

INDICE

Introduccion	1
Marco Teórico	2
Descripción del Problema	3
Antecedentes	5
Enfoque Sistémico de Administración	6
Epidemiología y Administración de la Salud	7
Desarrollo de la Propuesta	8
Introducción	9
Estructura Propuesta	9
Propuesta de Organización	11
Funcionamiento Propuesto	13
Entradas o Insumos	20
Productos o Salidas	22
Fuentes de Financiamiento	25
Conclusiones y Recomendaciones	27
Bibliografía	31
Anexos	35

INTRODUCCION

Esta es la propuesta que corresponde a la Práctica en Servicio de la Especialidad en Salud Pública del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

La importancia y trascendencia que tendrá para el país, la decisión de implementar y desarrollar el Sistema Nacional de Emergencias Médicas desde el punto de vista de la Salud Pública, no se plasma en el Convenio Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias Médicas. Sin embargo, esta decisión, el posgrado de especialización en Salud Pública - (impartido en el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina)-, el proyecto de la práctica: El Sistema Nacional de Emergencias Médicas en el Contexto del Sistema Nacional de Salud (-presentada por el Departamento de Tecnologías Médicas de la Escuela de Medicina-) y la asesoría del tutor nos permitió elaborar el presente documento, que brinda un panorama de la importancia y trascendencia que tiene la implementación y desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SINEM).

El documento se estructura en cinco apartados, siendo de estos los siguientes:

El Primero es el marco teórico que contiene, la descripción del problema, los antecedentes y un resumen de conocimientos teóricos sobre el enfoque sistémico de administración y del aporte de la epidemiología a la administración de la salud.

El segundo es el desarrollo de la propuesta, en donde se expone la estructura, la organización, el funcionamiento, las entradas, las salidas y las posibles fuentes de funcionamiento del SINEM.

El tercero lo componen veinte conclusiones-recomendaciones.

El cuarto es el de los anexos y está constituido por ocho documentos que son el producto de la investigación que se realizó en las instituciones y organizaciones nacionales, firmantes del Convenio Interinstitucional.

El quinto lo constituye la bibliografía, en donde se anotan los documentos revisados y las entrevistas efectuadas.

MARCO TEORICO

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.1 Perfil Epidemiológico

La principal dificultad que enfrenta el análisis de la problemática de las Emergencias Médicas, es la falta de información disponible. Esto se debe a que los datos de mortalidad y morbilidad se presentan, con base en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que no agrupa a los padecimientos considerados como emergencias médicas en un único grupo, sino que, por el contrario, están desagregadas e incluidas con otros padecimientos que son causas mayores de enfoque orgánico-funcional. No obstante agrupa las morbi-mortalidades debidas a traumatismos externos y envenenamiento en un solo grupo, lo cual es útil para el análisis.

Durante el trienio 1984-1986 las 10 principales causas de mortalidad en nuestro país fueron; enfermedades del aparato circulatorio, tumores, traumatismo y envenenamientos, enfermedades del aparato respiratorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades del aparato digestivo, anomalías congénitas, signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y enfermedades infecciosas y parasitarias, en orden descendente de importancia.

Aquí se aprecia claramente que las defunciones debidas a traumatismos y envenenamientos que son emergencias médicas ocupan el 3er. lugar en importancia, sin que se incluyan las defunciones debidas a las emergencias médicas que se presentan en los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo y otros.

En 1986, las defunciones causadas por traumatismos y envenenamientos ocuparon el primer lugar de importancia en los grupos poblacionales de 5 a 9 años, de 10 a 14 años y de 15 a 49 años, siendo este último grupo la población económicamente activa (P.E.A.).

En el trienio 1985-1987, las defunciones debidas a traumatismos y envenenamientos fueron la primer causa de mortalidad en el grupo poblacional de 5 a 14 años. Las defunciones debidas a esta causa en la P.E.A. no presentaron la misma distribución por sexo; sino que fueron la primer causa de mortalidad en la población masculina y la tercer causa de mortalidad en la población femenina.

Por lo tanto, las Emergencias Médicas son un problema de salud para la población costarricense, sobre todo para los

grupos poblacionales de 5 a 14 años y de 15 a 49 años y en esta última que es la P.E.A. afecta más al sexo masculino, debidas o causando pérdidas de años de vida y un daño al desarrollo económico y social de magnitud desconocida.

1.2 Prestación de Servicios

La Caja Costarricense de Seguro Social, la Cruz Roja Costarricense y el Instituto Nacional de Seguros son las instituciones que por más de cincuenta años han enfrentado este problema. Y en los últimos años la Comisión Nacional de Emergencia, la Universidad de Costa Rica, el Colegio de Médicos y Cirujanos y el Programa Nacional de Emergencias Médicas han realizado acciones tendientes a mejorar la atención de emergencias médicas.

La no existencia de una regionalización uniforme entre las instituciones será una limitante importante para la adecuada coordinación interinstitucional y principalmente entre la Caja Costarricense de Seguro Social, la Cruz Roja Costarricense, el Instituto Nacional de Seguros y el Ministerio de Salud, lo que se refleja en un alto gasto anual, que asciende a más de C1.258 millones (un mil doscientos cincuenta y ocho millones de colones).

En 1987, la C.C.S.S. atendió 1.225.717 consultas de emergencias de las cuales el 62.2% se dieron en la Región Central. Del total de consultas el 78.3% se consideraron como "emergencias reales"(1), las cuales se distribuyeron según especialidad de la siguiente forma:

Médicas	46.31%
Quirúrgicas	18.01%
Gineco-obstetrica	13.58%
Pediátricas	22.10%

Los servicios de emergencias, en el mismo año consumieron el 10.3% de los medicamentos, el 7.5% de los exámenes de laboratorio clínico, el 29.0% de los estudios radiológicos, el 22.9% de las placas radiológicas y el 4.62% de las transfusiones que consumió la atención directa a pacientes.

En los servicios de emergencias de la C.C.S.S., se efectuaron 128 biopsias y 4 citologías vaginales durante 1987.

La tasa de mortalidad de la "emergencias reales" es de 3.9 por cada 10.000 urgencias reales atendidas en los Servicios de Emergencias de la C.C.S.S. y las 10 tasas más altas por establecimiento oscilan entre 5.3 y 35.6 defunciones por cada 10.000 "urgencias reales" atendidas.

La atención de 1.225.717 consultas de 1987 tuvo un costo estimado de C797 millones.

La Cruz Roja Costarricense en 1989 realizó 212.999 servicios de ambulancia de los cuales el 37.73% se efectuaron en San José y el 37.78% en Alajuela, Heredia y Cartago.

Unicaménte entre el 10 y 20% de las ambulancias cuentan con oxígeno.

En 1989, la Dirección General de Bomberos del Instituto Nacional de Seguros reporta 2.257 salidas para la atención y rescate de personas, de las cuales 1.560 fueron atendidas por la Unidad Médica de Urgencias y Rescate.

El costo estimado por cada servicio de ambulancia de la Cruz Roja es de C1,743.35, mientras el costo por cada salida para atención de alarmas es de C12.393,80 para 1989.

Por lo tanto, la prestación de los servicios amerita de una reestructuración, en busca de mayor equidad(2), eficiencia(3), eficacia(4) y efectividad(5).

2. ANTECEDENTES

El treinta de julio de 1987 se acordó; implementar y desarrollar el Sistema Nacional de Emergencias Médicas. Este acuerdo fue suscrito por Oscar Arias Sánchez, Presidente de la República; Edgar Mohs Villalta, Ministro de Salud; Guido Miranda Gutiérrez, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social; Fernando Durán Ayanegui, Rector de la Universidad de Costa Rica; Manuel Aguilar Bonilla, Presidente de la Comisión Nacional de Emergencia; Juan Arce Villalobos, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos; Miguel Carmona Jimenez, Presidente de la Cruz Roja Costarricense y Donald Kaminsky, Vicepresidente de la División Internacional de The People to People Health Foundation Inc. (Proyecto Hope). El mencionado acuerdo se denomina "Convenio Interinstitucional para el Desarrollo de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas en Costa Rica" y contó con una vigencia de tres años.

El veintinueve de Noviembre de 1989, se firma el documento denominado "Ampliación del Convenio Interinstitucional para el Desarrollo de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas en Costa Rica", por parte de los representantes de las organizaciones integrantes del convenio original y el Instituto Nacional de Seguros, como nuevo integrante.

3. ENFOQUE SISTEMICO DE ADMINISTRACION

La decisión de implementar y desarrollar el Sistema Nacional de Emergencias Médicas, es un enfoque de atención holístico o integral para enfrentar la problemática de las emergencias médicas.

La medicina de emergencias y el sub-sistema de servicios de emergencias médicas, son integrantes del Sistema Nacional de Emergencias Médicas y este a su vez es integrante del Sistema Nacional de Salud.

El enfoque sistémico de administración fue promovido por Churchman, Bertalanffy, Johnson, Kast y Rosenzweig, en la década de los sesenta.

Abraam Sonis, en 1985 expresó que "los conceptos que surgen, de un enfoque sistémico de la administración de salud, son particularmente útiles, dado la complejidad y diversidad de los factores que intervienen; imposibles de estudiar dentro del marco conceptual de una sola disciplina; un planteamiento integral de los problemas que se presentan, encarados sin barreras disciplinarias constituye el primer paso para un análisis que conduzca a la solución de los mismos" (6)

Por lo tanto, la única forma de enfrentar la problemática de la emergencias médicas, es enfocándola en su totalidad, por un equipo multidisciplinario e intersectorial que proponga soluciones de carácter preventivo, asistencial y rehabilitativo. La razonabilidad de las soluciones garantizará la eficacia, eficiencia, efectividad y equidad de los servicios que se brinden.

La administración sistémica reconoce la existencia de insumos o entradas que alimentan el sistema, para ser procesados por un componente estructural (que son las instituciones intersectoriales de interés) y otro componente funcional -que son las coordinaciones que se establecen-, para finalmente producir los productos o salidas tendientes a satisfacer la demanda de servicios y un sistema de retroalimentación que es la evaluación que garantizará su funcionamiento.

La frase emergencias médicas engloba todos los padecimientos y patologías que se consideran emergencias médicas, quirúrgicas y traumáticas, cuyo común denominador es la necesidad de atención técnico-profesional pronta y oportuna, por estar en peligro la vida de un ser humano. Sin embargo, no fue posible localizar una definición del término emergencias médicas, por lo que, fue necesario establecer la siguiente

definición para los fines prácticos de esta propuesta: "Es la existencia espontánea o súbita de cualquier fenómeno o hecho traumático o morboso, del proceso salud-enfermedad del individuo, que por su gravedad representa un peligro inminente de perder la vida o, durante las primeras 24 horas de presentado el fenómeno o hecho".

4. EPIDEMIOLOGIA Y ADMINISTRACION DE LA SALUD

"La epidemiología puede y debe ser usada para los propósitos de la administración de los servicios de salud, ya que contribuye en la realización del diagnóstico situacional de la comunidad, la naturaleza y la distribución de la salud y la enfermedad. Además provee de medidas de monitoreo de la salud de la población, así como, el planeamiento de los cambios sobre la marcha y entre las etapas.

Por medio del uso de principios y métodos epidemiológicos, la administración de los servicios de salud puede determinar cuales enfermedades son de mayor importancia en cada población. Además, usando los datos de causalidad disponibles, por parte de la epidemiología clásica, se podría identificar factores de riesgo individual, el mercado potencial o la población blanco. Así la epidemiología suministra muchos de los factores necesarios para la planificación y administración de los servicios de salud y su evaluación". (7)

Por esta razón, la epidemiología es un instrumento útil para la implementación y desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias Médicas.

- (1) "Emergencias Reales":
- (2) Equidad:
- (3) Eficiencia:
- (4) Eficacia:
- (5) Efectividad:
- (6) Abraam Sonis, "Principios y prácticas de la Administración en Salud: El enfoque sistémico en la Administración en Salud". En Medicina Sanitaria y Administración de Salud. (3ed., Buenos Aires, : El Ateneo, 1985), p. 125.
- (7) G.L. Alan Denver, Epidemiology in Health Services Management. (1s.1.1, : ASPEN, 1984), p. 48.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA DEL SINEM

1. INTRODUCCION

La propuesta que se presenta a continuación es de un sistema abierto, por este motivo presenta entradas o insumos que alimentan un procesador, el cual se compone de una parte estructural y otra funcional. Algunos de los insumos se incorporaron a la estructura del procesador, otros se quemaron o transformaron para permitir el funcionamiento de procesador y los restantes serán procesados y modificados. Estos últimos producirán las salidas o productos del procesador.

2. ESTRUCTURA PROPUESTA

El Sistema Nacional de Emergencias Médicas estará integrado por instituciones y organizaciones gubernamentales, autónomas, del sector privado y la comunidad que realizan programas y actividades en el campo de las Emergencias Médicas, en las áreas de prevención, atención, rehabilitación, educación, investigación y legislación. (Ver figura No. 1)

Estas instituciones y organizaciones son de carácter intrasectorial y extrasectorial del sector salud, por este motivo la coordinación entre ellas es compleja, dificultándose el proceso de coordinación-ejecución.

Con la finalidad de que el proceso de coordinación-ejecución sea efectivo, el SINEM estará estructurado por área de acción, las cuales son de ejecución, que estarán coordinadas por el Nivel de Coordinación y Asesoría del "ente organizativo" del SINEM.

2.1 Estructuración de las Áreas de Acción (Ver figura No.2)

Las áreas de acción estarán integradas por, las unidades o dependencias administrativas institucionales y organizacionales responsables de la normatización y supervisión de los programas y actividades que se desempeñaron en esa área de cada institución u organización.

2.1.1 Áreas de Prevención

- Ministerio de Salud
- Instituto Nacional de Seguros
- Consejo de Seguridad Vial

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
- Comisión Nacional de Emergencias
- Otros

2.1.2 Area de Atención

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Instituto Costarricense de Seguro Social
- Ministerio de Salud
- Cruz Roja Costarricense
- Colegio de Médicos y Cirujanos
- Ministerio de Gobernación
- Ministerio de Seguridad
- Otros

2.1.3. Area de Rehabilitación

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Consejo Nacional de Rehabilitación
- Instituto Nacional de Seguros
- Instituto Nacional de Aprendizaje
- Otros

2.1.4 Area de Educación

- Universidad de Costa Rica
- Cruz Roja Costarricense
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Ministerio de Educación Pública
- Otros

2.1.5 Area de Investigación

- Universidad de Costa Rica
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Instituto Nacional de Seguros
- Otros

2.1.6 Area de Legislacion

- Presidencia de la Republica
- Consejo de Gobierno
- Asamblea Legislativa
- "Ente organizador" del SINEM
- Otros

3. PROPUESTA DE ORGANIZACION

Para que el SINEM pueda funcionar con eficacia, eficiencia y efectividad, debe tener un componente de Dirección y Coordinación al cual llamaremos "ente organizativo", que tendrá un primer nivel de Dirección Política de alto rango y un segundo nivel será de Coordinación y Asesoría. (Ver figura No. 3)

3.1 Nivel de Dirección Política

El nivel de Dirección Política dependerá del Consejo de Gobierno y estará integrado por el Ministro o Viceministro de Salud; los presidentes ejecutivos o gerentes del Instituto Nacional de Seguros y la Caja Costarricense de Seguro Social; los presidentes de la Cruz Roja Costarricense, la Comisión Nacional de Emergencias, la Unión Nacional de Gobiernos Locales y el Colegio de Médicos y Cirujanos.

Será presidido por el Ministro o Viceministro de Salud, quien en caso de empate contará con doble voto. Se reunirán dos veces al año, cada seis meses.

3.2 Nivel de Coordinación y Asesoría

Dependerá de la presidencia del nivel de dirección política y estará integrado por un Coordinador General y cinco comisiones, una por cada área de asesoría.

El Coordinador General será nombrado por el Ministro o Vice-Ministro de Salud. Los miembros de las comisiones serán nombrados por el máximo jerarca de cada institución, a solicitud del Ministro o Vice-Ministro de Salud.

Las áreas de asesoría de las comisiones son, prevención, atención, rehabilitación, educación, e investigación. Posteriormente y si el nivel de dirección política así lo decide, se abrirán nuevas áreas.

3.2.1 Comisión Asesora del Area de Prevención

En esta comisión participara personal de las instituciones y organizaciones que realizan y realizarán programas y actividades para la prevención de las emergencias médicas.

3.2.2 Comisión Asesora del Area de Atención

De esta comisión formaran parte personal de las instituciones y organizaciones que brindan atención directa a las emergencias médicas, desde el momento en que se presenta la contingencia hasta que el paciente fallezca o sea dado de alta hospitalaria.

Esta comisión se divide en las sub-comisiones de asesoría del nivel comunitario, pre-hospitalario y hospitalario.

Sub-comisión comunitaria:

Es la responsable de la asesoría para la atención, desde que se presenta la contingencia, hasta la llegada del personal capacitado en la atención de emergencias médicas, el ingreso del paciente al servicio de emergencias o el fallecimiento del afectado.

Sub-comisión prehospitalaria:

Es la responsable de la asesoría para la atención, desde la llegada del personal capacitado en atención de emergencias médicas, hasta el ingreso del paciente al servicio de emergencias o su fallecimiento.

Sub-comisión hospitalaria:

Es la responsable de la asesoría para la atención del paciente, desde que ingresa al servicio de emergencias, hasta que es dado de alta hospitalaria o fallezca.

3.2.3 Comisión Asesora del Area de Rehabilitación

Esta comisión estara integrada por personal de las instituciones y organizaciones que brindarán atención directa, desde que el paciente inicia su recuperación, hasta que se incorpore activamente a la sociedad.

3.2.4 Comision Asesora del Area de Educacion

La constituirá personal de las instituciones y organizaciones que efectúa programas y actividades en esta area de las emergencias médicas.

3.2.5 Comision Asesora del Area de Investigacion

Esta comision estará integrada por personal de las instituciones y organizaciones que realizan programas y actividades de investigación en el campo de las emergencias médicas.

4. FUNCIONAMIENTO PROPUESTO

4.1 Aspectos a Implementar

Para facilitar el funcionamiento efectivo del SINEM con eficiencia y eficacia, es necesaria la unificación e implementación de los siguientes aspectos:

4.1.1 Regionalización

Las instituciones y organismos del SINEM deben contar con una regionalización uniforme y sobre todo el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Seguros, la Cruz Roja Costarricense y la Caja Costarricense de Seguro Social.

4.2.2 Desconcentración

La desconcentración administrativa de las instituciones y organizaciones del SINEM permitira una administración y coordinación más eficiente y efectiva, acorde con la realidad regional.

4.1.3 Areas y Sistemas Locales de Salud

Las Areas de Salud y los Sistemas Locales de Salud deben estar clara y uniformemente definidas.

La red de servicios que se brinde en cada uno de ellos se establecerá de acuerdo a la realidad local que presenten.

4.1.4 Servicios de Emergencias

Los servicios de emergencias de los hospitales nacionales, regionales y periféricos, así como los de las Clínicas Periféricas Tipo 1, 2, 3 y 4, deben estar normatizados y clasificados según su nivel de complejidad, esto con la finalidad de que el servicio de emergencias que se brinde sea acorde con la complejidad del establecimiento.

4.1.5 Consulta Extemporánea y Emergencias Médicas

Se debe establecer una estrategia que agilice y desahogue los servicios de emergencias, que se ven inundados por consulta extemporánea, lo que agota su capacidad para atender las emergencias médicas.

4.1.6 Diagnóstico Integral

Se debe efectuar un diagnóstico integral en el campo de las emergencias médicas en las áreas de salud para conocer la oferta, la demanda y sus factores condicionantes.

4.1.7 Planificación Estratégica

La programación de la prestación de los servicios que brinda el SINEM debe efectuarse según la realidad local, según cada área de acción.

4.1.8 Información y Evaluación

Cada institución y organización del SINEM que realice programas o actividades en el campo de las emergencias médicas debe contar con un sistema de información y evalua

ción que permita el monitoreo, el seguimiento y el control de los mismos, para garantizar su eficiencia, eficacia, efectividad y equidad. Este punto es especialmente necesario desarrollar en el Instituto Nacional de Seguros y en la Cruz Roja Costarricense.

4.1.9 Comunicaciones

Es necesario que el área de atención de las emergencias médicas debe contar con un Sistema de Comunicación eficiente, eficaz y efectivo, el cual será regional o nacional de acuerdo a los costos y necesidad.

4.2 Flujiogramas

4.2.1 Flujograma del Proceso Coordinación-Ejecución

ESTRUCTURA		FLUJOGRAMA	
Nivel Coordinación y Dirección SINEM	Comisiones Asesores	Recomendación Técnica	Intersectorial Interinstitu- cional
	Coordinador General	Coordinación	
	Dirección Política	Planeación Política	
Nivel de Estableci- miento de Políticas	Presidencia de la República		- Toma de decisión - Voluntad Política
	Consejo de		- Via: decretos, acuer- dos leyes
	Asamblea legislativa		
Nivel Institu- cional Inter- sectorial	Instituciones y organizaciones del SINEM	Implementación Institucional	
	- Encargado de Dirección Política		- Aprobación y Acepta- ción
	- Normatizar		- Normatización
	- Supervisar (regionales)		- Priorización
			- Capacitación
			- Supervisión
Nivel Local	Unidades o Servicios	Ejecución	
	Ejecutores		
		Evaluación	

4.2.2 Flujograma de la Recomendación Técnica Intersectorial

NIVEL	FLUJOGRAMA
Nacional-regional-local	Diagnóstico Integral
Nacional-regional-local	Problema Intersectorial
Nivel de Coordinación y Asesoría del SINEM	Búsqueda de soluciones Intersectoriales
	Análisis de Soluciones Intersectoriales
	Evaluación de las posibles soluciones intersectoriales
	Selección Recomendación Técnica de la solución

4.2.3 Flujograma de la Recomendación Técnica institucional

NIVEL	FLUJOGRAMA
Local-regional-nacional	Evaluación Institucional
Local-regional-nacional	Problema Institucional
Nivel Técnico Institucional	Búsqueda de solución
	Análisis de solución
	Evaluación de solución
	Selección y recomendación técnica de la solución
Dirección Institucional Nivel regional y local	Ejecución
	Evaluación
Nivel Coordinación y Asesoría del SINEM	Comunicación al Nivel de Coordinación y Asesoría del SINEM

4.2.4 Flujograma de la Evaluación

NIVEL	FLUJOGRAMA
Local	Evaluación Institucional - Formulación - De avance - De resultado
	Indicadores - Demanda - Oferta - Proceso - Resultado - Impacto
	Analisis de evaluación
Dirección local-regional y nacional	Toma de decisión
	Ejecución
Local	Evaluación
Dirección y Coordinación del SINEM	Analisis de Impacto Interinstitucional
	Toma de desición Intersectorial

5. ENTRADAS O INSUMOS

Las entradas o insumos son los nutrientes que permiten el mantenimiento y la permanencia del sistema. Estos nutrientes por la acción que cumplen, se pueden clasificar: en los que son la razón del sistema, los que se incorporan a las estructuras, los que se gastarán en el funcionamiento y finalmente el grupo de los que dependen la velocidad de funcionamiento del sistema.

Sin embargo, para los fines de este documento, las entradas e insumos serán clasificadas, según el rol que cumplen, ya sea de demanda, de oferta o de condicionantes.

5.1 Demanda

Las entradas o insumos de demanda son los siguientes:

- el individuo
- la familia
- la comunidad organizada
- los grupos poblacionales de riesgo
- la población en general
- los estilos de vida riesgosos
 - conductas inadecuadas
- la ignorancia
- otros

5.2 Oferta

Las entradas o insumos que cumplen el rol de ser parte de la oferta son los siguientes:

5.2.1 Recursos Humanos

- Personal de los servicios hospitalarios tales como médicos, enfermeras, auxiliares, asistentes de emergencias, instrumentistas de laboratorio, de radiología y otros.
- Personal de atención pre-hospitalaria, tales como médicos, técnicos, asistentes, choferes, socorristas, oficiales de tránsito, seguridad y otros.

- Personal de programas preventivos, tales como médicos, enfermeras, asistentes, trabajadores sociales, promotores sociales, técnicos y otros.
- Personal de investigación y docencia, tales como médicos, epidemiólogos, salubristas y otros.
- Personal administrativo, tales como administradores, gerentes, asistentes, contadores, socorristas y otros.
- Otro personal de apoyo.

5.2.2 Recursos Físicos

- Servicios hospitalarios de emergencias, internamientos, sala de operaciones, unidades de cuidados intensivos y otros.
- Servicios de emergencias de Clínicas Periféricas.
- Establecimientos de salud preventiva, tales como Centros de Salud, Puestos de Salud y otros.
- Dispensarios médicos del I.N.S.
- Materiales y equipo necesario para la atención médica de las emergencias médicas.
- Ambulancias y unidades de rescate.
- Materiales y equipo para la atención prehospitalaria.
- Equipo de radiocomunicación.
- Equipo de montañismo y salvamento acuático.
- Unidades de desplazamiento acuático.
- Equipo audiovisual.
- Materiales y equipo de oficina.
- Equipo para la capacitación de personal, tales como maniqués de capacitación y otros.
- Otros materiales y equipo.

5.2.3 Recursos Financieros

- Presupuestos asignados
- Ayudas económica nacional e internacional (Proyecto Hope)
- Otros

5.3 Condicionantes

Las entradas o insumos condicionantes son los siguientes:

- Políticas
- Estrategias
- Legislación
- Reglamentos
- Evaluaciones
- Indicadores
- Datos estadísticos
- Investigación
- Diagnósticos integrales
- Documentación e información
- Publicaciones periódicas
- Asesorías y consultorías de organismos internacionales
- Convenios
- Otros

6. PRODUCTOS O SALIDAS

En la actualidad, algunas de las instituciones y organismos que integrarán el SINEM, brindan programas y efectúan actividades en el área de atención de las emergencias médicas. Estas instituciones y organismos son la Cruz Roja Costarricense, el Instituto Nacional de Seguros y la Caja Costarricense de Seguro Social. La apertura de nuevos programas será orientada por un Diagnóstico Integral, la utilización de la planificación estratégica y la epidemiología.

Sin embargo, a continuación se menciona una amplia variedad de servicios que brinda y podría brindar el SINEM, para enfrentar de manera integral, interinstitucional e intersectorial, la problemática de las emergencias médicas, según las áreas de acción.

6.1 Salidas por Area de Accion

6.1.1 Prevención

- Participación comunitaria y de los grupos de alto riesgo, para la prevención de las emergencias médicas. Institución responsable: Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, Municipalidades, DINADECO y otro.
- Control de especificaciones técnicas mínimas de los vehículos importados. Institución responsable: Consejo Nacional de Seguridad Vial.
- Control del transporte y la seguridad vial. Instituto responsable: Dirección General de Tránsito.
- Control de personas con estado agresivo y delincuencia. Institución responsable: Ministerio de Gobernación y Ministerio de Seguridad Pública.
- Prevención de accidentes laborales. Institución responsables: Instituto Nacional de Seguros.
- Otros.

6.1.2 Atención

A) Nivel Comunitario

- Orientación telefónica para el autocuidado y cuidado colectivo de las emergencias médicas. Institución responsable: (solo una) I.N.S., Ministerio de Salud o Sector privado.
- Control de tránsito y del aglomeramiento de personas. Institución responsable: Ministerio de Gobernación, Ministerio de Seguridad y otros.
- Autocuidado y cuidado colectivo. Institución responsable: Ministerio de Salud, Cruz Roja Costarricense y C.C.S.S.

B) Nivel Pre-hospitalario

- Rescate, estabilización y transporte de pacientes. Institución responsable: Cruz Roja Costarricense, Instituto Nacional de Seguros, Sector Privado y la C.C.S.S.

C) Nivel Hospitalario

- Atención en servicios de emergencias.
- Atención en servicios de internamiento (generales y especializados)
- Atención en salas de operaciones.
- Atención de internamientos en unidades de cuidado especializado (unidades de cuidado intensivo, coronario, respiratorio, neurológico, psiquiátrico, quemados, neonatal y otras).
- Atención ambulatoria de seguimiento en consulta externa. Institución responsable: C.C.S.S., I.N.S., Sector Privado.

6.1.3 Rehabilitación

- Rehabilitación intrahospitalaria y ambulatoria. Institución responsable: C.C.S.S. e I.N.S.
- Terapia y capacitación ocupacional. Institución responsable: Instituto Nacional de Aprendizaje, I.N.S., C.C.S.S., Consejo Nacional de Rehabilitación y otras.
- Otras.

6.1.4 Educación

- Educación y Capacitación de la comunidad y de los grupos de alto riesgo. Instituciones responsables: Ministerio de Salud, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Ministerio de Educación, Universidades y otros.
- Formación y actualización de los recursos humanos del SINEM. Instituciones responsables: Universidades, Cruz Roja Costarricenses, Caja Costarricense de Seguro Social, sector privado y otros.

- Otros.

6.1.5 Investigación

- Centros de documentación e información.
- Bibliotecas
- Divulgación a medios de información y público en general
- Investigación epidemiológica
- Epidemiología Clínica
- Investigación científica
- Otros

Instituciones responsables: Universidad de Costa Rica, CONICIT y otras.

6.1.6 Legislación

- Establecimiento de políticas, leyes, decretos, reglamentos y estrategias.
- Normatización de programas y actividades .
- Otros.

Instituciones responsables: "Ente organizativo" del SINEM y sus instituciones integrantes.

6.2 Otras Salidas o Productos

- Asesorías y consultorías a nivel nacional e internacional. Institución responsable: "Ente Organizativo" e instituciones integrantes del SINEM.

7. FUENTES DE FINANCIACION

Las instituciones y organizaciones del SINEM actualmente cuentan con financiamiento establecido, sin embargo el "ente organizador" debe contar con un financiamiento que le permita su funcionamiento y apoyar la ejecución de los programas y actividades.

Se sugieren como posibles fuentes de financiamiento las siguientes:

- Comisión Nacional de Emergencias.
- Junta de Protección Social.
- Consejo Técnico de Asistencia Médico Social
- Municipalidades a nivel nacional
- Otros organismos nacionales e internacionales.
-

Figura No. 1
Conceptualización del SINEM

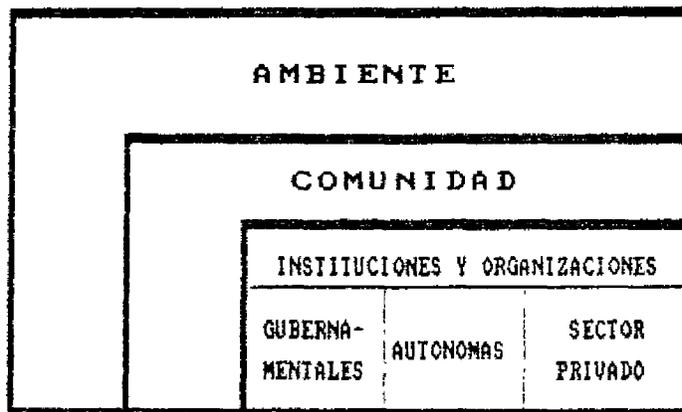


Figura No. 2
Areas de accion de las Instituciones y
Organizaciones del SINEM

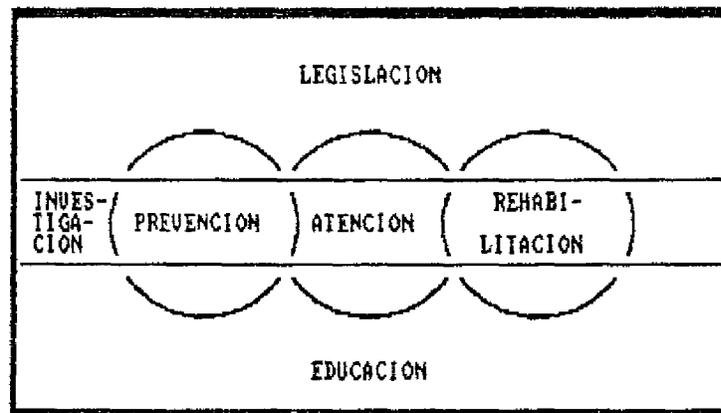
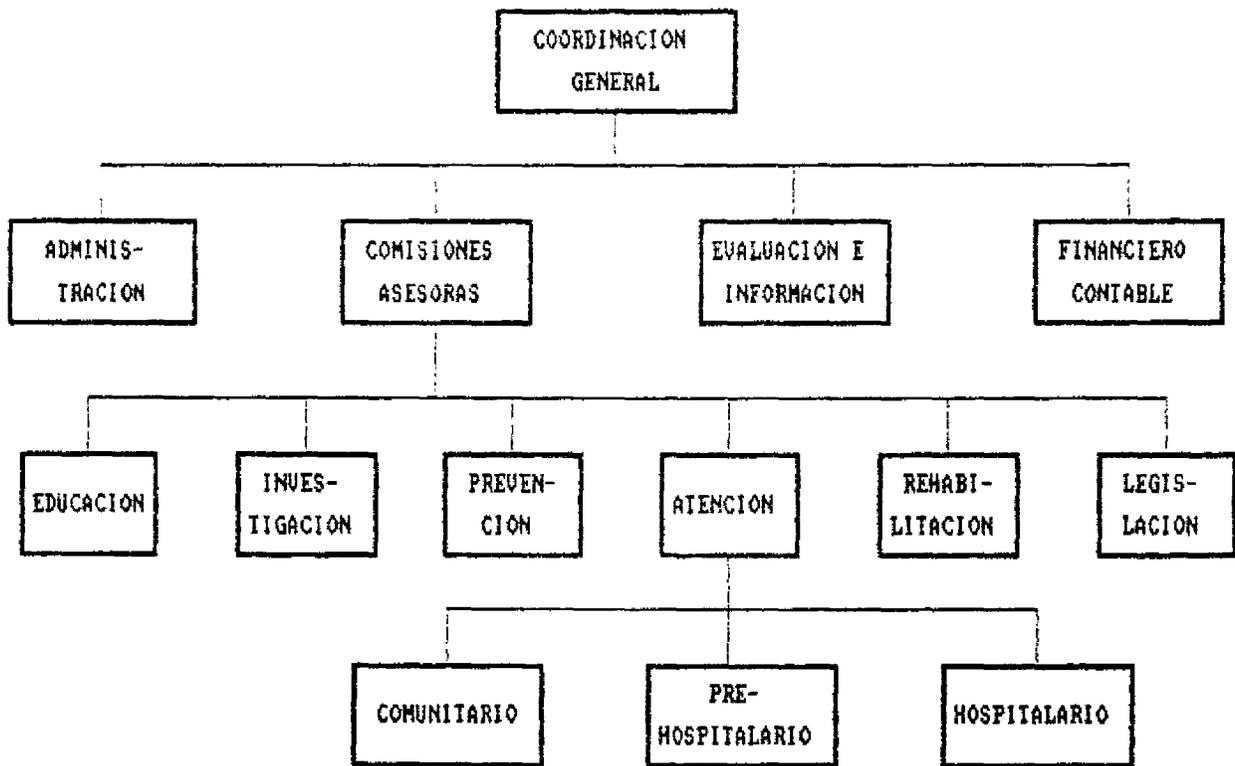


Figura No. 3
Ente Organizativo



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se debe establecer una Clasificación Nacional de Morbilidad y Mortalidad de las Emergencias Médicas, mediante una reagrupación de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
2. Investigar el Perfil epidemiológico del país durante los últimos diez años según el punto anterior.
3. Las emergencias médicas, son un importante problema de la salud que está causando, pérdida de los años de vida de la Población Económicamente Activa y deterioro del desarrollo económico social.
4. Debe unificarse el tipo de regionalización existente, la CruzRoja Costarricense, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Ministerio de Salud.
5. La nueva Clasificación de Emergencias Médicas, debe divulgarse y utilizarse en los servicios de atención de emergencias, con la finalidad de que no se consideren como emergencias la labor de parto de un embarazo normal a término o la consulta extemporánea.
6. De ser necesario, se deben establecer consultas extemporáneas que son de menor costo que la consulta de emergencias, para disminuir el costo de la atención y mejorar la atención.
7. No deben efectuarse estudios anatomopatológicos en los servicios de emergencias.
8. Los servicios de emergencias no son y no deben considerarse como servicios de atención rápidas para cualquier patología. Esta práctica es frecuente en países con orientación médica liberal y es de un alto costo tecnológico y de recursos humanos.
9. La distribución y complejidad de los servicios de atención de emergencias médicas, debe responder al perfil epidemiológico de la nueva clasificación de emergencias médicas que se establezca.
10. Las unidades móviles de atención prehospitalaria de atención de emergencias deben clasificarse según nivel de complejidad y se utilizarán para atender aquellas patologías de la nueva clasificación que así lo ameriten.

11. El despacho de las unidades móviles para la atención de emergencias médicas, debe efectuarse mediante el uso de una norma que establezca el tipo y magnitud del evento, la severidad de los daños esperados y el tipo de unidad móvil necesaria para atención. Esta norma debe ser evaluada periódicamente.
12. La compra y donación de unidades móviles de atención de emergencias y Asesoría del SINEM. Con la finalidad de evitar la sub-utilización de recursos y el encarecimiento de la atención innecesariamente.
13. La Cruz Roja Costarricense y la Unidad de Emergencias Médicas y Rescate del Instituto Nacional de Seguros deben coordinar la prestación de servicios pre-hospitalarios.
14. La administración de enfoque sistemático, la planificación estratégica y adaptativa, la desconcentración, los Sistemas Locales Sub-regionales y Regionales de salud, el trabajo en equipo, la toma de decisión, serán las técnicas mayoritarias de funcionamiento que tendrá el SINEM.
15. El "ente organizativo" del SINEM debe establecerse vía decreto de la República, en un plazo no mayor a los tres meses.
- 16- El "ente organizativo" del SINEM podría denominarse Consejo Nacional de Emergencias Médicas, Consejo de Emergencias Médicas, Organización de Emergencias Médicas o Instituto Coordinador de Emergencias Médicas.
- 17- La apertura de nuevos programas o actividades debe de efectuarse con base en el Diagnóstico Integral, la planificación estratégica y la epidemiología.
- 18- Después de que se hallan cumplido las recomendaciones y conclusiones número 1 y 2, se podrá establecer con mayor propiedad los años de vida perdidos en la Población Económicamente Activa y determinar el daño que causa la no existencia del SINEM al desarrollo socioeconómico del país. Este sería el fundamento para declarar la atención integral de las emergencias médicas como "zona de desastre económico y social", por parte del Consejo de Gobierno de la República, amparados en la Ley Nacional de Emergencias.

19. Se recomienda establecer una comision de financiamiento para que elabore un plan para la financiación del "ente organizativo" para cada una de las posibles fuentes mencionadas.
20. La propuesta expuesta, es una concepcion particular del autor, tendiente a simplificar la comprension de la complejidad que conlleva la implementacion y desarrollo de un sistema de atención en salud.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- "Accidente". (En: Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.) XI Ed. Barcelona: Editores Salvad. 1974. p.6.
- Baranowski, Daniel y otros. Emergency Medical Services Manpower Development Program For Costa Rica. Virginia: Project Hope. 1987. Doc.2.
- Barrenechea, Juan José y Trujillo Uribe, Emiro. Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la planificación y Administración de los sistemas de salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1987. pp.87-107.
- Colombia. Ministerio de Salud. "Diagnóstico". En Proceso de planeación: diagnóstico, toma de decisiones, programación, evaluación. Bogotá. El Ministerio, 1985, pp.11-14.
- Colombia. Ministerio de Salud. "Evaluación Sistémica". En: Proceso de planeación: diagnóstico, toma de decisiones, programación, evaluación. Bogotá. El Ministerio, 1985. pp. 39-42.
- Colombia. Ministerio de Salud. "Proceso de toma de decisiones y formulación del plan nacional". En: Proceso de planeación: Diagnóstico, toma de decisiones, programación, evaluación. Bogotá: El Ministerio, 1985, pp. 15-27.
- Costa Rica. Comisión para el Desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias Médicas. Actas No. 1 a la No. 16. Mayo 1989 a Enero 1990.
- Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. La epidemiología y la política de salud. San José: Depto. de Relaciones Públicas./S.A./
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Anuario 1986. Informaciones Estadísticas. San José: Depto. de Estadísticas. 1987.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Anuario 1987. Informes Estadísticos. San José: Depto. de Estadísticas. 1988.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Convenio de Integración y coordinación de servicios entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. C.R.: Representación OPS/OMS, 1989.

- Costa Rica. Ministerio de Salud. Módulo: Desarrollo del Sector como Sistema Nacional de Salud. C.R.: Departamento Administración Servicios de Salud y Desarrollo Administrativo, 1985.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Memoria 1986. San José: Depto. Publicaciones, 1987.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Memoria Anual 1987. San José: Depto. de Publicaciones, 1988.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Memoria Anual 1988. San José: Depto. de Publicaciones, 1989.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Reglamento General del Sistema Nacional de Salud. C.R. Representación OPS/OMS, 1989.
- De Canales, F.H. de Alvarado, E.L. y Pineda, E.B. Metodología de la Investigación: Manual para Desarrollo de Personal de Salud. México: LIMUSA, 1986.
- Denver, G.E. Alan. Epidemiology in Health Services Management. /S.T./ASPEN, 1984. pp.48-337.
- Doezema, Davil, Roth, Pauly y Rodolico, Michael. A plan for E.M.S.Sistem in Costa Rica. New Mexico: Proyecto Hope. 1989. Borrador No. 3.
- Ferrero, Carlos. Criterios sobre monitoria y evaluación, Sistema de Información en Salud. Washington, D.C.: O.P.S., 1979.
- México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. "Modelo del Sistema de Evaluación de la Salud".
En: Cuadernos Técnicos de planeación No. 7. México D.F.: Departamento de Imprenta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984.
- Mohs Villaltas, Edgar. El Sistema Nacional de Salud: "Universal, descentrado y basado en la Atención Primaria". San José: Ministerio de Salud, 1988.
- Petersdorf, Robert. "Emergencias due to enviromental and physical agents"
En Harrison's: Principles of Internal Medicine. 8 Ed./s.1/: Mc Graw-Hill. pp.730-732.
- Schwartz, George y otros. Principles and Practice of Emergency Medicine. 2 ed. Vol. I. Philadelphia. W.B. Souders Company. 1986. pp.553-717.

Sonis, Abraam. "Principios y Prácticas de la Administración de Salud: El enfoque sistémico en la Administración de Salud".

En Medicina Sanitaria y Administración de Salud: Atención de la Salud. 3 ed. Buenos Aires: Librería "El Ateneo" Editorial, 1985. T II. pp. 118-136.

Sonis, Abraam. "Principios y Prácticas de la Administración de Salud: Organización de la Atención en Salud".

En Medicina Sanitaria y Administración de Salud: Atención de la Salud. 3 ed. Buenos Aires: Librería "El Ateneo" Editorial,, 1985. T II. pp. 20-33.

Vargas Fuentes, Mauricio. Análisis de la Situación de los Sistemas Locales de Salud y la descentralización de los Servicios de Salud en Centroamérica y Panamá: Informe de Consultoría. San José: (s.n.), 1987.