer de la CCSS y representante del Instituto Nacional de las Mujeres. Como apoyo al trabajo que realiza la Comisión Técnica, se encuentra la Comisión de Enlace del Hospital de las Mujeres, Comité Plan de Empresa, Grupo Consultivo del Instituto Nacional de las Mujeres (entre quienes se encuentran, la Directora del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, representantes de la Asociación de Mujeres en Salud y la Directora de MUSADE. Estas últimas dos son Organizaciones No Gubernamentales de Mujeres.)

Además, como parte de las actividades que se realizaron durante el Festival de la Salud, de manera simbólica se donó ø272.613.942, por parte de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, para crear y fortalecer los proyectos de Hospital, como se detalla a continuación en el cuadro No. 2.

Cuadro N° 2
Proyectos financiados según montos
Hospital de las Mujeres
Año 2000

NOMBRE DEL PROYECTO	MONTO
• Proyecto Unidad de Cuidados Intermedios	€ 4.740.049
• Proyecto Unidad de Investigación y Análisis de Registros y Estadística de Salud	€ 1.350.000
• Proyecto Implementación de una Red de Cómputo	€ 13.098.973
• Atención Integral Ginecológica a la Adolescente Embarazada	€ 40.000.000
• Atención Integral a la Paciente Portadora de SIDA y Embarazo	€ 20.000.000
• Proyecto Creación de la Unidad de Estudios Materno Fetales	€ 62.700.000
• Proyecto Atención Integral a la Paciente Embarazada Consumidora de Alcohol, Tabaco y Drogas	€ 20.000.000
• Proyecto Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	€ 16.000.000
• Proyecto Establecimiento de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	€ 72.150.000
• Proyecto Unidad de Reproducción Humana Asistida	€ 20.000.000
• Proyecto Unidad de Menopausia; disminución de tiempo de espera Año 2000	€ 2.574.920
TOTAL	€ 272.613.942
Fuente: Dirección médica del Hospital de las Mujeres	



IV CAPITULO

DESCRIPCIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL DE LAS MUJERES

4.1 Ubicación física del Hospital y área de atracción

El Hospital se encuentra ubicado en el Distrito Hospital, del Cantón de San José, contiguo a las instalaciones de la Estación del Ferrocarril al Pacífico.

El área de atracción de este centro médico está definida por los cantones y distritos que se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3 Área de atracción del Hospital de las Mujeres	
CANTÓN	DISTRITO
Central de San José	Catedral de San José, Zapote, San Francisco, San Sebastián
Desamparados	Desamparados, San Miguel, San Juan de Dios, San Rafael Arriba, San Antonio, Patarrá, Rosario, Dama-Fátima y San Rafael Abajo.
Aserri	Aserri, Tarbaca, San Gabriel, Vuelta Jorco, Monterrey y La Legua
Acosta	San Ignacio, Palmichal, Guaitil, Cangrejal y Sabanilla
Curridabat	Granadilla
La Unión	Río Azul

Fuentes: Dirección Médica del Hospital de las Mujeres. Reglamento General del Sistema de Salud. San José, CR, pág. D-326.

Está clasificado como hospital especializado con cobertura nacional; forma parte del grupo de hospitales desconcentrados y depende directamente de la Subgerencia Médica de Hospitales y Clínicas Mayores.

4.2 Aspectos filosóficos del Hospital

Debido a la nueva política de modernización en la CCSS, este Hospital entró en Compromiso de Gestión desde enero de 1999, lo que significó un gran reto, para el personal de salud.

En el marco de este Compromiso de Gestión, y para elaborar el Plan de Empresa del Hospital, se generó un proceso de planificación estratégica con participación de

Una propuesta para su construcción

los y las funcionarias, en donde se construyeron colectivamente la misión, visión y los valores del Hospital:

Misión: Brindar atención integral, humanizada y de alta calidad a la mujer y al recién nacido, su familia y la comunidad, mediante la asistencia, investigación, fomento, promoción y educación permanente de la salud.

Visión: Seremos un hospital de prestigio, líder en atención a la mujer y al recién nacido, su familia y la comunidad, altamente especializado, con calidad, excelencia, confort (sic) y confianza que satisfaga sus expectativas.

Valores: Lealtad, ética, compromiso, equidad, honestidad, cordialidad y calidad. En la actualidad el Hospital tiene los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivos generales

- Brindar atención especializada a la mujer durante sus procesos de embarazo, parto y postparto, para garantizarle resultados óptimos de salud.
- Lograr el nacimiento del recién nacido en excelentes condiciones y brindarle atención hasta los 28 días.
- Ofrecer atención integral a la mujer en estado no grávido para educar, prevenir y tratar los padecimientos ginecológicos.
- Participar en la formación del recurso humano en el área de salud en coordinación con los centros de enseñanza respectivos del país.

Objetivos específicos

- Participar en la disminución de los índices de morbimortalidad materno infantil.
- Diagnosticar y tratar enfermedades que se presentan en la mujer desde la adolescencia hasta la edad postmenopáusica, para disminuir los índices de morbimortalidad.
- Investigar, prevenir y brindar educación a la población usuaria, a través de programas específicos en el área materno infantil.
- Fomentar, a través del CEDARE, la educación en servicio del personal del hospital.

4.3 Servicios con los que cuenta actualmente el Hospital

Existen servicios para hospitalización, consulta externa y urgencias en Ginecología. Obstetricia y Neonatología.

Su organigrama funcional (Ver anexo N° 4) se compone de la siguiente manera: Dirección Médica, Subdirección, Administración, Consulta Externa. Emergencias. Obstetricia. Ginecología. Anestesia. Neonatología, Enfermería, Nutrición, Admisión y Archivo. Farmacia, Laboratorio Clínico. Rayos X y Ultrasonido. Trabajo Social y Estadística (Fuente: Dirección Médica).

En la actualidad. tiene 113 camas. 340 empleados (as) de los cuales 67 por ciento son mujeres y una población adscrita directa de 165 mil mujeres de 15 a más de 60 años. que representan 71.4 por ciento del total de mujeres de la zona de atracción. También hay una población indirecta que se atiende y que alcanza 46 mil mujeres. Parte de estas poblaciones proviene de estratos sociales medios y bajos y sectores con características marginales.

En 1998. según el Informe Estadístico de Recursos y Servicios de Salud realizado por la Sección de Información Biomédica de este Hospital. se atendieron 5.762 partos y 41.656 consultas de: Ginecología, Colposcopia, Esterilidad, Menopausia, Medicina Ambulatoria, Infectología, Medicina Interna, Medicina General de Empleados, Neonatología, Obstetricia y Planificación Familiar.

4.4 Consultas, programas y equipos de trabajo del hospital

4.4.1 Consultas

- Atención prenatal a la mujer adulta embarazada de alto, mediano y bajo riesgo
- Atención a la adolescente en prenatales, parto, puerperio y planificación familiar.
- Atención posnatal de alto riesgo.
- Atención a la mujer adulta en planificación familiar. Medicina interna.
- Infectología.
- Atención a la mujer en Ginecología.
- Ginecología Oncológica.
- Menopausia.
- Esterilidad.
- Atención al neonato de alto riesgo.

4.4.2 Programas

- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo Obstétrico.
- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada de Mediano Riesgo Obstétrico.
- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada de Bajo Riesgo Obstétrico.
- Programa de Atención Integral a la Adolescente Embarazada.
- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada Consumidora de Drogas y Alcohol.
- Programa de Educación en Puerperio.
- Programa de Atención a la Mujer en el Postparto.
- Programa de Planificación Familiar.
- Programa de Infertilidad.
- Programa de Ginecología General.
- Programa de Gineco-endocrinología.
- Programa de Gineco-oncología.
- Programa de Promoción y Seguimiento de la Lactancia Materna.
- Programa de Educación a la Mujer Embarazada Adulta y Adolescente y su Grupo Familiar.
- Programa de Educación a la Usuaría y Familia de Cirugía Ambulatoria.
- Programa de Colposcopia.
- Programa de Detección Temprana. Crecimiento y Desarrollo para Niñas (os) de Alto Riesgo.
- Programa de Unidad de Estudios Materno Fetales.
- Programa de Diagnóstico Estudio Genético Prenatal.
- Programa de Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología.
- Programa de Educación a la Familia y la Mujer que será sometida a Cirugía Ginecológica

4.4.3 Equipos, comisiones y grupos de trabajo

- Equipo Coordinador del Programa de Atención Integral a la Adolescente Embarazada
- Equipo Coordinador del Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada consumidora de Drogas y Alcohol.
- Equipo Operativo del Proyecto de Estimulación Oportuna.
- Equipo para la Educación de la Familia y la Mujer que será sometida a Cirugía Ginecológica.

Equipo Coordinador del Programa de Educación en Puerperio.
Equipo Operativo Coordinador del Programa de Educación a la Mujer Embarazada Adulta y Adolescente y su Grupo Familiar.
Comité de Mortalidad Materna.
Comité de Mortalidad Infantil.
Comité Plan de Empresa.
Comité Hacia una Calidad Total en el IMIACE.
Grupo de Apoyo Técnico (GAT).
Comisión de Carrera Profesional.
Comité de Lactancia Materna.
Comisión Técnica Interinstitucional de Alto Nivel.
Comité de Emergencias.
Comité de Prevención y Control de Infecciones.
Comité de Disposición y Tratamiento de Desechos Sólidos Hospitalarios. Comité de Salud Ocupacional.
Comisión de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (sic).
Comité de Atención a la Adulta Mayor.
Comité de Grupos de Apoyo al Compromiso de Gestión.
Comité de Promoción de la Lactancia Materna.
Equipo Interdisciplinario de Selección y Reclutamiento de Personal.
Equipo Interdisciplinario de Selección y Reclutamiento de Personal a capacitarse en el CENDEISSS.
Grupos de Apoyo Madre a Madre.
Grupo de Damas Voluntarias.
Comité Amigo del Niño, la Niña y la Madre.
Comité de Capilla.
Comité de Deportes.
Comisión de Compras.
Comité de Enlace.
Comité de Incapacidades.
Comité Interdisciplinario de SIDA.
Comité de Relaciones Laborales.
Comité de Soporte Nutricional (sic).
Consejo Académico.
Comité de Mala Praxis.
Comité de Fiestas.



V CAPITULO

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES:

Una propuesta para su
construcción

5.1 Descripción del Modelo

El reto que las autoridades de salud han asumido, junto con el Instituto Nacional de las Mujeres, de fortalecer el modelo de salud vigente, tiene un significado histórico de gran valor, para atender la salud de las mujeres de Costa Rica y avanzar en el desarrollo de políticas públicas en salud, con equidad de género.

Lo que se inició con el cambio de nombre de un establecimiento de salud, alimentó fuertemente las esperanzas de contar con servicios de salud género sensitivos, e iniciar un proceso de enriquecimiento del modelo de atención actual. La finalidad es clara: una vez desarrollada la experiencia

de construcción del modelo en el Hospital de las Mujeres, en coordinación con la red de instituciones locales y las comunidades, de las áreas de salud de Aserri, Acosta y Desamparados, incluyendo la Clínica Carlos Durán, debe replicarse en distintos ámbitos, tanto nacionales como internacionales, y constituir una experiencia sólida que ofrezca los insumos para elaborar políticas públicas en salud. El desarrollo de esta propuesta tiene como punto de partida el cambio de enfoque en el abordaje de la salud de las mujeres.

Así, se entiende como modelo "una representación o caracterización teórica del sistema de servicios de salud de un país, con base en sus principales elementos políticos, filosóficos, éticos, culturales, estructurales, organizativos y funcionales; especialmente aquellos que definen, condicionan o afectan la forma como la sociedad desarrolla, organiza, distribuye y controla los recursos que destina a atender las necesidades de salud de los ciudadanos" ⁽⁵⁵⁾

El cambio en el modelo de atención está dado por la superación de dos nudos críticos que tiene profundas implicaciones en la atención, gestión y asignación de los recursos en salud:

A. El rompimiento del paradigma hegemónico tradicional de atención de la salud (ver anexo N° 5), el cual se ha caracterizado por tener un enfoque biológico y médico. Bajo este paradigma, la persona se convierte en un órgano o enfermedad por atender. Se sobrevalora el acto médico y se descontextualizaron las personas, "se establece una relación vertical, en la que los (as) usuarios (as) asumen una actitud

En el nuevo abordaje de la atención de la salud, se reconocen las personas como sujetos autónomos y capaces de autodeterminar los aspectos relacionados con su salud y tomar decisiones basadas en la información. Incorpora los criterios de diversidad, especificidad, particularidad y heterogeneidad de las mujeres.

pasiva, como receptores (as) de información, muchas veces incomprensible, de la cual no puede ni tiene oportunidad de apropiarse" ⁽⁵⁶⁾. El principal agravante que encierra este enfoque es la fragmentación en el abordaje y comprensión del cuerpo de las mujeres y sus potencialidades.

B. Las instituciones de salud se apoyan en la cultura patriarcal: la institucionalidad se constituye en un espacio donde se reproducen, legitiman y mantienen relaciones sociales marcadas por la desigualdad e inequidad entre los hombres y las mujeres.

Para lograr la atención integral en la salud de las mujeres, los esfuerzos se dirigirán hacia la ruptura de esos nudos críticos. Para ello, se requieren procesos de transición (ver anexo 6), puesto que implica iniciar un esfuerzo de deconstrucción y construcción sobre lo que por años se ha creído y practicado dentro del sistema de salud y fuera de él. Es un proceso lento porque pasa primero por un reajuste interno, personal, que redimensiona lo subjetivo, para luego, en forma gradual expresarse en nuevas prácticas, discursos, costumbres, creencias y valores en su cotidianidad.

Para que suceda lo anterior, debe existir una apropiación efectiva de estos procesos, a la luz de los lineamientos de la propuesta de construcción del modelo. Lo sustentable de esta propuesta radica, principalmente, en la apropiación, por parte de los (as) principales actores (as), de este proceso de cambio: funcionarios (as) de las instituciones del sector salud, públicas y privadas, mujeres, familias, comunidades y Estado.

En el nuevo abordaje de la atención de la salud, se reconocen las personas como sujetos autónomos y capaces de autodeterminar los aspectos relacionados con su salud y tomar decisiones basadas en la información. Incorpora los criterios de diversidad, especificidad, particularidad y heterogeneidad de las mujeres.

La integralidad en la atención de la salud de las mujeres es central en este modelo. No son cuerpos neutrales ni fragmentados los que se atienden, tienen una historia específica y poseen determinadas condiciones de vida, que van condicionando los problemas y necesidades de salud, la entrega de servicios y la interrelación entre el personal de salud, las personas y otros (as) actores (as) sociales. En este modelo, el abordaje tiene que ser de trabajo de equipo, interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, para que la respuesta social sea adecuada.

El trabajo de equipo interdisciplinario constituye la base de la atención integral de la salud, puesto que democratiza los conocimientos, mejora y abre espacios de

Comunicación, favorece las relaciones horizontales. el crecimiento personal y colectivo. se generan lazos de solidaridad y de apoyo; además. potencia la capacidad resolutoria de la institución y amplía el espectro de explicación de situaciones complejas. como las que están presentes en el proceso salud -enfermedad.

El modelo se diferencia del tradicional porque ubica a las personas en un contexto. detecta necesidades y problemas de salud. abordándolos a través de servicios cálidos y humanizados y se interesa por lo que aquellas desean conocer, esclarece las dudas y comprende los temores, inquietudes y necesidades.

así como también, respeta los conocimientos y prácticas en salud que poseen.

El modelo se diferencia del tradicional porque ubica a las personas en un contexto, detecta necesidades y problemas de salud, abordándolos a través de servicios cálidos y humanizados y se interesa por lo que aquellas desean conocer, esclarece las dudas y comprende los temores, inquietudes y necesidades, así como también, respeta los conocimientos y prácticas en salud que poseen.

Este nuevo abordaje favorece también a quienes prestan los servicios. por cuanto genera procesos de concienciación con respecto a la condición de género y salud de las mujeres, También, fomenta un ambiente laboral basado en el respeto de los derechos humanos que busca relaciones igualitarias y equitativas entre hombres y mujeres, permitiendo el acceso a los puestos de toma de decisiones, participación en éstas y en la distribución equitativa de responsabilidades y recursos institucionales.

En esta propuesta se desarrollan acciones positivas a favor de la salud de las mujeres, con la clara conciencia de que se está produciendo un efecto concatenado sobre el bienestar y la salud de las familias y las comunidades, a través de sistemas de redes de apoyo institucional y con la sociedad civil.

La construcción del modelo contribuirá en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas sobre género, salud y mujer, al generarse experiencias concretas sobre cómo operarlo, tomando en cuenta todas las variables que intervienen. En ese sentido, cabe señalar que la participación social es inherente al modelo en todos los momentos de su desarrollo, pues ello permite la interlocución entre los múltiples actores involucrados.

Una propuesta para su construcción

Para darle dirección a las acciones que se deriven del modelo, se han definido la visión, la misión y los valores, como sigue:

5.2 Visión del modelo

Dotar al país de un modelo de atención integral de la salud de las mujeres, que aborde en forma oportuna, eficaz y eficiente los problemas y necesidades en salud, que las faculte para el ejercicio de sus derechos y en la capacidad de tomar decisiones.

5.3 Misión del modelo

El modelo garantiza a las mujeres la atención integral de la salud, con perspectiva de género, de alta calidad en la atención, con participación social. capacitación, empoderamiento, acceso a la toma de decisiones y otros procesos favorecedores de la salud y faculta a los (as) actores (as) sociales como agentes para garantizar su réplica en diferentes instancias.

5.4 Valores del modelo

5.4.1 Respeto a los derechos humanos

El modelo de atención integral de la salud de las mujeres genera un marco ético para las relaciones entre los seres humanos, entre las personas usuarias y el personal de salud, así como entre el mismo personal y la interacción con otros actores sociales. Genera ambientes y procesos de trabajo cálidos, de empatía, con atención personalizada y sensibilización a las condiciones de vida de la población.

Tiene como punto de partida el respeto a los derechos humanos en cuanto a: la integridad física y emocional, el acompañamiento, la intimidad, el acceso a información precisa y clara sobre la realidad de su condición de salud y sobre los derechos reproductivos y sexuales. Se incluye el respeto y la sustentabilidad del medio ambiente. El modelo plantea el respeto a las opiniones y las decisiones, así como el derecho a conocer las implicaciones de las diferentes alternativas de atención, tratamiento, diagnóstico y otras; todo esto, sin distinción de edad, sexo, etnia, religión, condición de discapacidad, preferencias sexuales, ubicación geográfica, diagnóstico y condiciones socioeconómicas y culturales.

El modelo debe ofrecer elementos para fortalecer la autonomía de las mujeres, la cual se expresa en la capacidad y la actitud por parte de éstas, de tomar sus propias decisiones libremente, de pensar, sentir, querer y actuar según sus intereses, dando cabida al disfrute siempre del beneficio de sus acciones. En lo fundamental, permite y fomenta la capacidad de las mujeres de asumir el control de su propio cuerpo y salud, de una manera crítica y reflexiva, de acuerdo con la especificidad de cada una de ellas.

5.4.2 Equidad e igualdad

Se busca la igualdad a través del reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres, por su condición de género y situación socioeconómica. La equidad juega un papel sustantivo en el proceso de planificación, distribución y acceso de los recursos institucionales destinados a la salud. Esto se manifiesta en la atención de diversas poblaciones, con necesidades diferentes que deben ser atendidas e identificadas de manera igualmente diferente. El modelo no sólo aborda la equidad en el nivel interpersonal, en las estructuras de poder formales e informales entre el personal de salud y entre éste y las usuarias de los servicios, sino en las construcciones simbólicas que se establecen, para delimitar espacios atribuibles a lo femenino y a lo masculino. Se basa en la reducción de las brechas entre hombres y mujeres, favoreciendo la equiparación de oportunidades. Conlleva un proceso de ajuste del entorno físico y social, los servicios, las actividades, la información, así como el reconocimiento de las necesidades e intereses de las personas con discapacidad. Se busca la democratización de la sociedad, a través de la participación de las mujeres y de los diferentes actores sociales con equidad e igualdad de oportunidades.

En el marco de este modelo, los recursos se asignan de acuerdo con los parámetros mencionados, con empatía y simetría. La búsqueda de la equidad se convierte en algo sustantivo y base para alcanzar la igualdad.

5.4.3 Compromiso social

El modelo contribuye con el Desarrollo Humano Sostenible, mediante la generación y fortalecimiento de oportunidades en salud, para el avance integral de las mujeres y el mejoramiento de las condiciones de vida. Fortalece las acciones generadoras de perfiles protectores en los diferentes ámbitos de la reproducción social y produce nuevos conocimientos, actitudes, prácticas y valores, a través de la investigación, la docencia y el servicio. Se compromete con la prevención y atención de la violencia de género: intrafamiliar, institucional, sexual y social.

5.4.4 Solidaridad

El modelo promueve la solidaridad del personal y de la sociedad civil con las mujeres y su situación, en la sociedad costarricense. Fomenta la solidaridad entre las mismas mujeres y la creación de redes de apoyo sociales.

5.4.5 Lealtad

Se generan los mecanismos para asegurar la fidelidad y seguimiento de los principios orientadores del modelo y el compromiso con las mujeres en el plano ético y social.

5.4.6 Honestidad

El modelo busca la coherencia entre el planteamiento teórico de género y las acciones diarias que se realizan dentro del quehacer institucional. Incluye el respeto a los derechos, la atención integral, el manejo y la utilización de los recursos tanto humanos, materiales y financieros, como la prestación de servicios de calidad.

5.5 Objetivos

5.5.1 Objetivo General N° 1

Construir un modelo de atención integral de la salud de las mujeres de Costa Rica, a través de un proceso colectivo de planificación estratégica, que enriquezca el modelo de atención vigente.

5.1.1 Objetivos específicos

- 5.1.1.1 Fortalecer las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las mujeres, mediante un enfoque integral de la salud con perspectiva de género.
- 5.1.1.2 Orientar los procesos de investigación y docencia, en el marco del nuevo modelo.
- 5.1.1.3 Llevar a cabo una experiencia demostrativa del modelo en el Hospital de las Mujeres, que sea aplicable en otros ámbitos y sirva de información e insumo, para la generación de políticas públicas en salud de las mujeres.
- 5.1.1.4 Transformar la organización del trabajo hacia estructuras planas y hacia la gestión por productos y procesos dirigidos a las mujeres, las familias y las comunidades.
- 5.1.1.5 Crear un sistema de monitoreo y evaluación de la ejecución del modelo.

5.2 Objetivo general N° 2

Proyectar la perspectiva de género en todas las funciones regulares de la institución. para que se orienten hacia la igualdad y equidad entre hombres y mujeres.

5.2.1 Objetivos específicos

5.2.1.1 Facultar a las mujeres para que sean protagonistas del desarrollo de su propia salud.

5.2.1.2 Permear con enfoque de género la cultura de las organizaciones. la planificación institucional y la asignación y ejecución presupuestaria.

5.2.1.3 Fomentar los espacios de participación social. para que los diferentes actores tengan acceso real a los procesos de toma de decisiones respecto de la salud.

5.2.1.4 Contribuir en la formulación. ejecución y evaluación de políticas públicas sobre género y salud.

5.2.1.5 Promover una cultura institucional de cumplimiento de los derechos en salud de las mujeres.

5.2.1.6 Garantizar servicios de salud con calidad que incorpore las necesidades de las mujeres desde ellas.

5.6 Lineamientos de políticas

5.6.1 Establecer y desarrollar políticas institucionales con enfoque de género, para crear las condiciones administrativas, de organización, funcionales, de planificación, información y presupuestarias, para la puesta en marcha del modelo de atención integral de la salud de las mujeres.

5.6.2 Fomentar la cultura de la organización basada en los principios de igualdad y equidad entre hombres y mujeres.

5.6.3 Crear mecanismos institucionales para garantizar el desarrollo óptimo del recurso humano a fin de ejecutar el modelo.

5.6.4 Establecer mecanismos institucionales de participación real de las mujeres y de las organizaciones sociales, en los procesos de toma de decisiones y en la

Una propuesta para su construcción

formulación, ejecución y evaluación de políticas, programas y proyectos en salud de las mujeres.

5.6.5 Brindar servicios de alta calidad y humanizados.

5.6.6 Impulsar procesos educativos y de promoción de los derechos en salud de las mujeres, en los ámbitos individual, familiar y comunitario.

5.6.7 Fortalecer las capacidades de las mujeres para que éstas sean protagonistas en la construcción de su propia salud.

5.6.8 Desarrollar una cultura de investigación de la salud de las mujeres, con perspectiva de género.

5.6.9 Fortalecer los procesos de educación permanente y docencia, para la construcción del modelo de atención de la salud de las mujeres.

5.6.10 Fortalecer la interrelación y retroalimentación entre los tres niveles de atención del sistema de salud, a fin de desarrollar el trabajo en red con las instituciones locales y organizaciones sociales.

5.6.11 Desarrollar sistemas de interlocución integrados por actores, organizaciones e instituciones de distinto tipo para fortalecer la ejecución del modelo.

5.6.12 Fomentar, entre las diferentes instituciones que componen el Sector Salud, una cultura institucional que integre la perspectiva de género y el enfoque de derechos.

5.6.13 Contribuir con el cumplimiento y fomento de una cultura de rendimiento de cuentas sobre las acciones desplegadas en la atención de la salud de las mujeres.

5.6.14 Fomentar el desarrollo de una plataforma tecnológica y de comunicación acorde con el modelo.

5.7 Estrategias

5.7.1 Estrategia genérica

Para el manejo estratégico de la construcción del modelo en el Hospital de las Mujeres, se parte de una estrategia genérica de diferenciación, la cual se resume en la siguiente frase: atención integral de la salud de las mujeres con enfoque de género. Ésta abriga las áreas programáticas por mencionar: prevención, promoción, prestación de servicios, rehabilitación, docencia e investigación.



Esta estrategia mantiene el norte de la acción institucional. Mediante la diferenciación, el Hospital de las Mujeres será líder en innovación, desarrollo de nuevas metodologías de trabajo, diagnóstico, tratamiento, procesos de educación e investigación. De ahí que, impregnar al Hospital de las Mujeres del modelo propuesto permitirá ser centro obligatorio de referencia y aprendizaje para otros, tanto en el nivel nacional como en el ámbito internacional.

La estrategia de diferenciación permite que sea ejecutado el modelo y define el tipo de procesos, estructuras, manejo del recurso humano, cultura y clima de la organización necesarios, para realizar el cambio, así como las relaciones y respuesta del Hospital con el ambiente externo.

Esquema N°3

La estrategia genérica en los procesos internos y externos de cambio



5.7.2 Estrategias para la ejecución del modelo

5.7.2.1 Desarrollar procesos educativos de sensibilización y capacitación. en equidad de género, promoción de los derechos en salud de las mujeres y atención integral. dirigidos a los distintos (as) actores (as) involucrados (as) en la ejecución del modelo. para que se constituyan en agentes multiplicadores.

5.7.2.2 Crear conciencia de género entre el personal de salud y otros (as) actores (as) involucrados (as), para analizar. de manera consistente, las políticas nacionales e internacionales sobre la salud y derechos de las mujeres.

5.7.2.3 Desarrollar el trabajo de equipo. interdisciplinario. interinstitucional e intersectorial en la atención de salud de las mujeres.

5.7.2.4 Construir Modelos de Atención Específicos. que conformen el modelo propuesto.

5.7.2.5 Fomentar y contribuir a elevar el nivel y la calidad del debate público en relación con la salud de las mujeres. particularmente sobre los derechos sexuales y reproductivos.

5.7.2.6 Promover espacios de comunicación social. para facilitar la divulgación. socialización y legitimación del modelo. a través del acceso de información precisa y oportuna.

5.7.2.7 Promover la coordinación y el establecimiento de alianzas estratégicas. para el desarrollo del modelo, con organizaciones no gubernamentales, de mujeres. Comunitarias, Religiosas, instituciones privadas y públicas, nacionales e internacionales y agencias donantes

5.7.2.8 Favorecer la capacidad de liderazgo y mecanismos de interlocución, entre las mujeres y el Estado, para estimular prácticas asociativas de mujeres y la generación de redes de apoyo.

5.7.2.9 Consolidar dos grupos líderes: uno interdisciplinario en salud y otro que se constituya en una plataforma de base social aliada del modelo, ambos acompañados por los equipos operativos internos del Hospital, de manera que puedan apoyarse entre sí.

5.7.2.10 Formar docentes del modelo, para que puedan transmitirlo a la red de servicios de salud.

5.7.2.11 Integrar la población masculina en el proceso de atención integral de la salud de las mujeres.

5.7.2.12 Posicionar, en la agenda política, el tema de la equidad en la salud de las mujeres como prioritario y de trascendencia social.

5.7.2.13 Crear el sistema de indicadores de equidad de género y atención integral para el modelo.

5.7.2.14 Crear las condiciones idóneas para garantizar servicios humanizados y de alta calidad.

5.7.2.15 Desarrollar estrategias de comunicación diferentes para cada grupo de actores(as), de manera que desde sus ámbitos contribuyan con el fortalecimiento del modelo.

5.7.2.16 Desarrollar la experiencia demostrativa, para la construcción del modelo en el Hospital de las Mujeres, enfocada en una área geográfica específica.

5.7.2.17 Crear un Centro de Investigación sobre la salud de las mujeres.

5.8 Programas prioritarios de abordaje

Para desarrollar experiencia en el funcionamiento del modelo, se han establecido cinco programas prioritarios de abordaje. La selección de éstos obedece a que son áreas de alta repercusión en los niveles social, individual, familiar y comunitario. Estas son fácilmente identificables y en algunos casos son consideradas como trazadoras de la situación de salud de las mujeres, por constituirse en problemas de salud pública.

Los programas prioritarios definidos son los siguientes:

1. Salud Mental.
2. Violencia de Género.
3. Drogas, tabaco y alcohol.
4. Salud, comunidad y medio ambiente.
5. Salud sexual y reproductiva.
 - Embarazo en la adolescencia
 - Enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA.
 - Climaterio, menopausia y postmenopausia.
 - Patología cervical y de mama.

Estos programas deberán desarrollarse en las seis áreas de trabajo y transversados por los ejes que se exponen en los dos siguientes apartados. Para la ejecución será necesario llevar a cabo procesos para la construcción de Modelos Específicos, que formarán parte del modelo propuesto. Será necesaria el manejo de un lenguaje técnico común, que indique el significado de 10 que se entiende por programa y proyecto, de manera que se cumplan de forma rigurosa las etapas de la planificación y los postulados del modelo. Para tales efectos, deberán elaborarse protocolos, normas, diagramas de flujo de atención, entre otros aspectos. Estos modelos específicos serán obtenidos mediante procesos de sistematización, que describan la gestión del modelo en la atención y resolución de los problemas y necesidades en salud. Esta experiencia permitirá la réplica, realimentación, generación de conocimientos, metodologías de trabajo y formas de abordaje, que servirán de apoyo a la docencia y prestación de servicios, evaluación, socialización y extensión del modelo en otros ámbitos; así, como el enriquecimiento del personal y de las diferentes disciplinas involucradas en la atención de la salud.

Estos programas son prioritarios para ser desarrollados en las áreas de trabajo: prestación de servicios, promoción de la salud, prevención, rehabilitación, investigación, formación y capacitación.

5.9 Ejes transversales de la atención integral de la salud de las mujeres

Para garantizar un cambio en la atención de la salud y el éxito del modelo, las seis áreas de trabajo y los programas prioritarios serán atravesados por los siguientes ejes:

- Enfoque integral de la salud
- Calidad de la atención
- Enfoque de género
- Enfoque de derechos
- Participación ciudadana y liderazgo
- Desarrollo humano sostenible

Todas las acciones que se desarrollen en cualquiera de las áreas y programas planteados, tendrán un efecto concatenado sobre el conjunto del quehacer de la institución. Es decir, que las acciones para abordar la salud de las mujeres estarán respaldadas por la interrelación y desarrollo de cada una de éstas, que a su vez deben generar y producir procesos de reflexión y evaluación permanentes, por parte

de los (as) actores (as) involucrados (as) con respecto al papel social y de la organización.

Estos ejes permiten trasladar la estrategia genérica a la parte operativa del modelo y establecen marcadas diferencias entre el modelo tradicional y el modelo propuesto. Para dar este salto cualitativo, se requiere un proceso de concienciación y capacitación permanente con los (as) actores (as) sociales que debe ser contemplado en el Plan de Acción Estratégico que se construya, para la ejecución del modelo en el Hospital. Se espera que su incorporación se dé como parte de un proceso. En la medida en que los (as) actores (as) se apropien de estos ejes se irá marcando la diferencia, socialización y validación del modelo.

Estos ejes abren una nueva dimensión práctica en la atención de la salud que debe ser acompañada por la motivación, el sistema de incentivos, de manera que a la luz de la práctica profesional, se puedan encontrar nuevas formas de gratificación y reconocimiento de la labor y papel institucional.

5.10 Areas de trabajo

El modelo de atención integral de salud de las mujeres se ha organizado bajo seis áreas de trabajo: promoción de la salud, prevención, prestación de servicios, rehabilitación, formación y capacitación e investigación, que se constituyen en su columna vertebral. A partir de estas áreas se definen los programas y proyectos, para lo cual deberá realizarse el cambio en la organización. Las áreas se describen a continuación.

5.10.1 Area promoción de la salud

El objetivo de esta área es generar procesos de educación, para la salud, comunicación y participación social con las mujeres, las familias y las comunidades. Su énfasis estará centrado en lo siguiente:

- Promoción del Modelo de Atención Integral en Salud de las Mujeres, con el personal de los tres niveles de atención, con las mujeres líderes, con las que participan en diferentes programas institucionales, con organizaciones e instituciones públicas y privadas y otros (as) actores (as) sociales involucrados (as).
- Promoción de los derechos de las mujeres, de manera que las faculte para la toma de decisiones basadas en información, y su empoderamiento con respecto a su salud

- Promoción de la participación de las mujeres y de quienes brindan los servicios de salud en la formulación de políticas públicas de salud con enfoque de género
- Formación de redes de apoyo a la salud de las mujeres. mediante la conformación de grupos de autoayuda. de contención. de estudio. entre otros.
- Promoción de la salud. en función de los cinco programas prioritarios del modelo.

5.10.2 Area prevención

La prevención se concibe como la clave para evitar el deterioro de la salud. tanto física, emocional como mental. Se hará a través de procesos de educación para la salud, comunicación y participación social. con las mujeres. las familias. las comunidades y las instituciones públicas y privadas.

Las acciones se centrarán en lo siguiente:

- Formación de agentes multiplicadores del modelo en los diferentes niveles de atención de salud. grupos organizados, actores sociales involucrados, instituciones públicas y privadas.
- Formación de redes de apoyo a la salud de las mujeres. mediante la conformación de grupos de autoayuda. de contención. de estudio. entre otros.
- Fortalecimiento y desarrollo de programas y proyectos dentro de la institución y fuera de ella. en esta materia.
- Desarrollo de actividades de prevención dirigidas a los problemas prioritarios de salud de las mujeres.

5.10.3 Area prestación de servicios de salud

Dentro del modelo se proporcionará una plataforma de servicios y acciones básicas que deben ser del conocimiento de las usuarias, para su debida utilización y contraloría. Durante la atención dirigida a las mujeres, dentro del modelo propuesto, se le garantizará la incorporación de prácticas alternativas de atención, utilizando metodologías participativas, tecnologías innovadoras, creativas y amigables. Se plantea la incorporación de procesos educativos y de consejería a las actividades rutinarias de la institución. También se pretende valorar el tiempo de permanencia de las mujeres y asegurar la alta competencia del personal en los diferentes ámbitos.

5.10.3.1 Plataforma para la prestación de los servicios

5.10.3.1.1 Readecuación del espacio físico y de equipos

Ajustar, equiparar y procurar la sustentabilidad del entorno físico y ambiental para eliminar barreras de todo tipo y generar espacios que faciliten la puesta en marcha y desarrollo del modelo.

5.10.3. 1.2 Acceso a información y educación

Las (os) usuarias (os) tendrán acceso a material educativo e informativo sobre el funcionamiento de la institución, oferta de servicios que brinda, derechos y deberes en salud, siempre con personal de apoyo, para la respectiva orientación.

5.10.3.1.3 Procesos de inducción

Las personas tendrán acceso a una inducción, antes de tener contacto con algunos de los servicios de la institución.

5.10.3.1.4 Formas de abordaje

- Atención, valoración y análisis de la situación de salud de las mujeres en forma interdisciplinaria.
- Adecuada orientación e información para realizar pruebas diagnósticas y terapéuticas.
- Apertura de espacios de diálogo con las mujeres, para el análisis y reatualización de la situación de salud, en forma clara y con un lenguaje sencillo.
- Planeamiento del proceso de atención tomando en cuenta la red de servicios de salud mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.
- Coordinación con grupos y redes de apoyo comunitarias, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) y sector privado, para potenciar las posibilidades de mejoramiento de la salud.

5.10.3.1.5 Tipo de atención

El establecimiento de salud proporcionará atención de alta competencia técnica, un ambiente seguro, de confianza y de respeto a la privacidad, así como crear condiciones para que las mujeres tomen decisiones basadas en información adecuada.

5.10.4 Área de rehabilitación

De acuerdo con el modelo de atención planteado se define rehabilitación como el conjunto de acciones coordinadas y continuas, dirigidas a las mujeres, sus familias y comunidades, para ofrecer acciones que favorezcan rehabilitarlas integralmente, con el fin de potenciar sus capacidades físicas, emocionales e intelectuales, de modo que puedan incorporarse plenamente a la sociedad.

En esta área se incluye:

- Acciones de rehabilitación dentro de la institución, a través de formación de equipos capacitados para brindar atención individual y grupal.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con las diferentes instituciones públicas para facilitar el acceso de las mujeres que requieren rehabilitación u otros servicios.
- Conformación de sistemas locales de redes de apoyo con ONG's y grupos organizados de las comunidades, para fomentar la rehabilitación en el medio comunitario.
- Formación de agentes multiplicadores.
- Sensibilización de actores (as) internos (as) y externos (as).
- Aplicación de la Ley 7600 sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

5.10.5 Área de formación y capacitación

La docencia es un pilar fundamental para el aprendizaje, diseminación del modelo y transmisión e intercambio de conocimientos, prácticas y modelos específicos de atención, que se generen a partir de él. Se pretende que la docencia sea una estrategia para impregnar el modelo en el sistema de salud y otros ámbitos, tanto nacionales como internacionales, mediante la apertura de espacios para el análisis, la discusión y diseño de propuestas de trabajo.

Esta área se desarrollará a través de educación formal e informal: educación continua, educación en servicio, pasantías, cursos programados, cursos a distancia, sistemas interactivos virtuales, teleconferencias, mesas redondas, foros, seminarios, talleres, conversatorios y otros.

Esta área se centrará en los siguientes aspectos:

- Formación de docentes del modelo, para que se conviertan en sus agentes multiplicadores y hacerlo operativo e imitable.

Una propuesta para su construcción

- Desarrollo de alianzas estratégicas con instituciones, tanto del sector público como privado, para potenciar los recursos humanos y materiales, intercambiar experiencias y posicionar el modelo en el quehacer institucional.
- Incidir en la revisión, y adecuación del currículum universitario y de otros centros formadores de los (as) profesionales en salud.

5.10.6 Área de Investigación

Las investigaciones deberán ser planteadas a partir del conocimiento dialéctico de los determinantes sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, incluyendo el punto de vista de las mujeres, a fin de que se permita el planteamiento de programas y proyectos acordes con su realidad, se alimenten procesos para la toma de decisiones y se formulen políticas públicas en salud, con enfoque de género.

La investigación siempre será un recurso que promueva el bienestar y desarrollo de las personas, las familias y comunidades; si tiene como referencia permanente los principios universales de la ética y el respeto al consentimiento informado. Por ello, los resultados de las investigaciones deberán ser accesibles a los diferentes poblaciones, profesionales y técnicos.

En ese sentido, deberá realizarse un esfuerzo, para que la investigación clínica contemple a su vez las determinantes sociales y la contextualización. El producto de estas investigaciones será insumo para la efectividad de la respuesta institucional en la atención integral de la salud de las mujeres y proporcionará insumos para desarrollar, en el área de la formación y capacitación, la atención de situaciones que afectan a las mujeres.

Esta área se centrará en lo siguiente:

- Diseño de nuevas metodologías y prácticas de trabajo con las mujeres, las familias y las comunidades, a partir del conocimiento generado por las investigaciones.
- Inclusión de indicadores cualitativos y cuantitativos de género, en las investigaciones.
- Creación de modelos específicos de atención a la salud de las mujeres.
- Sistematización de los procesos de trabajo, de acuerdo con las áreas establecidas por el modelo.
- Investigaciones sobre el impacto de la ejecución del modelo.
- Diseminación de las investigaciones realizadas en ámbitos dentro de la institución y fuera de ella.

- Fácil acceso a la información producida por la entidad, en las investigaciones, por parte de los diversos actores sociales.
- Conocimiento de los determinantes sociales de la salud.
- Desarrollo de la investigación - acción

5.11 Influencia del modelo en el abordaje de la salud de las mujeres en los tres niveles de atención

El Sistema Nacional de Salud se define como el conjunto de instituciones y establecimientos que forman parte del sector público y privado, y que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y las comunidades⁽⁵⁷⁾.

Con base en este planteamiento, el propósito primordial del Sistema Nacional de Salud es preservar, mantener y mejorar la salud de la población. Por lo tanto, se pretende aportar un conjunto de lineamientos orientadores, para brindar servicios género sensitivos en los tres niveles de atención⁽⁵⁸⁾.

Así, este modelo penetrará las acciones desplegadas en los tres niveles de atención de la salud, de la siguiente forma: se parte del conocimiento de la realidad local e institucional donde se desenvuelve cada establecimiento de salud, sin desprender su análisis de la totalidad del contexto social donde se encuentra y de su dinámica y capacidad; para que establezca la coordinación, a través de un Grupo Contraparte que facilite el desarrollo del modelo y la concreción de un Plan de Acción Institucional. Éste podría incluir un plan de sensibilización y capacitación; enriquecimiento de los servicios, fortalecimiento del papel de liderazgo dentro del sector salud en el nivel local; proyectando la perspectiva de género en las acciones de promoción, prevención, prestación de servicios, rehabilitación, investigación, capacitación y formación, en estos niveles.

También coadyuva en la construcción de modalidades alternativas de abordaje, formulación de modelos específicos de atención, aplicación de diferentes técnicas de investigación, protocolos, procedimientos, instrumentos y normas que faciliten los procesos de atención integral de la salud de las mujeres. Además, fomenta la participación activa de las mujeres con intervenciones dirigidas hacia procesos favorecedores de la salud como: prevención de la violencia intrafamiliar, atención de la salud mental, mayor responsabilidad por parte de los hombres en la salud sexual y reproductiva, entre otros.

En este contexto, la ejecución del modelo en el Hospital de las Mujeres permite que este establecimiento de salud tenga el compromiso de ser líder en el fomento del trabajo en equipo, la participación social, el cumplimiento de los derechos de las mujeres, así como la interacción conjunta entre los tres niveles de atención y el

fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, hacia los niveles primero y segundo, y otras instituciones del nivel local en coordinación con las organizaciones de mujeres.

Uno de los retos para la ejecución de este modelo es fortalecer las capacidades y formar el recurso humano, profesional técnico y administrativo.

Para hacer viable este proceso de proyección del modelo en los tres niveles de atención de la salud, se plantea hacer modificaciones en la forma como actualmente están estructurados, lo que permitirá mayor capacidad resolutive en cada uno de ellos. El cambio consiste en pasar de una estructura piramidal a una de tipo horizontal, tomando en consideración la relación con el entorno. Ello, con el propósito de darle un mayor sentido de interacción y favorecer procesos de trabajo dinámicos, participativos, educativos y de investigación, así como el adecuado manejo de los recursos, la toma de decisiones, las coordinaciones para la acción y los procesos de retroalimentación. Este planteamiento se expresa en el esquema (anexo N° 7)

5.12 Gerencia del modelo

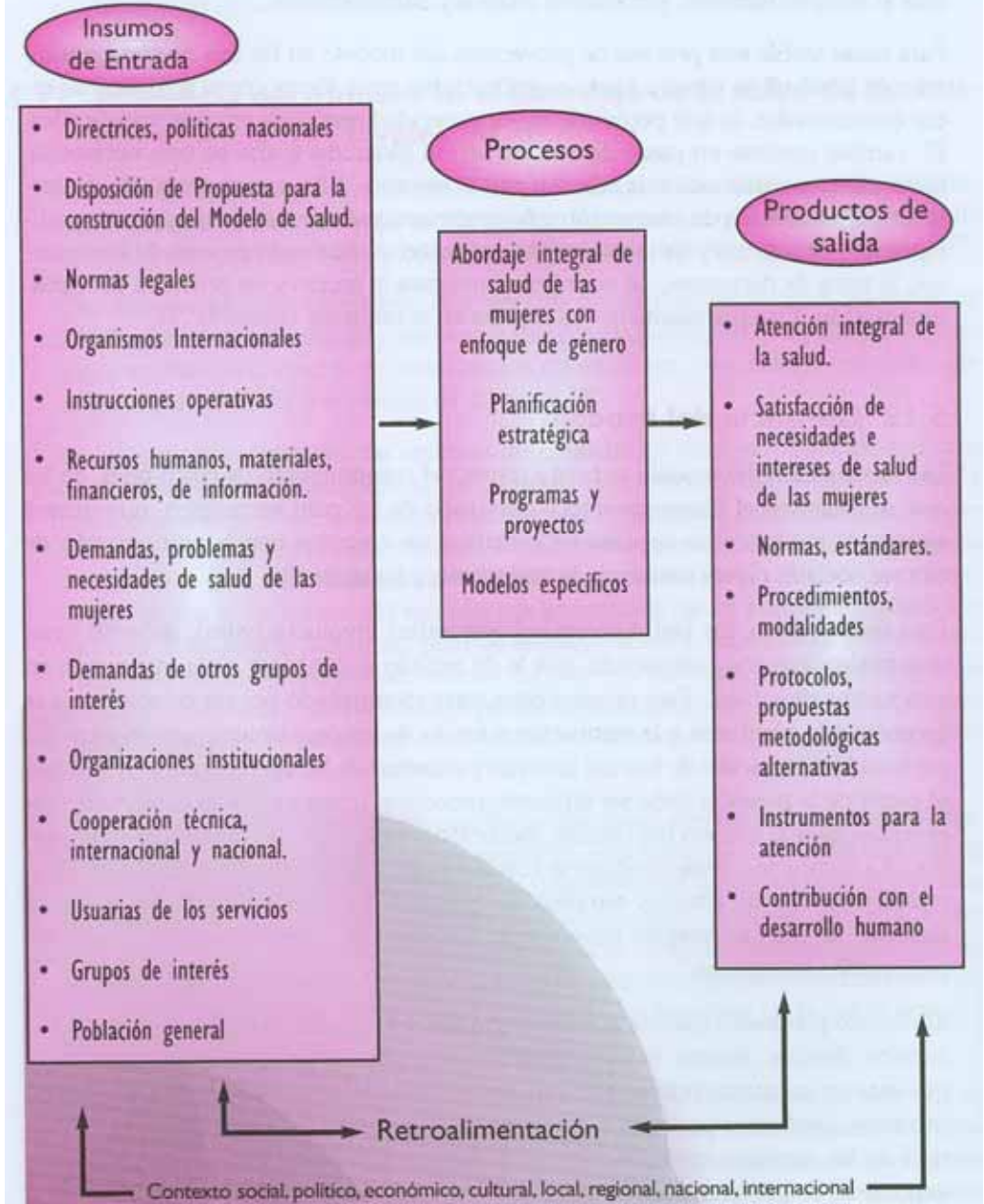
La construcción del modelo se hará a través del cumplimiento de cinco fases, en las que se establece el planteamiento y desarrollo de un plan estratégico, que deberá ejecutarse mediante un proceso de construcción colectiva con la participación de actores sociales claves dentro de la institución y fuera de ella.

Para desarrollado, los (as) diversos(as) actores(as) involucrados(as) , deberán tener una misión y visión compartida, que le dé sentido al quehacer de la institución en una misma dirección. Este proceso debe estar acompañado por un cambio, hacia la gerencia que conduzca a la institución a través de un pensamiento estratégico que permita la integración de fuerzas internas y externas de la organización. De ahí que el papel de la gerencia debe ser eficiente, proactivo, integrador, con habilidades gerenciales para el manejo del cambio, ejecución y evaluación de programas y proyectos. La institución debe conducirse con liderazgo y desarrollo de habilidades en el establecimiento de alianzas estratégicas, que faciliten recursos para desarrollar el modelo. El plan estratégico deberá estar incorporado y presupuestado en los planes anuales operativos.

El modelo propuesto plantea que la institución sea visualizada como un sistema: dinámico, flexible, abierto, cambiante, generador de procesos, productos y servicios, que está en constante interacción con fuerzas sociales internas y externas y genera procesos, productos y servicios. Ello significa reorganizar el funcionamiento y gestión de los servicios, tanto técnicos como administrativos. Este planteamiento se expresa en el siguiente esquema:

Esquema N°4

Enfoque sistémico del modelo



Se plantea el reto de romper con el estilo tradicional de trabajo disciplinar, así como también, lograr estructuras planas, ágiles y participativas. Deben fortalecerse los procesos con trabajo de equipo interdisciplinario, ampliando su capacidad técnica. El centro de atención de la salud de las mujeres deberá crear una nueva filosofía de trabajo, en cuanto a metodologías, tecnologías, enfoques, diagnósticos, tratamientos, investigación, docencia y desarrollar habilidades gerenciales en el establecimiento de alianzas estratégicas con diferentes organizaciones.

"La atención integral de la salud exige la revisión cuidadosa de la organización de los servicios, la descentralización, la participación activa del personal en la planificación y evaluación de los servicios" ⁽⁵⁹⁾.

Las estructuras de poder y jerarquías deberán ser analizadas a la luz del enfoque de género que plantea la eliminación de todos los obstáculos, para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Para un funcionamiento equitativo y justo, los recursos administrativos deben ser un apoyo al proceso de transformación del modelo de atención y deberán contemplar mecanismos de ajuste, para incorporar el enfoque de género y de derechos.

De igual modo la gerencia, tendrá como punto central la integración de los procesos de trabajo, el desarrollo integral y estratégico del recurso humano, el desarrollo de líderes participativos aliados al modelo, la integración en la práctica de actividades incluyendo las de otros actores sociales, la organización de los servicios construidos bajo la lógica de los sujetos y de sus necesidades y no con la de los (as) prestatarios (as).

El modelo de salud se apoyará en un sistema de información ágil, flexible, eficiente, confiable y actualizado, de manera que se genere información oportuna que permita la toma de decisiones.

5.13 Fases para la construcción del modelo

La puesta en práctica de este conjunto de lineamientos y principios deberá verse plasmada con el cumplimiento del desarrollo de las fases, las cuales se definen en función de la naturaleza de las actividades que contiene cada una de éstas; por lo tanto su realización puede darse en forma simultánea y coordinada. Se espera que al término de cuatro años el modelo pueda estar construido y validado.

5.13.1 Primera fase: Legitimación y sostenibilidad del proceso

Está constituida por el planteamiento y la construcción del modelo, y el compromiso y la aprobación de dicha propuesta, por parte de la comisión interinstitucional de alto nivel político y de las autoridades gubernamentales e institucionales. Los cambios que se esperan tienen que contar con el aval político a través de directrices oportunas que orienten el rumbo de la toma de decisiones y apoyen el proceso de transformación interno y la asignación de los recursos. Esta fase tendrá un período de mayor intensidad en el corto plazo, pero debe mantenerse a lo largo del desarrollo de la ejecución del modelo con miras a proveer insumos para su sostenimiento.

5.13.2 Segunda fase: Proceso de transición

Está formada por la elaboración del Plan Estratégico, la divulgación y socialización del modelo con los diferentes actores (as) sociales involucrados (as). Incluye procesos para la transformación de la cultura vigente en una cultura centrada en la atención integral de la salud de las mujeres.

En esta fase es fundamental el desarrollo de procesos de sensibilización, capacitación, participación y manejo de la información con los (as) actores (as) sociales involucrados (as). Durante este proceso, debe surgir un grupo de apoyo y una base social amplia, dentro y fuera del establecimiento de salud, que sea aliada, defensora y multiplicadora del modelo. El proceso de construcción colectiva de la planificación estratégica es el puente entre el planteamiento conceptual del modelo y su operación. Esta fase es importante, porque traslada a la cotidianidad de los servicios de salud, los planteamientos del modelo; crea los mecanismos para la incorporación de los (as) actores(as) sociales y permite que de forma paulatina se dé el cambio de estructuras jerarquizadas en horizontales y participativas. Esta fase se estaría concluyendo en el primer año, pero debe dársele sostenimiento a lo largo de todo el proceso de ejecución del modelo.

5.13.3 Tercera fase:

Ejecución del plan estratégico para la construcción del modelo en el Hospital de las Mujeres

Esta fase lleva a la práctica la parte operativa del Plan de Acción Estratégico. mediante la incorporación de los componentes básicos de la propuesta en el desarrollo de todos los programas y proyectos que se lleven a cabo en el hospital. Será de suma importancia la creación de modelos de atención y gestión específicos que servirán de base para la capacitación. multiplicación y proyección del modelo hacia otros niveles de atención de la salud. En esta fase, se refuerzan los procesos de sensibilización, capacitación y participación de los (as) actores (as) sociales. Esta fase requiere un período previo intensivo en cuanto a capacitación del recurso humano, para que los proyectos vigentes se reformulen a la luz de los nuevos planteamientos y surja la creación de proyectos sobre esta misma base. Esta fase se ejecutará desde el inicio del modelo y de forma paulatina, dependiendo de su desarrollo y de los recursos con que se cuente, pero entra en su fase plena a partir del segundo año y en forma constante a partir de ese momento.

5.13.4 Cuarta fase: Validación del modelo construido

Incluye un proceso de sistematización, seguimiento y evaluación permanente durante el desarrollo del modelo. desde su inicio. Esta es la etapa previa, para la réplica del modelo en otros ámbitos. Se debe contar con el aval de las autoridades del país.

5.13.5 Quinta fase: Réplica del modelo

Para que esta fase pueda realizarse deben haber sido consolidadas las fases anteriores y tener sostenimiento. También, deben haberse constituido los mecanismos de interrelación y alianzas estratégicas, tanto nacionales como internacionales, que permitan que la experiencia desarrollada a través del Hospital de las Mujeres pueda trasladarse a otros ámbitos.

5.14. Viabilidad

La viabilidad para la ejecución del modelo se manifiesta en las dimensiones técnica, financiera, jurídica, política, institucional y contextual.

5.14.1 Viabilidad técnica

Es importante considerar, en este aspecto, las posibilidades reales de la institución en cuanto a capacidad para formar, capacitar y movilizar recursos a mediano plazo. La viabilidad técnica está ligada al funcionamiento sustantivo de la institución, a su misión, su visión, a la experiencia acumulada en cuanto a formación de recurso humano.

La existencia y funcionamiento del Hospital de las Mujeres, se manifiesta como una organización consolidada, a la cual se le está fortaleciendo su capacidad resolutive, a la luz de una transformación del modelo de atención, conservando siempre su rango de Hospital Especializado. Este hospital cuenta con personal capacitado y con amplia experiencia en la atención de las mujeres, lo cual lo convierte en una institución idónea para desarrollar el modelo propuesto.

5.14.2 Viabilidad financiera

La ejecución del modelo propuesto estará apoyado por el presupuesto anual del hospital, cuyo monto para el año 2000 ha sido de ¢ 2.356.197.149 ⁽⁶⁰⁾.

Además se contará con un presupuesto adicional aprobado por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS (ver cuadro, Número 2, pág. 54) para desarrollar y fortalecer programas específicos.

Por otro lado se han establecido canales de cooperación técnica con el Gobierno Federal Canadiense y la OPS-OMS de Washington.

El hospital deberá desarrollar un nuevo modelo de gerencia, para la búsqueda de recursos y otras fuentes de financiamiento, tanto internas como externas.

5.14.3 Viabilidad jurídica

El fortalecimiento del papel del Hospital de la Mujer está acorde con la base legal existente en la institución y el país en general. Es compatible con el marco legal vigente de organización del Sistema Nacional de Salud, el cual tipifica claramente la existencia y responsabilidad que le compete a un Hospital Especializado, sin detrimento de diversificar la oferta de servicios. Bajo un enfoque integral de atención en salud y de género, se permitirá dirigir y ejecutar un cambio profundo en la estrategia de abordaje de la salud.

Igualmente, existe el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de las Mujeres, en donde se comprometen estas instituciones a promover y garantizar un Modelo de Atención de Salud Integral, para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres.

5.14.4 Viabilidad política

El planteamiento del modelo propuesto es congruente con las políticas específicas y acciones detalladas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo para el Área Social, las Políticas del Sector Salud y las políticas institucionales.

Igualmente, el desarrollo de este modelo es compatible con los intereses y expectativas de los grupos sociales afectados e involucrados, pues los favorece. Esto por cuanto se manifiesta en la población, en general, una urgente necesidad de que se modifique el tradicional enfoque de atención en salud. Estas coyunturas se constituyen en fortalezas para su crecimiento.

El nuevo modelo de salud circunscribe al hospital en un marco jurídico internacional de derechos, con el cual el país está comprometido.

5.14.5 Viabilidad institucional

Existe, en la actualidad, una serie de factores tanto externos como internos a la institución, que favorecen la ejecución del modelo de atención de la salud en el Hospital de las Mujeres. Las nuevas políticas de salud e institucionales plantean el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las dependencias y el mandato de la aplicación del enfoque integral de atención, dentro del marco de la modernización del sector, así como la institucionalización del enfoque de género.

Además, el hospital ha venido viviendo procesos internos de cambio, que generan condiciones favorables para desarrollar un enfoque de atención, constituyéndose en factores importantes, para la consolidación de la propuesta.

5.15. Requerimientos básicos

Para ejecutar el modelo de salud, se requiere que la infraestructura del establecimiento responda a los requerimientos sustantivos propuestos por el modelo. Esto es, contemplar la readecuación del espacio físico existente y la creación de nuevas áreas de trabajo y áreas verdes. Los espacios físicos deben ser aptos para desarrollar procesos educativos, de investigación, capacitación y formación, así como de participación ciudadana. También se plantean como factores críticos de éxito, para la transformación del modelo, los siguientes:

- Rompimiento de paradigma hegemónico tradicional de la salud
- Visión y misión compartida
- Sensibilización y participación de los actores sociales
- Liderazgo compartido

5.16 Sistemas de información

Se plantea la creación de un sistema de información que responda al modelo propuesto de manera que retroalimente su desarrollo y la toma de decisiones acertada en los diferentes niveles y procesos de trabajo.

Este sistema debe incorporar los indicadores de género y salud de una manera que se des agregue la información según la diversidad, en cuanto a: necesidades sociales, etnia, sexo, edad, discapacidad, zona geográfica y otros. Debe contar con un equipo humano y tecnológico altamente especializado en este campo.

El sistema de información debe ser planteado estratégicamente para que se constituya en apoyo del modelo, mediante la adecuada selección, registro, análisis y diseminación de la información.

5.17 Seguimiento y evaluación

El seguimiento y evaluación pretende verificar el cumplimiento del modelo mediante la relación entre lo planeado y ejecutado, a través de la evaluación cualitativa y cuantitativa durante el proceso, con la apertura de espacios de participación social, de manera que el modelo se retroalimente, se fortalezcan las acciones y se generen insumos para la formulación de políticas públicas en salud y género.

Una propuesta para su construcción

Su objetivo es realizar un control operativo y estratégico del modelo propuesto; localizar áreas críticas de la ejecución; integrar variables estratégicas, pertinentes y operativas; producir información para la toma de decisiones; construir indicadores de género en salud; informar y sugerir mejoras continuas, a fin de controlar y comparar; establecer un sistema de información y plantear alternativas de cambio, de acuerdo con el desarrollo del modelo mediante la planificación.

El proceso de evaluación tiene como fin el desarrollo y cumplimiento de las actividades, para la construcción del modelo en todas sus fases.

Para realizar la evaluación, se parte del perfil de la situación actual y un perfil de salida que está constituido por los indicadores de la situación deseada (ver esquema N° 4).

La evaluación se llevará a cabo de acuerdo con la ejecución de cada una de las fases propuestas. Le corresponderá a los diferentes niveles de coordinación y de planificación, y a la participación de los (as) actores (as) sociales, evaluar y controlar las actividades del plan estratégico.

El control estratégico del modelo le corresponderá a la Comisión Política de Alto Nivel, a la Comisión Técnica Interinstitucional y a las autoridades de la institución.

Será responsabilidad de las autoridades del centro de atención, planear, ejecutar, evaluar, controlar y dar seguimiento al Plan Estratégico, en coordinación con otros (as) actores (as) sociales y grupos contraparte, nacionales e internacionales. A su vez, deberá desarrollar el nuevo modelo de gerencia, que favorezca la funcionalidad y sostenibilidad del modelo.

La planificación operativa será evaluada por las autoridades del centro de salud, las jefaturas de servicios y coordinadores (as) de procesos de trabajo y programas. También contará con la participación de las mujeres de las comunidades y organizaciones sociales involucradas.

La sistematización de la experiencia que se desarrolle, a través de la ejecución del modelo, y que debe darse desde el inicio, se constituye en un aspecto básico para su evaluación y su impacto social.

5.18 Seguimiento y evaluación del modelo según fases, indicadores de éxito y verificadores.

FASES DEL MODELO	INDICADORES DE EXITO	VERIFICADORES
I. Legitimación y Sostenimiento del modelo	1.1 Planteamiento filosófico y conceptual del modelo	1.1.1 Documento impreso 1.1.2 Crónica de presentación del documento a las autoridades involucradas 1.1.3 Carta que oficializa la propuesta.
	1.2 Compromiso político y aprobación de la propuesta	1.2.1 Convenios de cooperación interinstitucionales, nacionales e internacionales. 1.2.2 Cartas de entendimiento 1.2.3 Compromisos escritos. 1.2.4 Carta de aprobación por las autoridades gubernamentales de la propuesta del modelo. 1.2.5 Actas con acuerdos de las reuniones con autoridades de la institución, comisión interinstitucional de alto nivel político, Comisión Técnica Interinstitucional, otras instituciones y actores (as) sociales involucrados (as) 1.2.6 Correspondencia enviada y recibida 1.2.7 Cronología de actividades
	1.3 Adecuación del Compromiso de Gestión del Hospital de las Mujeres a la luz del modelo propuesto	1.3.1 Estándares propuestos de atención género sensitiva. 1.3.2 Compromiso de Gestión modificado de acuerdo con estándares e indicadores propuestos 1.3.3 Documento de Adendum 1.3.4 Carta de las autoridades donde se consignan las funciones y alcances de la Comisión Técnica Interinstitucional y de las autoridades responsables.

Una propuesta para su construcción

FASES DEL MODELO	INDICADORES DE EXITO	VERIFICADORES
II. Proceso de Transición	2.1 Proceso de Planificación Estratégica	2.1.1 Plan Estratégico para la ejecución del modelo. 2.1.2 Crónicas de la construcción colectiva de la Planificación Estratégica. 2.1.3 Correspondencia enviada y recibida. 2.1.4 Planes de trabajo 2.1.5 Listas de asistentes a las actividades. 2.1.6 Informes 2.1.7 Evidencia de talleres de capacitación, pasantías, conversatorios, reuniones, sesiones de trabajo en grupos. 2.1.8 Cronología de actividades
III. Ejecución del proceso de construcción del modelo en el Hospital de las Mujeres	3.1 Operacionalización del modelo en el Hospital de las Mujeres 3.2 Actores (as) claves internos (as) y externos (as) del Hospital de las Mujeres, sensibilizados (as) y capacitados (as) en género y atención integral de la salud 3.3 Incorporación de los componentes del modelo en los programas y proyectos 3.4 Satisfacción de las mujeres en función de sus necesidades de salud y de los-as prestatarios-as	3.1.1 Aplicación del Plan Estratégico 3.2.1 Evidencia del proceso de sensibilización y capacitación en género y atención integral y su impacto, al 100% de los/as actores/as claves internos y externos del Hospital de las Mujeres. 3.3.1 Programas y proyectos readecuados y evaluados 3.3.2 Documentos de programas y proyectos del Hospital de las Mujeres, incorporados los componentes del modelo. 3.4.1 Protocolos e informes de investigación de calidad de la atención

FASES DEL MODELO	INDICADORES DE EXITO	VERIFICADORES
	3.5 Readecuación de la planta física según requerimientos del modelo	3.5.1 Planta física readecuada.
IV. Validación del modelo construido	4.1 Plan Estratégico desarrollado 4.2 Modelo construido	4.1.1 Informes de seguimiento, procesos, control y evaluación. 4.1.2 Experiencia sistematizada 4.2.1 Documento que describa las características del modelo ejecutado. 4.2.2 Cronología de actividades 4.2.3 Informes de trabajo con los diferentes actores (as) 4.2.4 Documento impreso
V. Replica de la experiencia	5.1 Diseminación y socialización del modelo en los tres niveles de atención y otros ámbitos nacionales e internacionales 5.2 Institucionalización del abordaje de la salud de las mujeres, de acuerdo con la experiencia desarrollada en el Hospital de las Mujeres. 5.3 Aplicación del modelo en los Compromisos de Gestión. 5.4 Incorporación de las directrices del nuevo modelo en el sistema de salud.	5.1.1 Evidencia de presentación, discusión y análisis del modelo. 5.2.1 Planes Estratégicos institucionales, con las directrices del modelo. 5.3.1 Un nuevo marco de aplicación de los Compromisos de Gestión 5.4.1 Documento impreso

5.19. Cronología de actividades

ACTIVIDADES	AÑO I Trimestre				AÑO 2 Trimestre			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Elaboración de Propuesta	→							
Presentación de Propuesta a las Autoridades	→							
Aprobación de la Propuesta	→							
Presentación de la Propuesta, Actores Sociales, Internos – Externos	→	→						
Sensibilización	→	→	→	→	→	→	→	→
Elaboración Plan Estratégico	→							
Ejecución Plan Estratégico		→	→	→				
Incorporación del Modelo al Compromiso de Gestión		→	→	→	→	→	→	→
Control	→	→	→	→	→	→	→	→
Evaluación	→	→	→	→	→	→	→	→
Informes de Evaluación		→		→		→		→

5.20. Cronología de actividades según fases

Modelo de Atención Integral de la Salud a las Mujeres con Enfoque de Género

ACTIVIDADES	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
1) Legitimación y sostenimiento del proceso	→			
2) Proceso de transición	→	→ •	→ •	→ •
3) Ejecución del plan estratégico para el proyecto de construcción del Modelo del Hospital				→
4) Validación del Modelo				→
5) Réplica del modelo				→

- **Sostenimiento**

ANEXO I

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL

entre el
Ministerio de Salud,
la Caja Costarricense de Seguro
Social y el Instituto Nacional de las
Mujeres

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD, LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y EL INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Entre el Dr. Rogelio Pardo Evans, mayor, con cédula número 3-169-425, Médico, casado, vecino de Moravia, en su condición de Ministro de Salud; el Lic. Rodolfo Piza, mayor, con cédula número 1-552-793, Abogado, vecino de San Pedro de Montes de Oca, en su condición de Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante CCSS, y la Licda. Gloria Valerín Rodríguez, mayor, con cédula número 1-441-868, Abogada, casada, vecina de Hatillo 2, en su condición de Presidenta Ejecutiva del Instituto Nacional de las Mujeres, en adelante INAMU, convienen en suscribir el presente Convenio de Cooperación.

CONSIDERANDO

1. Que el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social mediante el proceso de Reforma del Sector Salud, deben promover y garantizar un Modelo de Atención de Salud Integral para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.
2. Que el Ministerio de Salud es el ente rector en materia de salud en el país y en esa condición es parte interesada en la modernización del Sector Salud mediante la aplicación de un modelo de atención de la salud integral.
3. Que el Modelo de Atención Integral de la Salud, debe contemplar los determinantes del proceso salud-enfermedad, entre ellos las condiciones de vida, incluyendo el familiar, comunal y laboral, las necesidades sociales y psicológicas, la edad, el sexo, el género, la etnia, la religión, la ubicación geográfica y la clase social, todo ello, en el marco de nuestro contexto histórico, económico y socio-cultural.
4. Que la CCSS y el Ministerio de Salud están comprometidos en promover un proceso de fortalecimiento institucional en función de acompañar las iniciativas de cambio en la prestación de los servicios de salud que implica el nuevo modelo de atención integral.
5. Que la transformación del Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit en Hospital de las Mujeres, implica fundamentalmente el diseño y la implementación de un modelo de atención integral a la salud de las mujeres.
6. Que la esencia de las mujeres encierra en sí misma la diversidad, especificidad y heterogeneidad y por tanto que las respuestas a las necesidades de salud de esta población son complejas e integrales y requieren incorporar el punto de vista de las propias mujeres.

7. Que las mujeres son sujetas de derechos, poseedoras de una historia particular y que el Ministerio de Salud como la CCSS debe promover y garantizarles estos derechos.

8. Que se reconoce el embarazo en la adolescencia y la violencia intrafamiliar como problemas de Salud Pública.

9. Que en aras de un mejoramiento en la calidad de la atención, el Ministerio de Salud y la CCSS impulsan un proceso de descentralización con miras a promover mayores niveles de participación social y diferenciación en los perfiles epidemiológicos, tomando en consideración las características espacio-poblacionales.

10. Que el Ministerio de Salud y la CCSS se comprometen, en el marco de la readecuación del modelo de salud, a mantener y fortalecer los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

11. Que el Instituto Nacional de las Mujeres es la entidad encargada de formular e impulsar la política nacional para la igualdad y equidad de género, en coordinación con las instituciones públicas e instancias estatales que desarrollan programas para las mujeres y las organizaciones sociales.

12. Que tiene entre sus objetivos primordiales proteger los derechos de las mujeres consagrados en las declaraciones y tratados internacionales y el ordenamiento jurídico costarricense y propiciar acciones tendientes a mejorar la situación y posición de las mujeres.

13. Que en esta condición vela por el cumplimiento de la Plataforma de Acción las Mujeres. (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas), según la cual "la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental"

14. Que el INAMU debe promover y realizar investigaciones que permitan conocer la condición de las mujeres, la equidad de género y su situación en el contexto de las familias, así como realizar propuestas para su avance.

15. Que ante la necesidad de que las tres instituciones cumplan sus respectivos mandatos, para asegurar el avance efectivo en la promoción de la equidad de género y el logro de una atención integral de la salud de las mujeres, deciden aunar esfuerzos en favor de éstas, dentro del marco de ejecución de sus funciones propias y particulares, establecemos los compromisos del presente Convenio, que se registrará por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El Ministerio de Salud y la CCSS en coordinación con el INAMU, convienen en desarrollar cuatro líneas de trabajo para garantizar la salud integral de las mujeres:

- Readequación del Modelo de Atención de Salud del Hospital de las Mujeres con enfoque de Género;
- Embarazo en la Adolescencia;
- Violencia Intrafamiliar;
- Institucionalización del enfoque de Género en el Sector Salud.

SEGUNDA: Ambas instituciones en coordinación con el INAMU, se comprometen a conformar una Comisión Interinstitucional¹ con los siguientes fines: impulsar el nuevo Modelo de Atención de la Salud del Hospital de las Mujeres garantizando la salud integral de las mujeres; velar por el cumplimiento de los derechos a la salud de las mujeres; asegurar que desde los servicios de salud se garantice una respuesta a los problemas desencadenantes de la violencia intrafamiliar y el embarazo en la adolescencia y desarrollar un proceso de institucionalización del enfoque de género en el quehacer rutinario del Hospital y del resto de establecimientos de salud del país.

TERCERA: Estará conformada por personas de alto nivel técnico y político, de reconocida trayectoria en el Sector Salud, en materia de género y salud. Las personas integrantes de esta Comisión no tendrán como recargo de funciones las tareas que se deriven de su participación en la misma.

CUARTA: La Comisión Interinstitucional¹ se convierte en una instancia funcional dentro de la CCSS, que viene a reforzar, fortalecer y ampliar las labores propias que se deriven de los Programas.

QUINTA: Para orientar su trabajo la comisión desarrollará un Plan de Acción específico que identificará las acciones estratégicas que deben aplicarse para el cumplimiento exitoso de este convenio, así como los mecanismos, instrumentos y procedimientos operativos que aseguren el cumplimiento de los fines propuestos.

SEXTA: Tendrá también bajo su responsabilidad, dar seguimiento y evaluar las políticas, programas y proyectos dirigidos a institucionalizar el enfoque de género en el Sector Salud.

SETIMA: Velará porque se establezca la institucionalización de la Política de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar (VIF), la universalización del Modelo de Atención en las Unidades y Servicios de Salud del país y la inclusión de la VIS en los Compromisos de Gestión definidos por la institución para el período comprendido entre el 2000 y el 2002.

OCTAVA: Que para efectos de conseguir eficiencia y eficacia en la coordinación e implementación del modelo, tanto el INAMU como la Oficina Sectorial de la Mujer (OMS) de la CCSS dispondrán de un espacio físico dentro del Hospital de las Mujeres.

Una propuesta para su construcción

NOVENA: Que las autoridades del Ministerio de Salud y la CCSS se comprometen a dar el apoyo técnico y político necesarios a la Comisión Interinstitucional, para que la re adecuación del modelo de atención de salud esté impregnado del enfoque de género y para que éste sea replicado en todo el sistema nacional de salud.

DECIMA: El INAMU se compromete a brindar la asesoría, acompañamiento y capacitación requerida por la CCSS y el Ministerio en coordinación con esta Comisión sobre las temáticas de género y su aplicación instrumental, tanto en los procesos administrativos y de planificación estratégica internos, como en los servicios proporcionados.

UNDECIMA: El Ministerio de Salud, la CCSS y el INAMU, de manera conjunta, se comprometen a dar seguimiento y a evaluar las acciones que se desarrollen como parte del Plan de Acción propuesto por la Comisión Interinstitucional.

DOCEA V A: El presente Convenio podrá ser ampliado en sus términos, a solicitud y acuerdo de las partes.

Estando las partes enteradas, firmamos en señal de conformidad en dos tantos, en la ciudad de San José, a losdías del mes de..... , de mil novecientos noventa y nueve.



Dr. Rogelio Pardo Evans
Ministro de Salud

Lic. Rodolfo Piza Rocafort.
Presidenta Ejecutiva
Caja Costarricense de Seguro Social

Licda. Gloria Valerin Rodriguez
Ministra de la Condición de la Mujer
y Presidenta Ejecutiva
Instituto Nacional de las Mujeres

Doctor Miguel Angel Rodriguez Echeverria
Presidente de la República
Testigo de Honor

Señora Lorena Clare de Rodriguez
Primera Dama de la República
Testigo de Honor

ANEXO 2

CARTA DE ENTENDIMIENTO

Letter of Intent

This Letter of Intent describes a relationship between Costa Rica and Canada that benefits the health of Costa Rican and Canadian women. The framework to be used is that of an integrated health care system with a focus on the gender dimension. Specifically, this relationship aims to strengthen the institutional capacities of the Costa Rican National Women's Hospital and Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, through the development of technical cooperation and the identification of financial resources to support the cooperation between Canada and Costa Rica.

This Letter of Intent will allow both parties to implement joint institutional efforts to develop a new Health Care Model for the Costa Rican National Women's Hospital in the framework of the reform process and modernization of the health sector that has been created for the Costa Rican State.

Considerations:

1. The Costa Rican State has the responsibility to guarantee the well being of women and men under equality and fairness principles.
2. The Costa Rican Health Ministry (MS) is the leading institution in health policy in the country
3. The Costa Rican Social Security Fund (CCSS) has the responsibility to deliver health care services to the population.
4. The MS and CCSS through the Process of Reform of the Health Sector should promote and guarantee an Integrated Health Care Model to improve the quality of life for the people of Costa Rica. This Model should be based on the principles of equality, universality and solidarity, according to the necessities of men and women through their life cycles, their diversity and life conditions.
5. The Costa Rican National Women's Institute (INAMU) is the institution responsible to guarantee, to create and to drive national policy for gender equality and fairness, in coordination with public and state organizations that develop programs for women and social organizations.

6. The INAMU has amongst its most important principles; the protection of women's rights established in declarations and international treaties and in the Costa Rican legal legislation; and the promotion of actions to benefit women's situations and positions.

7. Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre has as part of its mission a focus on women's health and the delivery of health services that are high quality, values-based and patient-centred. It is an international leader in women's health that works in partnership with its communities and with the University of Toronto, Canada. The programs at the Women's College Hospital Ambulatory Care Centre (WCHACC) have a history of addressing health issues from a biopsychosocial perspective and with a gender focus. The values of this organization include the involvement of women and their families as partners in care and the empowerment of women.

8. Women's health programs at Sunnybrook and Women's employ a model of care that identifies and involves staff, physicians, volunteer groups, non-governmental organizations and women in the community in the development, implementation and ongoing evaluation of health programs. Together with the Centre for Research in Women's Health, Sunnybrook and Women's has been designated a World Health Organization Collaborating Centre in Women's Health, the only Centre in the Western Hemisphere.

9. Costa Rica, through the constitution of the National Women's Hospital plans to develop a process of transformation of the health care delivery model to view women's health as a social issue.

10. The transformation of the Costa Rican National Women's Hospital plans to develop a process of transformation of the health care delivery model to view women's health as a social issue.

11. To design, apply and evaluate this model, it will be necessary to exchange experiences, knowledge, abilities and technologies with other institutions internal and external to the country.

12. The MS and the CCSS who hold responsibility for leading and providing health care respectively; the INAMU who provides leadership in gender equity and fairness; and Sunnybrook and Women's with its expertise in women's health care, teaching and research; have decided to join efforts and set up the following commitments in this letter of intent.

Principles of the Agreement

First: To implement work visits of Canadian professionals to Costa Rica and vice versa, to exchange experiences developed in relation to the implementation of the health care model. It is expected that an interdisciplinary team of professionals will conduct these visits. Mechanisms will be developed for long-term and sustainable communication between teams and individuals.

Second: To include in this exchange Canadian and Costa Rican nongovernmental organizations linked to the transformation process of the health care model in the National Women's Hospital of Costa Rica.

Third: To exchange materials (didactic, teaching, job and others) during the process of design and implementation of the integrated health model.

Fourth: To transfer technologies and methodologies in diagnosis and treatment; equipment; research; education and teaching; information systems; and methodologies for involving staff, women, and communities in women's health programming.

Fifth: To share the experiences of Costa Rican in the areas of primary health reform and violence and to determine models of application to the Canadian context.

Agreement

First: To mutually develop work plans and projects to strengthen the institutional capacities of the Costa Rican National Women's Hospital with the purpose of setting up a gender-sensitive, integrated health care model in the areas of: health promotion and prevention, health care, research and teaching.

Una propuesta para su construcción

Second; To jointly develop proposals and strategies for negotiating funding for the implementation of the work plans and projects.

Third: This letter of intent will serve for four years from the moment of signing by the different parties and could be renewed by common agreement.

Given in the city of Toronto, Ontario, Canada on September 23, 1999

Nombre P. Campbell Date Sept 30, 1999
Pat Campbell, CEO, Women's College
Hospital Ambulatory Care Centre & Senior
Vice-President, Sunnybrook and Women's, Canada

Nombre Heather Maclean Date Sept 30, 1999
Dr. Heather Maclean, Director, WHO
Collaborating Centre in Women's Health
& Centre for Research in Women's Health, Canada

Nombre Xinia Carvajal Salazar Date Sept 6, 1999
Dra. Xinia Carvajal Salazar, Vice-Ministra
Del Salud, Costa Rica

Nombre Gloria Valerín R. Date Oct. 6, 1999
Gloria Valerín Rodríguez, Presidenta
Ejecutiva, Instituto Nacional de las Mujeres
Ministra de la Condición de la Mujer, Costa Rica

Nombre Rodolfo Piza Rocafort Date Oct. 20, 1999
Mr. Rodolfo Piza Rocafort, Presidente
Ejecutivo, Caja Costarricense del Seguro Social,
Costa Rica



ANEXO 3

CARTA A JUNTA DIRECTIVA DE LA C.C.S.S

22 de julio de 1999
San José, Costa Rica

Señores
Junta Directiva
Caja Costarricense de Seguro
Social Presente

Estimados señores:

Reciban de nuestra parte un afectuoso saludo, así como nuestros más sinceros deseos de éxito en las labores que realizan, en calidad de miembros de una de las instituciones nacionales que se ha esforzado a lo largo de su historia por afianzar los más altos valores de justicia, solidaridad y equidad en nuestra sociedad.

Como es del conocimiento de ustedes, tanto desde el Despacho de la Primera Dama como desde el Instituto Nacional de las Mujeres, ha prevalecido un decidido interés por apoyar aquellas iniciativas institucionales encaminadas a mejorar la salud y la calidad de vida de nuestras mujeres.

El proyecto de transformación del Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit es un Hospital especializado en asuntos de salud de las mujeres, sin duda alguna, nos lleva hacia ese objetivo fundamental. Esta es una loable tarea, de la que estamos seguras, sólo éxitos y beneficios va a generar.

El fortalecer no sólo el aspecto físico de nuestra querida “Maternidad Carit” – como comúnmente se le conoce- sino también los programas y servicios que se brindan desde allí, va a significar un avance cualitativo en la búsqueda de respuestas integrales a los problemas de salud de las mujeres en Costa Rica.

Por la magnitud de este proyecto y del interés que despierta desde nuestros despachos. solicitamos. con el debido respeto que ustedes nos merecen. que en el nombre de este futuro Hospital, quede explícito el carácter diverso que subyace en todas y cada una de las mujeres que harán uso del mismo.

Para tales efectos, sugerimos titularlo "Hospital de las Mujeres" poniendo énfasis en el plural y no en el singular como hasta el momento está planteado.

Las razones para este cambio podrían ser muchas. sin embargo queremos acotar algunos elementos que justifican nuestra posición.

Cuando introducimos el plural estamos haciendo alusión al hecho de que por ninguna razón existe un único modelo de mujer, del cual se desprendan acciones o respuestas generalizables para todas ellas. Es decir. no existe una esencia de mujer que encierre en sí misma la diversidad. especificidad y heterogeneidad del resto de mujeres. Este es un principio, que aunque aparente, tiene un profundo significado, pues permite introducir de manera consciente el esfuerzo que desde nuestras instituciones y desde nuestros propios pensamientos y actitudes, debemos realizar para considerar a las mujeres como sujetas sociales poseedoras de una historia particular. Pero además, la pluralidad hace alusión a que se brinda atención en salud a mujeres de diferentes edades, etnias y provenientes de distintos lugares geográficos, tal como lo ha venido realizando la Maternidad Carit, incluyendo a mujeres con algún tipo de discapacidad física o mental.

Lo anterior repercute directamente en algo que es fundamental dentro de los servicios de salud y que se refiere a la interrelación entre las usuarias y el personal de salud. Esta relación debe estar basada, precisamente en la consideración de que cada mujer posee necesidades específicas e intereses particulares, que deben ser considerados en el proceso de atención de la salud. Un aspecto central de esa interrelación lo constituye la incorporación del punto de vista de las mujeres, quienes

con el conocimiento de sus propios coadyuvarán en el mejoramiento de su salud al lado de quienes profesionalmente emiten el criterio-diagnóstico científico, para dar respuesta a un determinado problema de salud, en el marco de un mutuo respeto.

Podríamos seguir presentando elementos que profundicen aún más sobre este aspecto – para lo cual creemos importante mantener un diálogo constante y abrir espacios que nos lo permitan-, fundamentalmente en lo concerniente a los cambios en nuestra cultura organizacional y en nuestras propias creencias, costumbres y valores. Detrás de un cambio, en apariencia tan pequeño, como es agregar o suprimir una “s”, está presente un planteamiento conceptual y una posición en torno a cómo abordamos la salud de las mujeres y de cómo estamos entendiendo a éstas.

Por lo anterior, deseamos rescatar que en el nombramiento de este hospital se visibilicen las diferencias y pluralidades de que son objeto y en las que viven las mujeres en nuestro país, y que de hecho, tienen cabida desde hace ya largo tiempo en la Maternidad Carit.

Sin otro particular y agradeciéndoles de antemano la atención prestada a nuestra solicitud, nos despedimos de ustedes,

Respetuosamente

Sra. Lorena Clare Facio
Primera Dama de la República
De Costa Rica

Licda. Gloria Valerín Rodríguez
Ministra de la Condición de la
Mujer y Pta. Ejecutiva del
Instituto Nacional de las Mujeres

Cc: archivo

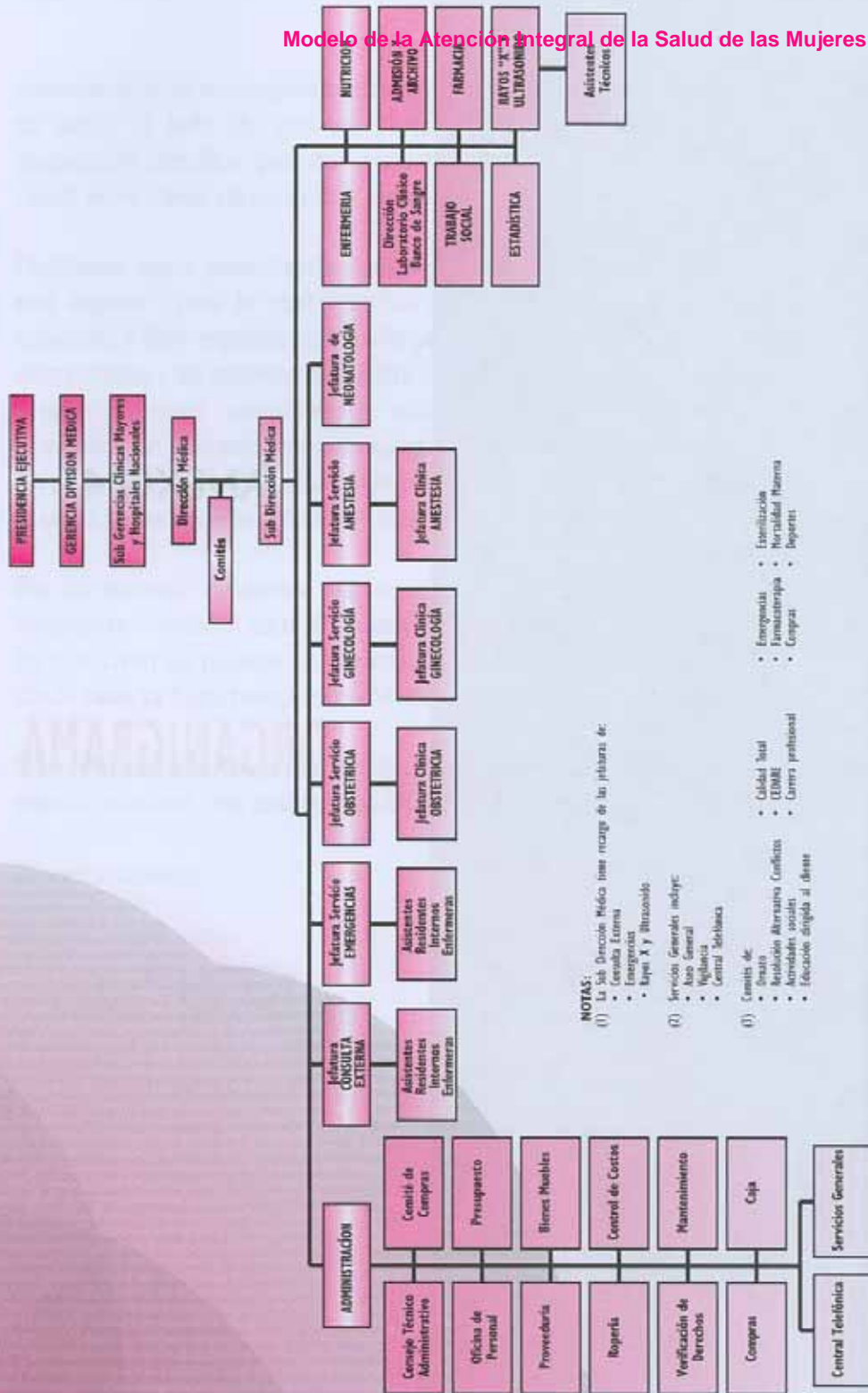


ANEXO 4

ORGANIGRAMA

INSTITUTO MATERNO INFANTIL DR ADOLFO CARIT EVA

Modelo de la Atención Integral de la Salud de las Mujeres



NOTAS:

(1) La Sub Dirección Médica tiene a cargo de las jefaturas de:

- Unidad Estima
- Emergencias
- Tapa X y Ultrasonido

(2) Servicio General incluye:

- Auto General
- Vigilancia
- Central telefónica

(3) Comités de:

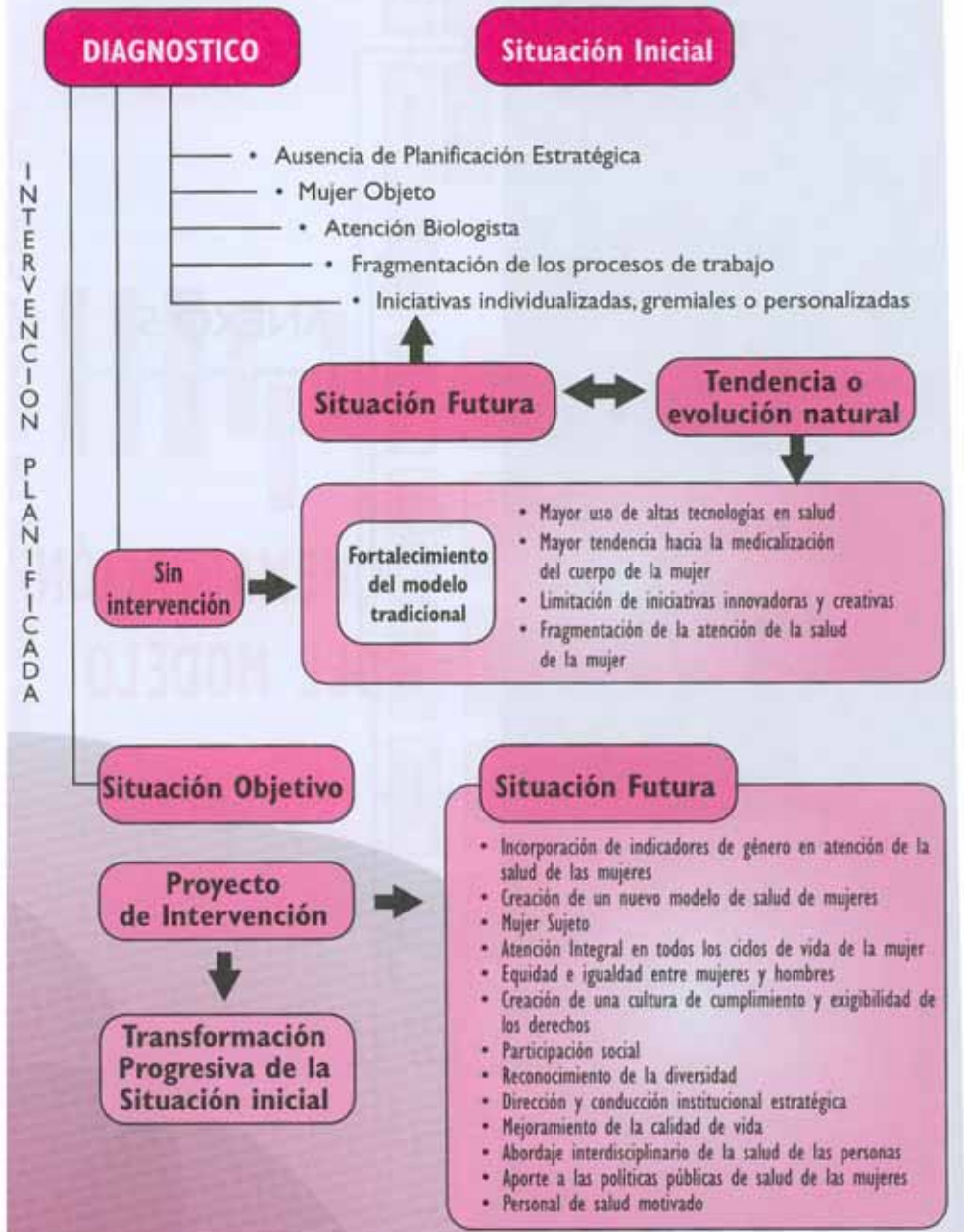
- Suavio
- Calidad Total
- LEIME
- Resolución Altercaciones Conflictos
- Arrebatos sociales
- Educación dirigida al cliente
- Especialización
- Normalidad Materna
- Deparist

ANEXO 5

ESQUEMATIZACIÓN DEL MOLELO



ESQUEMATIZACIÓN DEL MODELO DESDE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA

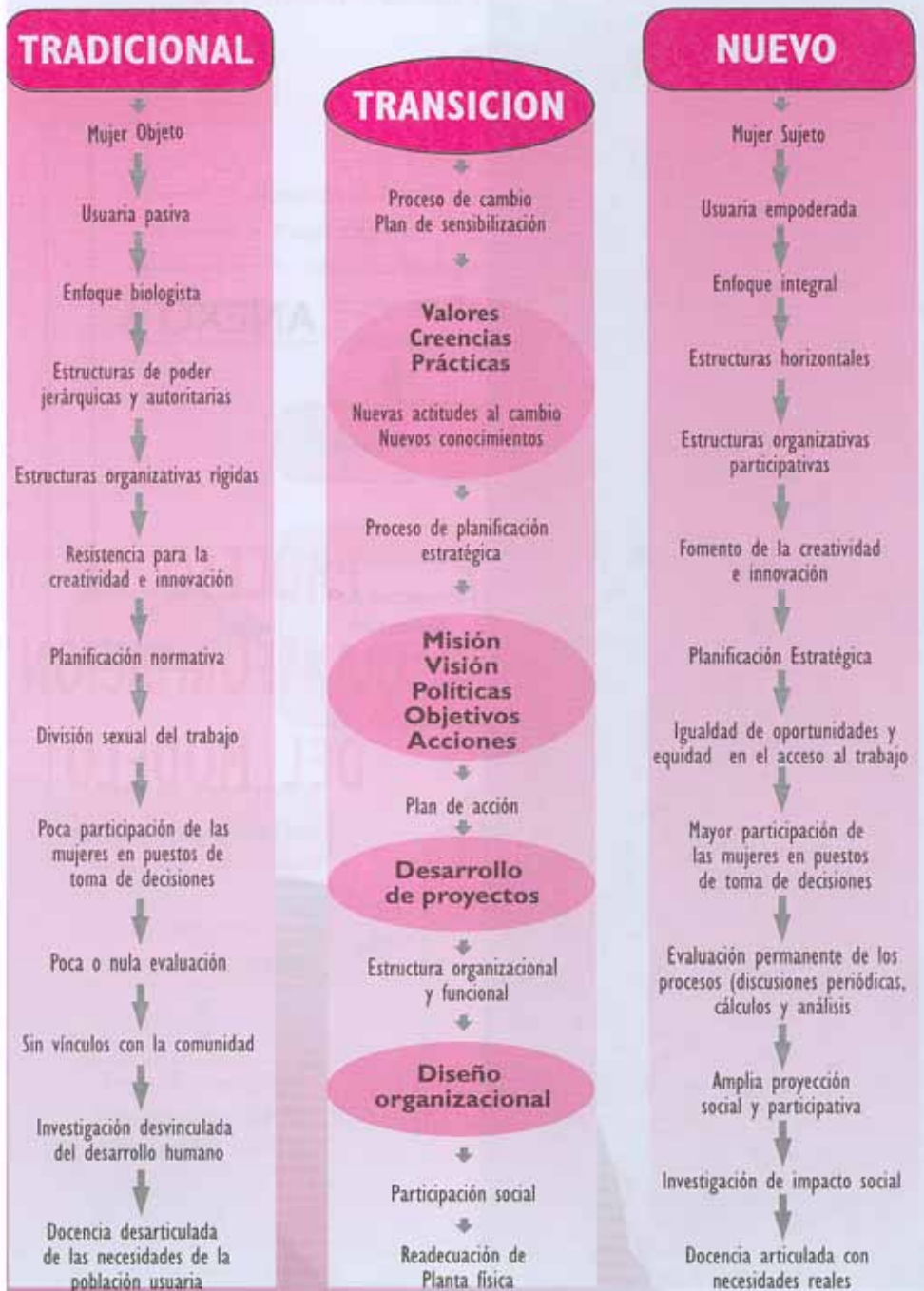




ANEXO 6

PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DEL MODELO

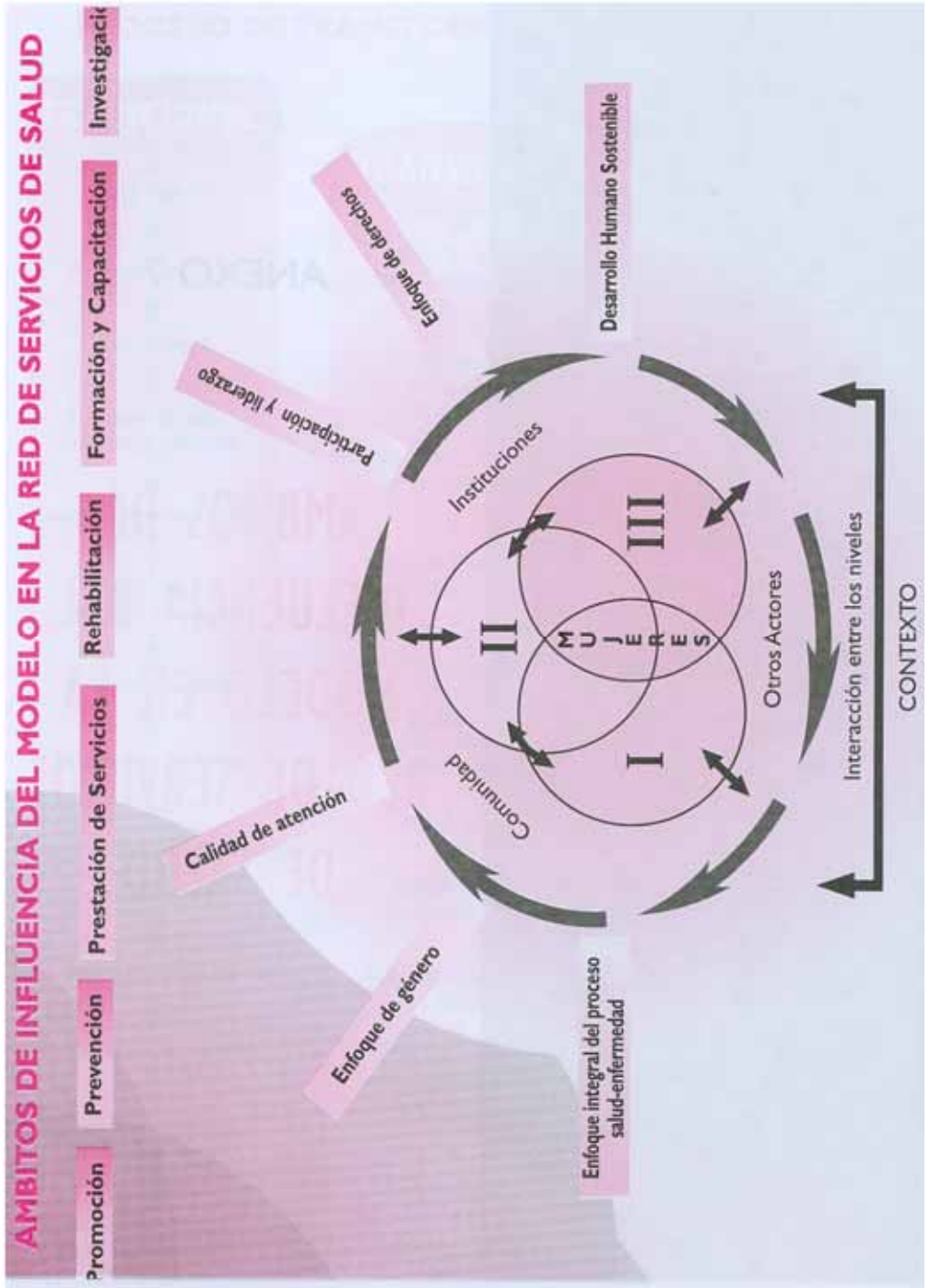
PROCESO DE TRANSFORMACION DEL MODELO





ANEXO 7

AMBITOS DE INFLUENCIA DEL MODELO EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD





BIBLIOGRAFIA CITADA

CAPITULO I

1 PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano. Madrid, España: Ediciones Mundiprensa, 1996, citado por Ana Guzmán, y otros. Módulo II de Atención Integral. (San José, CR CCSS-UCR, 1996), pág.8*

2 CMC (Coordinadora de Mujeres de Cibao), Género. Desarrollo y Salud. Santiago, República Dominicana., 1996 p. 12

3 Guzmán, Ana y otros. Módulo II de Atención Integral. (San José, CR CCSS-UCR, 1996), pág. 9.

4 Matamala, María Isabel y otros. "Calidad de la atención en Salud Reproductiva desde un enfoque de género *Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud de occidente de la región metropolitana*". En: "Memorias Taller sobre la calidad de servicios en salud sexual con enfoque de género", San Salvador, El Salvador, mayo 23-26, 1995 p.1

5 Breilh, Jaime. Género. poder y salud. Quito, Ecuador. CEAS-UTN, 1994 p. 16.

6 Antrobus, Peggy. *Enfoque de género en los sistemas de atención de salud: el caso del Caribe.* En: Género. mujer y salud en las Américas. Pág. 19.

7 Moser, Caroline. La Planificación de Género en el tercer mundo: enfrentando necesidades prácticas y estratégicas de género. Ediciones Feministas. Rep. Dom. 1992. p 83

8 *Idem*, pág. 90.

9 *Idem*, pág. 94.

10 *Idem*, pág. 100.

11 *Idem*, pág. 105.

12 Arango, Yolanda. *Autocuidado: una toma de decisión de la mujer frente a su salud.* En: Memorias Mujer, salud autocuidado: Washington, OPS, 1992. Pág. 82.

13 *Idem*, pág.83.

14 *Idem*, pág. 84-85.

15 Guzmán, *et al. op cit* p. 14

16 Méndez, Eduardo. "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos": citado por: Velázquez, Susana. *Hacia una maternidad participativa, Reflexiones acerca de la prevención y promoción de la salud mental de las mujeres* p. 330.

17 Breilh Jaime. Nuevos conceptos y técnica de investigación. Quito CEAS, 1994

18 Breilh, *Op cit*

19 Breih, *Ibid*

20 Breilh, Jaime. *La triple carga*. Pág. 56

21 De los Ríos, Rebeca, Antrobus, Peggy. Género, Mujer y Salud. Elementos conceptuales. Mujer, Salud y Desarrollo. Publicación Científica No. 541, Washington: OPS-OMS, 1993.

22 Gómez, Elsa. *Introducción*. En: Género, mujer y salud en las Américas. Washington DC: OPS, 1993. P. xii.

23 INAMU. Plataforma de Acción de Beijing, cinco años después. *Avances, experiencias innovadoras, lecciones aprendidas: Costa Rica 1995-1999*. San José, C. R. : Inamu, 1999.

24 Breih, Jaime. *Género, poder y salud*. P. 21

25 Machado, María Elena. *La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas ¿Hegemonía femenina?* En: Género, mujer y salud de las Américas p. 277

26 *Idem*, p. 281

27. Cordero Velásquez, Tatiana, ed. De otros partos y nacimientos: historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género. Quito, Ecuador: OPS, CEPAM, 1996, p. 61

28 *Idem*, pág. 61.

29 Los apartados 1-5, 1.5.1, 1.5.2 Y 1.5.3 son tomados de la investigación realizada por Anna Arroba denominada "Fortaleciendo los servicios de salud: El caso de la Maternidad Carit y Clínica Solón Núñez". San José Costa Rica: ACD, AMES, 1999.

30 Arroba, Anna. *Mejorando la calidad de los servicios públicos de salud para las mujeres con énfasis en la salud sexual y reproductiva: Maternidad Carit y Clínica Solón Núñez*. San José: C.R. , ADC, AMES, 1999.

31 *Op.cit* Arroba, pág. 9

32 *Op.cit* Arroba, pág. 9

33 Guendel, Ludwig. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva ética. Mimeografiado, s.ed. 1999

34 *Idem*

35 López, María Elena. Retos y perspectivas de la atención integral de la salud de la mujer. Ponencia presentada en Mesa Redonda: Hospital de las Mujeres: hacia una atención integral. San José, C. R.: Hospital de las Mujeres, 12 de agosto de 1999. Pág. 9

36 Gómez, Elsa. *El enfoque de Género apuntes*. Memoria Taller Regional sobre calidad de servicios en Salud Sexual y Reproductiva. En: "Memorias Taller sobre la calidad de servicios en salud sexual con enfoque de género", San Salvador, El Salvador, mayo 23-26, 1995 p. 5

37 *Idem*, pág. 5.

38 *Op. Cit.* Guzmán, pág. 44.

39. Lagarde, Marcela. *La salud desde la perspectiva de género en: Memorias del Taller "La Salud desde la perspectiva de Género"*. 11,12,13 de febreri 1998, INCIENSA.

40 *Op. Cit.* Guzmán.

41. *Idem*, p. 55.

Una propuesta para su construcción

42 Op.cit, López, 1999.

43 Op. Cit, López.

44 Matamala, Op Cit, 1995

CAPITULO 2

45 Klisbberg, Bernardo. *Repensando el estado para el desarrollo social: Más allá de dogmas y convencionalismos. Lección inaugural Universidad de Costa Rica Primer ciclo lectivo 1998, 25 Mayo. San José, Costa Rica. p. 28*

CAPITULO 3

46 Montesinos Q., Edit, Cascante E, Francisco, Álvarez, Rodrigo. Construcción de un Centro Docente Asistencial de Referencia. Serie Mujer, niño y adolescente. Monografía 9/-03 OPS / OMS. San José, Costa Rica, Pág. 4

47 ídem, Pág. 4.

48 ídem, Pág. 42

49 Quesada Durán, Miguel et al. *Hacia un nuevo Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit*. San José, C. R., 1994.

50. CCSS. *Dirección de Planificación Institucional. Estudio de Factibilidad Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit*. Tomos I y II. San José, C. R. : CCSS, 1998.

51 Este proyecto era promovido por un grupo de médicos interesados en desarrollar una línea de trabajo centrada en el enfoque de riesgo y atención de la enfermedad e incorporación de tecnología de alta complejidad.

52 *Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital de las Mujeres: Plan Maestro de Desarrollo 1999-2006. Mimeógrafo, San José, c.R.: CCSS, 1999.*

53 *ídem, Pág. 2*

54 *La delegación estuvo integrada por las siguientes personas: Dra. Xinia Carvajal, Viceministra de Salud, Dr. Danilo Medina, Asesor Médico de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, Dr. Jorge Ramírez Beirute, Director Hospital de las Mujeres, Msc.. Silvia Lara, Coordinadora Técnica del Instituto Nacional de las Mujeres y Msc. Anna Arroba, Coordinadora de la Asociación de Mujeres en Salud.*

CAPITULO 5

55 *C. R. Proyecto Reforma del Sector Salud. Componente Readecuación del Modelo de Atención. San José, C. R.: Unidad Preparatoria de Proyectos, 1993, pág. 6*

56 *Op. Cit Guzmán, pág. 21.*

57 *C. R. Decreto No. 19276-S. Reglamento General del Sistema Nacional de Salud.*

58. **Primer Nivel:** *Corresponde los servicios básicos de salud que comprenden acciones de prevención de la enfermedad, promoción de las salud, curación y rehabilitación de menor complejidad que se practiquen respecto de la familia, en los ámbitos intradomiciliario de consulta externa o ambulatoria general.*

Segundo Nivel: *Se caracteriza por brindar apoyo al nivel primario, mediante la prestación de servicios preventivos, curación y rehabilitación, con grado variable de complejidad.*

Tercer Nivel: *Corresponde la prestación de servicios curativos y de rehabilitación de alta complejidad. Para mayor información, Crf. Norma Ayala y otros. Componente Readecuación del Modelo de Atención. San José, C. R., Unidad Preparatoria Proyectos, mayo de 1993.*

59 *Op. Cit, López, pág. 10*

60. *Información proporcionada por la Administración del Hospital de las Mujeres.*



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Aguilar Rovelo, Lorena, Rodríguez V. Rocío y Rodríguez V. Guiselle. **Nudos y desnudos**. 1 a. ed. San José, C.R. : UICN:ABSOLUTO S.A., 1997
- Ayala, Norma, et al: **Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud**. C.C.S.S, San José, Costa Rica, 1998.
- C.C.S.S, Universidad de Costa Rica. **"Antolorfa Elementos del Sistema Nacional de Salud y su Proceso de Modernización"**. Módulo N° I. Centro de Estudios de Post-grado. CENDEISSS, San José, Costa Rica, 1998.
- Caja Costarricense de Seguro Social. **Políticas Institucionales Año 2000**. San José, C.R.: CCSS, marzo de 1999.
- Careaga Pérez, Gloria y otros. Comp. **Ética y salud reproductiva**. I. Reim. 1998. Ed. Miguel Angel Porrúa, México: Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, 1998.
- Cartín, Nancy. Comp. **Reflexiones sobre género**. Taller Centroamericano y del Caribe Género en el Desarrollo. San José, c.R.: Embajada Real de los Países Bajos: Programa Mujeres y Desarrollo, s.f.
- Castro Valverde, Carlos y Sáenz, Luis B. **La reforma del Sistema Nacional de Salud: estrategias. avances y perspectiva**. San José, C.R.: Asesorías Organizacionales, 1998.
- Castro,Alvaro, et al: **Fortalecimiento de la Cultura Organizacional**. S. E, San José, Costa Rica, 1996.
- Chiavenato, Idalberto. **Administración ed Recursos Humanos**. Editorial Mc Graw - Hill, México, D.F, 1995.
- Conferencia Mundial sobre la Mujer, 4. **Plataforma de acción: Declaración de Beijing: Información general y selección de documentos**. 1 ed. I.reimp. San José, C. R. : Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia; Ministerio de Planificación y Política Económica, 1996. (Colección Documentos no. 10).
- Cordero, Armando – Bolemrieth.**Administración de Recursos Humanos**. Editorial A. Cordera, México, D. F. 1983.
- Davis, Keith y Newton, John. **El comportamiento Humano en el Trabajo – Comportamiento Organizacional** Editorial Mc Graw – Hill, México, 1990.
- Domínguez machuca, José Antonio, et. Al: **Dirección de Operaciones**. España Editorial Mc Graw – Hill, 1996
- Fernández, Janina. **Incorporación de la perspectiva de género en proyectos de interés social**. San José, C. R.: ILANUD. Programa Mujer, Justicia y Género, 1998.
- FNUAP, Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. **Memoria de Taller Nacional Nuevos Caminos para la Salud Sexual en Costa Rica** del 20 al 21 de

Una propuesta para su construcción

- febrero de 1995. San José, C. R.: Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano.
- FNUAP. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo el Cairo 5 al 13 de setiembre de 1994.** ed: Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José: Litografía e Imprenta LIL, 1995.
 - FNUAP. **Un nuevo .papel para los hombres: asociados .para la .potenciación de la mujer** N.Y.: UUEE En: World Wide Web. <http://www.Unfpa.org>
 - FUNUAP, OPS, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). **La Contribución de las Ong's a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina.** NY y Washington, DC 1998.
 - Guzmán Hidalgo, Ana et al: **Atención Integral en Salud.** Módulo N° 2. C.C.S.S, San José, Costa Rica, 1987.
 - Jahan, Rounaq. **The elusive agenda: Mainstreaming Women In Development.** Ed. Martin 's Press, Inc. N. Y. USA, Zed Books, 1997.
 - Kast Fremont, E James Rosenzweig. **Administración en las Organizaciones.** Editorial Mc Graw - Hill, México, 1983.
 - Lagarde, Marcela. **Claves feministas .para el .poderío y la autonomía de las mujeres.** Memoria. España, s.f.
 - Lamas, Marta. Comp. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.** Ed. Miguel Angel Porrúa, 1 reimp. México: Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, 1997.
 - Largo, Eliana, ed. **Género en el Estado. estado del género.** Santiago, Chile: Isis Internacional, 1998. Ediciones de las Mujeres No.27.
 - Montesinos, Edith, Cascante, José Francisco, Álvarez, Rodrigo: **Construcción de un Centro Docente Asistencial de Referencia.** C.C.S.S, San José, Costa Rica, 1993.
 - Moreno Chacón, Zully, Ordóñez Constanza, Ana, Soto Gutiérrez, Fernando. **Detección de Necesidades de Capacitación en el Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva.** Mimeógrafo, San José, Costa Rica, 1997.
 - Moreno, Zully. Cerdas Ugia. Ledesma, Luis. **Propuestas de los Prorramas!ge Atención Integral a la Adolescente. Mujer Embarazada Portadora de VIH- SIDA y Mujer Embarazada Consumidora de Drogas. Tabaco y Alcohol.** Mimeógrafo. C.C.S.S, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, San José, Costa Rica, 1999.
 - Moser, Carolina O. N. **Planificación de Género y Desarrollo: teoría, práctica y capacitación.** Lima, Perú: Red entre Mujeres/Flora Tristán, 1995.
 - Newston, Davis. **El Comportamiento Humano en el Trabajo – Comportamiento Organizacional** Editorial Mc Graw –Hill, México, 1993.
 - OPS. **Modelos en construcción para la atención integral a la violencia intrafamiliar y el rol del sector salud.** Memoria II Seminario-Taller

Centroamericano, Managua, Nicaragua, 12-14 de noviembre de 1997.

- OPSIOMS. **Cooperación técnica para construir la equidad de género en salud.** Memoria 1990-1996. San José, C.R. : OPS/OMS, 1998.
- Petriels, Joseph A, Furr, Diana a, **Calidad Total En la Dirección de Recursos Humanos.** Barcelona. Ediciones Gestión 2000, 1997.
- Phillips, Anne. **Género y teoría democrática.** México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, Programa Universitario de Estudios de Género, 1996.
- Pichardo Muñoz, Arlette. **Evaluación del impacto social.** 1a. ed. San José, C.R.: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1989.
- Proyecto Estado de la Nación. **Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: resumen quinto informe 1998.** 1a. ed. San José, C.R. : Proyecto Estado de la Nación, 1999.
- Quesada Durán, Miguel, el, al: **Hacia un nuevo IMIAC.** Mimeógrafo, San José, Costa Rica, 1994.
- Ramirez Amador, Eugenio. **Hablemos de Gerencia: Un Enfoque Futurista.** San José, Costa Rica: Alma Mater, 1996.
- Rosales Contreras, Juan Tobías, Cerdas Camacho, Ligia, Moreno Chacón, Zully: **Sondeo de Opinión de Clima Organizacional en el IMIACE.** Mimeógrafo, C.C.S.S, San José, Costa Rica, 1997.
- Rosales, Juan Tobías, et Al: **Evaluación de la Gestión Gerencial en los Servicios del IMIACE.** Mimeógrafo. C.C.S.S, San José, Costa Rica, 1997.
- Scavone, Lucita, comp. **Género y salud reproductiva en América Latina.**/ Lucila Scavone, comp. 1a. ed. Cartago: Libro Universitario Regional, 1999.
- Seule, Andrés y Stoll, Guillermo. **Calidad Total y Modernización.** Barcelona. Ediciones Gestión 2000, 1994.
- Srucher, Meter F. **El Ejecutivo Eficaz.** Editorial Soramericana S. A., Buenos Aires, argentina, 1975.
- UNICEF-Ministerio de Salud. **Costa Rica, las políticas de salud en el umbral de la reforma.** 1ª.ed. San José, C. R. : UNICEF, 1997. #1 Serie de Políticas Sociales.
- Vargas fuentes, Mauricio. **Gerencia de Servicios de Salud.** ICAP, San José, Costa Rica, 1996.
- Villota, Paloma de. Ed. **Las mujeres y la ciudadanía en el umbral del siglo XXI.** España: Editorial Complutense, S. A. 1998.