

INTEGRACIÓN DEL SECTOR SALUD Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Sector Salud: Está integrado solo por aquellas instituciones del Estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud.

Sistema Nacional de Salud: Incluye la totalidad de los elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población.

A. SECTOR SALUD

El Sector Salud en Costa Rica pertenece al área social y fue formalmente establecido el 15 de febrero de 1983 mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN llamado **Constitución del Sector Salud** en el que se regula su estructura y organización. Ya desde el año 1979 se había estructurado en sus rasgos más generales, pero no se habían definido claramente las potestades que el (la) Presidente (a) de la República y el (la) Ministro (a) de Salud tendrían sobre las instituciones que lo integraban. Según el decreto mencionado, el Sector Salud está integrado por las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Planificación y Política Económica.
- Ministerio de la Presidencia.
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
- Caja Costarricense de Seguro Social.
- Instituto Nacional de Seguros (específicamente los programas de riesgos del trabajo y accidentes de tránsito).
- Universidad de Costa Rica (de ésta, el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y el área de Ciencias de la Salud).
- Cualquier institución que determine el (la) Presidente (a) de la República en atención a propuestas del (la) Ministro (a) de Salud.

Desde entonces, en el decreto se estableció que al Ministerio de Salud le corresponden las funciones de dirigir y coordinar al sector y velar porque la organización y el funcionamiento de las instituciones del Sector Salud, respondan adecuadamente a los requerimientos de los objetivos sectoriales, así como a las directrices y disposiciones superiores en materia de política y reforma administrativa.

El 09 de noviembre de 1989, por Decreto Ejecutivo No. 19276-S, se creó el *Sistema Nacional de Salud* y se estableció el *Reglamento General del Sistema* mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.

En este decreto se estableció que el *Sistema Nacional de Salud* está integrado, además de las instituciones estatales que conforman el Sector Salud, por otras del sector privado y por la comunidad, como se detalla a continuación:

- Ministerio de Salud (M.S.)
- Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.)
- Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A)
- Universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud
- Servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas
- Municipalidades
- Comunidades

Como puede apreciarse, en este decreto no se incluyen al Ministerio de Planificación y Política Económica ni al Ministerio de la Presidencia, pero, con base en el concepto de la producción social de la salud, en el documento de Reestructuración del Ministerio de Salud, aprobado el 09 de febrero de 1998, se consideran conceptualmente parte del Sistema Nacional de Salud todas las instituciones, públicas y privadas, del sector salud y de otros sectores, y los grupos comunales que con sus acciones y programas afectan, directa o indirectamente, la salud de la población, al ser considerados actores sociales de la salud.

B. PROPÓSITOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El propósito general del Sistema Nacional de Salud consiste en preservar, mantener y mejorar la salud de la población mediante los siguientes propósitos específicos:

- a. Garantizar a toda la población, servicios integrales de salud de buena calidad
- b. Disponer de estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de los recursos y su respectivo control
- c. Establecer subsistemas administrativos efectivos, eficientes y equitativos y garantizar por niveles de gestión (central, regional y local) una legislación nacional en salud congruente y actualizada con la salud y el bienestar de la población

C. FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Las funciones del Sistema Nacional de Salud fueron formalizadas desde el año 1989 en el Decreto Ejecutivo No. 19276-S.

Además de las funciones anteriores, son funciones del Sistema Nacional de Salud, todas aquellas encomendadas por las diferentes disposiciones legales vigentes, a las instituciones y grupos que lo conforman.

- a. Propender a la reducción de las muertes prevenibles y evitables, las enfermedades y a la disminución de la discapacidad y contribuir al desarrollo de la capacidad física y mental de la población
- b. Intensificar la promoción y el apoyo a las organizaciones y la participación comunitaria
- c. Desconcentrar administrativamente e incrementar la capacidad resolutoria de los servicios de salud
- d. Desarrollar y fortalecer los subsistemas de prestación de servicios de salud, seguro de salud y salud ocupacional, atención al ambiente, participación comunitaria,

información, planeación, normatividad, vigilancia epidemiológica, financiera, recursos humanos, suministros, transporte, ingeniería y mantenimiento e investigaciones

e. Identificar necesidades de recursos, funciones alternas de financiamiento y desarrollo de programas para la captación y utilización racional de los recursos financieros del sistema

D. OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El objetivo general del Sistema Nacional de Salud se orienta a la atención integral de la población, a la producción social de la salud y a la utilización racional de los recursos, a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Los objetivos generales de los integrantes del Sistema son:

1. Ministerio de Salud (M.S.)

Ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud, mediante el estímulo a su participación activa y la orientación a sus acciones hacia el desarrollo y el mejoramiento constante de los niveles de salud de la población. Por rectoría se entiende la capacidad política, técnica, administrativa y legal para dirigir, conducir, regular y controlar el proceso de la producción social de la salud.

2. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Prestar servicios de salud a toda la población con apego a los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, unidad, obligatoriedad, igualdad y equidad. Adicionalmente, otorgar protección económica y social, tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos, de conformidad con la normativa vigente en materia de invalidez, vejez y muerte.

3. Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.)

Proteger a la población trabajadora, mediante el Régimen de Riesgos del Trabajo, otorgando asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidentes o enfermedad laboral.

4. Acueductos y Alcantarillados (A y A)

Prestar servicios relacionados con el suministro de agua segura para el consumo humano, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos y establecer normas para los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas.

5. Universidades e institutos del área de la salud

Formar y capacitar a profesionales y técnicos en el área de la salud, así como realizar y participar en investigaciones y proyectos de acción social en el ámbito de la salud.

6. Servicios de salud privados

Brindar servicios de atención integral de la salud, que incluyen servicios de tratamiento y diagnóstico. Algunos de estos servicios, con el producto de sus rentas, desarrollan o participan en programas de acción social.

7. Municipalidades

Ofrecer servicios a la comunidad que promuevan el desarrollo integral de los cantones, en armonía con el desarrollo nacional, especialmente los relacionados con la preservación del medio ambiente.

8. Comunidades

Participar, por medio de grupos organizados, en la determinación de las necesidades y prioridades de salud (proceso de análisis de la situación integral de salud (ASIS)), ejecución de las actividades, orientación y control de los recursos y, en especial, en el autocuidado de su salud.

A. EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El sistema de seguridad social en Costa Rica está conformado por tres componentes:

1. Prestaciones en salud

Estas prestaciones están a cargo del Instituto Nacional de Seguros y de la Caja Costarricense de Seguro Social. A los seguros que cubren este tipo de prestaciones se les conoce como **seguros de salud**.

a. El Instituto Nacional de Seguros brinda este tipo de prestaciones en los siguientes casos:

- Accidentes laborales
- Enfermedades ocupacionales
- Accidentes de tránsito

b. La Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el Seguro de Enfermedad y Maternidad, cubre las siguientes prestaciones:

- Asistencia médica general, especial y quirúrgica
- Asistencia hospitalaria
- Servicio de farmacia
- Servicio de odontología
- Subsidio en dinero para los asegurados (as) directos
- Cuota de sepelio
- Prestaciones sociales

2. Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas cubren dos áreas: las pensiones y los subsidios.

a. Las pensiones

Mediante esta área se garantiza un ingreso económico a los (as) trabajadores (as) que han culminado su vida laboral activa. Las pensiones están a cargo de varias instituciones públicas (**Ej.:** Caja Costarricense de Seguro Social, Magisterio Nacional, Ministerio de Hacienda, Sistema bancario nacional- pensiones complementarias-).

b. Los subsidios

Se otorgan con la finalidad de auxiliar a los grupos de población bajo circunstancias especiales, como: (Ej.: Muerte del jefe de familia, accidentes y enfermedades ocupacionales y accidentes de tránsito). Estas prestaciones están bajo la responsabilidad de dos instituciones:

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Instituto Nacional de Seguros

3. Prestaciones sociales

Tienen como objetivo ayudarle a las familias que enfrentan situaciones críticas de tipo económico – social, mediante contribuciones en dinero, especies y servicios. Estas prestaciones están a cargo de diferentes instituciones:

- Instituto Mixto de Ayuda Social (Vivienda, Alimentación, Aporte económico para centros de atención de adultos mayores, Aporte económico para hogares comunitarios)
- Oficina de Control de Asignaciones Familiares del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Atención integral a niños (as), Programa CEN – CINAI del Ministerio de Salud, Pensiones a grupos marginales, Alimentación en comedores escolares, Programa Comedores Escolares del Ministerio de Educación)
- Patronato Nacional de la Infancia (Albergues temporales, Hogares sustitutos-conocidos como Hogarcitos, Protección económica)

B. EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO

En el artículo 73 de la Constitución Política de Costa Rica “se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine”

En ese mismo artículo se plantea que “la administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social” y que “no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y reservas de los seguros sociales”

En cumplimiento con lo que dicta la Constitución Política, en el año 1943, mediante la Ley No. 17, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social para “**aplicar los seguros sociales obligatorios**”.

En los artículos 2 y 3 de esa ley, conocida como *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social* se establece que:

Además de lo anterior, en la ley se autoriza a la institución para asegurar a todos (as) los (as) trabajadores independientes que voluntariamente deseen hacerlo y a la Junta Directiva para tomar medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los (as) indigentes y en los riesgos y accidentes del trabajo.

Ley No. 17 1943 Art. 2

“El Seguro Social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudeidad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro (...), siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional”

Ley No. 17 1943 Art. 3

“Las coberturas del Seguro Social y el ingreso al mismo serán obligatorios para todos los trabajadores manuales e intelectuales que ganen sueldo o salario, y el monto de las cuotas que deben pagar se calculará sobre el total de las remuneraciones respectivas”

C. REGÍMENES DE ASEGURAMIENTO

Para cubrir a la población, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con diferentes regímenes de aseguramiento, por ejemplo, asegurados (as) directos, asegurados (as) por el seguro estudiantil, asegurados (as) por leyes especiales.

1. Asegurados (as) directos

- Asalariados (as)
- Trabajadores independientes
- Voluntarios (as)
- Por cuenta del Estado
- Asegurados (as) por convenios específicos
- Pensionados por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
- Pensionados por el Régimen No Contributivo
- Pensionados por Regímenes Especiales

2. Asegurados (as) por el seguro estudiantil

Este seguro cubre a todos (as) los niños (as) en edad preescolar y escolar que se mantienen en el programa regular de educación

3. Asegurados (as) por leyes especiales, como por ejemplo el Código de la Niñez

La Caja cubre, además de los (as) asegurados (as) mencionados (as), a sus familiares hasta primer grado de consanguinidad y al cónyuge o compañera (a), siempre que demuestren dependencia económica. Los familiares a que nos referimos son:

- Hijos (as) menores de 18 años
- Hijos (as) hasta los 25 años de edad que estén estudiando
- Hijos (as) con algún tipo de minusvalía sin límite de edad
- Ambos padres

4. No asegurados que pagan directamente su seguro

Adicionalmente, la Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención a personas no aseguradas mediante el pago directo de éstos.

D. FINANCIAMIENTO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Para financiar el Seguro Social Obligatorio, la Enfermedad cuenta con un sistema tripartito, tal como se especifica a continuación

Aporte	Seguro		
	Enfermedad y Maternidad	Invalidez, Vejez y Muerte	Total
Trabajador(a)	5,5%	2,5%	8%
Patrón	9,25%	4,75%	14%
Estado	0,25%	0,25%	0,5%
Total	15%	7,5%	22,5%

A. NIVELES ADMINISTRATIVOS

Por tener competencias y responsabilidades en todo el territorio nacional, la Caja Costarricense de Seguro Social, al igual que las otras instituciones del Sector Salud que, como se mencionó, forman parte del Sistema Nacional de Salud, está organizada en tres niveles administrativos, a fin de facilitar la ejecución de sus actividades y la coordinación en su interior. En términos generales, las funciones generales que cumplen los tres niveles administrativos son:

1. Nivel central o nacional

Este nivel tiene un carácter eminentemente político, normativo, controlador y financiero, pues en él se ubican las autoridades superiores que tienen la responsabilidad de garantizar, mediante la formulación de estrategias, planes, programas y presupuestos institucionales, el cumplimiento de los objetivos y funciones de la institución. Para ello se toma como punto de partida la Política Nacional de Salud oficializada por el Ministerio de Salud en su calidad de rector del Sistema Nacional de Salud.

Estructura del nivel central

- Junta Directiva
- Presidencia Ejecutiva
- Auditoría
- Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS)
- Asesoría en Desconcentración y Juntas de Salud
- 6 Gerencias: Médica, Pensiones, Financiera, Modernización y Desarrollo, Administrativa y Operaciones

2. Nivel regional

Su función consiste en adoptar y sistematizar, en su área geográfica de atracción, las estrategias, planes, programas y presupuestos definidos por el nivel central. Asimismo, le corresponde coordinar, supervisar y capacitar al recurso humano del nivel local y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región. Este nivel representa el medio de enlace entre el nivel central y el nivel local y está conformado por:

Estructura del nivel regional

- 7 direcciones regionales médicas
- 5 direcciones regionales financieras

3 Nivel local

Le corresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional. Además, se formulan y ejecutan proyectos locales que responden a particularidades del área de atracción y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese nivel. Este se encuentra conformado por todos los establecimientos en los que se realizan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación y rehabilitación de la salud de las personas, o sea por los servicios de salud, los cuales se detallan a continuación:

Estructura del nivel local

- Hospitales nacionales especializados
- Hospitales nacionales generales
- Hospitales regionales
- Hospitales periféricos
- Áreas de salud
- Sectores de salud con sus Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)

En el área financiera, el nivel local de la CCSS está constituido por 83 sucursales y agencias.

B. NIVELES DE ATENCIÓN

Como se puede deducir, los establecimientos que conforman el nivel local de la CCSS atienden necesidades y problemas de salud de diferente complejidad, que van desde la baja hasta la muy especializada, por lo que se organizan también en diferentes niveles de atención.

1. Primer nivel de atención

Comprende los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) y que cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo.

2. Segundo nivel de atención

Brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades. Los establecimientos de la C.C.S.S. típicos de este nivel de atención son los puestos y los

centros de salud, las clínicas tipo I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y de los hospitales periféricos y regionales

Especialidades básicas de segundo nivel de atención

- Medicina Interna
- Pediatría
- Ginecoobstetricia
- Psiquiatría
- Cirugía General

Los hospitales que corresponden a este nivel de atención cuentan con quirófanos dotados de personal y equipo para realizar cirugía mayor poco compleja. Los establecimientos típicos de este nivel son las clínicas tipo IV y los hospitales periféricos tipo 1, 2 y 3.

3. Tercer nivel de atención

Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades. Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.

MODELO DE ATENCIÓN

A. OBJETIVO GENERAL DEL MODELO DE ATENCIÓN

La readecuación del modelo de atención en el primer nivel tiene como objetivo general garantizar a todas las personas, el derecho a la atención básica desde los servicios de salud, para protegerlas del riesgo de enfermar, así como para facilitarles las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.

B. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Mediante la readecuación del modelo de atención se pretende mantener y fortalecer los principios de la seguridad social de la siguiente manera:

1. Universalidad

El Sistema Nacional de Salud cubrirá a todas las personas con sus servicios de atención a las personas y al ambiente de manera integral, incorporándolas al sistema con plenos derechos y deberes y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas ni culturales.

2. Solidaridad

El modelo de atención en salud será altamente solidario, lo que se entiende como el medio por el cual las personas cotizan al seguro social según sus posibilidades económicas para un fondo común en el cual las personas que más cotizan permiten que los servicios de salud se brinden a la población que no cuenta con recursos económicos para pagar. Para mantener este principio, los regímenes de la seguridad social conocidos como *Enfermedad y Maternidad* (a cargo de la C.C.S.S.) y *Riesgos del Trabajo* (a cargo del I.N.S.) serán obligatorios.

3. Equidad

Constituye el elemento esencial y está íntimamente ligado con los principios de universalidad y solidaridad. Desde el punto de vista moral y ético, el Sistema Nacional de Salud, mediante la implementación de la readecuación del modelo de atención en salud, pondrá énfasis en alcanzar dos metas:

- Reducir las diferencias existentes en los niveles de salud entre las diferentes regiones y grupos de la población nacional, con la pretensión de minimizarlas o evitarlas.
- Propiciar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de salud de manera oportuna, eficiente y de buena calidad para iguales necesidades de los (as) usuarios (as).

C. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Las características del modelo de atención se sustentan en las experiencias positivas del país logradas a partir de la década de los años setenta, cuando se implementó la

estrategia de Atención Primaria, razón por la cual la retoma y la fortalece mediante las siguientes características:

1. Atención integral e integrada

El modelo de atención se caracteriza por aplicar el enfoque biosicosocial del proceso salud – enfermedad, según el cual la salud de la población es un producto social y no solamente el resultado del éxito o fracaso de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las personas.

Características de la atención integral

- Realiza acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación
- Las acciones van dirigidas a las personas según los riesgos y oportunidades específicos de los diferentes grupos de edad: niños (as), adolescentes, mujeres, adultos (as) y adultos (as) mayores
- Reconoce la distribución heterogénea y desigual de las condiciones de vida de los individuos y de los diversos grupos sociales
- Contempla acciones dirigidas a las personas, a las familias y a las comunidades
- Incorpora actividades para mantener y mejorar la salud de las personas, así como para preservar y mejorar el ambiente en el que éstas viven, trabajan, estudian y se recrean
- El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y, concretamente, al sub-sistema de servicios de salud pero, según la complejidad del problema de salud que presenten las personas, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia se garantiza el acceso al segundo y al tercer nivel de atención

Características de la atención integrada

Para lograrla es necesario que los diferentes sectores y grupos de la sociedad actúen en forma coordinada, de manera que, con sus acciones, satisfagan las necesidades básicas de los individuos y grupos sociales ya que el modelo de atención parte del enfoque biopsicosocial del proceso salud – enfermedad mediante el cual se reconoce que la salud de la población es un producto social.

2. Continuidad de la atención

Para garantizar el conocimiento y el seguimiento de los individuos y las familias, en el primer nivel de atención se asigna un equipo de salud que se responsabiliza de que la atención, se ofrezca de manera continua y evite la desfragmentación. El equipo de salud está conformado en este nivel por:

Equipos de salud del primer nivel

- Equipo de Apoyo
- Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)

3. Participación social

El modelo readecuado de salud propicia un cambio de actitud en la sociedad respecto de la salud, ya que estaba dejando de ser un asunto eminentemente individual, para convertirse en una situación colectiva, que es responsabilidad de todos el mantenerla, preservarla y mejorarla. Debido a esto, en la implementación del modelo la participación social se promueve con la finalidad de construir en conjunto lo que atañe a todos.

4. Trabajo en equipo

El modelo de atención exige que las acciones se realicen coordinadamente con la participación de los diferentes integrantes de los equipos de salud (los de apoyo y los básicos), a fin de que las intervenciones interdisciplinarias faciliten el enfoque integral e integrado.

5. Mejoramiento de la calidad

Para lograr que los servicios se ejecuten de manera óptima, el modelo requiere que la institución de salud que lo implemente cuente con un programa permanente de mejoramiento continuo de la calidad que se complemente con las evaluaciones externas que le competen al Ministerio de Salud en su calidad de rector del Sistema Nacional de Salud

6. Otras características son:

Fundamentando en la estrategia de atención primaria, el énfasis en las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y en el énfasis en el primer nivel de atención

ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El modelo de atención de salud es nacional, lo que significa que no es un modelo exclusivamente de la CCSS sino que, por lo menos las instituciones de salud que ofrezcan sus servicios financiados con fondos públicos deben apegarse a éste. Por ser la Caja la institución que cubre a la gran mayoría de la población, en este apartado se dispone la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención de esta institución.

A. ÁREAS DE SALUD

En Costa Rica y para efectos de la CCSS, el territorio nacional se divide en 7 regiones de salud. Cada una de éstas se subdivide en áreas de salud que corresponden, en la mayoría de los casos, a la división político – administrativa del país, o sea, a los cantones, cuya población oscila entre 15 mil y 40 mil habitantes en las zonas rurales y entre 30 mil y 60 mil habitantes en las zonas urbanas.

Áreas de Salud

Las áreas de salud son consideradas las unidades administrativas básicas de la institución y están a cargo de un (a) director (a) de área asesorado por un equipo técnico y administrativo denominado **Equipo de Apoyo**. Las áreas de salud tienen bajo su responsabilidad la red de servicios de salud del primer nivel de atención que opera en su área geográfica de atracción

Equipos de apoyo

Constituyen el recurso humano asignado a las Áreas de Salud para que colaboren con acciones de supervisión técnica y administrativa, educación continua y atención de referencia de casos por parte de los E.B.A.I.S. y deberán estar conformados, al menos, por los siguientes miembros:

- 1 médico (a) especialista en medicina familiar y comunitaria
- 1 odontólogo (a)
- 1 farmacéutico (a)
- 1 microbiólogo (a)
- 1 enfermero (a)
- 1 trabajador (a) social
- 1 nutricionista (a)

Adicionalmente, el equipo de apoyo cuenta con recursos humanos del área administrativa.

B. SECTORES DE SALUD Y E.B.A.I.S.

A su vez, cada una de las áreas de salud se subdivide en dos o más sectores de salud que son divisiones geográficas en las que, en promedio, viven entre 4.000 y 4.500 personas. Cada uno de los sectores de salud está a cargo de un equipo de recursos humanos denominado **Equipo Básico de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)** y que está integrado, al menos por:

Integrantes de los E.B.A.I.S.

1 médico (a) general

1 auxiliar de enfermería

1 asistente técnico de atención primaria en salud (A.T.A.P.S.)

Es importante hacer notar que la integración, tanto de los equipos de apoyo como de los E.B.A.I.S., puede ser modificada en algunas áreas y sectores de salud, de manera temporal o permanente, cuando así se requiera para atender las necesidades y problemas de salud particulares. Esa modificación puede ser del tipo o de la cantidad de recursos humanos.

C. OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Según lo establece el modelo de atención, la oferta de los servicios de salud se hace por medio de establecimientos públicos y privados ya que, como se mencionó anteriormente, forman parte del Sistema Nacional de Salud, esto con la finalidad de evitar duplicidades y hacer un uso más racional de los recursos físicos, humanos y tecnológicos con que cuenta el país.

D. OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD

Con base en el perfil epidemiológico que presenta el país y con el estudio de las condiciones y necesidades de salud que se realizó de previamente a la propuesta de la readecuación del modelo de atención en el primer nivel, la oferta básica de servicios de salud se estableció de la siguiente manera:

1. Atención integral del (la) niño (a)

Abarca los siguientes aspectos:

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Salud oral integral
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Captación temprana del (la) recién nacido (a)
- Atención de la enfermedad
- Rehabilitación básica

2. Atención integral del (la) adolescente

Abarca los siguientes aspectos:

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Anticoncepción
- Salud oral integral (hasta los 14 años)
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Atención de la enfermedad

3. Atención integral de la mujer

Abarca los siguientes aspectos:

- Atención prenatal y postnatal
- Preparación psicofísica para el parto
- Detección y valoración básica de la pareja infértil
- Anticoncepción
- Vacunación en edad reproductiva
- Detección precoz de cáncer de cérvix uterino y de mama
- Detección y referencia de violencia contra la mujer
- Atención odontológica
- Morbilidad propia de la mujer

4. Atención integral del (la) adulto (a)

Abarca los siguientes aspectos:

- Vacunación
- Atención odontológica
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales
- Detección y seguimiento de enfermedades crónicas (principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus)
- Detección y seguimiento de trastornos mentales
- Atención de la enfermedad
- Rehabilitación básica

5. Atención integral del (la) adulto (a) mayor

Abarca los siguientes aspectos:

- Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo
- Detección y control de enfermedades crónicas (principalmente hipertensión arterial y Diabetes Mellitus)
- Atención odontológica
- Atención de la enfermedad
- Rehabilitación básica

OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

En nuestro país, utilizando como criterio la procedencia de los recursos que los financian, la oferta de servicios de salud puede clasificarse en tres modalidades:

A. SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO

Los servicios de salud del sector público son los que se ofrecen en la Caja Costarricense de Seguro Social y en el Instituto Nacional de Seguros. Los primeros ya han sido ampliamente descritos en este módulo, sobre todo los del primer nivel de atención.

B. SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO

Los servicios de salud del sector privado se pueden dividir en dos grupos:

1. Sector privado con fines de lucro

En este grupo se ofrecen servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios, mediante el pago directo de los (as) usuarios (as). El tipo de establecimientos en los que se ofrecen los servicios. Ej: consultorios médicos, odontológicos, farmacias, laboratorios, hospitales, centros de diagnóstico, entre otros.

2. Sector privado sin fines de lucro

Son los servicios brindados por organizaciones no gubernamentales, por ejemplo: Cruz Roja Costarricense y Hogares CREA.

C. LOS DEL SECTOR MIXTO

Los servicios de salud que se brindan en el sector mixto son una modalidad en la que se conjugan el sector público con el privado. Dentro de esta modalidad se presentan iniciativas como aquellas en que una institución pública como la CCSS entrega la infraestructura para que sea administrada por un ente ajeno al gobierno, o bien, cuando los (as) médicos (as), que ejercen la profesión en forma independiente o privada, y se aportan a los (as) pacientes, las medicinas de la CCSS. Dentro de la modalidad de sector mixto se encuentran las siguientes iniciativas:

1. Sistema médico de empresa
2. Sistema de medicina mixta
3. Sistema de cooperativas
4. Sistema de libre elección médica
5. Compra de servicios a terceros

1. Sistema médico de empresa

Este sistema se estableció en el año 1974 y surgió como una alternativa opcional de atención en la cual el patrono, por su cuenta, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados y la CCSS otorga a los asegurados atendidos bajo esta modalidad, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos. La Caja brinda esos servicios en la clínica que se encuentre más cerca de la empresa y a ésta se le

denomina clínica adscrita. Este sistema funciona únicamente para servicios ambulatorios.

2. Sistema de medicina mixta

Se inició en el año 1980 y consiste en que los (as) asegurados (as) directos y familiares contratan por cuenta propia los servicios de consulta externa privada de su preferencia, con el derecho de recibir los medicamentos y los servicios de apoyo diagnóstico por parte de la CCSS.

Los (as) médicos (as) privados (as) que participan de este sistema deben registrarse en la CCSS y los (as) asegurados (as) retiran los medicamentos y se realizan las pruebas diagnósticas en el establecimiento de salud de la CCSS que, según su residencia, les corresponde.

3. Sistema de cooperativas

Este sistema surgió en el año 1988 como una respuesta que sostiene que, bajo la administración de una cooperativa, es posible solucionar los problemas administrativos que se presentan en los establecimientos de la CCSS que funcionan con el modelo tradicional de atención ambulatoria. Hasta la fecha, bajo este sistema se encuentran funcionando las siguientes cooperativas:

- COOPESALUD R.L., cubre la población del distrito de Pavas, y una área de salud de Desamparados
- COOPESAIN, R.L., cubre la población del cantón de Tibás
- COOPESANA R.L., cubre la población del cantón de Santa Ana, San Francisco de Dos Ríos y Escazú
- COOPESIBA R.L., cubre la población de los cantones de Barba, San Pablo y San Isidro de Heredia

Las cooperativas suscriben convenios con la CCSS que son renovados periódicamente. La CCSS le asigna a la cooperativa un presupuesto anual y la cooperativa administra y otorga los servicios de salud apegados al modelo de atención de salud oficial. Tanto la infraestructura como el equipo son propiedad de la CCSS; sin embargo, las cooperativas pueden adquirir algunos bienes y equipos que permanecen bajo su patrimonio

4. Sistema de libre elección médica

Los servicios de este sistema de libre elección médica se realizan en las instalaciones del sector privado y se aplican a los (as) asegurados (as) referidos un (a) médico (a) de la CCSS que no sea de la misma especialidad del (la) profesional que lo (a) atiende.

a. Compra de servicios a terceros

Esta modalidad se inició en nuestro país durante la década de los noventa, inmediatamente después de la contratación de la primera cooperativa de salud.

Mediante este sistema, la CCSS le compra servicios de salud especializados al sector privado, incluyendo a las cooperativas, en aquellas áreas donde se demuestre que existe limitación institucional para atender la demanda. Este sistema se inició en el año 1992 y consiste en el derecho a una ayuda económica que la CCSS concede a los (as) asegurados (as) que lo deseen, bajo su única responsabilidad, para recurrir a los servicios de salud privados, a someterse a los procedimientos quirúrgicos, de especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica autorice.

b. Servicios comprados

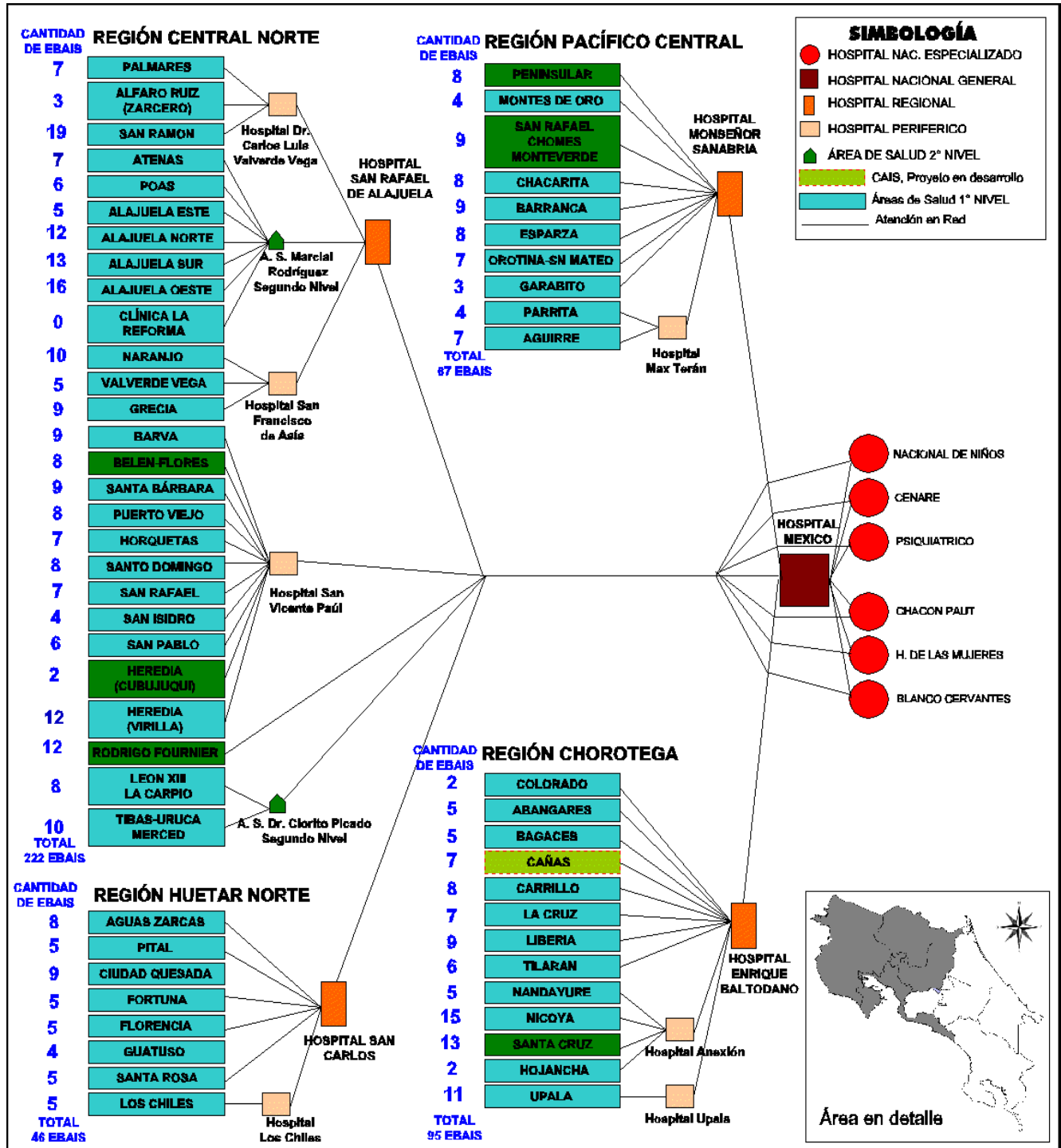
- Tomografías axiales computarizadas (T.A.C.)
- Cobaltoterapia con acelerador lineal
- Cirugías oftalmológicas
- Servicios de primer nivel de atención a la Universidad de Costa Rica en los cantones de Curridabat, Montes de Oca y La Unión
- Servicios de primer nivel a una sociedad privada que atiende la población de La Carpio y León XIII

Tomado de :

Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención

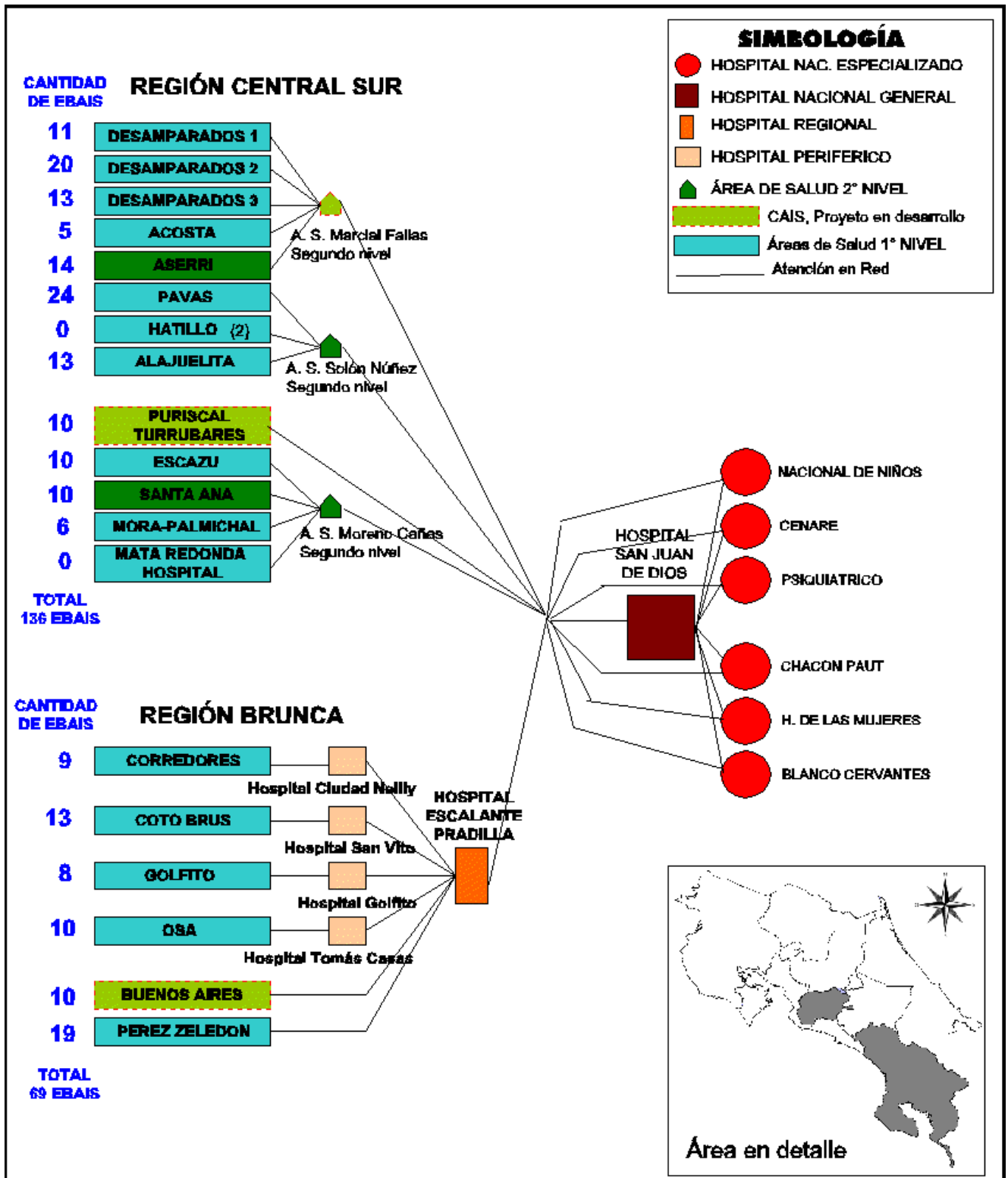
Redes de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social

Red del Hospital México. (Corte al 31 de junio de 2007)



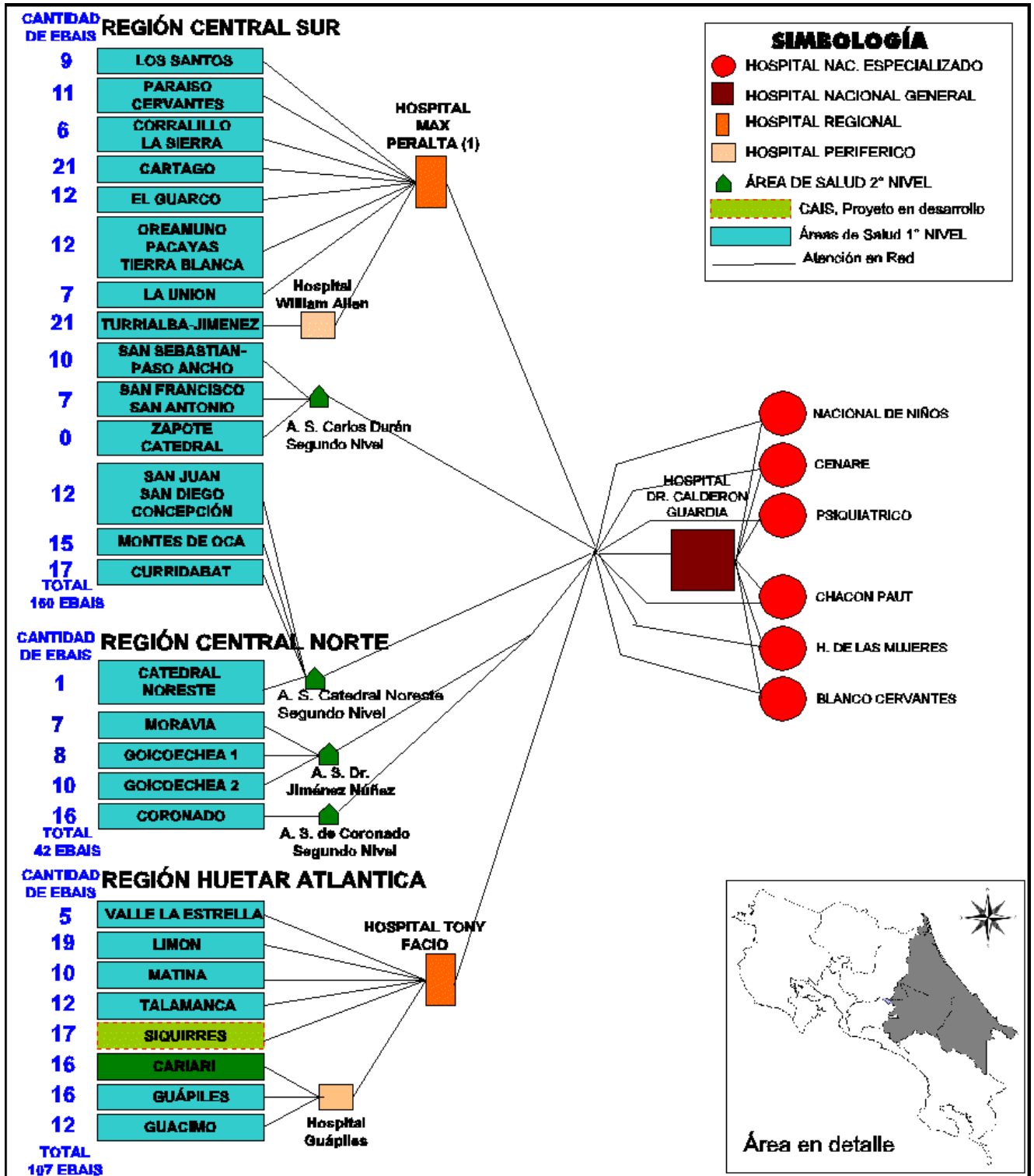
Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional.

Red del Hospital San Juan de Dios
(Corte al 31 de junio de 2007)



Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional.

Red del Hospital Dr. Calderón Guardia
(Corte al 31 de junio de 2007)



Fuente: CCSS. Presidencia Ejecutiva. Dirección de Planificación Institucional.