



LA INTEGRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA

Dr. Juan Jaramillo Antillón
Ministro de Salud

Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Presidente Ejecutivo
C.C.S.S.



1985





LA INTEGRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA

Dr. Juan Jaramillo Antillón
Ministro de Salud

Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Presidente Ejecutivo
C.C.S.S.



1985



INTRODUCCION

Al presente, Costa Rica goza de un lugar de privilegio en el concierto de las naciones latinoamericanas y del mundo, ya que, siendo un país aún en vías de desarrollo, de economía agrícola, muestra índices de morbi-mortalidad que solamente son comparables con los de un país desarrollado, de economía industrializada.

Varias circunstancias contribuyeron a esto, entre ellas, una mejoría en los indicadores económicos en la década 1970 a 1980, progresos evidentes en el campo educativo y la adopción de un Plan Nacional de Salud consistente en:

- a) Extensión de la cobertura del Seguro Social a toda la población.
- b) Concentrar en la Caja Costarricense de Seguro Social toda la asistencia hospitalaria, con el traslado de los hospitales a esa Institución que antes dependían del Ministerio de Salud.
- c) La adopción por parte del Ministerio de una vigorosa política de atención primaria de la salud mediante la creación de una cadena de pequeñas unidades médicas, denominadas Puestos de Salud, a cargo de personal paramédico en las zonas más alejadas de nuestra área rural.
- d) Creación de los programas de nutrición infantil y de inmunizaciones masivas; extensión de los programas de acueductos rurales y letrinización.

No obstante lo anterior, y de haber alcanzado el país una excelente cobertura de servicios a la población tanto en el área preventiva como asistencial, lo cierto es que todavía tenemos un 20% de los habitantes del país que difícilmente tienen acceso a buenos servicios. Se trata fundamentalmente de población dispersa rural, o marginal urbana. Se impone entonces la necesidad de buscar una estructura que haga factible el alcanzar el 100% de la cobertura y que el derecho a la salud cubra a toda y no solamente una parte de la población.

En el cumplimiento de esa premisa debemos de tener muy presente que las necesidades y aspiraciones de las comunidades en materia de salud se encuentran fuertemente determinadas por un conjunto de creencias, hábitos, valores y disciplinas de los individuos según el lugar en donde estos se encuentren. Las necesidades y aspiraciones difieren de una comunidad a otra. A veces tales aspiraciones son exageradas o irrealizables como producto de la tradición antropológica y cultural que induce a los individuos a asociarse y organizarse en grupos de presión.

Debemos entonces, en la búsqueda del cumplimiento de las demandas, determinar cuáles son teóricas y cuáles son reales, cuáles son factibles de atender a corto plazo y cuáles a mediano plazo. Debemos tener presente que la accesibilidad es un principio prioritario para que los usuarios puedan hacer uso de los servicios, en las condiciones de mayor facilidad posible y en fin, debemos hacer un esfuerzo para ofrecer a todos los costarricenses prestaciones en salud, integrales y suficien-

tes en calidad y cantidad, para cubrir las demandas de estos servicios en todo el país, compatibles con los medios económicos existentes. Para ello debemos de tomar en cuenta también una serie de factores que están directamente relacionados con las acciones de salud y que tienen influencia en el volumen de la demanda de servicios, tales como los programas de vivienda y asentamientos humanos, la producción y distribución de alimentos, el nivel educativo, la protección ecológica y problemas del medio ambiente, las vías de comunicación, agua potable, excretas y basuras, etc. Pero por sobre todo lo anterior, se requiere una decisión política que, con estricto apego a las normas legales y disposiciones estatutarias existentes, a la capacidad gerencial del Sector y con los recursos humanos y materiales existentes logremos la funcionalidad de un Sistema Nacional de Salud en nuestro país.

El presente documento constituye un prototipo de lo que deberá ser la organización y funcionamiento de la Integración de Servicios de Salud entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Se describen aspectos generales y otros particulares que corresponden a los servicios específicos. Estos realizan actualmente sus actividades de acuerdo a normas vigentes y hasta que se logren tener las leyes que permitan unificar totalmente las normas y procedimientos. De hecho en este campo se han realizado ya esfuerzos específicos conjuntamente entre el Ministerio y la Caja.

Ejemplo de esto, son la labor desarrollada en Estadística y Registro Médicos por las licenciadas Damaris G. de Bermúdez (Ministerio) y Ligia Moya de Madrigal (Caja); en Materno Infantil por los doctores Joaquín Jiménez (Ministerio) y Gutiérrez Pimentel (Caja), con documentos de unificación de normas y la contribución a la historia clínica única perinatal.

La relación directa que los Jefes de los Departamentos de Ingeniería y Construcciones de la Caja y el Ministerio: Ingenieros Villalobos y Acuña mantienen en la elaboración de planos para Centros Integrados. Las acciones tan destacadas de las enfermeras Berta Rodríguez, Marta González, Elizabeth de González y Ana C. Carvajal que participan frecuentemente en actividades de integración y en la organización de un Seminario Nacional sobre el tema y que contribuyó de manera importante a difundir el proceso.

Los doctores Porfirio Valverde y Luis E. Solano han estado en conversaciones para el desarrollo de una infraestructura integrada cantonal de laboratorios de salud que cubra todo el país.

Los doctores Francisco Bianchini y Jorge Vega han estado discutiendo los aspectos de integración de los servicios en el seno de la Comisión Nacional de Odontología.

Las licenciadas Carmen Cecilia Arroyo y Thais Castro, han realizado sesiones para analizar y buscar soluciones a problemas de Trabajo Social que puedan presentarse en el proceso de integración.

Los doctores Guillermo Contreras, Oscar Alfaro, Luis Asís y Carlos Valerín han elaborado trabajos o aportado ideas y soluciones a problemas de la Integración que hemos tomado muy en cuenta en esta publicación. Lo mismo puede decirse de sugerencias aportadas por los Jefes Regionales de la Caja y el Ministerio, doctores: Cedeño, Meneses, Villalobos, Céspedes, Rodríguez, Cubillos, Argüello, Bercera, Sánchez y Cordero.

El Ministro de Salud ha dado aproximadamente cuarenta conferencias en las diversas regiones del país sobre el proceso de integración, en muchas de ellas ha sido acompañado y ha participado activamente el Presidente de la Caja del Seguro. También por radio, televisión y prensa se ha tratado el tema.

Se han realizado nueve seminarios-talleres de Integración de Servicios de Salud como parte del programa de Educación Continua con asistencia de funcionarios del Ministerio y de la Caja de todo nivel y tres seminarios de evaluación de Servicios Integrados. Debemos reconocer el apoyo recibido en todo sentido de la Organización Panamericana de la Salud, lo cual nos place manifestar.

Además, a la fecha ya hay varios Centros Integrados de Salud que han servido para acumular experiencia en este tipo de estrategias y de hecho han sido ellos y sus trabajadores y usuarios, los que con su quehacer nos han proporcionado muchas ideas sobre las ventajas y problemas de las acciones realizadas.

En varias oportunidades a nivel internacional y en diversos países hemos participado en discusiones y análisis de estos temas, incluso con los directores de la O.P.S., doctor Carlyle Guerra de Macedo y el Director de O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), doctor Halfdan Mahler, quienes se han hecho presentes en Costa Rica para analizar sobre el terreno el proceso. Satisfactorio es poder decir que lo han aprobado en su totalidad como una alternativa lógica para obtener servicios de salud para todos y como una experiencia diferente, la cual, unida a nuestras acciones de Atención Primaria y que tanto éxito nos han deparado, posiblemente pueda ser usada como modelo en otras naciones.

Lo anterior ha contribuido pues a que con esa información y experiencia adquirida sobre Integración a la fecha, nos atrevamos a realizar esta publicación como producto de la visión general que actualmente tenemos de este proceso de Integración de Servicios, con el fin de ir facilitando esas actividades a nivel local o regional.

Sin embargo, falta mucho camino que recorrer. Se necesitan aún muchas acciones para unificar programas y requerimos del trabajo en conjunto de los técnicos de las diferentes disciplinas de ambas instituciones para lograr un consenso en cuanto a la fase final de la integración. Probablemente un punto crucial que habrá que resolver a mediano plazo es el mando único de los Servicios Integrados de Salud en cuanto a regiones, áreas y Centros Integrados. Para la razonable buena marcha de cualquier programa se supone que una dirección única y fuerte es indispensable para realizar con eficacia programas en cualquier campo. A la fecha no es posible esto por no tener aún algunas bases legales que faciliten estas acciones.

Pero, es posible continuar avanzando en la Integración de los Servicios si ese mando se ejerce mediante acciones de coordinación y cooperación sin que necesariamente tenga que existir un Jefe único con potestad sobre el personal de ambas instituciones. Así pues, en lugar de hablar por ahora de Jefaturas o Jefes, emplearemos el término de Coordinador. Tenemos que, a nivel nacional existe de parte de cada Institución un coordinador que trabajando en conjunto, analizan, evalúan y dirigen las políticas de la Integración. Ambos rinden informes directamente al Ministro y al Presidente Ejecutivo.

En cada región se nombrará Coordinador a uno de los Jefes Regionales de cualquiera de las Instituciones y acorde con una evaluación hecha por los Coordinadores Nacionales, quienes elevarán la propuesta al Ministro y Presidente Ejecutivo de la Caja para su decisión final.

En los Centros Integrados de Salud, el nombramiento de un Coordinador único debe realizarse bajo normas flexibles como son:

- a) Ver si es posible de común acuerdo y considerando la experiencia y dedicación de los Jefes, escoger a aquel que tiene mayores cualidades o méritos demostrados.
- b) Debe participarse en cierto modo a la Junta de Salud y Seguridad Social del lugar de esta decisión.
- c) La decisión final la deben tomar los Jefes Regionales con el Coordinador Regional.

Puede permitirse la alternativa, si así lo deciden los Jefes del Ministerio y la Caja, que sean ellos mismos quienes escojan la alternativa de coordinación más conveniente. No se trata de crear un sistema competitivo de mando, sino uno cooperativo de acciones. Es una nueva vivencia de servicios en busca de mejorar la capacidad que se tiene para proteger a la comunidad en que se trabaja. Debe quedar claro para los diversos trabajadores de cada Institución, que al presente continúan bajo el mando de su jefe natural institucional. Las normas y procedimientos que señale el Coordinador, serán apoyadas y puestas en ejecución en cada Institución por la jefatura respectiva.

Debemos tener presente que la Integración de Servicios, es el primer paso para un nuevo modelo de entrega de servicios del Sector. Si hemos agotado el modelo asistencial tradicional seguido por ambas Instituciones, debemos ofrecer de inmediato el perfil del nuevo modelo, en el cual la Integración de Servicios es uno de los hechos más prominentes.

Debe modelarse el nuevo perfil de las otras actividades que constituirán los pilares del futuro modelo tales como la estrecha relación de los Hospitales y Clínicas con su comunidad; un Plan Nacional Materno-Infantil; la Medicina del Trabajo; los programas de Rehabilitación física y social; la Higiene Mental; el fomento de la Medicina del Deporte; el control, desarrollo y educación del adolescente de los 7 a los 20 años, como el área de acciones preventivas del adulto de los 20 hasta los 60 años; la política y programas para la Tercera Edad y la construcción y funcionamiento de la Red Nacional de CINAI como elemento básico de los nuevos programas para el desarrollo del niño sano y de Educación para la Salud y las demás actividades que en Atención Primaria venimos realizando y que esperamos generalizar.

En resumen, estamos frente a una nueva perspectiva del desarrollo de la Salud y debemos actuar también con una actividad nueva, diferente, de mayores horizontes a los tradicionales.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los servicios de salud tuvieron origen en el año de 1863 con el establecimiento de la Primera Junta de Caridad por el Estado Costarricense con el encargo de abrir un Centro Hospitalario para la atención de los enfermos. Como fuente de financiamiento para ese establecimiento el Gobierno creó la Lotería Nacional y con el concurso de la Iglesia Católica a través de las Hermanas de la Caridad. Así nació el Hospital San Juan de Dios.

En la misma forma y con el correr del tiempo en la década del 80 se fueron organizando y abriendo otros hospitales en las cabeceras de provincia tales como el San Rafael de Alajuela, el San Vicente de Paúl de Heredia, el Max Peralta de Cartago, etc. El San Rafael de Puntarenas se había abierto para la Campaña de 1856.

La Compañía Bananera de Costa Rica también contribuyó con otros centros hospitalarios ubicados en las zonas bananeras como fueron el Tony Facio de la ciudad de Limón, el Tomás Casas de Ciudad Cortés, el Hospital de Quepos y el Hospital de Golfito. El Hospital de Pérez Zeledón se abrió con los trabajos de la carretera Interamericana, en 1940.

Para esa época las salas de esos hospitales se encontraban abarrotadas principalmente por enfermos de tuberculosis, paludismo, parasitosis intestinal, enfermedades diarreicas y desnutrición. No fue sino hasta el año 1922 durante la administración de Cleto González Víquez, en que el doctor Solón Núñez Frutos obtuvo del Gobierno la creación de una subsecretaría de Salubridad Pública, iniciándose así las primeras campañas de medicina preventiva en Costa Rica. En 1927 la Subsecretaría de Salubridad fue elevada a rango de Ministerio, dando nacimiento a una red de unidades de medicina preventiva denominadas: Unidades Sanitarias, que se fueron instalando paulatinamente en todos los cantones del territorio nacional.

Con la promulgación de Ley General de Asistencia Médico-Social, número 1153 del 14 de abril de 1950, se crea la Dirección General de Asistencia Médico-Social, como responsable por parte del Estado, de la coordinación y administración de los fondos destinados a los Centros Hospitalarios. Las Juntas de Caridad se convirtieron entonces en Juntas de Protección Social y a las rentas producto de la Lotería Nacional se agregaron con el correr del tiempo otros ingresos específicos tales como el Timbre Hospitalario, el Impuesto de Ventas, el Impuesto de los licores, a los cigarrillos y otros.

En el año de 1941 se crea la Caja Costarricense de Seguro Social, destinada a la atención de la salud del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento Estado, patrono y obrero. El 12 de mayo de 1971, por Ley No. 2738, se faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social a la Universaliza-

ción de los Seguros Sociales, de acuerdo con cuanto dispone el párrafo tercero del artículo 177 de la Constitución Política y se le fija un plazo no mayor de 10 años para el cumplimiento de la Universalización.

Como una importante definición de política institucional, la Caja inició la construcción de sus propios centros hospitalarios para atender en forma directa a sus derechohabientes con el viejo Hospital Central y el William Allen, en Turrialba. Al extender sus servicios al área rural, los asegurados fueron atendidos en los Hospitales dependientes del Ministerio de Salud, mediante un sistema de compra de servicios. Posteriormente, con recursos propios, levanta nuevos centros; así nacieron el Hospital México en San José, y el Hospital Monseñor Sanabria, en Puntarenas.

En 1973 se promulga la Ley No. 5349 denominada "Ley de Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social". Para efectos de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, cuya administración está confiada a la Caja, así como para el logro de un sistema integral de la salud, el Ministerio de Salubridad Pública, las Juntas de Protección Social y los Patronatos a cargo de las Instituciones médico-asistenciales, traspasarán a la Caja las instituciones que de ellos dependan. La Caja quedará facultada para recibir dichas instituciones, de acuerdo a su Ley, Reglamentos y programas de extensión o universalización. En la misma Ley se otorga participación a la Caja en la elaboración y ejecución de los planes nacionales de salud, conjuntamente con el Ministerio de Salud y a su vez se enfatiza que la atención de las acciones de salud en material de medicina preventiva, no reservadas a la Caja, serán de responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud.

En este mismo año, se promulga la Ley No. 5412 mediante la cual el Ministerio de Salubridad se convierte en Ministerio de Salud; las Direcciones Generales de Salubridad y de Asistencia Médico-Social se refunden en una sola: La Dirección General de Salud, y se le confieren al Ministerio las siguientes atribuciones:

- a) Elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la política nacional de salud y evaluar y supervisar su cumplimiento.
- b) Dictar las normas técnicas en materia de salud de carácter particular o general y ordenar las medidas y disposiciones ordinarias y extraordinarias que técnicamente procedan en resguardo de la salud de la población.
- c) Ejercer el control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas, en materia de salud, velando por el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas pertinentes.
- ch) Ejercer la jurisdicción y el control técnico, sobre todas las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas, así como coordinar sus acciones con las del Ministerio.
- d) La fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas, total o parcialmente por el Estado o por Municipalidades o con fondos públicos de cualquier naturaleza.
- e) Realizar las acciones de salud en materia de medicina preventiva sin perjuicio de las que realicen otras instituciones.
- f) Otorgar las prestaciones de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación a través de los organismos creados al efecto, sin perjuicio de las que

realicen otras instituciones. Estos servicios se cobrarán de conformidad con la capacidad económica del usuario, entendiéndose que las personas de escasos recursos recibirán gratuitamente, todo conforme lo determine el reglamento respectivo.

g) Realizar todas las acciones y actividades y dictar las medidas generales y particulares que tiendan a la conservación y mejoramiento del medio ambiente, con miras a la protección de la salud de las personas.

h) Importar en forma exclusiva y directa drogas estupefacientes, sustancias y medicamentos que por su uso puedan producir dependencia física o psíquica de las personas.

i) Mantener un sistema de información y estadística relativo a la materia de salud, para cuyos efectos todas las instituciones que realicen acciones de salud pública y privada están obligadas a remitir los datos que el Ministerio solicite, todo conforme al reglamento respectivo y:

j) Cualquier otra que señalen la ley o los reglamentos sin perjuicio de las atribuciones que la ley confiere a las instituciones autónomas del sector salud.

En esta forma quedaron así sentadas las bases para el nacimiento de un sistema nacional de servicios como el que ahora se pretende implementar.

EL PROCESO DE INTEGRACION DE SERVICIOS DE SALUD

Conceptualización:

Por integración conceptuamos, el desarrollo armónico y sistematizado de esfuerzos interinstitucionales para atender las necesidades y la demanda efectiva de servicios, definiendo y coordinando racionalmente la cuota de compromiso y participación de las respectivas agencias estatales en el proceso, dentro de un contexto jurídico-administrativo que si bien respeta la individualidad institucional, pretende establecer el mecanismo que permita crear y consolidar en el corto y mediano plazo un sistema nacional de salud. Tal objetivo tiene fundamento en el contenido del Programa del Sector Salud del Plan Nacional de Desarrollo "Volvamos a la Tierra" 1982 - 1983 promulgado por la Administración del Presidente Luis Alberto Monge Álvarez y que constituye el primer enunciado de voluntad política para desarrollar la intervención del Estado en el campo de la atención a los problemas sanitarios.

Objetivos Generales:

- Identificar y establecer las normas y los procedimientos básicos que permitan cumplir con los lineamientos generales sobre política de desarrollo sectorial en salud, contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo "Volvamos a la Tierra" 1982 - 1986.
- Facilitar la ejecución de los programas institucionales, ofreciéndoles un enfoque de desarrollo sectorial que garanticen una eficiente orientación de los recursos dentro de los principios que fundamentan la solidaridad social.
- Comprometer y orientar la participación plena y consciente de las organizaciones comunitarias, respetándoseles su idiosincracia y demás factores que las singularizan con el propósito deliberado de que éstas se constituyan en instrumentos útiles de su propio bienestar y desarrollo.
- Diseñar mecanismos de sensibilización, capacitación e información a los funcionarios de las instituciones que integran el sector para lograr su activa participación en el nuevo proceso que se está tratando de implementar.
- Lograr el establecimiento de un sistema de prestación de servicios tanto preventivo como asistencial, que cubra a la totalidad de la población costarricense sin distinciones de ninguna naturaleza e independientemente de su condición económica y su ubicación geográfica.

Estrategias:

- Impulsar el desarrollo regional y local del sector salud, dotándosele a las unidades que lo integran una adecuada desconcentración y de la capacidad administrativa necesaria para que puedan cumplir razonablemente los objetivos

de integración de servicios, así como incorporar a este esfuerzo paulatinamente la participación activa de otras agencias públicas y organizaciones comunitarias.

– Revisar y ajustar en lo procedente, el esquema general de niveles de atención en salud en forma que tenga consistencia con el modelo de organización sectorial en implantación.

– Delimitar claramente las funciones que competen a cada institución representadas en el sector dentro del nuevo sistema, al tenor de la legislación vigente, buscando su coordinación para evitar duplicidades innecesarias, garantizando así un mejor uso de los recursos, planteando las alternativas de unificación que mejor conduzcan a lograr los propósitos de integración.

– Integrar los servicios del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social y posteriormente de las otras instituciones que conforman el sector, tales como el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, etc.

Fundamentos políticos para la integración de servicios:

En el “Plan Nacional de Desarrollo 1982 - 1986” y en lo que concierne al “Programa del Sector Salud” se establece lo siguiente:

“La integración de las instituciones en sectores constituye un instrumento que facilita la división del trabajo y la correspondiente asignación de responsabilidades. Por otra parte, la multiplicidad de interrelaciones de los factores que actúan sobre la situación de salud, hace imperativo el análisis y la acción coordinada multisectorial. Las políticas definidas y las acciones emprendidas por el Sector Salud, se van influidas por las que realizan o dejan de realizar las instituciones de otros sectores, e igualmente las acciones específicas de salud repercuten en aquellos”.

En la situación actual se destacan, entre los procesos socioeconómicos por sus efectos en las acciones gubernamentales del Sector Salud, la inflación, la reducción de las importaciones y el desempleo. El modelo de atención médica del país, no estaba preparado para tales situaciones, lo que ha tenido varias consecuencias:

– En salud se han venido invirtiendo grandes sumas de dinero. En su aspecto positivo, esto ha conducido a que el país cuente con una magnífica infraestructura sanitaria, a un buen control de la infección e incluso erradicar algunas enfermedades. Sin embargo, ante el hecho de que los recursos son insuficientes y la demanda creciente se hace necesario, al menos, mantener la oferta de servicios que ya forma parte de los derechos adquiridos por los usuarios.

– La atención médica ha venido configurándose con un alto contenido tecnológico, el personal médico está acostumbrado a utilizar sin mayores restricciones material y medicamentos de alto costo, así como recurrir a un equipo costoso, cuyo mantenimiento en dólares se convierte en este momento en un serio problema.

– El aumento del desempleo, la disminución de las fuentes de trabajo, el cierre de algunas empresas, la inflación, el aumento del principal de los productos importados, han repercutido negativamente en la operabilidad de los servicios médicos.

Otro factor fundamental que hay que considerar como parte del contexto que condicionará las acciones del Sector Salud, en el futuro inmediato, es el envejeci-

miento gradual que sufrirá la población en los próximos años, el cual contribuirá al incremento de cierta patología, hasta ahora poco frecuente en nuestro país.

El objetivo principal en el campo de la salud, debe ser el mantener y mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad por patología propia del subdesarrollo infección y desnutrición, alcanzados hasta ahora y prevenir el aumento acelerado de padecimientos predominantes en los países industrializados, como la enfermedad vascular, obesidad y diabetes, hipertensión arterial, cáncer, muerte violenta y prematuridad. Además lograr el funcionamiento armónico y coordinado de todas las instituciones del Sector bajo el concepto de sistema que permita el uso más racional posible de los recursos, ante el agotamiento del modelo tradicional.

La estrategia gira alrededor de la intención de crear y consolidar un nuevo modelo de atención médica en el país, un Sistema Nacional de Salud que funcione integralmente, con mayor eficiencia que los servicios existentes en la actualidad y sobre todo con menores costos. En este sistema se procurará eliminar las diferencias entre la población asegurada y no asegurada y se promoverá al máximo la participación de la comunidad como uno de los fundamentos primordiales del cambio. Se busca la creación de un Sistema Nacional de Salud, entendido como una ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y la capacidad instalada, planificada de manera coordinada y organizada por medio de procesos administrativos de la mayor uniformidad posible y del uso de las tecnologías apropiadas. Se pretende ofrecer prestaciones en salud, integrales y suficientes en calidad y cantidad para cubrir las demandas de estos servicios en todo el país, compatibles con los medios económicos existentes. Serán acciones nuevas y fundamentales en tal Sistema: la participación de la comunidad, la Educación de la Salud (para que la población misma sea la que la busque y promueva) y la estrategia de extensión de servicios enfatizando la atención primaria.

Como queda establecido anteriormente, existen toda una serie de justificantes de orden técnico que unidos a los ocasionados por los factores socioeconómicos que existen actualmente en nuestro país, hacen imperativa la necesidad de canalizar todos los esfuerzos a fin de lograr mantener no sólo los indicadores actuales sobre salud sino también el evitar que éstos se deterioren.

Antecedentes jurídicos de la integración:

Existen toda una serie de leyes que se han promulgado hasta el momento y que sirven muy bien a la creación de un sistema nacional de salud, a saber:

- a) El 12 de mayo de 1961 se promulga la Ley No. 2738 que obliga a la Caja Costarricense de Seguro Social a la universalización de los Seguros Sociales de conformidad con cuanto dispone el transitorio al párrafo tercero del artículo No. 177 de la Constitución Política.
- b) En 1972 se hace la ruptura de toques para la contribución económica a la Caja, suprimiéndose los toques verticales u horizontales. Se crea el Reglamento para la cobertura de los trabajadores Independientes y se reconoce el derecho de los indigentes al dárselos la categoría de "Asegurados por el Estado".
- c) El 24 de setiembre de 1973 se promulga la Ley No. 5349 denominada "Ley de Traspaso de Hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social". En esta Ley se dice claramente que este traspaso se realiza entre otras razones "para el

logro de un sistema integral de la salud”.

En 1973 se dicta una nueva “Ley General de Salud para crear un nuevo marco legal y se promulga una nueva Ley Orgánica para reorganizar el Ministerio de Salud. En ambas se fijan las políticas de salud, así como la de realizar acciones de salud en materia de medicina preventiva y medicina curativa y de rehabilitación en coordinación con los organismos creados para ese efecto.

d) El 20 de febrero de 1979 mediante Decreto Ejecutivo No. 9644-P-OP la Oficina de Planificación Nacional, hoy MIDEPLAN, crea el subsistema de Planificación Sectorial con base en el artículo No. 140, inciso 3 y 18 de la Constitución Política.

e) El 11 de enero de 1979 por Decreto Ejecutivo No. 9501-P-OP se crea el Subsistema de Planificación Regional y se establece la **coordinación** del Sector mediante un **Ministro Coordinador**.

f) El 8 de enero de 1983 mediante Decreto Ejecutivo No. 14184 PLAN se crea el subsistema de Dirección y Planificación Sectorial y finalmente,

g) El 15 de febrero de 1983 mediante Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS PLAN se constituye el Sector Salud, integrado como sigue:

El Ministerio de Salud.

El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

El Ministerio de la Presidencia.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

La Caja Costarricense de Seguro Social.

Además, para asuntos específicos, los programas o actividades a cargo de las siguientes entidades que deban enmarcarse dentro de las políticas del sector:

Instituto Nacional de Seguros, en su Programa de Riesgos Profesionales y cualquiera otros atinentes a prevención y tratamiento.

Universidad de Costa Rica en lo que respecta al Instituto de Investigaciones en Salud y Área de Ciencias Médicas.

Otros Convenios y Acuerdos existentes para el cumplimiento de lo establecido por las leyes y decretos promulgados en favor de la creación del Sistema de Salud en Costa Rica, la Integración del Sector y la Integración de los Servicios son los siguientes:

a.-El 5 de abril de 1979 se firmó un Convenio entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, sobre el sistema de liquidación del costo de la asistencia médico hospitalaria a la población no asegurada, incapaz de sufragar los gastos de su atención médica.

b.-En 1982, se establecen las bases para un Convenio entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se vino a firmar el 21 de diciembre de 1984 como “Convenio para la Integración de Servicios Ministerio de Salud y C.C.S.S.” y que se presenta al final del trabajo, con lo cual se consolida el cumplimiento de las disposiciones establecidas en las Leyes, Nos. 5349 y 2738 sobre el Traspaso de Hospitales y la Universalización de los Seguros Sociales respectivamente y de la Ley General de Salud que otorga al Ministerio de Salud la Rectoría de las acciones de salud.

c.-El 22 de noviembre de 1982 mediante Decreto Ejecutivo No. 13989 - SPPS se ordena la creación de una Comisión Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y la Caja, la que se encargará de todo lo concerniente a la integración de

servicios entre ambas instituciones con miras a crear un Sistema Nacional de Salud en el país.

d.-El 27 de enero de 1983, se promulgó el Decreto Ejecutivo No. 14222 que crea las Juntas de Salud y Seguridad Social en todos los cantones del país, las que servirán "como medio de comunicación y enlace entre las instituciones y las comunidades a las cuales sirven". (Ver al final pág. 60)

e.-El 4 de enero de 1984 se promulgó el Decreto Ejecutivo No. 15133 en el cual se establecen los detalles de la atención por parte de la Caja de los "Asegurados por el Estado", su identificación, sus requisitos y el modus operandi para el pago de esos servicios.

Queda así demostrado entonces que existen suficientes elementos legales para llevar a cabo la integración de servicios bajo el criterio de Sistema de Salud que permita una conjunción de esfuerzos para la obtención de objetivos comunes. Sin embargo, al presente se está redactando una ley específica que consolide el nuevo modelo y garantice su continuidad frente a los cambios de gobiernos y permita además a las instituciones el uso discrecional de sus insumos en forma coordinada, independientemente de las características de los beneficiarios. Existe, además la voluntad política de estructurar el Sistema con el fin de mejorar al máximo posible la salud de la población costarricense, con el uso más racional de los recursos.

Organización de los Servicios Integrados de Salud:

Para garantizar la adecuada coordinación de los servicios y por sobre todo el uso racional de los recursos con el mayor grado de beneficio, los servicios, además de integrarse, deben organizarse por **Niveles de Atención**.

Por niveles de atención debe entenderse la distribución organizada de los recursos selectivos en cantidad y calidad, de acuerdo con los diversos grados de complejidad de la atención médica específicamente y de la salud en general.

Aún cuando todavía existen algunas diferencias en el campo internacional de la forma como deben identificarse los niveles de atención, en nuestro medio, creemos nosotros debe privar el concepto de cómo implementarlos, a la luz de la necesidad de integrar los servicios del Ministerio de Salud con la estructura de complejidad progresiva con que estamos organizados, con los de la Caja Costarricense de Seguro Social. Decimos que los niveles de atención permite la atención integral de la salud en forma escalonada. La distribución de los recursos humanos y materiales y la coordinación de programas mediante la administración y el costo racionalizado, se hace en función de la prevención de la enfermedad, la educación para la salud, las características de los padecimientos, su frecuencia los motivos de la demanda y la disponibilidad tecnológica para resolverlos. El costarricense debe disponer de los recursos que se requieran para resolver su problema, independientemente de su ubicación geográfica o económico-social. El único determinante es su patología, que se resolverá al nivel que corresponda, dentro de una escala de complejidad creciente.

En razón de este enunciado, entonces, deben existir únicamente los niveles integrados que las instituciones necesiten, a fin de evitar que surjan confusiones cuando se hable sobre medicina de primer contacto, atención primaria, ubicación de las diversas especialidades y papel del personal paramédico. Se trata de un sistema,

piramidal de servicios en el cual se proporciona un apoyo sucesivo y gradual de la periferia hacia el centro empezando por las acciones de salud más simples a nivel del hogar, hasta llegar a los centros altamente especializados.

Primer Nivel:

Conocido también como el nivel esencial, está constituido por el hogar: la familia en su vivienda y su medio ambiente.

Si se piensa en que la filosofía de los servicios de salud, es en última instancia tener una población sana, sin enfermedades y no simplemente tener toda una infraestructura y tecnología adecuada para curar, entonces el primer nivel de atención, el hogar, adquiere una importancia suprema pues es allí en donde se cimienta la salud o donde se gesta la enfermedad.

Los hogares y especialmente las madres se constituyen en un primer "funcionario" al servicio de la salud. Si eso se logra, si se inducen las acciones esperadas, la madre será prácticamente el primer asistente de salud y la familia, el hogar célula básica de la sociedad, el primer nivel de atención. La educación para la salud constituye el instrumento fundamental en este nivel. El cuidado de los niños y la familia, la higiene del grupo, la alimentación, la inducción de hábitos y costumbres, se promueven a este nivel.

Los programas de Salud Rural y Comunitaria estarán apoyados por las madres trabajando en el fomento y promoción de buenos hábitos y costumbres para la salud.

La acción de enseñar y promocionar la salud por acción directa corre a cargo de personal auxiliar polivalente: Promotores de Salud, Asistentes de Salud Rural, Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Salud Comunitaria, etc. Para la acción de grupo o de masas, se recurrirá a los medios masivos de información.

Las acciones que comprende este nivel, que por lo demás corresponden a los de atención primaria, son los siguientes:

- Medidas de higiene
- Alimentación
- Lactancia Materna
- Conservación de los alimentos
- Inmunizaciones
- Detección de problemas en los hogares
- Detección de problemas comunales
- Tratamiento de padecimientos leves
- Detección de otras patologías y referencia para su atención.

En general se hace énfasis en el importante papel que el núcleo familiar cumple con respecto a la sociedad, conociendo sobre los problemas de la salud y enfermedades, problemática de los ancianos y el fomento de la colaboración con los grupos comunales y las instituciones de salud para la solución conjunta de los problemas.

La inducción de las labores de este primer nivel, son exclusivas del Ministerio de Salud a través de sus Asistentes, dadas las características propias de las mismas. La acción colectiva se puede realizar separada o conjuntamente entre la Caja y el Ministerio, con programas diseñados por objetivos.

Algunos temas para esta campaña pueden ser:

- Prevención de las enfermedades del corazón
- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual
- Fomento de la Lactancia Materna
- Prevención y control de la hipertensión arterial
- Control de la Obesidad
- Control de la Diabetes Mellitus
- Campaña contra el hábito de fumar
- Campaña contra el alcoholismo
- Campaña de hábitos sanitarios

Segundo Nivel:

Este nivel está constituido por la red de Puestos de Salud a cargo del Ministerio de Salud. Estos Puestos son pequeñas Unidades atendidas por Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Salud Rural y Asistentes de Salud Comunitaria con supervisión y apoyo de personal médico y de enfermería. En ellos se realizan acciones de medicina preventiva, educación sanitaria, inmunizaciones, tratamiento de padecimientos leves, primeros auxilios y control de enfermedades crónicas. Constituyen el enlace entre el primer nivel, el hogar y el sistema integrado Ministerio-Caja, ya que no sólo se refiere al nivel superior los problemas que no puede evacuar, sino que recibe la asesoría y el apoyo asistencial de los médicos y las enfermeras, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja. En este nivel no sólo se detectan problemas de enfermedad, sino también de trabajo, sociales, educacionales y ambientales, cuyas conclusiones se transmiten al nivel superior para la atención interdisciplinaria del problema según la índole del mismo.

Las actividades encomendadas a los Puestos de Salud son las siguientes:

- Control de Enfermedades transmisibles y crónicas
- Salud Materno-Infantil
- Planificación Familiar
- Nutrición
- Primeros Auxilios
- Inmunizaciones
- Acciones sobre el medio ambiente
- Abastecimiento de agua
- Disposición de desechos
- Disposición de excretas
- Control de la Contaminación Ambiental
- Educación para la Salud
- Organización de Desarrollo Comunal
- Registro Informativo y Estadísticas
- Atención médica general programada

La atención médica general en los Puestos de Salud se brindará por medio de las Unidades Móviles del Ministerio una o dos veces al mes, según la población a atender. El personal de estas Unidades podrá ser indistintamente médicos o personal de enfermería del Ministerio o de la Caja en forma permanente o alterna. Los problemas odontológicos estarán a cargo de las Unidades Móviles de Odontología del

del Ministerio de Salud que visitarán la Escuela del lugar por lo menos una vez al año. En estas Unidades podrán participar tanto odontólogos y Asistentes del Ministerio como de la Caja. Previo a la vista de las Unidades Médicas de apoyo, el personal del Puesto de Salud deberá seleccionar de antemano los pacientes a fin de que el rendimiento sea más efectivo.

Todas las actividades encomendadas a los Puestos de Salud deben de obedecer a un plan bien coordinado con los niveles superiores, a objeto de evitar duplicidades innecesarias e inconvenientes. Así por ejemplo: las actividades dentro del campo Materno Infantil que son tan importantes, pueden desarrollarse con suficiencia en este segundo nivel, a cargo de los Puestos de Salud, en el tanto de que el apoyo y asistencia técnica del tercer nivel (desplazamientos médicos en Unidades Móviles) sea el adecuado.

Los medicamentos y servicios de apoyo que se requieren para las actividades a cargo de los Puestos de Salud serán suplidos por el Nivel Superior, según se trate de consultas preventivas o asistenciales.

En este nivel se establece el expediente único y familiar, facilitando así lo concerniente a los registros médicos y estadísticos.

La población beneficiada con este nivel lo constituyen comunidades rurales en áreas dispersas.

Tercer Nivel:

El tercer nivel de atención es un nivel general, atendido especialmente por médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento y personal paramédico que brinda los servicios de apoyo (Farmacia, Laboratorio, Trabajo Social, Salud Comunitaria, etc.) Dentro del Sistema Nacional de Salud que se está implementando, el objetivo es lograr convertir los actuales Centros de Salud a cargo del Ministerio de Salud y las Clínicas de Consulta Externa de la Caja Costarricense de Seguro Social, en Centros de Atención de Salud Integral, donde se brinden y se coordinen programas de medicina preventiva, exámenes de detección en masa, educación para la salud, medidas higiénico-sanitarias, además de los habituales cuidados y tratamientos de la enfermedad. A este nivel tienen acceso los pacientes referidos por los Puestos de Salud y aquellos usuarios que asistan por cita o espontáneamente. También se constituye en un punto de referencia hacia los hospitales periféricos o regionales o si el caso lo amerita, a los hospitales nacionales o especializados.

En donde sea posible, el Ministerio y la Caja ocuparán una misma planta física. Si la integración de los servicios no pueda realizarse en un mismo local, el Ministerio y la Caja podrán permanecer en los edificios que ocupan actualmente, en el tanto de que las políticas, acciones y coberturas actúen como una sola. A pesar de lo anterior, algunos de los servicios de apoyo con que cuentan ambas instituciones como son el Laboratorio Clínico y la Farmacia conviene que se reúnan en una sola planta física, para facilitarle al paciente su acceso y mejor utilización. Debe estudiarse en cada caso, todas las alternativas para fusionar acciones. En el caso de que se comparta una sola planta física, es conveniente que las consultas se encomienden a un equipo médico y paramédico conjunto como en el caso, por ejemplo, de las consultas materno-infantiles que ambas instituciones realizan y

que no es conveniente impartir en forma separada.

Los registros médicos cuando se comparte una misma planta física, deberá ser único. Las Clínicas Integradas entonces deberán de organizarse en dos unidades internamente. Una Unidad de Medicina Asistencial para la atención de los enfermos y una Unidad de Medicina Preventiva para las consultas específicas y ambas unidades con servicios de apoyo compartidos tales como: Archivo, Farmacia, Laboratorio, etc.

Cuando la Integración no puede efectuarse en una misma planta física, el Centro de Salud deberá convertirse en la Unidad de Medicina Preventiva y la Clínica de Consulta Externa de la Caja en la Unidad de Medicina Asistencial. Cada unidad contará con su propio archivo de expedientes y los servicios de apoyo tales como: Farmacia y Laboratorio se ubicarán en la Planta Física que ofrezca más comodidad para su funcionamiento.

En lo que a normas se refiere para las consultas preventivas, regirán las que el Ministerio de Salud tiene establecidas para cada especialidad al igual que para los casos de enfermedad regirán las normas que la Caja determine.

Los recursos humanos médicos y paramédicos y administrativos que se integren a servir en este programa, deben ser claramente informados y concientizados sobre los propósitos de la implantación del nuevo modelo. Estos funcionarios desde el punto de vista laboral, seguirán dependiendo del mismo patrono y su trabajo será regido por el Reglamento de Trabajo de cada una de las Instituciones.

En lo que se refiere a los recursos materiales, las instituciones podrán desplazar parte a todo el equipo sin que esto signifique que deje de pertenecer al patrimonio original y siempre y cuando el desplazamiento se haga con el exclusivo propósito de garantizar una mejor atención de los usuarios.

El Ministerio de Salud se hará cargo de los programas de Atención Prenatal hasta el séptimo mes, Planificación Familiar, control, desarrollo del Niño Sano. Por su parte la Caja atenderá la demanda de consulta médica.

En otras palabras, tanto el Ministerio como la Caja conservarán su autonomía en el proceso administrativo y de dirección, así como en los procedimientos para el suministro de materiales y aspectos disciplinarios, debiendo adecuar y compatibilizar sus programas a la nueva política y manteniendo la exclusividad de aquellos que las actuales leyes les confieran, como es el caso de la atención de los problemas de atención del Medio Ambiente que son responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud.

Finalmente, la participación comunitaria en este nivel es de gran importancia, pues es ella la que debe promover las mejoras en los servicios conjuntamente con los funcionarios de las instituciones responsables de la prestación de los mismos. Esta participación comunitaria se hará por conducto de las reuniones periódicas de las Juntas de Salud y Seguridad Social, de conformidad con los términos del Decreto Ejecutivo No. 14222 de fecha 25 de abril de 1983 que las creó.

Cuarto Nivel:

Este nivel es responsabilidad de la Caja, ya que involucra atención del enfermo encamado, curaciones, rehabilitación, docencia e investigación que conforme a las leyes vigentes y propósitos del nuevo modelo corresponde atender. Las Unidades

a cargo de este nivel contarán con especialidades básicas de medicina, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría. En algunos casos serán Hospitales Periféricos, en otras Clínicas y Dispensarios.

La población a servir les será referida por los Puestos de Salud y las Clínicas Integradas de Salud, según sea el caso de que se trate, además de que acuda a ellos espontáneamente. No obstante lo anterior, el Ministerio de Salud mantendrá una permanente coordinación con la Caja de sus programas, que permita la vigilancia de las personas sanas con acciones de promoción y prevención, debiendo asimismo el Ministerio de propiciar el entrenamiento y la capacitación del personal de la Caja sobre acciones comunitarias de salud. Con tal propósito, el Hospital Periférico y la Clínica según la zona de que se trate, pueden funcionar como Escuelas Comunitarias de Salud Integral y preparar conjuntamente con el Ministerio de Salud desde allí a los usuarios, a fin de que comprendan la importancia de utilizar racionalmente los servicios y de constituirse cada uno en pilar invaluable de la salud del pueblo o región de la cual es originario.

Quinto Nivel:

Los Hospitales Regionales funcionarán como quinto nivel de atención y en él, la Caja brindará el servicio de asistencia para patologías difíciles.

Desde el nivel del Hospital Regional, se coordinarán investigaciones científicas y partirán también esfuerzos de extensión, cobertura y participación comunitaria.

Debe tomarse en cuenta que los Hospitales Regionales se encuentran generalmente ubicados en la sede de las Regiones Programáticas de Salud. Son Hospitales Generales con las especialidades de Medicina:

Medicina Interna:

Cardiología, Gastroenterología, Neurología, Psiquiatría.

En Cirugía:

Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, O.R.L.

En Gineco-Obstetricia:

Ginecología, Obstetricia, Planificación Familiar, Neonatología en Pediatría.

Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría y las subespecialidades de mayor demanda en la región, por lo que se considera que debe ser, en conjunto con los demás establecimientos de menor complejidad de la región autosuficiente para atender los problemas médicos. De acuerdo con el sistema referencial de los hospitales nacionales de inmediata accesibilidad geográfica, los casos que por su dificultad no pueda resolver, quedando entonces fuera de su campo de acción los casos altamente especializados que requieran métodos de diagnóstico muy complejos. Estos hospitales tendrán una capacidad entre 200 y 350 camas hospitalarias las que se distribuirán entre los servicios básicos mencionados anteriormente y las subespecialidades de mayor demanda.

La enseñanza y la investigación en los Hospitales Regionales son fundamentales, no sólo para que participen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino para que también colaboren con las universidades en una desconcentración de las funciones docentes y asistenciales.

Finalmente los Hospitales Regionales deberán dar el respaldo científico y apoyo técnico a todas las instalaciones de salud comprendidas en su área de atracción,

incluyendo los niveles primario, básico e intermedio (Puestos de Salud, Clínicas Integradas de Salud y Hospitales Periféricos).

Sexto Nivel: Hospitales Nacionales

Estos Hospitales Nacionales, de corta y larga estancia, son Centros de Referencia de Patologías altamente complicadas y también de apoyo técnico-diagnóstico de alto nivel y comprenden todas las especialidades médico-quirúrgicas como cáncer, cirugía de tórax, cardiovascular, neurocirugía, trasplantes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad.

Tienen responsabilidades docentes en la formación de recursos humanos para el Sistema Hospitalario Nacional de todo tipo de personal profesional y auxiliar en unión con la Universidad de Costa Rica.

Debe existir un propósito general, a todos los niveles de que a mediano plazo, nuestra medicina se caracterice por ser una medicina simple que tienda a prevenir la mayor parte de los problemas de salud que ya nos afectan y no a contar con la máxima sofisticación de los equipos y la tecnología y personal más especializado. Por tal motivo, los hospitales nacionales deben de contribuir especialmente en el campo educativo y particularmente en lo que al conocimiento de la problemática nacional se refiere. (Ver pág. 41 a 47).

Regionalización de servicios:

Los servicios de salud, fueron regionalizados desde 1971 conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Caja, con el fin de extender la cobertura, mejorar la oferta de servicios y aplicar los niveles de atención para que los programas respondan a las necesidades y recursos de las distintas áreas geográficas e incrementar la participación popular en las diferentes etapas del estudio, solución y evaluación de los problemas de salud.

La regionalización consiste, entonces, en la división del país en áreas subnacionales denominadas regiones, mediante la utilización de diferentes criterios (demográficos, epidemiológicos, capacidad instalada, estadísticas, administrativos, etc). Para cada una de las regiones se nombran equipos profesionales multidisciplinarios integrados por médicos, odontólogos, microbiólogos, enfermeras, administradores, etc., responsables de organizar, dirigir y coordinar los servicios que atienden las necesidades de tales jurisdicciones.

Sin embargo, existen diferencias entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, en lo que a las Regiones se refiere, pues mientras el Ministerio dividió el país en cinco Regiones (Central, Huetar Norte, Chorotega, Huetar Atlántica y Brunca), la Caja asumió la regionalización en Cuatro Regiones (Chorotega, Brunca, Central -dividida en tres subregiones- y Huetar -dividida a su vez en Huetar Norte y Huetar Atlántica-; posteriormente a partir del mes de julio de 1982, la Caja decidió redistribuir la Región Central en dos subregiones denominadas Central Este y Central Oeste.

Esta diferencia entre las Regiones del Ministerio y la Caja es algo que debe de tenerse muy en cuenta en razón de que una integración de servicios, que inicialmente va a contar con una coordinación de actividades dentro del campo médico, un flujo de información estadística conjunta (morbilidad, mortalidad, epidemiología, demografía, financiera, etc.) requiere de una uniformidad de las Regiones entre ambas instituciones. Esta premisa adquiere mayor relevancia sobre todo cuando se espera poder fusionar a corto plazo los recursos entre ambas instituciones.

Temporalmente tenemos discrepancias con la regionalización de MIDEPLAN.

La regionalización propuesta por MIDEPLAN sugiere como estrategia a corto plazo el establecimiento coordinado al nivel de las 22 subregiones existentes y posteriormente, a mediano plazo, cubrir en el proceso las regiones.

De lo anterior se deduce que el esfuerzo de MIDEPLAN se dirige hacia el establecimiento de una regionalización oficial uniforme para el Sector Público, evitando la gran cantidad de clasificaciones regionales institucionales.

Considerando entonces que el Ministerio de Salud utilizó como criterios para la regionalización la accesibilidad geográfica, la concentración de la población beneficiaria y el incremento de los Centros de Salud, en tanto que la Caja utilizó la accesibilidad y la capacidad resolutoria de los diferentes niveles de complejidad, los cuales son el resultado de la concentración demográfica y el desarrollo social y económico, el Consejo Nacional de Salud en su Sesión del 2 de mayo de 1983, dispuso el que mediante aproximaciones sucesivas, se llegue a un ajuste más homogéneo entre ambas instituciones, buscando que en un plazo perentorio se logre la compatibilidad total en la regionalización entre estas instituciones y las demás que integren el Sector.

Organización Administrativa de los Servicios Integrados:

Como se señaló anteriormente en esta etapa de la Integración de Servicios, tanto el Ministerio de Salud como la Caja conservarán su autonomía administrativa. Sin embargo, ambas jefaturas, así como todos los niveles homólogos de funciones buscarán acciones compartidas, o acciones de sustitución.

En materia de suministros, entonces, el Ministerio de Salud continuará manteniendo su propio sistema de suministros a nivel nacional, de conformidad con cuanto dispone el Decreto No. 14835-S del 14 de setiembre de 1983. La Caja por su parte, continuará adquiriendo sus suministros a través de su Departamento de Aprovisionamiento, dependiente de la División de Recursos Materiales.

No obstante lo anterior, ambas instituciones en forma escalonada podrán adquirir insumos conjuntamente, que ambos utilicen, como son por ejemplo los medicamentos básicos, equipo e instrumental de primeras curas papelería, etc., utilizando para tal propósito el sistema más expedito de cualquiera de las dos instituciones, logrando así por mayor volumen, mejores precios. En este sentido será de gran utilidad el estudio que se está llevando a cabo en la Caja, denominado "Administración de Suministros" y el otro proyecto sobre "Financiación de la compra de productos farmacéuticos y materiales médicos al Sistema de Salud en Costa Rica", ambos financiados con recursos de AID.

En síntesis, deben hacerse todos los esfuerzos para el establecimiento, al menor plazo posible, de un subsistema de abastecimiento para el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr aprovechar en forma mucho más eficaz y eficiente los escasos recursos financieros disponibles para estos efectos.

1) De los medicamentos:

En materia de medicamentos por ahora debe mantenerse la política de que las instituciones responsables, mantengan el surtido de los mismos, estrictamente ajustados a los Programas que cada uno tenga bajo su responsabilidad. De acuerdo a lo anterior, el Ministerio de Salud se encargará de mantener existencias de medi-

camentos que se aplican a los programas preventivos, en tanto que la Caja Costarricense de Seguro Social se encargará de surtir los que será utilizados en la atención curativa de los pacientes. Por otra parte, considerando el aumento constante en el costo de los medicamentos, así como la multiplicación de casas fabricantes y productos similares, es importante que las instituciones reglamenten sus compras, revisando y actualizando el formulario o cuadro básico de medicamentos, cuya aplicación debe ser estricta. Esta medida no solamente permite la adquisición de drogas de buena calidad, sino también el ahorro considerable de dinero en la compra de estos medicamentos y una gravitación mínima de los fuertes intereses que se mueven en este campo.

Por lo anteriormente expuesto, resulta de la mayor importancia la utilización de una sola planta física para expedir, corroborar y almacenar los productos, tanto preventivos como curativos, que están a la disposición del cuerpo médico y farmacéutico, para la atención de la población en forma integral. Desde luego, que en aquellos lugares en donde no sea posible integrar los servicios en una sola planta física, la Unidad de Medicina Preventiva conservará los pocos medicamentos que utiliza en sus consultas (vacunas, métodos anticonceptivos, vitaminas, anti-anémicos, etc.), en tanto que la Unidad Asistencial manejará y distribuirá, de acuerdo a las normas establecidas por la Caja, los medicamentos para el tratamiento de los enfermos.

En ambos casos, el responsable de la Farmacia será un farmacéutico, quien tendrá a su cargo la vigilancia, control y supervisión de la Farmacia y de aquellas labores que realiza el personal destinado a esta actividad. En virtud de lo anterior, este farmacéutico deberá de participar en la programación de sistemas de aprovisionamiento y control.

Asimismo, debe proveerse conjuntamente por el Ministerio y la Caja, las características de un cuadro básico de medicamentos que utilicen los equipos de salud, que visitan en sus unidades de penetración rural, los Puestos de Salud.

Este cuadro básico lo determinarán el médico y el farmacéutico de la unidad que funge como Centro de Operaciones de la Unidad Móvil, de acuerdo a las características de morbilidad existentes en el área de operación de la misma. Los controles que se apliquen en cuanto a los medicamentos que manejen los equipos móviles deben ser iguales a los que se aplican internamente en los Centros de Salud Integrados. Los medicamentos básicos de los Puestos de Salud son manejados por el personal asignado a los mismos (Auxiliares de Enfermería y/o Asistente de Salud Rural) de acuerdo a las normas y experiencia del programa de Salud Rural del Ministerio de Salud.

En los servicios integrados de salud, los médicos y odontólogos prescribirán exclusivamente aquellos medicamentos estipulados en el cuadro básico oficial de medicamentos acordado por el Ministerio y la Caja. Las enfermeras obstétricas los que la ley permite. Los médicos y odontólogos, asimismo en sus prescripciones de medicamentos deberán utilizar los recetarios oficiales de la institución. Las farmacias de los servicios integrados solamente despacharán los medicamentos cuando se ajusten a los requisitos antes mencionados. En el caso de los narcóticos deben prescribirse en formularios especiales de la Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud y deberán cumplirse estrictamente las disposicio-

nes reglamentarias vigentes a este respecto. La prescripción de los medicamentos deberá hacerse utilizando su nombre genérico y/o su clase. Cuando se prescriba algún medicamento con nombre comercial, el farmacéutico deberá despachar el medicamento genérico similar de que se disponga en ese momento. Toda prescripción debe hacerse con letra legible o mejor aún, con letra imprenta. Además del nombre genérico o clave del medicamento, debe indicarse la cantidad del mismo prescrita y la forma de administración, evitando alteraciones. En cada receta el médico debe de estampar su firma y número de código. Las farmacias no despacharán ninguna receta que no cumpla con estos requisitos, que son los mínimos en la formulación médica.

Para el tratamiento de enfermedades de tipo agudo, a nivel de consulta externa, la prescripción será por un máximo de cinco días. La prescripción de antibióticos será también por un máximo de cinco días, debiendo en estos casos anotarse al dorso de la receta el diagnóstico respectivo. Cuando se trate de enfermedades de tipo crónico, el máximo de prescripciones será por treinta días. El número de productos prescritos por cada consulta no debe ser superior a tres. Cualquier prescripción por encima de tres medicamentos requerirá la autorización del Director de la Clínica y Hospital según se trate.

Cuando un medicamento se encuentra agotado, podrá sustituirse por otro, pedido el criterio del médico tratante o con autorización previa del Director Médico de la Clínica y Hospital. Cuando un medicamento indispensable e incluido en el Cuadro Básico falte en la Farmacia y no exista sustituto u otra alternativa terapéutica posible, para que el encargado de la farmacia gestione su pronta adquisición, el Médico Director de la Clínica y Hospital deberá autorizar la compra del mismo en la Farmacia de la localidad bajo el concepto de "adquisición urgente". En estos casos la prescripción deberá ser genérica, individual y por un máximo de cinco días, mientras se repone el producto.

Cuando algún médico encuentra razones para demostrar no haber obtenido el efecto terapéutico deseado con un medicamento prescrito en forma correcta, debe comunicarlo de inmediato al Director Médico, para que éste lo haga del conocimiento del Comité de Normas Terapéuticas de la Caja.

2) De los laboratorios:

Al igual que hemos recomendado en el caso de las Farmacias, y considerando que ambas instituciones cuentan con servicios de laboratorios, aunque desde luego con propósitos diferentes, por cuanto en el Ministerio, la batería de exámenes es reducida, mientras en la Caja los exámenes constituyen un complemento asistencial muy vasto con un cuadro que alcanza varios cientos de tipos de análisis o pruebas, resulta incuestionable la conveniencia de que ambos laboratorios constituyan una sola unidad, con las ventajas que ello significa. Con tal propósito cada institución aportará el equipo y personal con que cuenta y en lo que a materiales se refiere y considerando que la Caja tiene un laboratorio de productos químicos y reactivos con capacidad suficiente para abastecer sus propias necesidades actuales y futuras, incluyendo las del Ministerio de Salud, es conveniente que el suministro para ambas instituciones lo asuma esta Institución. El Ministerio, reconocerá a la Caja el valor de los materiales que consuma.

En lo que a necesidades de equipo se refiere, como ya ha quedado indicado, será responsabilidad de cada institución al aportarlo o adquirirlo, desde luego, evitando duplicaciones innecesarias. Y en lo que al mantenimiento de ese equipo se refiere, considerando que la Caja a su vez cuenta con un adecuado apoyo al nivel de ingeniería, se encargaría de atender ese servicio para ambas instituciones.

En cuanto a mecanismos de control, cuyo objetivo básico es presupuestar los gastos y la medición del rendimiento del servicio, ambas instituciones ajustarán sus normas de común acuerdo, teniendo como base las existentes en la Caja para tal propósito, que son las más indicadas.

3) De los registros médicos y estadísticos:

En esta etapa inicial de la integración y en lo que al registro de estadísticas se refiere, lo más conveniente es el que cada institución continúe anotando los servicios que presta en sus propios formularios y siguiendo los trámites existentes en cada una de ellas.

Los medicamentos, exámenes de laboratorio clínico y eventualmente los estudios radiológicos que la Caja realice a solicitud de las consultas preventivas a cargo del Ministerio, se registrarán en los cuadros 16, 18, 21 y 22 del informe estadístico mensual elaborado en las unidades médicas de la Caja.

Ahora bien, en lo que a los registros médicos se refiere y considerando que la meta es lograr con el tiempo el establecimiento de un Sistema Nacional de Registros de Salud único, los sistemas existentes de atención individual y familiar deberán de irse adecuando para lograr la meta de una numeración única y sin variaciones durante la vida del individuo en el territorio nacional. La integración de los registros, tanto estadísticos como médicos, dependerá entonces de que se trate de una Clínica Integrada (que comparten una misma planta física) o de servicios integrados con plantas físicas diferentes o separadas.

En el caso de las Clínicas Integradas se debe implementar:

- a) Un expediente único, el cual por ahora estará formado por los documentos del Ministerio más los de la Caja y será utilizado según las necesidades del paciente y el tipo de consulta de que se trate en cada oportunidad.
- b) Un archivo clínico único donde se archivará el expediente bajo el sistema de dígito terminal, edificando en colores con las etiquetas que utiliza la Caja para tal propósito.
- c) Dos tarjeteros índice en cada archivo, uno de personas y otro de familias. El de personas será alfabético y el de familias podría identificarse de la misma forma, según el jefe de familia o bien numéricamente con el número de cédula de éste.
- d) Como complemento de estos dos índices en los servicios integrados, se mantendrá también un "índice especial de morbilidad" que permita ubicar los expedientes de los casos de aquellas enfermedades que se tengan bajo control, tales como: lepra, tuberculosis, malaria, etc.

La integración de este índice de morbilidad con el de pacientes y el de familias, ofrecerá posibilidades para la atención de la salud integralmente y la investigación. Actualmente se lleva ya en casos crónicos.

Al producirse la integración de los registros en las clínicas integradas, a nivel de

los Puestos de Salud debe establecerse un sistema de información complementaria a fin de poder llevar el control de los principales aspectos implícitos en la atención médica ambulatoria, tales como: diagnóstico, tratamientos continuos y otros semejantes. Esta medida permitirá que en caso de que el paciente requiera de alguna referencia a otros niveles de asistencia médica, el médico tratante pueda observar el expediente clínico del paciente, el resultado de los tratamientos prescritos a nivel de Puestos de Salud y logre visualizar un panorama más amplio de los motivos de su consulta referida. Por otra parte este traslado de información es necesario a fin de evitar duplicaciones en la consulta y obviar todos los aspectos relacionados con el abuso de fármacos y otros. Además, es conveniente medir estadísticamente los resultados de los desplazamientos y tratamientos en el campo mediante muestreo y lograr con ello evaluar periódicamente los servicios de extensión rural que tiende, entre otros propósitos, el evitar la asistencia de pacientes que proceden de comunidades visitadas periódicamente por el médico.

Desde el punto de vista de la investigación y localización de posibles focos vectores, el reporte de la atención en los Puestos de Salud es indispensable, permitiendo al Ministerio y la Caja el buscarle soluciones adecuadas. En este proceso de integración de registros estadísticos y médicos es importante incluir también las acciones y todos aquellos eventos que tengan relación directa con la atención de los beneficiarios del Instituto Nacional de Seguros.

En el caso de los servicios integrados con plantas físicas separadas, es inevitable que cada unidad (preventiva y asistencial) cuente con su propio registro estadístico y médico.

4) De los equipos y materiales:

La realización de inventarios sobre los equipos y materiales en general, es un requisito previo para producir la integración de los servicios. El inventario, condición a aplicar en cualquier zona en donde se gesticione la iniciativa integracionista, permitirá realizar redistribuciones regionales de equipos, con el propósito de utilizar aquellos que no sean indispensables en alguna zona, a otro centro de la región. Es obvio que para tal efecto se aplicarían los procedimientos de traslado establecidos. Para los efectos de control de inventarios, debe mantenerse informados a los órganos superiores que correspondan sobre el trasiego de los activos, a efecto de que cuando se realice el control físico de los mismos, pueda hacerse la localización respectiva.

5) Del sistema integrado de suministros:

Como ya lo hemos mencionado anteriormente, para asegurar la buena atención de servicios dentro de un Sistema Integrado de Salud, es muy conveniente que se establezcan subsistemas uniformes o similares en cuanto a:

- Adquisición de recursos materiales
- Producción de insumos críticos
- Adquisición o producción de equipo y medicamentos
- Programación de normas e índice de utilización
- Presupuesto
- Seguimiento de los programas y evaluación de la calidad de la atención y sus

resultados. La complejidad de las normas y los procedimientos deberá ser acorde con la del nivel a que corresponde.

En cumplimiento de lo anterior, es necesario que una comisión bipartita regional entre el Ministerio y la Caja inicie el análisis de la situación técnico-administrativa de cada una de ellas, con el objeto de mejorar todas las etapas del proceso de suministros y lograr un sistema fluido de entrega de materiales en cantidad y calidad oportuna, asegurando de esta manera la continuidad de los servicios. Se hace necesario que todos estos sub-sistemas cuenten con mecanismos de control que regulen la utilización de los recursos, en procura de un uso más racional y efectivo de los mismos.

6) Del Sistema Integrado de Mantenimiento de Equipos y Edificios:

La integración de servicios requiere como medida indispensable, la creación de un subsistema de Mantenimiento de Equipos y Edificios. Con tal propósito, en los Centros de Atención de las Instituciones (Puestos de Salud, Centros de Salud, Clínicas y Dispensarios) debe mantenerse al finalizado el inventario del equipo o edificio en que se encuentren. Es necesario entonces el racionalizar o coordinar la utilización de la infraestructura existente (equipo y edificaciones) tanto del Ministerio como de la Caja, maximizando su empleo en función del sistema de referencia de pacientes de un nivel a otro de servicio y a la distribución geográfica de su cobertura.

En este orden de ideas y a fin de lograr plenamente el propósito indicado, se hace necesario contar con un único subsistema de mantenimiento para la actual infraestructura de servicios, para lo cual se requiere de la cooperación técnica profesional que nos permita crear, diseñar e implantar dicho subsistema. Para ellos, las instituciones cuentan en la actualidad con la asesoría técnica de la OPS/OMS y con ella se espera lograr:

- Crear y formalizar la estructura completa para el adecuado funcionamiento de equipos y edificios para todos los Servicios de Salud.
- Capacitar funcionarios, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja que garanticen el adecuado funcionamiento de un subsistema integrado de mantenimiento con énfasis en el diagnóstico y prevención de fallas.

Este proyecto conjunto con la OPS/OMS y las Instituciones, comprende además las siguientes actividades:

- a) Diseñar un sistema administrativo operativo del mantenimiento de reparación para los niveles de atención.
- b) Realizar un inventario completo en los niveles de atención en salud de cantidad y estado de funcionamiento de todos los equipos y edificios clasificados, elemento por elemento, en su estado de conservación y su esperanza de vida, así como de las acciones reparativas urgentes que se necesitan para ambas instituciones a nivel nacional, produciendo finalmente un archivo magnético en el computador con el inventario detallado.
- c) Completar la formulación de las normas de mantenimiento preventivo y reparativo de los edificios y equipos, produciendo un archivo magnético en el computador y a la vez los manuales de tipo auto instrucción de todas las normas y procedimientos de mantenimiento componente por componente.

- d) Distribuir, según los niveles de atención, los manuales de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para todos los servicios de Salud.
- e) Diseñar y formalizar la programación de mantenimiento preventivo en todos los niveles que lo requieran, produciendo finalmente un archivo magnético en el computador y los reportes escritos para cada nivel de responsabilidad del programa de mantenimiento de todos y cada uno de los elementos y/o equipos de los edificios.
- f) Diseñar y formalizar un sistema de información que permita el control gerencial del cumplimiento de los programas de mantenimiento preventivo. Produciendo finalmente un sistema instrumentado operando por control por computador del cumplimiento del mantenimiento preventivo.
- g) Diseñar y formalizar un sistema integral de compra de repuestos. Produciendo finalmente un sistema operativo de reporte de compras de repuestos para mantenimiento preventivo y reparativo.

Como es obvio, todos los bienes de las Instituciones deberán ser sometidos a un inventario técnico e historial de equipo y repuestos, a efecto de lograr identificar los criterios de vida útil y puntos de reemplazo. De esta forma se logrará establecer la demanda en las necesidades de equipo y realizar predicciones sobre las mismas, de tal manera que las escasas existencias de recursos financieros con que se cuenta para suplir necesidades, puedan ser aplicadas de la manera más racional posible, en beneficio de toda la población costarricense.

De los Transportes:

El servicio de transportes de ambas instituciones se haya adaptado al presente, al modelo organizativo adoptado por éstas, y sustentando en los procesos de regionalización, sectorialización y desconcentración funcional.

El Ministerio de Salud, por ejemplo, ejecuta sus diversas labores por medio de programas y los vehículos son asignados para el desarrollo de estos programas específicos* (Unidades Odontológicas de Penetración Rural, Salud Rural, Nutrición, Malaria, Bombas de Agua, Letrinización, etc.).

La Caja en cambio asigna sus vehículos de acuerdo a necesidades que en función de la población adscrita a cada centro médico asistencial y/o administrativo se generen. Las unidades médicas que cuentan con ambulancia, le dan a ésta la utilización racional y específica del servicio para el que fueron adquiridas. Las unidades administrativas que tienen asignado un vehículo, establecen dentro del Programa de actividades en las que se verá involucrada la utilización del mismo, las perspectivas prioridades (labores de inspección, cobros, notificaciones, reporte de planillas, distribución de cheques, etc.).

Se concluye entonces, que la utilización del recurso transporte entre ambas instituciones es muy discímil. Ante esta situación y ubicados en el marco de lo que se define como integración de servicios de salud, es necesario la coordinación entre ambos sistemas de transporte para lograr el máximo de aprovechamiento. Es conveniente que a nivel de la jefatura respectiva existan los informes de salida de vehículos, para aprovechar aquellas que pudieran tener doble propósito.

Un aspecto muy importante, además del uso racional del recurso transporte en ambas instituciones, es el de compatibilizar las disposiciones que norman la utili-

zación de los vehículos, que en algunos casos se convierten en prohibiciones para los servidores, aunque a decir verdad no se encuentra ningún impedimento insalvable para el buen funcionamiento del subsistema de transportes. Es obvio que todos los funcionarios que viajen en un vehículo al servicio del Sistema Nacional de Salud, deben ser reportados a la Jefatura de transportes o administrativa respectiva, tal y como lo establecen las normas.

Todos los demás aspectos sobre deberes y responsabilidades de los conductores de los usuarios, así como de las Jefaturas, se regularán de acuerdo a los reglamentos que cada institución haya emitido para tal efecto. En otro orden, no existe ninguna norma que prohíba expresamente el transporte de personal ajeno a la institución que aporta el transporte, siempre y cuando previamente se haya comunicado a la autoridad encargada de extender la autorización respectiva.

Debe revisarse entonces las pólizas existentes de manera que todos los ocupantes de los vehículos estén cubiertos en caso de accidente.

Propuesta para el Sistema Integrado de Transportes:

El Sistema Integrado de Salud que requiere que el subsistema de transportes responda a los siguientes objetivos:

- 1) Integrar las actividades y programas que puedan planearse en función de los recursos disponibles, de tal modo que se utilicen en la forma más racional posible. Debe estar regulado por un cronograma de actividades.
- 2) Redistribuir, a nivel regional aquellos recursos excedentes en la localidad, principalmente en aquellos sectores que carezcan de ellos. Esta actividad estará a cargo de los Directores Regionales.
- 3) El programa de mantenimiento y reparación de vehículos debe estar sujeto a las normas y políticas pre-establecidas de tal forma, que los costos que origine el servicio, esté plenamente financiado.

Las necesidades de combustible, aceite, lubricantes u otros, pueden seguir a cargo de la institución propietaria del vehículo.

En la eventualidad de que existan otras instituciones que presten su colaboración en el renglón de transportes (Cruz Roja, I.N.S., etc.) previamente debe diseñarse las reglas que determinen claramente los términos de tal colaboración.

De los Recursos Humanos:

Como en todos los campos de la actividad humana, la educación cumple en el proceso de integración de los servicios de salud, el papel inicial y quizás el más importante, puesto que la evolución del sistema, su cristalización y perfeccionamiento, siempre estará apoyado por una orientación, concientización y motivación tanto en los recursos humanos de las instituciones, como en las comunidades en forma general continua y permanente.

De acuerdo con lo anterior, para lograr la implementación del Sistema Nacional de Salud, se hace imprescindible el desarrollo de toda una campaña educativa que involucre los recursos humanos de ambas instituciones, así como a las comunidades y la población en general.

Este proceso educativo debe abarcar también a las instituciones formadoras de recursos, tales como: las escuelas de Medicina, Enfermería, Farmacia, Microbiolo-

gía, etc., de manera tal que los profesionales cuando egresen tengan los conocimientos y la actitud favorable hacia un nuevo modelo de prestación de servicios.

Todo este proceso de orientación, educación y concientización, debe ir premeditadamente orientado a crear una actitud positiva que pretenda lograr perfecta fluidez en el desarrollo de la integración, conscientes de la importancia de los Recursos Humanos y su satisfacción e identificación con el sistema. Sobre las formas de desarrollar este programa, queda a mejor criterio la decisión en el entendido de que deberán incluirse seminarios regionales, charlas intra-institucionales e intercambios inter-institucionales de personal multidisciplinario.

Finalmente, la extensión de la educación a la comunidad se dará en forma constante, progresiva y participativa de todos los grupos organizados con la visión de orientar, tanto en lo que significa como en la utilización del nuevo sistema. Los elementos de dirección local y regional, tanto de la Caja como del Ministerio, deben hacer una clara identificación de los líderes locales, así como de los grupos organizados, para interesarlos e integrarlos en las actividades de financiamiento, análisis crítico, apoyo y participación.

Debe estimularse el voluntariado en el desempeño de funciones simples en los programas, de modo que el compromiso individual, o de grupo, produzca un claro conocimiento de los propósitos sanitarios.

Aspectos Laborales:

Tanto los empleados del Ministerio de Salud como de la Caja están regidos en sus funciones, por reglamentos internos de trabajo, de conformidad con cuanto establecen los artículos 66 y 68 del Código de Trabajo y 29 inciso e) de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social; Decreto Ejecutivo del 26 de abril de 1966, el Reglamento del Estatuto de Servicio Civil para el Ministerio de Salud y la Ley de Estatuto de Servicios Médicos y su Reglamento para la Caja y el Ministerio.

Ambos Reglamentos son muy similares en sus cláusulas e incisos, con muy pocas excepciones.

a) **Contratos de Trabajo:** no presenta ningún problema para la integración de servicios, ya que en ambas instituciones el contrato se realiza por escrito y en forma individual.

b) **Jornadas de Trabajo:** la jornada de trabajo será de ocho horas diarias y cuarenta y cuatro horas semanales según lo establecen los respectivos reglamentos de trabajo.

Existe compatibilidad en horarios de los Centros de Salud del Ministerio de Salud y en las Unidades de Consulta Externa de la Caja, reponiéndose una hora diaria de lunes a viernes para cumplir con las cuatro horas de los sábados.

De acuerdo con lo anterior, deduce entonces que la integración de servicios institucionales mantendrán los mismos horarios de trabajo, tanto en áreas urbanas como rurales y continuarán rigiéndose por las mismas condiciones que para tal efecto dictan los correspondientes Reglamentos Internos de Trabajo.

Sobre las vacaciones y los controles de puntualidad y asistencia, ambas instituciones presentan similitudes en sus normas internas, además de que se apoyan en lo que contempla para tales efectos el Código de Trabajo.

c) **Salario:** sobre el particular se cuestiona constantemente si en materia salarial la integración de servicios de salud podría ocasionar tropiezos y desavenencias personales entre los funcionarios de ambas instituciones que obstaculicen el eficaz desarrollo de los programas y acciones atinentes al proceso de integración.

Sin embargo, tales especulaciones quedan sin fundamento cuando se analiza la legislación vigente en esta materia:

El 22 de diciembre de 1982, se dicta la Ley No. 6835 mediante la cual se crea una escala de salarios única que regirá para todo el sector público. A través de la Dirección General del Servicio Civil y considerando el estudio técnico del Departamento de Clasificación y Valoración de Puestos (informe C-593-83) conforme al cumplimiento de los trámites legales respectivos, resolvió modificar la escala de salarios de la Administración Pública contenida en el artículo I de la Ley No.6835 comentada anteriormente.

Además de la anterior, el Decreto No. 14705 PSS sobre salarios mínimos que rige a partir del 1º de agosto de 1983, incluye en el capítulo de "Genéricos" a los médicos, farmacéuticos, odontólogos, licenciados en servicio social, nutrición y psicología, así como también a las enfermeras graduadas, laboratoristas clínicos, técnicos graduados en radiología, disección, anestesiología y diplomados en fisioterapia, cuyos salarios serán regidos por las disposiciones especiales que este Decreto manda, quedando también regulado lo que al pago de la hora profesional mensual se refiere. Por lo tanto, cualquier conflicto en materia salarial queda superado en función de tales leyes y decretos.

El Problema del mando único:

Un principio elemental en la buena administración de recursos humanos es el mando único.

Sin embargo, dentro de la integración de servicios médicos, éste no debe ser un obstáculo, especialmente si tomamos en cuenta que la etapa en que nos encontramos se caracteriza por una coordinación de actividades y programas, en algunos casos con integración de plantas físicas, una completa responsabilidad corresponde a la actitud positiva de los mandos medios de ambas instituciones.

Por otra parte, es evidente que las acciones que se llevan a cabo en el Sector Salud, por ambos Organismos, difieren sustancialmente en la prestación de los servicios que ofrecen al usuario, pero que resultan de carácter complementario y en ningún carácter competitivo. Existe, entonces una clásica división del trabajo, habida cuenta que en tanto el Ministerio de Salud está ocupado en funciones preventivas, la Caja desarrolla programas de acción curativa.

El proceso de integración se ha ideado, precisamente para articular perfectamente su complementación, para evitar algunas acciones que están originando duplicación de recursos y actividades. Por lo tanto, en esta etapa quedan implícitas las funciones y actividades de cada institución que redundarán en una especialización en cada campo. Tal circunstancia permitirá que las Jefaturas actuales sigan operando bajo este concepto, lográndose así que los programas se cumplan sin que el problema del mando único constituya por ahora una situación insuperable.

De la Administración Financiera de los Recursos en la Integración:

La financiación del Ministerio de Salud ha estado a cargo del Gobierno Central

y se regula a través de leyes y presupuestos ordinarios y extraordinarios de la República. Además de los recursos que percibe a través del Presupuesto Nacional, el Ministerio percibe recursos del Programa de Asignaciones Familiares que se destinan a pagar programas y servicios orientados hacia la atención de familias de escasos recursos. Finalmente, el Ministerio percibe ingresos del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y de la Oficina de Cooperación Internacional (OCIS).

La Caja Costarricense de Seguro Social en cambio, se financia de conformidad con cuanto dispone el artículo No. 73 de la Constitución Política que establece los Seguros Sociales regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores. Por otra parte, el artículo No. 177 de la misma Constitución establece que el Estado deberá de crear a favor de la Caja las rentas necesarias y suficientes que cubran las necesidades actuales y futuras de la institución para lograr la universalización de sus servicios. Esta disposición nunca se ha aplicado.

Además de los recursos que percibe la Caja por las disposiciones anteriores, mediante la Ley No. 5349 del 11 de setiembre de 1973 se dispuso traspasarle las siguientes rentas:

- Lotería Nacional.
- Impuesto de Ventas.
- La subvención del Estado, que perteneció a los Hospitales.
- Timbre Hospitalario y del Patronato de Rehabilitación.
- Venta derechos y servicios (cirugía, consulta externa, etc.)

Sistema Nacional de Salud: como producto de diversas acciones, estamos creando este Sistema.

La estrategia para desarrollar el Sistema Nacional de Salud contempla la planificación coordinada de servicios a nivel institucional, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional, con prestación de Servicios Integrados a nivel local. La Integración de Servicios es parte fundamental del mismo.

Existe, por consiguiente, una autoridad normativa central, que coordinará los programas de salud, impartirá las normas administrativas, técnicas y financieras y fiscalizará su ejecución a nivel nacional, regional y aún local. Este Sistema será único, en el que participarán todas las instituciones sin perder autonomía, pero aceptando uniformar sus procedimientos administrativos y técnicos en algunos aspectos, encaminándose hacia la obtención de un objetivo final: el mejoramiento de la salud de todos los costarricenses. Se impone el lograr un sistema de prestación de servicios de salud equilibrando en su extensión y recursos y que las instituciones que integran el Sector Salud adecúen sus acciones y programas a un sólo esfuerzo nacional, que aspira a una mejor utilización de los recursos disponibles mediante el establecimiento de prioridades definidas, evitando así elevar los costos de operación que encarecen los servicios.

Determinación del Usuario

Hasta el presente, la verificación de derechos ha sido una actividad a cargo exclusivamente de la Caja, quien lo ha realizado a través del personal de las oficinas de Verificación de Derechos y de Trabajo Social, partiendo de un estudio socio-económico para determinar la condición de Asegurado por el Estado.

Sin embargo, con la aplicación del sistema integrado de servicios, esta actividad

debe compartirla con el Ministerio utilizando para ello el conocimiento que tiene el personal de los Centros y Puestos de Salud, que como se sabe por conducto de los funcionarios de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, elaboran una ficha familiar que incluye la condición socio-económica y cuya información es recopilada directamente en la casa del usuario de los servicios de salud. Ahí debe establecerse la categoría "Asegurados por el Estado", condición socio-económica que se verificará según sea necesario, debido a las visitas domiciliarias que el personal a cargo de estos programas realiza. En el entendido que el Ministerio de Salud será el encargado y responsable de la calificación y afiliación del Asegurado por el Estado, las oficinas de Verificación de Derechos de la Caja recopilarán la información directamente en la papelería o Boleta de Referencia que se creará para tal efecto. El personal del Ministerio de Salud referirá entonces a las Oficinas de Verificación de Derechos de la Caja a los usuarios calificados como Asegurados por el Estado cuando éstos soliciten o requieran los servicios de la Caja por enfermedad. En ningún caso podrán los funcionarios del Ministerio considerar como Asegurado por el Estado a quienes satisfagan las necesidades básicas de vivienda, vestuario y alimentación, y además mantenga un ingreso permanente mensual superior al 70% de la pensión mínima vigente en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

La Caja se reservará el derecho de hacer controles cruzados de los Asegurados por el Estado, cuando lo estime conveniente. Los carnet de identificación los extenderá la Caja mediante el Sistema antes descrito y los mismo tendrán una validez de seis meses renovables.

Este proceso de identificación de usuarios conlleva de una participación muy directa de las propias comunidades, lo cual se logrará a través de las **Juntas de Salud y Seguridad Social**, creadas mediante el Decreto No. 14222 SPP de fecha 27 de enero de 1983 e integradas por el Médico Director del Centro de Salud, el Médico Director de la Clínica o Dispensario de la Caja, del Presidente Municipal o su Representante y de seis miembros de la comunidad propuestos en ternas y escogidos conjuntamente por el Ministro de Salud y el Presidente Ejecutivo de la Caja.

De los Recursos Físicos:

El Sector Salud cuenta con un total de 1274 establecimientos en todo el país, de distintas características y capacidad física. De ellos 1132 pertenecen al Ministerio de Salud, 131 a la Caja Costarricense de Seguro Social, 1 al Instituto de Rehabilitación Nacional, 7 al Instituto Nacional de Seguros y 3 Centros Privados de Asistencia.

Por lo general, cada cantón del país cuenta con un Centro de Salud o un Centro Rural de Asistencia, el cual sirve como centro de atracción a otros establecimientos de menor complejidad funcional denominados: Puestos de Salud, Centros de Educación y Nutrición y Centros de Atención Integral. Estos establecimientos están diseñados y orientados de forma tal que permitan el desarrollo de actividades de atención primaria y los esfuerzos institucionales para la extensión de cobertura.

Por parte del Seguro Social, en los cantones encontramos clínicas de consulta externa tipo 1, 2, 3, y 4 estructuradas de acuerdo con el área de atracción para la cual se planificaron y cuentan por lo general con espacios y servicios mínimos de

acuerdo con su nivel de complejidad y personal contratado para el desempeño de las diversas labores asistenciales que les corresponden realizar.

En 1984 el total de camas en el país era de 7700 camas hospitalarias, lo que indica que hay 3.2 camas por mil habitantes, distribuidas en 31 hospitales, articulados en un sistema hospitalario nacional.

En otro orden, los servicios han sido estructurados en seis niveles de atención con la visión integral de la salud y entre los cuales se dan interrelaciones de referencia de casos y apoyo sucesivo gradual. Dichos niveles según el grado de concentración de recursos humanos, materiales (físicos) y financieros y complejidad de servicios que brinda, ya fueron descritos anteriormente.

Utilización de las Plantas Físicas:

Los servicios integrados de salud deben de prestarse, en la medida de lo posible, en una misma planta física. Si las circunstancias no permiten la fusión de los servicios, los programas y las instituciones involucradas en la integración deberán contar con una coordinación efectiva a fin de evitarle a los usuarios desplazamientos innecesarios que complicarían a su vez, el ágil desarrollo de los programas y la consecución de sus objetivos. Es importante el tener siempre presente que mediante el proceso de integración se busca preponderantemente que todos los servicios de salud de cada zona geográfica o comunidad formen una sola unidad funcional. En vista de lo anterior, será necesario que aquellos servicios básicos de apoyo tales como: archivo, farmacia, laboratorio clínico, etc., no se dupliquen sino que se integren en uno sólo para beneficio del usuario y una mayor agilidad del sistema.

Cuando ambas instituciones puedan integrarse en una misma planta física, una área de esta se destinará para la atención de las consultas preventivas a saber:

Planificación Familiar

Crecimiento y Desarrollo

Vacunación y Consultas Pre y Postnatales

Esa área será denominada "Unidad de Medicina Preventiva" y será responsabilidad del Ministerio de Salud con su personal Médico y Asistente. Los servicios de farmacia, laboratorio clínico y archivo se concentrarán en lugares equidistantes para las Unidades Preventivas y Asistenciales. Las consultas asistenciales o de consulta externa conformarán la Unidad de Medicina Asistencial y será responsabilidad de la Caja del Seguro Social con su personal médico y asistente.

Cuando la fusión de los servicios en una sola planta física no sea posible, deberá buscarse una estrecha coordinación de manera que las consultas queden organizadas en Unidades Preventiva y Asistencial. Las primeras (consultas preventivas) funcionarán en el Centro de Salud. Las consultas asistenciales funcionarán en la Clínica o Dispensario de la Caja con los Servicios de Apoyo Integrado tales como: Farmacia, Laboratorio Clínico, etc.

En el caso de plantas físicas separadas, cada una de las Unidades contará con su propio archivo y los pacientes, según el servicio que requieren serán referidos de una Unidad a otra según se trate de una consulta preventiva o asistencial. De previo a la integración de los servicios, independientemente de que se haga en una sola planta física o en plantas físicas separadas, la educación y orientación de las comunidades es indispensable a objeto de facilitarles su acceso a los servicios integra-

dos, logrando así el objetivo de una mejor y más ágil atención.

El mantenimiento y conservación de las plantas físicas cuando se mantengan separadas seguirán siendo responsabilidad de cada Institución. En el caso de Integración de una sola planta física ambas instituciones financiarán el costo del mantenimiento y conservación, ya sea mediante el sistema de aporte de materiales por parte de una y de mano de obra por parte de la otra, etc. En ese sentido, la participación de la comunidad es muy importante por lo que debe de estimularse a la misma para que participe en la conservación y el mantenimiento de las plantas físicas que le sirven.

Los recursos humanos previamente contratados por las instituciones para que se ocupen de la limpieza de los edificios, en el caso de la integración en una sola planta física, estos deben de trabajar en forma conjunta. Los materiales y suministros para el aseo en edificios compartidos deben ser suplidos por las instituciones conjuntamente.

De la Participación Comunitaria en la prestación de los Servicios Integrados de Salud:

“La producción de salud es una tarea en conjunto entre la comunidad y los servicios técnicos. Su capacidad de producción y efectividad estará determinada por su forma y por su nivel de organización”. En la medida de que cada individuo, cada familia y por ende cada comunidad sea capaz de plantearse problemas de salud, podemos decir que a partir de ese entonces, será igualmente capaz de tomar decisiones correctas en la materia y participar en una adecuada solución de esos problemas. Sin embargo, las condiciones económico-sociales no siempre permiten que se dé esta participación. Las decisiones tradicionalmente entonces se generan en los sectores o grupos que manejan los recursos. Así por ejemplo, en comunidades donde existe un sólo dueño de la tierra, de la industria o del comercio existen muchos marginados de los conocimientos y del poder de tomar decisiones. La política de integración de servicios implica entonces un programa científicamente estructurado y masivamente desarrollado de Salud Comunitaria, que se transforme por si mismo en una forma eficaz de racionalizar los recursos en función de las necesidades de la población. Esta racionalización de los recursos significa el ponerlos a la disposición de todos los miembros de la comunidad, eliminando el concepto de salud para minorías y de miseria de salud para mayorías, de asegurados y no asegurados, de pobres y de ricos. La integración de los programas de salud en una región depende en gran medida de la participación comunitaria, tanto como de los esfuerzos que se realizan a nivel técnico con tal propósito. Es necesario lograr que las comunidades asimilen los importantes avances que en materia de salud se están dando a base de una tarea de concientización y promoción de las mismas en favor de las acciones en este campo.

No obstante lo anterior, la participación comunitaria debe ser analizada en forma diferente en las áreas urbanas y en las rurales. Los factores sociales, económicos y de desarrollo, inhiben o promueven la participación de la comunidad. Por lo tanto, sería muy útil el diseñar y realizar investigaciones operativas sencillas con el propósito de explorar o determinar la naturaleza de los patrones estructurales de relación de la comunidad, sus instituciones internas y sus elementos socio-cul-

turales. También es conveniente el someter a prueba distintos modelos y enfoques de participación comunitaria en salud y desarrollo. Además de investigaciones específicas, resulta útil el recabar experiencias de los trabajadores de la salud que residen en la comunidad y de los líderes de la misma. Esto puede ayudar a obtener un conocimiento más íntimo sobre las acciones de la comunidad y a descubrir el método más efectivo para estimular su participación.

Descubiertos los líderes comunales se hace necesaria una capacitación a cargo de funcionarios de ambas instituciones, quienes transmitan a los habitantes de la comunidad los alcances de la nueva política de integración de servicios de salud. En esta tarea los Asistentes de Salud Rural y Comunitaria del Ministerio de Salud tendrán un lugar preponderante, ya que son estos funcionarios los que conocen mejor las características socio-económicas de la población y los problemas que enfrentan. Constituyen por sí mismos un cuerpo de orientación y trabajo que deben fortalecer la iniciativa del líder comunal para que éste pueda desenvolverse con propiedad en el campo de la salud.

Dentro de esta tarea de información-concientización de las comunidades uno de los aspectos más importantes es el que tiene relación con el costo de los programas. Sabemos que un 85% de la población costarricense se encuentra protegida por el Régimen de Seguridad Social y que el 15% restante es considerado como no asegurado. Sin embargo, a través de los Asistentes de Salud Rural y Comunitaria podemos establecer que porcentajes de esta población no asegurada deberán de convertirse en "Asegurados por el Estado" y cuáles no siendo asegurados, cuentan con recursos para sufragar su atención. A éstos deberá orientárseles hacia la conveniencia de que se incluyan voluntariamente en el régimen de Seguridad Social, sea en forma individual o de grupo, ya que al hacerlo podrán asistir libremente a los servicios de salud sin que al momento de usarlos tengan que cancelar la totalidad del costo de esos servicios.

La educación para la salud deberá abarcar tanto las comunidades, como las escuelas y colegios, debiendo existir una materia en los programas educativos denominada "Educación para la Salud". Ambas instituciones deben establecer todo un sistema educativo, tanto individual como colectivo, preferiblemente a través de una sola unidad, que establezca tanto los programas, como el nivel de complejidad.

Finalmente, esta divulgación debe ser apoyada con programas cortos de radio y televisión y con campañas publicitarias que lleguen a todos los rincones del país con el propósito de que la población esté lo suficientemente orientada y motivada en cuáles son sus deberes y responsabilidades para con los compromisos que individualmente tiene cada núcleo familiar con respecto a su salud.

En este sentido el Departamento de Educación para la Salud del Ministerio de Salud y el de Relaciones Públicas de la Caja Costarricense de Seguro Social deben de trabajar en forma absolutamente coordinada y permanente.

EPILOGO

“La revolución en salud no es más que la transformación de las relaciones entre el hombre y su medio. Cuando estas relaciones se sitúan a niveles que constituyen cambios, tanto cuantitativos como cualitativos, se puede hablar de la Salud Integral”.

No todas las comunidades presentan las mismas características. Sin embargo, la mayoría responde a una misma problemática que requiere rápida solución. La integración de un programa de salud para las comunidades no debe pasar por alto esta realidad; debe permitir la flexibilidad suficiente a fin de adaptar las políticas de salud emanadas de la comunidad, a los programas del sector.

La coordinación o aún mejor la Integración de los Servicios de Salud de las distintas instituciones es un mecanismo a través del cual es posible obtener una mayor productividad de los escasos recursos disponibles sin duplicaciones innecesarias en ellos.

Esta integración de los servicios, puede definirse como la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones, así como el aporte que el sistema ofrece la participación de la comunidad.

Los principales objetivos de la integración de servicios se pueden resumir de la siguiente manera:

- a) Que los recursos de que disponen las distintas instituciones del Sector sean utilizados racionalmente.
- b) Aplicación de métodos científicos para la obtención del mayor rendimiento posible de dichos recursos y
- c) Conseguir que las inversiones y aportes en materia de salud sean proporcionales a las necesidades a fin de garantizar su pleno aprovechamiento.

Para el logro de estos objetivos se requiere:

- a) Una decisión política firme y bien definida.
- b) Una organización de las instituciones que prestan servicios de salud dentro de un mismo sector.
- c) Un programa coordinado de integración de servicios que funcione como un sistema nacional en donde todos los costarricenses tengan la misma facilidad y oportunidad de recibir servicios, tanto preventivos como asistenciales.
- d) De funcionarios de todas las instituciones bien informados sobre su participación y responsabilidad en el nuevo modelo de prestación de servicios y
- e) De comunidades organizadas adecuadamente para que puedan participar y colaborar dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cuando estas etapas hayan sido cumplidas, nuestro país será el primero en toda América Latina y en el mundo entero en capacidad de exhibir servicios de salud fundamentados en un principio real de solidaridad humana.

SINTESIS DE UN CENTRO INTEGRADO DE SALUD

El Centro Integrado, sobre todas las cosas, será el centro y motor de la respectiva área de Salud, de manera que desde su dirección se ejerzan todas las funciones propias de la Jefatura del Centro, así como también la Jefatura de área. Así, el Coordinador del Centro Integrado deviene en Coordinador de todos los recursos de salud, humanos, materiales y financieros del área, estando facultado para movilizar estos recursos de acuerdo a una planificación congruente con las políticas nacionales y actuando al unísono con el otro Director Institucional. Así, será posible fortalecer las áreas y por ende, las Regiones y sólo así podría hacerse responsable al Jefe de Área por la producción y rendimiento de los recursos bajo su jurisdicción. Por lo tanto, la Jefatura, se extiende desde el Centro Integrado a toda el área, comprendiendo Dispensarios, Puestos de Salud Rural, C.E.N., C.I.N.A.I., Servicios Médicos Móviles, Servicios Odontológicos Móviles, Puestos de Vacunación, Servicio Médico a Refugiados, etc. El Centro Integrado de Salud prestará sus servicios a la población sin hacer diferencias entre los usuarios procurando proporcionar a todos el servicio requerido, en la atención de las necesidades en salud de la población en el área geográfica de su responsabilidad.

El Centro será capaz de proporcionar atención integral, queriendo decir con esto que el usuario recibirá servicios de promoción de la salud, en prevención de la enfermedad y en curación y rehabilitación, hasta donde le corresponda a este nivel de atención. Deberá ser capaz de recibir a la familia y realizar el control prenatal a la madre, la atención en salud al padre y a toda la familia, el control de crecimiento y de inmunizaciones de los niños y prestará también servicios de atención al medio ambiente, indistintamente de que los funcionarios que en él laboren, sean de una u otra institución.

El Centro Integrado de Salud tendrá pues, un Coordinador General y coordinadores encargados de velar por la buena marcha de las diferentes disciplinas como atención médica, odontología, laboratorios, enfermería, archivo, farmacia, servicio social, servicios generales, etc. El Centro Integrado será capaz de recibir y atender referencias del nivel primaria y referir a los niveles superiores cuando el caso lo requiera. Así como proyectarse a la comunidad y obtener su apoyo a fin de laborar juntos por la salud, haciendo más ágiles los servicios, llevándolos más cerca de las personas y fortaleciendo todos los aspectos de la atención primaria. Su trabajo comunitario hará posible que, mediante una debida afiliación, el usuario llegue al Centro y ya esté definida su clasificación, prestándole los servicios con oportunidad. El personal del Centro debe ser capaz de organizar y orientar, promover y atraer a los grupos de la comunidad y principalmente educar y transferir a la madre de familia los conocimientos básicos para la conservación de la salud. Deberá no sólo concretarse a lo que se ha llamado área de influencia, sino ser

responsable de la afiliación y control general de toda la población que reside dentro de su área geográfica de responsabilidad.

La Dirección:

La Dirección del Centro Integrado debe ser única, es decir, que de los originales directores de los establecimientos deberá optarse por escoger a una sola persona que asuma la Coordinación. Puede decidirse un período fijo o como en experiencias de otras latitudes, un tiempo prudente que permita el surgimiento del líder natural del grupo. El Coordinador del Centro Integrado tendrá la autoridad directa sobre todo el personal de su institución e indirectamente de la otra a través del apoyo que el otro le ofrezca para programas que desarrolle el propio Centro. La Coordinación única tiene todas las ventajas que conlleva la unidad de mando y es de desear que su iniciación tenga una connotación formal y una comunicación adecuada a todo el personal involucrado.

El otro jefe, será, en ausencia del Coordinador, el Coordinador sustituto, quien administrativamente continúe con los mismos registros de firmas, a fin de que la dirección no tenga problemas en el trámite de órdenes de personal, de suministros, de transportes, etc., así como el ejercicio del presupuesto de la otra institución, pero apoyándose mutuamente. Es muy importante que la dirección cuente con un tiempo adecuado dentro de la jornada de trabajo regular, para los trámites administrativos que significan la conducción del Centro.

La Administración:

La Administración la ejercerá cada jefatura por aparte, por ahora para poder continuar la administración de los recursos materiales, financieros y humanos. Cada institución debe tratar de conciliar las partidas de ambos presupuestos y, en general, buscar evitar las duplicaciones del mismo. La función incluirá la administración del Centro Integrado y de las Sucursales de la Caja Costarricense de Seguro Social involucradas.

Los administradores dependerán directamente de cada Jefe, pero todos deben colaborar con el Coordinador para lograr los fines que se pretenden. Su firma será registrada tanto en el Ministerio de Salud como en la CCSS. Entre ambos administradores deben realizar los pedidos de suministros a ambas instituciones, Ministerio -CCSS. Para los efectos presupuestarios se regirá por los procedimientos propios de cada una de las instituciones, en lo referente a modificaciones, plazos de presentación, montos de compra, etc. Todo lo anterior con la responsabilidad y la autoridad correspondiente sobre el manejo de patrimonio, manejo de personal, etc., cuyas directrices deben ser claras y llegar con oportunidad al personal y a los sindicatos laborales. Una función importante de la administración es la que se relaciona con la afiliación de nuevos usuarios, comprobación de derechos y cobros por servicios prestados.

El Archivo:

El archivo integrado albergará en un sólo ambiente a todos los expedientes de los usuarios y estará bajo la responsabilidad y control de un coordinador designado por la Dirección.

Hasta que se obtengan e implanten los resultados del plan piloto de Ciudad Neily, el archivo se integrará de la siguiente manera: cotidianamente y conforme se van presentando los usuarios del servicio, se tomarán los documentos del expediente familiar y se integrarán al expediente individual del usuario, consignando en ambos expedientes el número del uno en el otro. El expediente individual contará entonces con el número de asegurado y al mismo tiempo el número de la casa y el nombre de la comunidad en que habita el usuario. Así se procederá sucesivamente con el resto de los miembros de la familia.

En forma simultánea se confeccionará un tarjetero con el nombre y número de casa del jefe de familia y el nombre y el número de expediente individual de la CCSS, de los demás miembros de la familia, a fin de que, de ser necesario, se puedan reunir rápidamente todos los expedientes del grupo familiar. Este tarjetero se ordenará alfabéticamente por los apellidos del jefe de la familia, pero tendrá también en lugar prominente el número de casa de habitación y el nombre de la localidad de residencia. La numeración del archivo es la que corresponde a los expedientes individuales de la CCSS. El procedimiento de integración de los archivos también podrá realizarse en un trabajo continuo y de una sola vez, de acuerdo a la conveniencia del personal que labora en la sección. La confección de tarjeteros especiales para crónicos, planificación familiar, etc., se hará de acuerdo a los procedimientos usuales. La supervisión técnica del archivo integrado se hará indistintamente por funcionarios regionales de ambas instituciones. De la misma manera, se procederá para el suministro de materiales de reposición y de uso diario.

La Farmacia:

La farmacia albergará conjuntamente y en un sólo local, los medicamentos que suministra el Ministerio, los de la Caja Costarricense de Seguro Social y los que se adquieran por compra directa, donación o cualesquier otro origen. Será dirigida por un encargado de Farmacia, responsable de su administración, quien empleará las fórmulas usadas por la Caja para asentar su ingreso, su tarjeta de existencias y su despacho contra receta. Las recetas serán despachadas de acuerdo a la reglamentación vigente, con las limitaciones del caso en cuanto a número de productos prescritos, limitaciones por disciplina profesional, de manera que las recetas de los médicos, los odontólogos y las enfermeras, se ceñirán a la legislación vigente. También se harán los despachos contra recetas confeccionadas y firmadas por el personal autorizado del Centro Integrado, ya sea que el personal pertenezca al Ministerio o a la CCSS. Asimismo, se despacharán los medicamentos de acuerdo al requerimiento sin interesar el origen y procedencia del producto ni aspectos relativos al usuario. La Farmacia integrada prestará su apoyo en medicamentos a los servicios móviles que se desplazan desde el centro respectivo, realizando después un arqueo de remanentes y recetas, para luego volver a despachar las diferencias, a fin de mantener un módulo adecuado en la Unidad Móvil. Será reabastecida por medio de pedidos periódicos que confeccionará el encargado al servicio de suministro del Ministerio, de la Caja, de la Asociación Demográfica, etc. Contará también con un botiquín de emergencia que permanecerá accesible al personal médico que atiende las emergencias en la noche, los días feriados y los fines de semana. El-

cuidado, manejo, almacenaje, ordenamiento, etc. acostumbrados no sufrirán alteración alguno con motivo de la integración de los servicios.

El Laboratorio:

El laboratorio integrado albergará en una instalación única a ambos personales y al equipo de los dos laboratorios originales. El espacio físico será distribuido de acuerdo a los planteamientos que previamente hayan hecho los futuros ocupantes. La programación y la coordinación estarán a cargo de una sola persona, designada por la dirección del Centro. El laboratorio integrado producirá los exámenes pertinentes del Control de las acciones preventivas, así como los referentes a la parte clínica de las labores del Centro. Su organización permitirá la utilización de los equipos, reactivos y suministros en forma indiscriminada respecto al origen y pertenencia. Se llevará un registro cuidadoso que permita una fácil auditoría y supervisión.

El mantenimiento de los equipos se dará indistintamente respecto a la propiedad o pertenencia de los mismos, aunque la responsabilidad de su cuidado será siempre del funcionario que lo tiene asignado. Las fórmulas de registro de los resultados serán uniformes, tomando como base para su diseño las propuestas de los funcionarios del laboratorio y las jefaturas nacionales.

El informe mensual será único y, transitoriamente, constará de dos copias que se harán circular por los canales regulares actuales. La supervisión técnica se dará desde el nivel regional por los Microbiólogos Regionales de las dos instituciones, indistintamente.

Odontología:

Básicamente los servicios de Odontología de la Caja son fijos y los del Ministerio son móviles. Los de la Caja atienden a asegurados y los del Ministerio a pre-escolares, escolares y embarazadas, sean aseguradas o no. En el Centro Integrado el equipo fijo atenderá también a los pre-escolares, escolares y madres embarazadas de la población sede del centro. El equipo móvil atenderá además a los adultos incluyendo a los asegurados, de los que confeccionará una lista con nombre, lugar, fecha, número de asegurado y material empleado, así como las cantidades. Este material será repuesto periódicamente al servicio móvil por parte de los recursos que provienen de la Caja. Este procedimiento se seguirá hasta que se adecúen mejor los procedimientos contables y de auditoría que pudieran proporcionar mayor fluidez al sistema.

La supervisión técnica del nivel regional se realizará indistintamente por supervisores de ambas instituciones.

Enfermería:

De preferencia el personal de enfermería del Centro Integrado será coordinado por una sola persona designada por la dirección y dependerá en línea jerárquica de dicha dirección. Sin embargo, si se desea y dada la dualidad de servicios pueden estos permanecer independientes, pero ambas jefaturas de enfermeras tendrán el mando respectivo de sus unidades, eso sí coordinadas en sus acciones. La enfermera coordinadora ejercerá sus acciones sobre las enfermeras y auxiliares de enfer-

mería de ambas instituciones mediante la otra jefa y por derecho propio. La programación de las actividades permitirá una adecuada rotación por los servicios del Centro Integrado y el ajuste a situaciones especiales que contengan los contratos de trabajo, respetando los derechos de los funcionarios. La programación permitirá también establecer los roles de guardias, los cronogramas de vacaciones, los días libres, las sustituciones, etc.

La rotación por los diferentes servicios, en sus inicios, no se dará con los Programas de Salud Rural y Comunitaria.

Trabajo Social:

La organización del Trabajo Social en el Centro Integrado obedece a los mismos principios en los que se basa la integración: evitar la duplicidad de funciones, el mejor empleo de los recursos, y beneficiar a más de una persona de la comunidad. En esta disciplina se hace énfasis en el concepto de duplicidad de servicios por cuanto encierra otras connotaciones: no es conveniente que dos o más trabajadoras sociales interactúen en un caso de enfermedad venérea, por ejemplo, y esto *solamente puede evitarse contando con una coordinación única del trabajo*. La persona coordinadora del trabajo social será designada por la dirección del Centro y su función comprenderá el trabajo social de todos los establecimientos de salud del área, C.E.N., C.I.N.A.I., Centro de Refugiados, etc. El trabajo se coordinará estrechamente con el de enfermería en todo lo concerniente a seguimientos de pérdidas de citas, crónicos y contactos de transmisibles.

La Planta Física:

Siempre que sea posible los funcionarios de ambas instituciones trabajarán en un mismo edificio. El espacio físico se distribuirá equitativamente, previa consulta con todo el personal que participará de la integración y con los funcionarios del nivel central y regional relacionados con el proceso. Esta distribución se analizará también por disciplinas, de modo que se tome en cuenta al personal que laborará en el laboratorio, la farmacia, el archivo, la consulta, etc., respecto a su propio espacio y al espacio general.

También se seguirán algunos criterios generales orientadores, a fin de que no queden separados los consultorios entre sí y con respecto a la sala de espera. De la misma manera, formará conjunto con los consultorios y la sala de espera, la administración, el archivo, la farmacia, el laboratorio e inyectables, que siempre se tendrá el cuidado de que funcionen en una sólo planta física. Esta distribución tiende a la prestación de un servicio más integral y fluido, así como a la comodidad del usuario. Los gastos de mantenimiento y de servicios básicos como agua, luz y teléfono, de preferencia se continuarán sufragando por los canales usuales. Las áreas de aseo y limpieza se redistribuirán equitativamente. Se establecerán las normas en cuanto al uso de las paredes para la información mural.

Algunas consideraciones sobre el Nivel Regional:

Partiendo de la base de que ya hubieran sido designados los jefes regionales sectoriales, se deberán ir tomando las medidas pertinentes para facilitar la creación de un sólo equipo regional multidisciplinario, que en forma integrada ejerza las

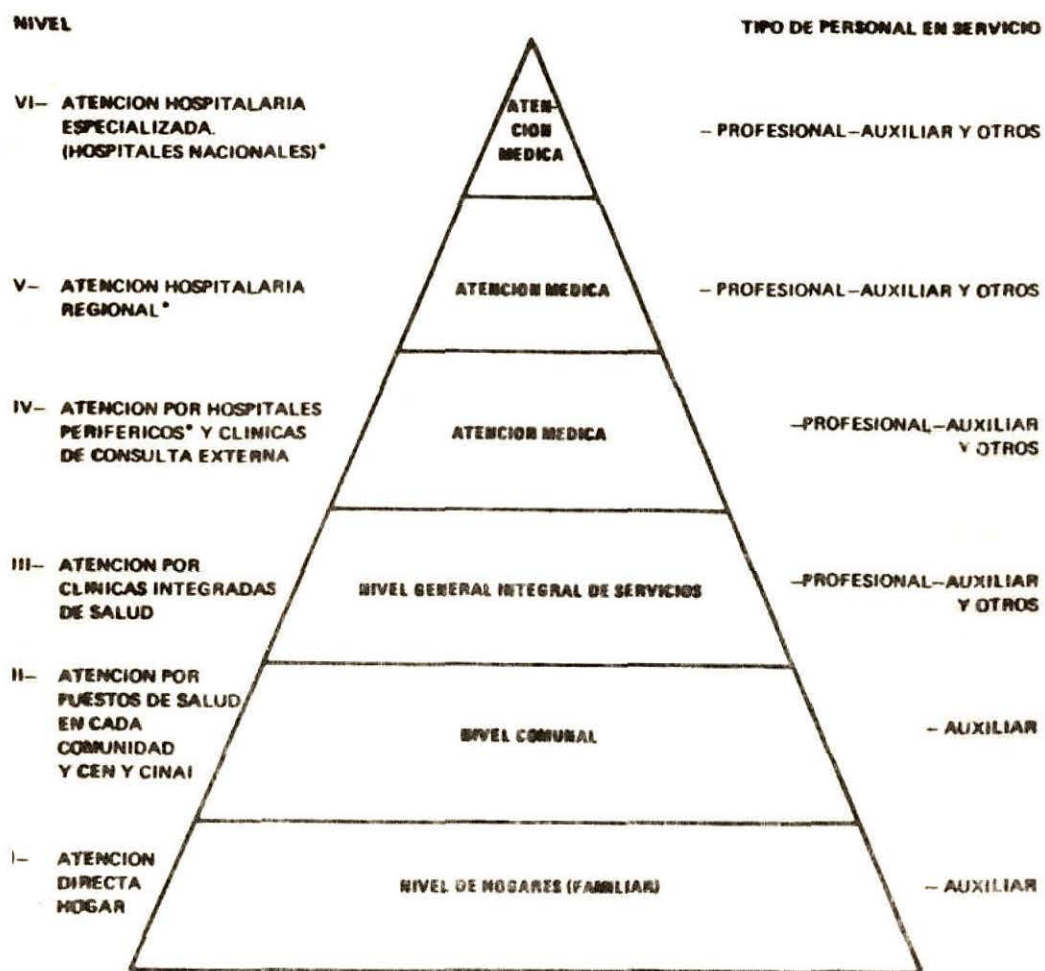
funciones de control y supervisión de ambas instituciones.

En las regiones en que una institución carezca de supervisor de una especialidad, la función será cubierta por el homólogo de la otra, como ya se ha dado el caso práctico. Si se diese el caso de contar con dos o más funcionarios regionales de una especialidad, se dividirá el trabajo en forma equitativa, a la vez que se deberá considerar la posibilidad de *incrementar el nivel de conocimientos* de los funcionarios mediante la realización de cursos formales para ampliar las posibilidades de disciplinas de trabajo en dichos casos.

La conformación de un sólo equipo regional debe complementarse con los instrumentos jurídicos, contables, de auditoría, etc. que permitan un respaldo pleno de las acciones que se tomen. Pero, para acelerar el proceso se puede recurrir a autorizar ya el comienzo de la supervisión y el control integrado siempre que los resultados sean comunicados al actual jefe inmediato del nivel supervisado, a fin de que las acciones que se tomen sigan los canales tradicionales.

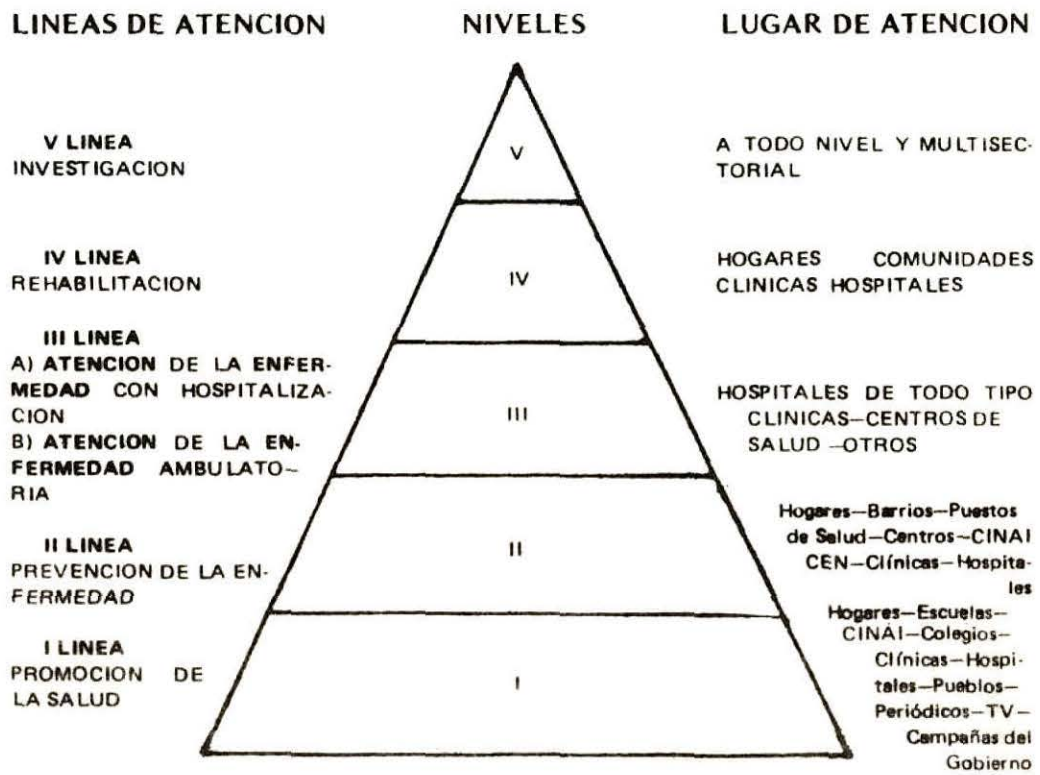
También se ha sugerido la conveniencia de que un supervisor extienda su acción a varias disciplinas o a todo un Centro de Salud, sobre todo para supervisar producción cuantitativa en relación a metas propuestas. Es decir, por ejemplo, que un odontólogo está capacitado para medir si la producción cuantitativa de un laboratorio está de acuerdo a lo planificado y estipulado en el programa respectivo de cada Centro. La supervisión total también se sugiere para los aspectos administrativos relacionados con el reglamento interno de trabajo, que en el futuro debería ser único para todos los funcionarios y todos los supervisores están en la obligación de aplicar y vigilar que se cumpla. Estos dos aspectos constituyen el grueso del quehacer de los establecimientos. Los aspectos cualitativos quedan estrictamente bajo la supervisión técnica del profesional respectivo y en relación directa a la especialidad. De esta manera será más fácil medir la calidad de los servicios que se prestan.

**SISTEMA PIRAMIDAL DE LOS NIVELES
DE ATENCION EN SALUD**



* VER TIPO DE HOSPITALES DE LA CCTS

LINEAS DE ATENCION EN SALUD



(JARAMILLO)

TIPOS DE HOSPITALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

“HOSPITAL PERIFERICO 1”

Se encuentran ubicados en zonas de población rural. Recibe pacientes de los niveles inferiores (Puestos de Salud y Clínicas de Consulta Externa) y según su complejidad refiere al nivel superior que pueda resolverlos. La dotación de camas no es mayor de 50 y está destinada principalmente a la atención gineco-obstetricia, pediatría y de medicina general, atendiendo problemas conforme lo permita la capacidad instalada de recursos humanos, físicos y técnicos.

El Centro cuenta con elementos mínimos de diagnóstico, tales como rayos equis y laboratorio clínico, según el nivel de complejidad correspondiente.

Los programas que se llevan a cabo en el Hospital Periférico 1, se dividen en programas de atención básica (curaciones, prevención, rehabilitación, docencia e investigación), programas complementarios, según el nivel de complejidad correspondiente. Sus programas deben tener proyección a la comunidad.

La estructura organizativa del Hospital Periférico 1, cuenta con servicios de: médicos, técnicos de diagnóstico y tratamiento y administrativos.

HOSPITALES PERIFERICOS 1

Hospital de Golfito
Hospital Max Terán Valls (Quepos)
Hospital de San Vito
Hospital Sr. Tomás Casas (Ciudad Cortés)
Hospital de Upala
Hospital de Los Chiles

“HOSPITAL PERIFERICO 2”

Se encuentran ubicados en zonas urbanas y semi-urbanas. En ellos se otorgan servicios médicos de medicina general de las cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-obstetricia) y algunas sub-especialidades de mayor demanda.

Constituyen el respaldo de los Puestos de Salud, Clínicas de Consulta Externa y Hospitales Periféricos 1, que se encuentran en su área de atracción, debiendo atender el nivel de patología acorde a los recursos humanos, físicos y técnicos con que cuenta; en caso contrario refiere al nivel superior que puede resolver. Habrá cirugía electiva y de emergencias según el nivel de complejidad correspondiente.

La dotación de camas oscila entre 50 y 100. El desarrollo de estos hospitales dependen tanto de la población a cubrir, como de la accesibilidad geográfica a los niveles superiores de atención médica hospitalaria y de consulta externa.

Para la ejecución de los programas a cargo del Hospital Periférico 2, éste cuenta con servicios médicos, técnicos de diagnóstico y tratamiento y administrativo.

HOSPITALES PERIFERICOS 2

Hospital San Francisco de Asís (Grecia)
– Hospital San Vicente de Paul (Heredia)
Hospital de Guápiles

“HOSPITAL PERIFERICO 3”

Se encuentran ubicados en zonas urbanas y semi-urbanas. Estos hospitales otorgan además de los servicios de medicina general y de las cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-obstetricia) todas aquellas sub-especialidades de mayor demanda. Constituyen también el respaldo de los Puestos de Salud y Clínicas de Consulta Externa y Hospitales Periféricos 1 y 2 ubicados en su área de atracción debiendo atender el nivel de patología acorde a los recursos humanos, físicos y técnicos con que cuenta; en caso contrario refiere al nivel superior que pueda resolverlo. Habrá cirugía electiva y de emergencias según el nivel de complejidad correspondiente.

La dotación de camas oscila entre 100 y 200 y el desarrollo de tales hospitales depende del tamaño de la población y de las facilidades de accesibilidad geográfica a los niveles superiores de atención médica hospitalaria y de consulta externa.

Los programas a cargo del Hospital Periférico 3 se dividen en programas de atención básica (curación, prevención, rehabilitación, docencia e investigación) complementarios y condicionales según el nivel de complejidad correspondiente.

La estructura organizativa del Hospital Periférico 3, cuenta con servicios médicos, técnicos de diagnóstico y tratamiento y administrativo.

HOSPITALES PERIFERICOS 3

- Hospital Dr. Enrique Baltodano (Liberia)
- Hospital de La Anexión (Nicoya)
- Hospital William Allen (Turrialba)
- Hospital de Ciudad Neilly
- Hospital Dr. Carlos L. Valverde V. (San Ramón)

“HOSPITALES REGIONALES”

Se encuentran ubicados generalmente en la ciudad sede de la Región Programática de Salud. Son hospitales generales con las especialidades de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría y las sub-especialidades de mayor demanda en la región, como apoyo a los niveles de menor complejidad de la región y, debe ser, en conjunto con los demás establecimientos, autosuficiente para atender los problemas médicos de la región. Referirá a los hospitales nacionales de inmediata accesibilidad geográfica los casos que por su complejidad no pueda resolver quedando fuera de su campo de acción los casos altamente especializados, que requieren métodos de diagnóstico muy complejos. Los servicios quirúrgicos cubrirán la cirugía electiva y de emergencias según el nivel de complejidad.

Las dotaciones de camas oscilan entre 200 y 350, y estarán distribuidas no sólo en los servicios básicos (Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría), sino en aquellas especialidades que la demanda de acuerdo a los patrones de morbilidad así lo exija.

La distribución de éstas en los servicios se hará en función de las necesidades del paciente, según la patología y grado de atención que amerite.

En este tipo de hospitales la enseñanza y la investigación son fundamentales.

para que participen en el proceso enseñanza-aprendizaje y colaboren con las universidades en una desconcentración de las funciones docentes y asistenciales. Los hospitales regionales se constituirán en las unidades médicas en donde se concentrarán las especialidades que no están ubicadas en los niveles intermedios, y deberán dar el respaldo científico y apoyo técnico a todas las instalaciones de salud en su área de atracción, incluyendo los niveles primarios, básico e intermedio (Puestos de Salud, Clínicas de consulta externa y Hospitales Periféricos).

Para llevar a cabo los programas a cargo de los hospitales regionales y para que la atención sea eficiente y adecuada, éstos contarán con los servicios médicos, técnicos de diagnóstico y tratamiento y administrativos.

HOSPITALES REGIONALES

- Hospital Dr. Max Peralta (Cartago)
- Hospital San Rafael (Alajuela)
- Hospital Monseñor Sanabria (Puntarenas)
- Hospital Dr. Tony Facio (Limón)
- Hospital Dr. Escalante Pradilla (Pérez Zeledón)
- Hospital de San Carlos (Ciudad Quesada)

“HOSPITALES NACIONALES”

Se encuentran ubicados en el Area Metropolitana. Estos hospitales son altamente especializados y recursos técnicos de alta tecnología, funcionalmente ubicados en el vértice de la pirámide de servicios. Desde luego irradian su acción a toda una región mucho más vasta, que en sí incluye varios hospitales regionales y las clínicas periféricas de salud integral del Area Metropolitana ligadas en actividad con éstos.

Además, del trabajo asistencial que desempeñan, controlan la investigación clínica y la básica, participando en la formación del 100% de los estudiantes de medicina y de los especialistas del país.

Importantes para el sistema, porque solucionan los problemas más delicados, también permiten mantener actualizado el ejercicio de la ciencia moderna junto al desarrollo tecnológico propio y la selección de la tecnología extranjera conveniente para el Seguro Social.

HOSPITALES NACIONALES

- Centro Nacional de Rehabilitación
- Hospital Dr. Blanco Cervantes
- Hospital México
- Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia
- Hospital Dr. Chacón Paut
- Hospital Nacional Psiquiátrico
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Nacional de Niños
- Instituto Materno Infantil Carit

**DECRETOS Y CONVENIOS
EN RELACION CON LA
INTEGRACION DE SERVICIOS**

**DECRETO INCORPORACION DE LOS INDIGENTES A LOS SERVICIOS
DE LA CCSS**

No. 15133-S

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
Y EL MINISTRO DE SALUD**

De conformidad con las facultades que les confieren los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política y la ley No. 5349 de 24 de setiembre de 1973.

CONSIDERANDO:

1.- Que para lograr la atención integral de toda la población, dentro del proceso de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, la ley No. 5349 de 24 de setiembre de 1975, autorizó el traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social de los hospitales que estaban bajo la administración del Ministerio de Salud.

2.- Que esta misma ley obligó a la Caja a prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de tales servicios, a la vez, aquella misma ley previó el traspaso a favor de la Caja de las rentas y recursos de que disponían aquellas instituciones hospitalarias así como que en caso de insuficiencia de tales rentas, el Estado estaría obligado a suplir recursos adicionales.

3.- Que en consecuencia, es necesario reglamentar los procedimientos y sistemas conforme con los cuales se defina la población no asegurada por la Caja pero con derecho a las prestaciones de salud, así como también es necesario fijar los sistemas financieros inherentes a tales servicios.

4.- Que tales procedimientos y sistemas contables y financieros deben determinarse siguiendo los mismos fundamentos de solidaridad que privan en los servicios asistenciales que brinda la Caja a sus asegurados, conforme con los cuales, en principio, el aporte o cotización del cabeza de familia da derecho a su núcleo familiar para beneficiarse de tales servicios, sin que necesariamente coticen todos los miembros de la familia.

POR TANTO,

**DECRETAN:
CAPITULO I
Disposiciones generales**

Artículo 1º.- Con el fin de garantizar la atención integral de la salud para toda la población, se reconoce el derecho de los "asegurados por cuenta del Estado" a recibir servicios para la protección de su salud sin pago directo de su parte, en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para garantizar este derecho se considera que los ingresos correspondientes a las instituciones traspasadas a la Caja de acuerdo con la Ley No. 5349 y las rentas estatales extraordinarias ahí previstas, equivalen al pago de las cuotas de este sector de la población.

Artículo 2º.- Se define como "Asegurado por cuenta del Estado", el usuario de los servicios de salud que no está comprendido en alguna de las categorías o regímenes propios de la Caja y que además no tenga capacidad de pago conforme con las disposiciones de este Reglamento.

El derecho para exigir las prestaciones de los beneficiarios nace en el momento en que el Ministerio de Salud compruebe la calidad de asegurado por cuenta del Estado.

Sin embargo, no se podrán negar las prestaciones de los servicios integrales de salud a ninguna persona en particular, especialmente cuando por circunstancias urgentes se requiera la atención médica, todo sin perjuicio de las posteriores comprobaciones y de los cobros posteriores de tales servicios, cuando corresponda.

CAPITULO II Procedimientos

Artículo 3º.- El Ministerio de Salud, a través de la dependencia que para tal efecto designe, deberá desarrollar a nivel nacional un sistema eficiente de calificación de los "Asegurados por cuenta del Estado", lo cual se hará sobre la base de núcleos familiares que estarán integrados básicamente por el cabeza de familia, el cónyuge o el compañero, en su caso, los hijos menores o incapaces y dependientes.

Artículo 4º.- El Ministerio extenderá a las personas que califique como "Asegurado por cuenta del Estado" una constancia con base en la cual la Caja emitirá el carné de identificación correspondiente.

Artículo 5º.- El Ministerio y la Caja deberán hacer revisiones y evaluaciones periódicas selectivas de los casos afiliados, para evitar que personas que no tengan la situación económica requerida, se incluyan indebidamente en el régimen a que este Reglamento se refiere.

Artículo 6º.- La afiliación se hará por grupos familiares completos y la constancia a que se refiere el artículo anterior deberá incluir siempre el nombre del cabeza de familia, del cónyuge o del compañero, en su caso, además, el nombre del interesado, su lugar y fecha de nacimiento, el parentesco que tenga con el cabeza de familia y su domicilio actual. Tratándose de mayores de edad, deberá indicarse el número de cédula respectiva.

Artículo 7º.- Es requisito indispensable de afiliación, adscribir al beneficiario a la clínica o dispensario de la Caja en cuya zona de atracción se encuentra su domicilio.

El carné de identificación debe llevar impreso el código de la unidad a la cual queda adscrito el beneficiario.

Artículo 8º.- El responsable de la calificación y la afiliación será el Ministerio de Salud, por lo que la Oficina de Afiliación de la Caja se limitará a proveer a los beneficiarios el respectivo carné, con base en la constancia otorgada por el Minis-

terio.

Artículo 9º.- El Ministerio deberá reportar a la Caja, trimestralmente, las entradas y salidas al “Régimen de Asegurados por cuenta del Estado” para los efectos del control estadístico y de afiliación de la población a que se refiere el presente Reglamento.

Artículo 10.- Para la calificación de las personas como “Asegurados por cuenta del Estado”, a efecto de incorporarlas al régimen establecido en este Reglamento, el Ministerio deberá realizar la investigación respectiva, tratándose de establecer, con el máximo de seguridad y veracidad posibles, la situación económica de cada núcleo familiar de acuerdo con las siguientes normas:

a) Se entiende por situación de “indigencia médica” aquella en que el núcleo familiar no pueda satisfacer sus necesidades básicas, de alimentación, vestuario, vivienda y salud;

b) Se considerará de pleno derecho incluido dentro del concepto anterior al salario más bajo de la última fijación de salarios mínimos;

c) Los núcleos familiares que tengan ingresos iguales o superiores al salario más bajo de la última fijación de salarios mínimos pero que sean insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas, serán calificados como “Asegurados por cuenta del Estado” tomando en cuenta sus ingresos totales en relación con el número de sus miembros, sus edades, su situación socioeconómica y su nivel de vida en general; y

d) No podrán ser considerados como “Asegurados por cuenta del Estado” las personas que perciban un salario regular y estable, ni en general, aquellos que conforme con el ordenamiento legal respectivo sean o tengan derecho a ser asegurados dentro de los regímenes ordinarios que administra la Caja.

Artículo 11.- Los inspectores del Ministerio Salud a quienes se encomiende la vigilancia del cumplimiento de este Reglamento, quedan investidos con la autoridad necesaria para realizar labores de inspección complementaria a la que realizan los inspectores de la Caja.

Artículo 12.- Los “Asegurados por cuenta del Estado” tendrán derecho a todas las prestaciones que otorga el Régimen de Enfermedad y Maternidad de la Caja con excepción de los subsidios en dinero por cualquier título.

CAPITULO III **Régimen financiero**

Artículo 13.- La Caja Costarricense de Seguro Social, atenderá el costo de los servicios a que este Reglamento se refiere con los recursos y rentas que recibe del Ministerio de Salud y del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, según el párrafo primero del artículo 7º de la ley No. 5349.

Artículo 14.- La Caja hará la determinación de los costos de la atención médica hospitalaria con base en los resultados estadísticos y de orden financiero relativos a estancias hospitalarias y consultas, pero el cobro de los servicios se hará, conforme con los principios enunciados en el considerando IV, sobre la base de los núcleos familiares incorporados al régimen previsto en este Reglamento, cuya tarifa no será inferior a la mínima establecida para el régimen de asegurados independientes.

tes.

En la liquidación anual de cuentas a que se refiere el artículo 17 siguiente, *deberán considerarse los costos en que incurra el Ministerio con sus propios servicios por la atención médica primaria que presta a la población en forma directa. Lo anterior sin perjuicio de la contribución de la Caja en los programas de medicina preventiva, según está previsto en el artículo 3º, párrafo 4º de su Ley Constitutiva.*

El Ministerio y la Caja quedan autorizados para que *administrativamente tomen los acuerdos y medidas que estimen pertinentes con el objeto de ejecutar las normas generales contenidas en este Decreto, conforme con los resultados y experiencias que se obtengan.*

Sin embargo, en ningún caso los costos podrán ser superiores a los que registra la Caja como costo promedio de los asegurados suyos.

Artículo 15.- *Las estimaciones de costos deben ser revisadas y aprobadas por el Ministerio de Salud. Cuando no hubiere acuerdo entre la Caja y el Ministerio en cuanto a la determinación de tales costos, el caso será resuelto definitivamente por la Contraloría General de la República, para cuyos efectos se le darán a esa dependencia la información y los antecedentes que sean necesarios.*

Artículo 16.- *La Caja Costarricense de Seguro Social deberá suministrar al Ministerio de Salud las liquidaciones anuales de rentas e ingresos percibidos y su relación con el costo de la cobertura. Igualmente la Caja deberá aportar todas las informaciones estadísticas y financieras que sean necesarias para evaluar los servicios prestados a los "Asegurados por cuenta del Estado".*

Artículo 17.- *En caso de que las rentas y los ingresos ordinarios destinados al pago de los servicios a que este Reglamento se refiere resultarán insuficientes, según las normas anteriormente establecidas y en concordancia con el artículo 2º de la Ley No. 5349 el Gobierno deberá proporcionar a la Caja las rentas que sean necesarias para cubrir tales gastos. Para tales efectos, en el mes de agosto de cada año, el Ministerio y la Caja conjuntamente comunicarán al Ministerio de Hacienda el monto de la partida respectiva que deberá incluirse en el Presupuesto Nacional para el año inmediatamente siguiente.*

Si, por el contrario, tales rentas e ingresos anuales ordinarios produjeran excedentes, tal diferencia se aplicará como abono a la deuda acumulada de años anteriores o, en su defecto, se acreditará a liquidaciones futuras.

CAPITULO IV **Disposiciones finales**

Artículo 18.- *Para la prestación de servicios a las personas, el Ministerio se responsabilizará, en el nivel primario de atención, de las funciones de promoción y prevención de la salud de referencia a otros niveles y de la atención de emergencias en aquellas áreas en que cuente con servicios médicos y la Caja Costarricense de Seguro Social no disponga de esos servicios.*

La Caja se responsabilizará, en los niveles especializado y altamente especializado, de las funciones de recuperación y rehabilitación de la salud. En el nivel de atención general, el Ministerio atenderá a las personas sanas, con acciones de promoción y prevención; y la Caja a las enfermas, con actividades de recuperación.

El saneamiento ambiental corresponderá al Ministerio.

Las acciones de investigación y docencia, se planificarán y se llevarán a cabo de manera conjunta.

En áreas geográficas donde solo se cuente con recursos de una institución, ésta se encargará, hasta donde le sea posible, de las funciones de la otra, mientras ésta aporta los recursos faltantes.

Artículo 19.- Para la prestación de los servicios a las personas por organismos locales de salud, las estructuras de ambas instituciones deben estar organizadas y funcionar conforme con los conceptos de regionalización y sectorialización, a fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y desconcentrar los servicios básicos en función de las necesidades por medio de establecimientos de salud puestos a disposición de la totalidad de la población.

Artículo 20.- Para permitir la planificación y la evaluación de las acciones, la Caja y el Ministerio unificarán sus esquemas de regionalización.

Artículo 21.- En cada región de salud se crearán comisiones de coordinación, con funcionarios de las instituciones, responsables de resolver los problemas prácticos que se susciten en la aplicación de las normas y recomendaciones. Estas funciones también podrán ser encargadas a las Juntas de Salud y Seguridad Social a que se refiere el decreto No. 14222 de 27 de enero de 1983, si el Ministerio y la Caja así lo determinaran.

Dado en la Presidencia de La República, San José, a las quince horas del día cuatro de enero de mil novecientos ochenta y cuatro.

LUIS ALBERTO MONGE

EL MINISTRO DE SALUD
Dr. Juan Jaramillo A.

**CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD
Y LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARA LA INTEGRACION Y/O COORDINACION DE SERVICIOS**

El Ministerio de Salud, Representado por el Doctor Juan Jaramillo Antillón, mayor, casado, médico cirujano, vecino de San José, portador de la cédula de identidad No. 1-244-050, Ministro de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, Representada por el Doctor Guido Miranda Gutiérrez, mayor, casado, médico cirujano, vecino de San José, portador de la cédula de identidad No. 1-167-0288, Presidente Ejecutivo, acuerdan suscribir el siguiente Convenio, como mecanismo para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley No. 5349 del 24 de setiembre de 1973, sobre el traspaso de Hospitales, Ley No. 2738 del 12 de mayo de 1961, que impone a la Caja la obligación de lograr la universalización de los Seguros Sociales puestos a su cargo, la Ley General de Salud que otorga al Ministerio la rectoría de las acciones de Salud y el Decreto No. 15133-S del 4 de enero de 1984 que garantiza la atención integral de la salud para toda la población, que comprende los componentes de educación para la salud, prevención, tratamientos, rehabilitación, e investigación, todo ello dentro de las posibilidades reales de darlos según regiones, tanto a personas como a grupos de población, y el Decreto No. 14313-SP del 15 de febrero de 1983 que crea el Sistema de Dirección y Planificación del Sector Salud

Igualmente, con fundamento en el presente Convenio, proceden a la integración y/o Coordinación de los servicios con el fin de evitar duplicidad, disminuir costos y mejorar la atención, cumpliendo así con el derecho a la salud de todos los costarricenses.

En virtud de lo anterior, ambas Instituciones convienen lo siguiente:

PRIMERO:

El Ministerio de Salud se responsabiliza de las acciones de promoción y prevención de la salud a toda la población, refiriendo a otros niveles de atención médica y de todo lo concerniente al saneamiento del medio.

La Caja por su parte, se responsabilizará de las funciones de recuperación y rehabilitación de la salud en un sistema escalonado de servicios que abarque a toda la población, sea esta asegurada o no.

Ambas instituciones planificarán y llevarán a cabo de manera conjunta las acciones de investigación y docencia.

SEGUNDO:

De los Usuarios

Tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social, convienen en brindar los servicios a toda la población en forma indiscriminada. El

Ministerio de Salud reconocerá a la Caja el costo de la atención de los "Asegurados por cuenta del Estado". La Caja por su parte, le reconocerá al Ministerio de Salud los gastos que genere la atención de los pacientes asegurados en las consultas de medicina preventiva, previa determinación de los costos entre las partes.

Todo lo anterior, de conformidad con lo que establece el Capítulo Tercero, Decreto Ejecutivo No. 15133-S de 4 de enero de 1984.

La calificación de los "Asegurados por cuenta del Estado", será responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Capítulo Segundo del Decreto Ejecutivo No. 15133-S.

El Ministerio extenderá a los interesados la identificación correspondiente, al momento en que solicita el Servicio y la Caja extenderá un carné de vigencia periódica.

La Caja se reserva el derecho de corroborar por medio de sus inspectores de Leyes y Reglamentos, la condición de "Asegurados por cuenta del Estado" en aquellos lugares y ocasiones en que lo estime conveniente.

TERCERO:

Plantas Físicas

En donde las circunstancias lo permitan y cuando existan las facilidades para ello, los servicios integrados y/o coordinados entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, deberán prestarse en una misma planta física.

En los casos en que estos no fuere posible, deberá obtenerse la organización y coordinación más efectiva entre los programas que existen, para evitar desplazamientos innecesarios a los usuarios del sistema y duplicaciones inconvenientes.

En aquellos lugares en donde ya se hubiera realizado la integración de servicios en una misma planta física, y por ello, ambas Instituciones Caja y Ministerio dispusieran del mismo edificio para prestar sus servicios.

La Institución propietaria del Edificio, no podrá por ningún motivo y sin previo acuerdo de ambas partes, disponer unilateralmente en el futuro del área que había cedido a la otra Institución.

Los gastos en remodelaciones o ampliaciones, así como el mantenimiento de los equipos y plantas físicas de servicios integrados, deberán compartirse entre ambas Instituciones de conformidad con los recursos de que dispongan, procurando siempre la participación de las comunidades.

CUARTO:

De los Materiales y Suministros

En los servicios que se integren y/o coordinen, los equipos y materiales que cada una de las Instituciones aporte, conservarán el patrimonio original de común acuerdo, pero podrán ser empleados en beneficio de los costarricenses que demanden servicios.

En base a lo anterior, se debe procurar el establecimiento de un sistema uniforme o similar para la adquisición de recursos materiales, para la producción de insumos críticos para la adquisición de equipos y medicamentos, de normas e índices de utilización, de presupuestación de seguimiento de lo programado y de evaluación de calidad de la atención y de sus resultados.

QUINTO:**De los Transportes**

Los vehículos del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social destinados a las áreas de servicios integrados, operarán obedeciendo a una programación conjunta y a normas y políticas que garanticen el uso racional de los mismos, independientemente de la Institución a la cual pertenezcan.

Sin embargo, la reglamentación del uso de estos vehículos seguirá siendo la que cada Institución tenga en práctica.

Las necesidades de combustible, aceite, lubricante u otros, seguirán a cargo de la Institución propietaria del vehículo y en caso de reparación, los costos de la misma podrán distribuirse porcentualmente a la utilización del vehículo y al programa al cual haya sido destinado.

En funciones de su cargo, funcionarios del Ministerio podrán viajar en vehículos de la Caja y viceversa, debiendo de tomarse las provisiones para esta eventualidad en las pólizas de riesgo.

SEXTO:**De los Derechos Laborales**

Con la Integración y/o Coordinación, todos los funcionarios conservarán sus derechos laborales y seguirán dependiendo administrativamente del mismo patrono y de los respectivos Reglamentos Internos de Trabajo de cada una de las Instituciones.

SETIMO:**Régimen Financiero**

El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social atenderán el costo de los servicios a que se refiere este Convenio, según los recursos y rentas que recibe el Ministerio de Salud y el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, según el párrafo primero del Artículo No. 7 de la Ley 5349.

El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social quedan autorizados según el presente Convenio, para que administrativamente tomen los acuerdos y medidas que estimen convenientes con el objeto de ejecutar las normas generales contenidas en el Decreto en mención, para brindar la atención integral de salud a toda la población costarricense.

OCTAVO:**Disposición Final**

Para la prestación de los servicios a las personas por Organismos Locales las estructuras de ambas Instituciones deben de estar organizadas y funcionar conforme con los conceptos y regionalización y sectorialización, a fin de concentrar los instrumentos de alta especialización y desconcentrar los servicios básicos en función de las necesidades, por medio de establecimientos de Salud puestos a disposición de la totalidad de la población.

En cada Región de Salud, crearán comisiones de coordinación y/o integración, con funcionarios de las Instituciones responsables de resolver los problemas prácticos que se susciten en la aplicación de las normas y recomendaciones del presen-

te Convenio.

Estas funciones también podrían ser encargadas a las Juntas de Salud y Seguridad Social a que se refiere el Decreto No. 14222 del 27 de enero de 1983, si el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social así lo determinaran.

Estando conformes las partes firmamos en San José, a los veintiún días del mes de diciembre de mil novecientos ochenta y cuatro.

fdo.) Dr. Juan Jaramillo Antillón
Ministro de Salud

fdo.) Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Presidente Ejecutivo de
la C.C.S.S.

fdo.) El Presidente de la República
Luis Alberto Monge Alvarez

SELLO DE LA PRESIDENCIA
DE LA REPUBLICA

**PUBLICADO EN LA GACETA No. 77
DEL 25 de abril de 1983.**

No. 14222-SPPS

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
Y EL MINISTRO DE SALUD**

De conformidad con las facultades que les confieren los artículos 140 incisos 3) y 18 de la Constitución Política y 1º. y 2º. de la Ley General de Salud.

CONSIDERANDO:

Que el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, en ejercicio de sus atribuciones y para el mejor cumplimiento de sus responsabilidades; acuerdan promover y estimular la creación y organización de Juntas de Salud y Seguridad Social en todos los cantones del país, que sirvan como medio de comunicación y de enlace entre las instituciones y las comunidades a las cuales sirven.

POR TANTO,

DECRETAN:

El siguiente:

REGLAMENTO DE JUNTAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 1º.- Créanse las Juntas de Salud y Seguridad Social, en todos los cantones del país.

Artículo 2º.- Serán responsabilidad de las Juntas el promover el mejoramiento de la salud rural y comunitaria y tendrá las siguientes funciones:

a) Servir de vínculo entre el Ministerio, la Caja y la respectiva comunidad, a efecto de implementar las políticas, programas y actividades que ambas instituciones acuerden desarrollar en materia de salud, por medio de los servicios que se dan a nivel local, así como también transmitir a las instituciones los problemas e inquietudes comunales tendientes a mejorar la prestación de servicios.

b) Cooperar mediante organismos voluntarios en la promoción de los programas de bienestar y salud social, bajo la dirección técnica del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

c) Recaudar y administrar fondos provenientes de ayudas comunales, para cooperar en el financiamiento de acciones de salud.

d) Velar por la realización de obras de saneamiento ambiental y de prevención que inciden en la salud del pueblo.

e) Organizar campañas para crear en la comunidad conciencia de la importancia

que tiene la paralización individual y colectiva en los programas de salud.

f) Promover la organización de conferencias y otras actividades que tienden a mejorar la educación del pueblo, en los diferentes aspectos de la salud y la prevención de las enfermedades.

g) Sugerir los medios para obtener la mayor eficacia en la prestación de servicios por parte del Ministerio y la Caja, en la respectiva comunidad.

h) Vigilar que los servicios médicos que recibe la comunidad, sean los más adecuados.

i) Colaborar en detectar quienes son indigentes y quienes sin ser asegurados tienen capacidad de pagar los servicios que reciben.

Artículo 3º.- Las Juntas operarán en las cabeceras de cantón y su ámbito de acción abarcará tanto al Centro de Salud del Ministerio, como a los Dispensarios o Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 4º.- Las Juntas de Salud y Seguridad Social estarán integradas por 7 miembros, de la siguiente forma:

a) El Médico Director o de la Enfermera Jefe del Centro de Salud.

b) El Médico Director o el Administrador del Dispensario de la Caja.

c) El Presidente de la Corporación Municipal respectiva o algún otro miembro de la Directiva.

d) Cuatro miembros representantes de la comunidad.

Los representantes de la comunidad serán nombrados conjuntamente por el Ministro de Salud y el Presidente Ejecutivo de la Caja, de una lista de 10 personas propuestas por los distintos grupos organizados de cada comunidad y la Municipalidad, interesados o afines al campo de la salud. Estos representantes de la comunidad durarán en sus cargos dos años, pudiendo ser reelectos parcial o totalmente por otro período igual.

Artículo 5º.- Las Juntas se reunirán ordinariamente una vez por mes y extraordinariamente cuando sus miembros lo estimen necesario. El quórum lo formarán cuatro miembros. Es entendido que el desempeño de las funciones como miembro de la Junta es ad honórem.

Artículo 6º.- El Ministerio de Salud y la Caja colaborarán en todo lo posible con las labores de las Juntas, facilitando el local para que celebren sus reuniones; la papelería, el equipo y demás condiciones necesarias para su labor.

Artículo 7º.- En el caso de que con recursos propios la Junta de Salud y Seguridad Social planee construir, ampliar o modificar las plantas físicas existentes, deberá obtener el visto bueno del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 8º.- Con el fin de procurar el buen funcionamiento de las Juntas, sus miembros elegirán entre ellos los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero para constituir así la Junta Directiva. Durarán un año en sus funciones y podrán ser reelectos por una vez consecutivas y en forma alerta indefinidamente.

Los acuerdos los aprobarán por mayoría de votos y deben constar en el libro de Actas correspondiente.

Artículo 9º.- Los representantes comunales de las Juntas Directivas, perderán su condición de tales cuando falten a tres sesiones ordinarias consecutivas o a seis alternas sin justificación alguna a juicio del Ministerio y la Caja.

Artículo 10.- En todo lo que no esté previsto en este Reglamento se actuará de conformidad con lo que al efecto establezcan conjuntamente el Ministerio de Salud y la Presidencia Ejecutiva de la Caja.

Artículo 11.- Este Reglamento regirá a partir de su publicación y se irá aplicando paralelamente en aquellas comunidades en donde se inicie el plan coordinado de servicios, entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

Transitorio: En las localidades en donde existen grupos comunales constituidos para cooperar en acciones de salud, el Ministerio y la Caja podrían autorizar a que continúen funcionando en el entendido de que sus órdenes y funciones se ajusten al presente Reglamento.

Además, sus nombres podrán ser enviados para participar en la selección de esta nueva Junta.

Dado en la Presidencia de la República.- San José, a los veintisiete días del mes de enero de mil novecientos ochenta y tres.

LUIS ALBERTO MONGE

EL MINISTRO DE SALUD
DR. JUAN JARAMILLO ANTILLON

**PUBLICADO EN LA GACETA No. 66
del 7 de abril de 1983.**

**REGLAMENTO DE LAS JUNTAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
(ANEXO)
No. 14401-SPPS**

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
Y EL MINISTRO DE SALUD**

De conformidad con las facultades que les confieren los artículos 140, incisos 3) y 18 de la Constitución Política y 1º. y 2º. de la Ley General de Salud.

CONSIDERANDO:

1º.- Que por medio del decreto No. 14222-SPPS de 27 de enero de 1983, se crearon las Juntas de Salud y Seguridad Social.

2º.- Que en la integración de esas Juntas, fueron incluidos cuatro miembros representantes de la comunidad.

3º.- Que las diferentes comunidades han manifestado su interés en contar con un número mayor de participantes, para tener más representación y poder dar más apoyo.

POR TANTO:

DECRETAN:

Artículo 1º.- Modifíquese el inciso d) del artículo 4º. del decreto No. 14222-SPPS del 27 de enero de 1983, para que en lo sucesivo se lea así:

“Inciso d) seis miembros representantes de la comunidad”

Artículo 2º.- Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.- San José, a los veintidós días del mes de marzo de mil novecientos ochenta y tres.

LUIS ALBERTO MONGE

**EL MINISTRO DE SALUD
DR. JUAN JARAMILLO ANTILLON**

BIBLIOGRAFIA

- Alfaro R., Oscar: *Análisis sobre Integración de Servicios*. Setiembre 1984.
- Angulo Angulo, Angel. *Seminario de Evaluación: Centro Integrado de Salud, Nandayure, Guanacaste*. Ministerio de Salud, 1984.
- Asís Beirute, Luis Dr. *Integración de los Servicios de Salud: Una propuesta* Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector Salud. Febrero 1984.
- Asís Beirute, Luis Dr. *Constitución del Sector Salud. Organización y Funcionamiento. Plan de Acción*. Agosto 1984.
- Brenes C. Haydée Lic., *Manual de Normas y Procedimientos Técnicos y Administrativos. Programa de Atención Integral CEN-CINAI*. Departamento de Nutrición. Ministerio de Salud. San José, mayo 1984.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Memoria*, 1983.
- Contreras J., Guillermo: *Situación actual del proceso de integración de los servicios de salud en Costa Rica*. Marzo 1984.
- Jaramillo Antillón, Juan Dr.: *Los Problemas de Salud en Costa Rica*, s. f. 1984.
- Ministerio de Salud. *Mantenimiento para los Servicios de Salud*. 1983.
- Ministerio de Salud: *Memoria Anual*. 1983.
- Ministerio de Salud. *Proyecto Creación de Sistema Integrado de Mantenimiento para los Servicios de Salud*. 1983.
- Miranda G., Guido Dr.: *El desarrollo de la Medicina de la Seguridad Social en Costa Rica*. Octubre de 1983.
- Propuesta de Integración de Servicios de Salud*: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Región Huetar Norte, M.S. Heredia. Febrero 1984.
- Proyecto de la Integración de Servicios de Salud en la Región Chorotega* Proyecto Piloto. Liberia, 1983.
- Servicios Integrados de Salud*. Informe. Buenos Aires, octubre 26, 1984.
- Silva Solórzano, Armando Dr.: *Servicios Integrados de Salud*. Informe. Ciudad Neilly, mayo 1983 - abril 1984.