

# **M ó d u l o**

# **U N O**

## **FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y OPERATIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

---

Caja Costarricense de Seguro Social  
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud  
y Seguridad Social (CENDEISS)  
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública

---



**2003**

Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud / Álvaro Salas Chaves; Alcira Castillo Martínez. - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

137 p. : 21.5 x 27 cm  
Incluye gráficos

Título de la colección:  
Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud

ISBN:  
ISBN:

1. Seguro de Salud. 2. Rectoría en Salud. 3. Modelo de Atención de la Salud. 4. Derecho a la Salud. 5. Integralidad de la Atención.

### **Comité Editorial**

Álvaro Salas Chaves  
Alcira Castillo Martínez  
Raúl Torres Martínez  
Teresita Flores Jiménez

### **Equipo de Producción**

*Asesoría pedagógica y metodológica:* Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives  
*Corrección filológica:* Raúl Torres Martínez  
*Diseño y edición digital:* Oscar Villegas del Carpio  
*Edición del sitio en Internet:* Magally Morales Ramírez, BINASSS  
*Apoyo secretarial:* Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora, Viviana Arroyo Víquez

### **Coordinación del Curso**

*Coordinación institucional por CENDEISSS*  
Teresita Flores Jiménez

*Coordinación académica por UCR*  
Alcira Castillo Martínez

### **Primera edición, 2003**

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)

**Todos los derechos reservados**

**Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa de la editorial.**

**Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.**

# **Autoría de contenidos**

---

Álvaro Salas Chaves  
Alcira Castillo Martínez

Colaboradores:  
Fernando Marín Rojas  
Roger Aguilar

# Contenidos

---

|    |                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------|
| 6  | PRESENTACIÓN                                                 |
| 7  | PREFACIO                                                     |
| 8  | INTRODUCCIÓN                                                 |
| 12 | <b>PRIMERA UNIDAD</b>                                        |
|    | EL SEGURO DE SALUD Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD            |
| 13 | I. BREVE RESEÑA DEL ORIGEN DEL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA   |
| 13 | A. Creación de la Caja Costarricense de Seguro Social        |
| 14 | B. Cobertura Familiar                                        |
| 15 | C. La universalización de la atención                        |
| 16 | D. Creación del sistema nacional de salud                    |
| 19 | II. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD                              |
| 19 | A. Marco legal                                               |
| 20 | B. Elementos claves de la modernización del sistema de salud |
| 21 | III. ELEMENTOS DE LA RECTORIA EN SALUD                       |
| 21 | A. Conceptos y definiciones                                  |
| 22 | B. Funciones estratégicas de la Rectoría en salud            |
| 24 | C. Marco legal                                               |
| 26 | D. Modelo de desarrollo organizacional                       |
| 29 | <b>SEGUNDA UNIDAD</b>                                        |
|    | GENERALIDADES DE LOS SEGUROS DE SALUD                        |
| 30 | I. DEFINICIONES Y CONCEPTOS                                  |
| 30 | A. Elementos teórico-conceptuales                            |
| 32 | B. ¿Qué es un seguro social?                                 |
| 33 | II. EL SEGURO NACIONAL DE SALUD                              |
| 33 | A. Conceptos                                                 |
| 34 | B. Los tipos de aseguramiento                                |
| 38 | <b>TERCERA UNIDAD</b>                                        |
|    | EL DERECHO DE LA SALUD                                       |
| 39 | I. LA SALUD COMO DERECHO                                     |
| 39 | A. Marco jurídico                                            |
| 40 | B. Base filosófica                                           |

|     |      |                                                                                    |
|-----|------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 42  | II.  | EL ASEGURADO, DERECHOS Y DEBERES                                                   |
| 42  |      | A. De los derechos de los asegurados                                               |
| 47  |      | B. De los deberes de los asegurados                                                |
| 50  |      | <b>CUARTA UNIDAD</b>                                                               |
|     |      | MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD                 |
| 51  | I.   | PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD |
| 51  |      | A. El modelo de atención                                                           |
| 53  |      | B. Principales elementos de la integralidad                                        |
| 54  |      | C. Características del modelo de atención                                          |
| 56  | II.  | ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS Y FUNCIONALES DEL MODELO                                 |
| 56  |      | A. Oferta básica de servicios                                                      |
| 59  |      | B. Organización de los servicios                                                   |
| 62  |      | C. Conformación del equipo de salud                                                |
| 65  | III. | GESTIÓN DEL NIVEL LOCAL DE SALUD                                                   |
| 65  |      | A. Acciones estratégicas                                                           |
| 67  |      | B. Campos de gestión, escenarios                                                   |
| 67  |      | C. Compromisos de gestión                                                          |
| 72  |      | <b>QUINTA UNIDAD</b>                                                               |
|     |      | INTRODUCCIÓN A LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN Y GESTION DE LA SALUD                |
| 73  | I.   | MARCO LEGAL INSTITUCIONAL                                                          |
| 73  |      | A. Mandato Institucional                                                           |
| 75  | II.  | RELACION SALUD E INTEGRALIDAD                                                      |
| 75  |      | A. ¿Qué es la integralidad?                                                        |
| 78  | III. | INTEGRACIÓN DEL SISTEMA FORMAL E INFORMAL EN LA SALUD                              |
| 78  |      | A. Las prácticas informales de salud conforman sistema                             |
| 79  |      | B. Participación de grupos organizados                                             |
| 84  |      | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS                                                         |
| 89  |      | <b>Anexo 1</b>                                                                     |
|     |      | Política Nacional de Salud y Agenda Sanitaria Concertada                           |
| 110 |      | <b>Anexo 2</b>                                                                     |
|     |      | Compromiso de Gestión 2004 Área de Salud I y II Nivel (No desconcentrada)          |

# **Presentación**

---

# Prefacio

---

El Curso **ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD**, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para satisfacer adecuadamente la actualización de conocimientos teórico-prácticos de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Este proyecto de capacitación se realiza desde finales de 1996 y en esta oportunidad se ofrece en una versión actualizada.

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional, de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud.

En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua. El abordaje propuesto en el Curso intenta a partir de la concepción del posicionamiento de los actores protagonistas de los servicios de salud, cuales son los estudiantes profesionales que trabajan en los EBAIS y en las Áreas de Apoyo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismo de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En todos los casos los módulos -dada su integración- se vinculan y retroalimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementariedad, para dar cabida a la concepción interdisciplinaria.

Este módulo y la serie a que pertenece constituyen el material didáctico básico del Curso de Gestión Local de Salud, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 11 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Alcira Castillo Martínez  
Directora  
Escuela de Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Universidad de Costa Rica

# Introducción

---

El Módulo Uno “Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud”, del Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud, intenta volver a las bases y fundamentos conceptuales que orientan el Sistema Nacional de Salud y el Modelo Integral de Atención de la Salud, partiendo de que son procesos de ámbito nacional en pleno curso de desarrollo e implementación y no solo como los componentes centrales que orientaron la reforma sectorial de la década de los noventa.

El objetivo general de este módulo es analizar las implicaciones y consecuencias, institucionales, sectoriales y nacionales, de un sistema nacional, por primera vez en América Latina, basado, en un seguro nacional de salud que se define como equitativo, universal, solidario, obligatorio y con participación social. Canadá en el norte, es posiblemente el otro país del Continente Americano que desde hace muchos años posee un sistema nacional de salud basado en un seguro nacional de salud, público, con cobertura universal, obligatorio y equitativo.

En la Primera unidad se hace una breve introducción de algunos aspectos históricos del origen y desarrollo de la medicina social en Costa Rica, de los diferentes hitos en su desarrollo, de la universalidad de la cobertura del seguro social y de la integración de la CCSS y el Ministerio de Salud en el proceso de reforma sectorial. De igual forma, se discuten los principios fundamentales y componentes centrales de la Reforma Sectorial de Salud.

Dentro de ellos se presentan los elementos de la Rectoría de Salud, los conceptos, definiciones y el marco legal en que se sustenta la rectoría. Finalmente, se presenta el modelo de desarrollo organizacional del Ministerio de Salud a efecto de que los participantes tengan la oportunidad de conocer la definición de la rectoría en el nivel local y de su organización.

En la Segunda Unidad, los participantes tendrán la oportunidad de llevar a las aulas el análisis y la discusión de los principios fundamentales en los que se basa el seguro de salud, dentro de la concepción de un seguro nacional de salud, de sus alcances, implicaciones, sostenibilidad financiera y retos ante las enfermedades emergentes y reemergentes, los problemas y las soluciones para garantizar el aseguramiento de importantes grupos sociales no asegurados, la apertura económica y los problemas de la seguridad social ante la globalización, entre otros.

Por otra parte, la Tercera Unidad permite una rica discusión al confrontar los principios teórico-conceptuales y las definiciones de equidad, universalidad, solidaridad, obligatoriedad y participación social con el ejercicio real del derecho a la salud de todos los y las aseguradas, su marco jurídico y bases filosóficas.

La Cuarta Unidad hace un detallado recorrido por los principios y características del modelo de atención integral de la salud costarricense, de la oferta básica de servicios, su organización y la conformación del equipo de salud, con el objeto de que el participante pueda comprender su dimensión teórica y conceptual del mismo y como consecuencia, le permita establecer un paralelismo con la práctica diaria del modelo de atención en el nivel local, sus resultados y evaluaciones periódicas.

Finalmente la Quinta Unidad hace un extenso análisis de la integralidad de la atención y gestión de los servicios de salud, partiendo del marco legal institucional, la relación entre salud e integralidad, la integración del sistema formal e informal en la atención de la salud. Este último aspecto resulta novedoso en el módulo, pues tiene como propósito el reconocimiento de los aspectos culturales de las prácticas de salud en la comunidad y la necesaria integración de estos en la atención médica institucionalizada.

Todo el módulo se hace acompañar de una extensa bibliografía que les permite a los facilitadores y participantes ampliar esta discusión con los documentos originales que les dieron origen. Además, se incluyen las direcciones electrónicas de las instituciones participantes y de las páginas en Internet con documentos importantes para apoyar este objetivo.

# Claves

---

**Objetivo  
específico**

O

**Ejemplo**

Ej.

**Resumen  
parcial**

Res.

**Conclusión  
parcial**

Concl.

### **Objetivo General del Módulo Uno**

Contribuir a la gestión local de la salud reconociendo los fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y su puesta en práctica a fin de impulsar la participación activa del equipo de salud en el proceso de cambio.

---

## **PRIMERA UNIDAD**

---

### **EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL SEGURO DE SALUD**

#### **Objetivo general de la primera unidad**

Reconocer y valorar los antecedentes históricos y las bases conceptuales del seguro de salud del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica

---

# **I. BREVE RESEÑA DEL ORIGEN DEL SEGURO SOCIAL EN COSTA RICA**



Conocer y valorar los determinantes históricos que dieron origen al seguro de salud en Costa Rica.

## **A. CREACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

### **1. En 1923**

Durante la V Conferencia Panamericana en Santiago de Chile, la Organización Internacional del Trabajo, (OIT) propuso a los países miembros de la Oficina Panamericana de la Salud instituir seguros sociales; dado el éxito que estaban teniendo en los países europeos.

La IV Resolución de dicha conferencia recomendó el establecimiento en cada país de los seguros sociales y; especialmente; en las ramas de accidentes de enfermedad y de invalidez.

Algunos países iniciaron la constitución de sus seguros sin tener experiencia alguna y, por otra parte sin tener un sustrato industrial que le diera sostenibilidad financiera.

### **2. Seguros Sociales en América Latina**

Chile fue el primer país en instaurar la ley para un seguro obrero obligatorio en los tres regímenes (1924); le siguieron, Ecuador (1935), Perú (1936), Brasil (1937), Bolivia (1938), Cuba y Paraguay (1940).

### **3. En 1941**

En Costa Rica; la ley de creación de la Caja Costarricense de Seguro Social se aprobó el 1 de noviembre de 1941.

#### 4. En 1942

Se nombró la primera Junta Directiva el 15 de enero de ese año. Una de los primeros acuerdos de la Junta Directiva fue la creación del **Régimen de Enfermedad y Maternidad para el área metropolitana y las cabeceras de provincia.**

Este seguro se definió con carácter de obligatoriedad para los asalariados con sueldos menores de 400 colones al mes, para otorgar las prestaciones ofrecidas. Se dejó en suspenso la creación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, debido a la difícil situación económica del país en esa época.

## B. COBERTURA FAMILIAR

#### 1. En 1951

En el campo de la salud pública el Ministerio de Salubridad reformó su Ley Orgánica y creó tres instancias de la mayor importancia: la Dirección General de Salud para el saneamiento ambiental, el control de medicamentos, el tratamiento de las enfermedades venéreas, la lucha antituberculosa y la lucha contra el cáncer. La Dirección de Asistencia Médico Social y el Consejo Técnico que surgió como una entidad coordinadora y representativa de los hospitales de las Juntas de Protección Social. Esta última reorganización lo facultó para asumir la administración financiera de todos los hospitales públicos.

#### 2. En 1956

Se crea el Seguro Familiar, al modificarse el reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), para introducir la cobertura familiar; además, de los hijos, la esposa o compañera, los hijos menores de 12 años y los padres, si fueran dependientes del asegurado directo.

#### 3. En 1961

Se modificó el artículo 177 de la Constitución Política estableciendo un transitorio donde se le daban diez años a la CCSS para universalizar los seguros administrados por la CCSS.

Se establece así la protección familiar y de esta manera quedó establecida legalmente la universalización de los seguros sociales en Costa Rica, que cubre a toda la población.

## C. LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

### 1. En 1970

Durante la presidencia de José Figueres Ferrer se toma la decisión política de **extender y universalizar los servicios médicos de la C.C.S.S.** comprendidos en el Régimen de Enfermedad y Maternidad.

### 2. Entre 1970 y 1973

Se dan cambios importantes, el Ministerio de Salubridad se transforma en el Ministerio de Salud. Se dicta su Ley General y Reglamento respectivo, con funciones eminentemente preventivas, complementarias a las asistenciales de la C.C.S.S. Se realiza, además, el rompimiento de los toques de cotización y una reestructuración de la dirección superior de la Caja con la creación de las Subgerencias, la primera de ellas, la División Médica. Paralelamente, se produce el traspaso de todos los Hospitales de la Dirección de Asistencia Médica Social a la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante la ley 5349.

### 3. Entre 1974 y 1978

Se aprueba la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), que permite financiar las acciones preventivas del Ministerio de Salud, a través de los Programas de Salud Rural y Comunitaria. Estos fondos también posibilitan la construcción de acueductos rurales y el fortalecimiento de los programas de nutrición para preescolares y escolares. Nació y se impulsó la política de salud de Atención Primaria a cargo de los Centros y de los Puestos de Salud encargados de los Programas de Salud Comunitaria y Rural, política que definió grandes cambios en la salud del país y que contribuyó, junto con otros factores como la disminución de la fecundidad, al mejoramiento socioeconómico y a la disminución de la mortalidad infantil, que pasa de 80.0 en 1960 a 67.0 en 1970.

## D. CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### 1. En los años 80

Mediante el decreto ejecutivo No. 14184-PLAN, se instauró el **Sector Salud** como componente del conjunto de sectores sociales. Ese decreto se fundamenta en la Ley Nacional de Planificación 5525 de mayo de 1974, que otorga al Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN), atribuciones para la racionalización de la actividad administrativa y la coordinación del sector público

### 2. En 1983

Desde finales de los setenta, se reestructura la política de salud y ya, para fines de 1983, se establece el Sistema Nacional de Salud, mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN. Precisamente, en el artículo 2, se establecen las instituciones que integran el sistema:

**Sistema Nacional de Salud**

- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
- Ministerio de la Presidencia.
- Caja Costarricense de Seguro Social

El Sistema Nacional de Salud incluye otras instituciones para asuntos específicos:

- **Instituto Nacional de Seguros**, por su Programa de Riesgos Profesionales y cualquiera de los atinentes a prevención y tratamiento.
- **Universidad de Costa Rica**, en lo que respecta al Instituto de Investigación en Salud y al Área de Ciencias de la Salud.
- **Cualesquiera otras instituciones** que determine el Presidente de la República, atendiendo las propuestas del Ministerio de Salud.

Este Decreto Ejecutivo No.14313 SPPS-PLAN no incluye en forma expresa algunas instituciones públicas y privadas que desarrollan en este campo acciones relacionadas con salud. A partir de este momento, debe señalarse que el avance en los procesos de coordinación e interacción entre las instituciones ha ido consolidando el Sistema Nacional de Salud.

### 3. En 1989

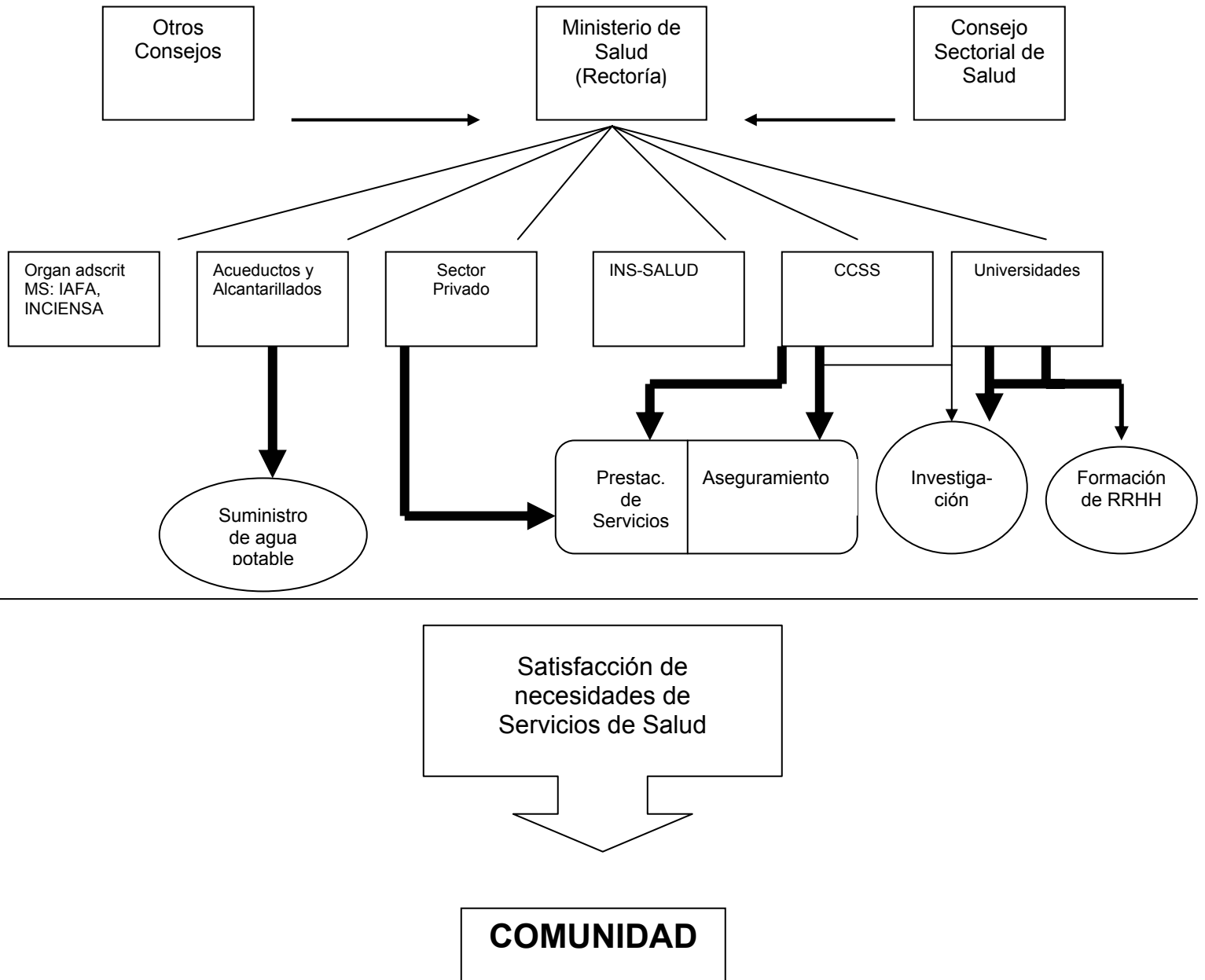
Se promulga el Decreto No. 19276-S, que define al **Ministerio de Salud** como el ente encargado de la coordinación y control técnico del Sistema de Servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población”.

**Se agregan al Sistema otras instituciones relacionadas con la salud como son las universidades.** Se amplía a cualquier centro de educación superior que tenga por misión formar a profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas para instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud (en el anterior, se mencionaba exclusivamente a la Universidad de Costa Rica).

Se incluyen los **servicios médicos privados** que se brindan en clínicas y consultorios, **cooperativas y empresas de autogestión**, al igual que las **municipalidades** como gobiernos locales **encargados de velar por las acciones de salud de su área y de la comunidad.**

En este Decreto se mencionan, además, los niveles de atención en salud, las funciones del Sistema Nacional de Salud, las instancias de coordinación interinstitucional en los diferentes niveles, así como las estructuras de participación comunitaria.

**Diagrama 1**  
**ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD**



Fuente: Análisis Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, 2003.

## II. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD



Analizar los componentes estructurales y funcionales de la modernización del sistema de salud

### A. MARCO LEGAL

#### 1. Reforma del Estado

A principios de los años 90, se propone y aprueba la Reforma del Estado en la Ley de Equilibrio Financiero del Sector Público No. 6955, en la que se plantea la reestructuración de las instituciones públicas. Esto, con el financiamiento de los préstamos del Banco de Desarrollo (BID) contenido en la Ley No. 7374 esta fortalece la competencia rectora del Ministerio de Salud y le asigna a la CCSS la ejecución de las actividades para la atención integral en la salud, mediante el traspaso de recursos e infraestructura.

Cabe mencionar que el proyecto de reforma aprobada por el Ministerio de Planificación Nacional y el Ministerio de Salud, en su introducción dice: “en una visión corporativa de ese proceso, la apertura de la economía se puede visualizar como el corazón del proceso de cambio; el fortalecimiento del Estado Social, y la modernización de nuestras instituciones, se puede visualizar como la columna vertebral del proceso de transformación. El Estado y sus instituciones orientan sus esfuerzos a las tareas fundamentales de eliminar sus duplicidades en concreciones institucionales y que sirven de soporte al desarrollo y no convirtiéndose en su propio freno” (Miranda, 2003).

De hecho la reforma del sector salud se inicia formalmente a partir de esa ley de Reforma del Estado.

#### 2. Reforma del Sector Salud (1993)

Los trabajadores de la Caja y del Ministerio se dedican a retomar los diferentes diagnósticos del Sistema de Salud y elaboran propuestas encaminadas a resolver sus limitaciones que, una vez avaladas y aprobadas, conforman el proyecto de Reforma del Sector Salud; que fue aprobado en la Asamblea Legislativa en diciembre de 1993, por la Ley No. 7441, que se implementa con el nombre de Modernización del Sistema de Salud.

## B. ELEMENTOS CLAVES DE LA MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

### 1. El proceso de la modernización

Se producen cambios estructurales, tanto en el Ministerio de Salud como a la Caja Costarricense de Seguro Social, se replantean los modelos de administración y prestación de servicios en un trascendental esfuerzo de modernización para:

|                                 |                    |                                                                          |
|---------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>El Sistema de Salud sea:</b> | <b>Eficaz:</b>     | Que logre las metas y los objetivos.                                     |
|                                 | <b>Eficiente:</b>  | Que utilice adecuadamente los recursos (humanos, financieros y físicos). |
|                                 | <b>Efectivo:</b>   | Que provoque un efecto positivo en la salud de todos los costarricenses. |
|                                 | <b>Equitativo:</b> | Que distribuya el beneficio en conformidad con las necesidades de salud. |

Las estrategias que configuran lo que bien se conoce como **Proceso de Modernización**, involucra diferentes acciones agrupadas en varios componentes.

|                                                 |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Componentes del Proceso de Modernización</b> | • Rectoría: Mejoramiento de la conducción y evaluación del sistema                                                                                   |
|                                                 | • Readecuación del Modelo de Atención                                                                                                                |
|                                                 | • Fortalecimiento de la asignación de recursos financieros, de acuerdo con las necesidades de salud                                                  |
|                                                 | • Fortalecimiento institucional con énfasis en adecuaciones a la organización del nivel central y regional y en la descentralización administrativa. |
|                                                 |                                                                                                                                                      |

Respecto de estos componentes conviene señalar el principal objetivo del componente de conducción y evaluación: la función rectora del Ministerio de Salud, que pone énfasis en la definición de políticas y la planificación, así como a las funciones de vigilancia de la salud, de investigación y desarrollo tecnológico. Se mantiene la función ejecutora en las áreas de saneamiento ambiental, nutrición y promoción de la salud.

### III. ELEMENTOS DE LA RECTORÍA EN SALUD<sup>1</sup>



Incorporar a las prácticas de atención en salud en el primer nivel de atención, los conceptos, definiciones, marco legal organizativo y funcional de la Rectoría en Salud.

#### A. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

##### 1. Definición

Se define el concepto de Rectoría en Salud como:

##### a. Rectoría en Salud (Definición)

“El ejercicio político, técnico, administrativo y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular y controlar los diferentes procesos relacionados con la producción social de la salud”.(Memoria Ministerio de Salud, 2002)

La Rectoría se ejerce a todo nivel de las personas, grupos y entidades, de los sectores públicos y privados, que intervienen directa o indirectamente en la producción social de la salud.

##### b. Responsabilidad de la Rectoría

El proyecto de Reforma del Sector salud costarricense y la ley 7441 establece que: “La Rectoría es la responsabilidad que se le asigna al Ministerio de Salud para dirigir, conducir, vigilar, regular, e investigar el desarrollo de salud y del modelo de atención. Por tanto, las acciones de las instituciones públicas, privadas, y no estatales, así como las personas individuales que están relacionadas con la salud del país, se regirán a partir de las políticas programas sectoriales y normas que emita el Ministerio de Salud”

<sup>1</sup> El apartado III de esta unidad, fue elaborado por el grupo de profesionales del Ministerio de Salud, coordinado por el Lic. Edwin Acuña. Octubre, 2003.

## B. FUNCIONES ESTRATÉGICAS DE LA RECTORÍA EN SALUD

### 1. Definición

Son aquellas funciones que ejercidas en forma combinada y simultánea contribuirán en la movilización y sinergia de las fuerzas sociales y comunitarias para el desarrollo y sustentabilidad de la salud, el bienestar y el ambiente humano. (Propuesta de reestructuración presentada a Mideplan, 1998)

### 2. Funciones

#### a. Dirección y conducción

Constituye la función más importante que desarrolla el Ministerio de Salud. Es un proceso sistémico orientado a dirigir políticamente y a guiar de manera operativa y estratégica, la producción social de la salud. El producto principal de la dirección son las políticas, mientras que la conducción guía la definición y realización de metas de producción relacionadas con el cumplimiento de las políticas.

La formulación y las políticas nacionales actuales en el campo de la salud, sus principios, ejes transversales, así como los compromisos adquiridos por las instituciones del sector salud para hacerlas efectivas, se colocan en el Anexo No. 1. Este documento fue especialmente elaborado por el Ministerio de Salud, para ampliar la discusión sobre este tema.

Ej

Política Nacional de Salud, 2002-2006. Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica, 2002. Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.

#### b. Vigilancia de la salud

Es entendida como un proceso permanente de identificación, medición, análisis y seguimiento de las fortalezas y debilidades del desarrollo de la salud de la población del país.

Ej

Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil y Materna, Registro Nacional de Tumores, Vigilancia Epidemiológica, Farmacovigilancia  
Decreto N° 30945-S de enero del 2003

### c. Regulación del desarrollo de la salud

Es el proceso constante de adopción, confección y ejecución de medidas sanitarias (leyes, decretos, reglamentos, normas, procedimientos, disposiciones, resoluciones, etc), de carácter obligatorio y/o consensual, que orientan de manera segura, técnica y operativa los procesos de la producción social de la salud. La regulación implica vigilancia constante, o sea, velar porque los diferentes actores sociales cumplan las medidas sanitarias que rigen de manera oficial los procesos de la producción social de la salud.

Ej

Licenciamiento o habilitaciones de establecimientos de atención a la Salud, Sistema de Registro de Medicamentos, Productos Naturales, Productos químicos peligrosos y plaguicidas y equipo y material biomédico, acreditación y certificación para el análisis y alimentos y medicamentos, cuentas nacionales de salud.

### d. Investigación y desarrollo científico y tecnológico

Proceso de dirección, conducción, regulación y control de la investigación científica y del desarrollo tecnológico en salud, que responde a determinadas necesidades, problemas, vacíos de conocimiento y prioridades nacionales en el campo de la salud.

Ej

Consejo Nacional de Investigaciones en Salud, CONIS. Acreditación de comités éticos científicos de las instituciones del sector salud.

## C. MARCO LEGAL

### 1. Ordenamiento jurídico de la Rectoría

Sustento legal de la rectoría del Ministerio de Salud que se basa en las leyes y el ordenamiento jurídico costarricense.

a. El artículo 6° de la Ley General de la Administración Pública señala la Jerarquía de las fuentes del ordenamiento jurídico administrativo, sujeto al siguiente orden:

- Constitución Política,
- Los tratados internacionales y las normas de la Comunidad Centroamericana,
- Las leyes y los demás actos con valor de Ley; los decretos del Poder Ejecutivo que reglamentan las leyes los de los otros Supremos Poderes en la materia de su competencia; Los demás reglamentos del Poder Ejecutivo, los estatutos y los reglamentos de los entes descentralizados y las demás normas subordinadas a los reglamentos, centrales y descentralizados. (Ley General de Administración Pública, 1978)

Ej

La Constitución Política: Que en su artículo 140 incisos 3) y 18) y 146: establece la facultad del Poder Ejecutivo (Presidente y Ministro) para promulgar el reglamento que convenga para el régimen interior de su despacho y expedir los demás reglamentos y ordenanzas necesarios para la pronta ejecución o cumplimiento de las leyes

b. La Ley General de Salud (N° 5395 de 30 de octubre de 1973); cual en el ámbito de acción del Estado; consigna, en su artículo 1, que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado, y en el artículo 2 define las funciones que debe asumir el Ministerio de Salud en beneficio y protección de la salud de la población.

**c. Funciones del  
Ministerio de  
Salud**

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, el cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias”.

- a. La Ley Orgánica del Ministerio de Salud ( No. 5412 de 8 de noviembre de 1973 ); asigna al Ministerio las siguientes atribuciones:

“Artículo 1º- La definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud”

- e. Decreto Ejecutivo No 14313-SPPS-PLAN de 15 de febrero de 1983, de constitución del Sector Salud, como se señaló en la primera unidad, se integrado por:

- 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;
- El Instituto Nacional de Seguros, en su programa de riesgos profesionales y cualquiera otros atinentes a prevención y tratamiento;
- La Universidad de Costa Rica, en lo que respecta el Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas; y

Recientemente mediante Decreto Ejecutivo No. 30461-S-MIDEPLAN de 5 del junio del 2002 se adicionó el inciso h) al artículo 2, del Decreto del Sector Salud:

- El Instituto Costarricense del Deporte y Recreación.

f. Consejo Nacional del Sector Salud, por el Decreto Ejecutivo No 27446-S de 8 de setiembre de 1998:

- Ministra y Viceministro de Salud
- Presidente Ejecutivo y Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Presidente Ejecutivo del Instituto Costarricense de Acueductos y alcantarillados
- Gerente del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

## D. MODELO DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL

### 1. Estructura

El desarrollo de toda organización o institución esta basado en su estructura organizacional y en las competencias derivadas de su mandato legal. Para el funcionamiento de la combinación de distintos recursos, los financieros y humanos.

La estructura funcional del Ministerio de Salud se divide en tres niveles de gestión, con las siguientes características:

**Nivel Central:** Conductor, normativo, regulador y capacitador.

**Nivel Regional:** Conductor, integrador, asesor y ejecutor.

**Nivel de Área:** Rector y ejecutor.

#### a. El Nivel Central

Esta constituido por los despachos del Ministro (a) de Salud, los Viceministros de Salud y la Dirección General de Salud, junto con sus Unidades Asesoras: Auditoria Interna y Asesoría Legal.

De la Dirección General de Salud, a su vez, dependen ocho Direcciones:

**Dirección de Desarrollo de la Salud**, integrada por las Unidades de Desarrollo Estratégico, Promoción de la Salud e Información y Educación en Salud.

**Dirección de Vigilancia de la Salud**, integra las Unidades de Análisis de la Situación de la Salud, Unidad de Análisis Estadístico y Unidad de Epidemiología.

**a. El Nivel Central**

**Dirección de Servicios de Salud**, integra las Unidades de Habilitación, Acreditación y Evaluación.

**Dirección de Protección al Ambiente Humano**, integrada por las Unidades de: Atención al Cliente, Permisos y Controles y Unidad Técnica Especializada.

**Dirección de Registros y Controles**, integrada por la Unidad Técnica Especializada, la Unidad de Atención al Cliente y la Unidad de Registros y Controles.

**Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil**, conformada por tres Unidades, la de Información, la Unidad de Gestión y la Técnica Especializada.

**Dirección Administrativa**: integrada por la Unidad de Recursos Humanos, Unidad de Recursos Financieros y Unidad de Recursos Materiales y Servicios.

**Dirección de Sistemas de Información**: conformada por la Unidad de Soporte Técnico, Unidad de Telemática y Redes y la Unidad de Sistemas de Información Institucional.

**b. El Nivel Regional**

Está conformado por nueve Direcciones Regionales: Central Sur, Central Norte, Chorotega, Huetar Atlántica, Brunca, Pacífico Central, Occidente y Central Este.

Cada Región tiene una Dirección Regional y cuatro Unidades:

La Unidad de Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios

La Unidad de Protección al Ambiente Humano.

La Unidad de Apoyo Administrativo.

La Unidad de Centros de Nutrición y Desarrollo Integral.

**c. El Nivel Local**

Lo integran las Áreas de Salud, que son un total de 81 en el país. Las Áreas de Salud están a cargo de la Dirección de Área, la cual depende de la Dirección Regional y esta a su vez, de la Dirección General de Salud, según Área Geográfica del Nivel Central.

**Concl**

La Seguridad Social en América Latina está cumpliendo ochenta años, desde la aprobación de la recomendación del establecimiento de los seguros sociales en los países de la región. Sin embargo, las coberturas no alcanzaron cifras más allá del 40% de asegurados, con la sola excepción de Costa Rica que llegó a más del 90%. Continuar avanzado ha requerido de reformas estructurales y funcionales del Sector Salud como la efectuada en los años noventa, la que se debe entender como la modernización del sistema de salud costarricense. La Rectoría en Salud es lo realmente nuevo de la Reforma del Sector Salud por lo que se incluyen las definiciones, conceptos, marco legal, desarrollo organizacional y funciones estratégicas del ministerio rector de la salud.

## **SEGUNDA UNIDAD**

---

### **GENERALIDADES DE LOS SEGUROS DE SALUD**

#### **Objetivo general de la segunda unidad**

Valorar las bases conceptuales del Sistema Nacional de Salud del país y del Seguro Nacional de Salud

---

# I. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

O

Distinguir los términos y conceptos relativos a los seguros de salud.

## A. ELEMENTOS TEORICO-CONCEPTUALES

### 1. Elementos de la teoría de los seguros

La teoría de los seguros parte del hecho fundamental de que los riesgos a los que están expuestas las personas físicas y jurídicas y sus bienes, acaecerán indefectiblemente con tal de que el número de personas expuestas y el tiempo de exposición sean suficientes, tal y como lo establece la Ley Débil de los Grandes Números.

Ej

En una fábrica de láminas de asbesto, un grupo de trabajadores están siempre expuestos a la inhalación del polvo de este material, muchos de ellos desarrollarán fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar y cor pulmonale. De la misma manera sucederá con los riesgos a que están sometidas las poblaciones, sean éstas enfermedades, accidentes o pérdidas económicas.

Ante esta realidad, surge la necesidad de cubrir a las personas por lo menos frente a ciertos riesgos. Al verificar esta necesidad, se establece lo que llamamos interés asegurable, el cual respalda a las personas protegidas y del que se derivan las pautas y estrategias que deberán seguirse por las aseguradoras para ofrecer la protección o coberturas requeridas.

Por tanto, así surgen los siguientes conceptos:

**a. Riesgo  
(Concepto)**

Contingencia que puede producir una alteración en la salud, la vida, los ingresos, el patrimonio o en general en la capacidad de desenvolvimiento normal de las personas en la sociedad

**b. Interés  
asegurable  
(Concepto)**

Nace de la necesidad de protección ante el riesgo, y se refiere al interés que mueve a las personas que requieren protección y a las entidades y empresas que deben ofrecerla. El mismo puede ser de carácter social o de carácter particular.

**c. Campo de  
Aplicación  
(Concepto)**

Se refiere a las personas expuestas a los riesgos a cubrir

**d. Cobertura  
(Concepto)**

Se refiere al tipo de riesgo y al alcance de las estrategias dirigidas a cubrir ante los mismos.

Los riesgos de interés social, se refieren fundamentalmente a las pérdidas o restricciones de las personas físicas en relación con la salud, la vida, el ingreso y, en general, las limitaciones en la capacidad para desenvolverse normalmente en la sociedad, siempre que ello se derive de la vida en sociedad y bajo sus reglas. La atención de este tipo de riesgos corresponde a la seguridad social de cada país.

Ej

La Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Hondureño de Seguro Social, el Instituto Mexicano de Seguro Social, etc.

Los riesgos de interés particular, se refieren a pérdidas o daños en los bienes y patrimonio de las personas físicas y jurídicas y a las pérdidas en cuanto a la salud, la vida y el ingreso y otros, que no pueden sustentarse en un interés social.

Ej

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) de Chile, seguros privados que cubren los riesgos de la enfermedad, definidos en un plan de cobertura para aquellos con capacidad económica suficiente para el pago de las primas que se calculan con base en las características físicas y mentales de cada una de los clientes.

## B. ¿QUÉ ES UN SEGURO SOCIAL?

### 1. Seguros Sociales (Concepto)

Los seguros sociales son los regímenes de protección dirigidos a cubrir a las personas ante los riesgos de interés social, especialmente ante las pérdidas de la salud, la vida y el ingreso económico y son de carácter público.

Ej

El seguro social de Costa Rica, el seguro social de España o Francia.

### 2. Seguro social de salud (Concepto)

Es un seguro dirigido a proteger a la población económicamente activa y a sus familiares frente los riesgos que puede correr la salud, sin distinciones entre las diferentes categorías y actividades de los trabajadores.

Ej

El Seguro de Enfermedad y Maternidad o Seguro de Salud.

### 3. Seguro Privado de Salud (Concepto)

Los seguros privados están dirigidos a proteger complementariamente los seguros sociales, frente las contingencias de la salud que pueden sufrir las personas y son de interés particular. Se caracterizan por que su financiamiento depende de las personas protegidas y las prestaciones están en función de los aportes.

Ej

Los seguros privados en USA y Chile

## II. EL SEGURO NACIONAL DE SALUD

### A. CONCEPTOS

#### 1. ¿Qué es un Seguro Nacional de Salud?

**Seguro Nacional de Salud (Concepto)**

Es un seguro universal de salud, dirigido a cubrir a toda la comunidad de un país sin distinciones, incluyendo la población económicamente activa, los pensionados, otros no activos, marginados, inmigrantes etc.

Ej

El Seguro Nacional de Canadá, el Seguro Nacional de Salud de Costa Rica, el Seguro Nacional de Salud de España, Francia o Alemania.

#### 2. Diferencia entre el seguro nacional de salud y un seguro tradicional de salud

Las diferencias entre un seguro nacional de salud y un seguro social tradicional de salud, no solo abarca la universalización del campo de aplicación, sino que también incluye cambios en las estrategias de cobertura de los riesgos.

Los seguros tradicionales pueden funcionar con un régimen de protección dirigido a atender los riesgos de la enfermedad común, accidentes, enfermedades profesionales y del estado de maternidad.

Ej

La CCSS; antes de la integración de servicios, cuando solo atendía a los trabajadores y sus dependientes.

Los seguros nacionales de cobertura universal, amplían la estrategia de cobertura a los cuidados de la salud, por lo cual incluyen programas de prevención y promoción de la salud.

Ej

La CCSS después de la integración de los servicios de salud con el Ministerio de Salud y posterior a la readecuación del Modelo de Atención.

**Seguro Tradicional  
y  
Seguro Nacional**

El seguro tradicional se preocupa fundamentalmente de curar enfermedades, mientras un seguro nacional de salud se preocupa por incidir en las condiciones de los riesgos, mediante estrategias de prevención de enfermedades y accidentes, así como el fomento y la educación para la salud.

Ej

Los seguros tradicionales de salud de Honduras o Guatemala.

## **B. LOS TIPOS DE ASEGURAMIENTO:**

**Aseguramiento  
(Concepto)**

Se entiende por aseguramiento, la función de garantizar o asegurar el acceso a las atenciones de salud desde el punto de vista económico y se compone a su vez de las funciones de financiamiento y compra. Al interior de la función de financiamiento se puede distinguir, entre otras, la función de recaudación de los aportes. Al interior de la función de compra, están las funciones de establecimiento de costos y precios y de pago a proveedores.

**1. Asegurado  
(Concepto)**

Persona, hombre o mujer, que en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado, o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud.

**2. Asegurado activo  
(Concepto)**

Persona, hombre o mujer, que se encuentra trabajando y cubriendo la cotización respectiva, cualquiera que sea el tipo de trabajo que origine su actividad. Incluye el trabajo asalariado subordinado y el trabajo independiente o por cuenta propia.

**3. Asegurado directo  
(Concepto)**

Asegurado que en virtud del pago de cuotas, genera derechos en el Seguro de Salud, tanto para sí mismo como para sus familiares. Dentro de esta denominación están incluidos, además, los asegurados directos pensionados, los asegurados por Cuenta del Estado, y los asegurados voluntarios.

**4. Asegurado directo activo asalariado  
(Concepto)**

Asegurado que se encuentra actualmente cotizando en su condición de asalariado.

**5. No asegurado  
(Concepto)**

Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud.

**6. Asegurado familiar  
(Concepto)**

Persona, hombre o mujer, que adquiere la condición de asegurado debido a que cumple, con respecto al asegurado directo, ciertos requisitos sobre parentesco, dependencia económica, edad y otros que establece este reglamento.

**7. Asegurado  
por cuenta  
del estado  
(Concepto)**

Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

**8. Por convenio y de grupos**

Ej

El convenio firmado entre la CCSS y la Unión de pequeños productores agropecuarios (UPANACIONAL) para la protección de los riesgos de enfermar o del embarazo de los pequeños y medianos productores agropecuarios y sus dependientes. El convenio firmado entre la CCSS y la Cámara de Pescadores, para la protección de los pescadores artesanales y sus dependientes de la costa pacífica.

**9. De afiliación  
(Concepto)**

Incluye las modalidades de aseguramiento y empadronamiento de la población cubierta y la identificación y requisitos para tener acceso a los beneficios y prestaciones. Esta afiliación combina el empadronamiento mediante convenios colectivos, empresas e individual de acuerdo con la ley de creación de los seguros. Ej. Ley Constitutiva de la CCSS. De especial interés es el establecimiento de las bases de datos, correspondientes a las características socio-demográficas de los asegurados.

### **Concl**

Para la comprensión del Seguro Nacional de Salud, se desarrollan los conceptos y las definiciones de todos los elementos centrales de la teoría de los seguros, tanto públicos como privados. Además se desarrolla el concepto de seguro nacional de salud, como consecuencia inmediata del proyecto de reforma y modernización de la CCSS; de la integración de los servicios públicos de salud entre la CCSS y el Ministerio de Salud; y como resultado de la evolución de los principios de solidaridad y universalidad del Seguro de Enfermedad y Maternidad al de Seguro de Salud. Por la novedad del tema se incluyen todas las definiciones de los diferentes tipos de aseguramiento público existentes en la CCSS y por ende en el país.

## **TERCERA UNIDAD**

---

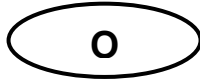
### **El Derecho a la Salud**

#### **Objetivo general de la tercera unidad**

Comprender y poner en práctica el derecho de las personas a la atención y cuidado de la salud.

---

# I. LA SALUD COMO DERECHO



Aplicar en la práctica cotidiana de los servicios de salud la normativa existente sobre el derecho a la salud.

## A. MARCO JURÍDICO

### 1. Derecho a la Vida

La Convención Americana sobre Derechos Humanos o “Pacto de San José”, suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969 y ratificada en 1970, fue una Conferencia especializada de Derechos Humanos. Trata el concepto de derecho a la vida en el capítulo de los Derechos Civiles y Políticos. Enfatiza en el concepto de *vida* como la existencia misma y regula sobre aspectos de la pena de muerte, la tortura y la desaparición forzosa de las personas. No obstante, deja por fuera el concepto del derecho a la salud.

Cincuenta años después se retoma el concepto de derecho a la salud expresamente. A través del Protocolo adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; del “Protocolo de San Salvador”, suscrito en San Salvador, el 17 de noviembre del 1998, en el decimotercero período ordinario de sesiones de la Asamblea General y ratificado por Costa Rica el 16 de noviembre de 1999, se regula el Derecho a la Salud en su artículo 10.

Artículo 10:

“Derecho a  
la  
Salud”

Protocolo de  
San Salvador

- 1- Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
- 2- Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad
  - b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado



- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- d) La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables<sup>2</sup>

## **B. BASE FILOSÓFICA**

### **1. El bien jurídico “Vida” y su derivación al derecho a la salud**

Esta premisa institucional, en su base filosófica reafirma y compromete la opción por un proyecto de desarrollo social basado en la construcción de la y por la calidad de vida de los ciudadanos (as) garantizando la salud.

El tema del acceso a la salud, según lo analiza Solano, forma parte del Bien Jurídico Vida. Este concepto implica desde la perspectiva del Derecho, aquellos valores consagrados en la Constitución y tutelados por el Estado, y sobre los cuales se establece legislación.

### **2. Voto de la Sala Constitucional**

En este sentido este concepto hace alusión al voto 5130-94 del 7 de septiembre de 1994, de la Sala Constitucional. De este se desprende que, el derecho a la vida y a la salud constituyen valores supremos cuyo guardián debe ser el Estado.

---

<sup>2</sup> Centro por la Justicia y el Derecho Internacional, CEJIL. “Protocolo adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales o “Pacto de San Salvador”. Tercera Edición, Editorial Gossesstra Intl, S.A. 2001. Pág 84

Voto 5130-94

"Doctrina y Filosofía a través de todos los tiempos han definido a la vida como el bien más grande que pueda y deba ser tutelado por las leyes, y se le ha dado el rango de valor principal dentro de la escala de los derechos del hombre, lo cual tiene su razón de ser pues sin ella todos los demás derechos resultarían inútiles, y precisamente en esa medida es que debe ser especialmente protegida por el Ordenamiento Jurídico. En nuestro caso particular, la Constitución Política en su artículo 21 establece que la vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo en definitiva al Estado a quien le corresponde velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella."

Afirma que en este voto se aprecia la necesidad y el interés de la regulación del derecho a la salud de todas las personas para ser consagrado como derecho social fundamental (Solano, 2002).

### **3. Defensoría de la Habitantes**

De conformidad con el expediente No. 7665-23-99-DHR de la Defensoría de los Habitantes, del 8 de diciembre de 1999, destaca a la salud más allá de la biología humana y como concepto integral que a la letra dice:

#### **Concepto de Salud**

"El concepto de salud ha superado la idea referida al bienestar físico, psíquico o social. Tampoco es ya un resultado biológico. La salud es un producto social y, por lo tanto, dinámico. Desde esta perspectiva la salud viene a ser el resultado de determinantes tales como la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y en la mayoría de los casos, de los estilos de vida."

## II. EL ASEGURADO, DERECHOS Y DEBERES

O

Aplicar según corresponda los derechos y deberes establecidos para los ciudadanos en la CCSS.

### A. DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

#### 1. Derechos de los asegurados:

Los ciudadanos costarricenses en el territorio nacional tienen derechos y deberes tal y como lo consigna la Ley Constitutiva de la CCSS y el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad. A continuación se describen:

**Atención oportuna**

Ser atendidos en forma oportuna, dentro de las posibilidades de la institución, con el máximo de respeto, sin discriminación alguna, bajo una relación que destaque su condición de ser humano.

**Derecho a la Información y privacidad**

a) Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido, de tal modo que pueda adoptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria. Este derecho incluye el de ser informado, cuando así lo solicite el paciente por cualquier medio, de la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria. Se entiende que la información debe serle suministrada en términos que él pueda entender, dependiendo de su nivel de educación o de experiencia.



**Derecho a  
decidir sobre  
su tratamiento y  
conocer su  
estado de salud**

**b)** Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada, sin ningún tipo de exclusión o de excepción, en el expediente clínico.

**c)** Conocer y solicitar la certificación de cualquier información de su expediente clínico.

**d)** Que todos los informes y registros reciban trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.

**e)** Que se respete el derecho a la imagen, de modo que no sea objeto de información pública sin consentimiento expreso

**a)** Tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo.

**b)** Conocer el nombre del médico tratante y del personal responsable de su atención, así como la especialidad y calificación del personal y su responsabilidad en la coordinación, selección y administración del tratamiento.

**c)** Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, su participación como sujeto pasivo en investigaciones clínicas o terapéuticas.

**d)** Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, ser sometido a cualquier tipo de diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza.



**Derecho a conocer  
el funcionamiento  
de los servicios  
de salud**

**e)** Decidir libremente, sin ningún tipo de coacción o condicionamiento, si se somete a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de efectividad no comprobada. Únicamente cuando hayan sido debidamente advertidos de los riesgos y ventajas de tales tratamientos. Los pacientes podrán autorizar su aplicación así como desautorizarla en cualquier momento, a su mayor conveniencia. El consentimiento siempre debe quedar constando por escrito.

**f)** Recibir la explicación pertinente sobre su estado de salud, sobre la evolución futura y la instrucción suficiente de toda indicación o contraindicación médica.

**g)** Recibir instrucciones claras, por escrito, sobre la utilización de los medicamentos recetados.

**a)** Conocer la organización y funcionamiento general del centro de salud, mediante información escrita que se le entregará en el momento de su ingreso.

**b)** Esperar una atención continua, y a recibir información sobre sus necesidades de atención posteriores a su egreso, así como a recibir adiestramiento, de acuerdo con los recursos institucionales, sobre como cuidar personalmente su salud.

**c)** No ser rechazado por motivo de su enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza o gravedad.

**d)** Ser visitado por sus familiares, amigos y otros, o recibir de ellos comunicaciones telefónicas o escritas, así como rechazar la visita de aquellas personas con quienes no desee comunicarse.

**Derecho a reclamar**

Expresar, por la vía de su predilección, las quejas reclamaciones o sugerencias que desee formular, y recibir respuesta escrita de la autoridad competente sobre las mismas.

**2. Derechos de la Mujer Embarazada**

En el Artículo 76 del Reglamento del Seguro de Salud establece los derechos de la mujer embarazada.

**Derecho de participación en la atención**

- a) Participar en las decisiones relacionadas con su bienestar o el de su hijo aun no nacido.
- b) Recibir cursos de preparación para el parto.
- c) Estar acompañada de una persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante la labor de parto y durante el período posterior al mismo.

**Derecho a la atención del niño y la niña**

- a) Tener a su lado al niño, así como a su padre, tan pronto como sea posible, después del parto y durante su estancia en el hospital.
- b) Atender a su hijo personalmente, si su condición o la del niño lo permite, y alimentarlo según las posibilidades y necesidades de ambos.
- c) Todos los demás prescritos en el ordenamiento jurídico

**3. Derecho a la atención del niño y de la niña**

En el Artículo 77 del Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad se establecen los derechos del niño.

En forma adicional a los derechos previstos en el artículo 75, y sin perjuicio de los derechos consagrados en otros instrumentos normativos de mayor rango, los niños tendrán los siguientes derechos:

**Derecho a  
estar  
acompañado**

- a) Estar acompañado de sus padres o de las personas que los sustituyan el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, participando activamente en la vida hospitalaria.
- b) A contactar con su padre o con la persona que lo sustituya, en momentos de tensión, disponiendo a tal efecto de los medios adecuados.

**Derecho a la  
educación y  
asistencia  
especial**

- a) Recibir el tratamiento, la educación y la asistencia especiales que requiera su estado particular, en el caso que experimente una invalidez física, mental o social.
- b) Proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital y beneficiarse de las enseñanzas y material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, siempre que no suponga obstáculos o perjuicio en su tratamiento.

**Derecho a la  
recreación**

- a) Disponer de todas las oportunidades de juego y de recreo que se dirigirán para las mismas finalidades que la educación. La sociedad y las autoridades públicas harán todo lo necesario para fomentar el disfrute de este derecho.
- b) Disponer durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales.
- c) Disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades de cuidados, educación y juegos de acuerdo con las normas de seguridad.

**Derecho a la Información**

Recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

**Derecho a la Individualidad**

a) Una recepción y seguimiento individual, destinándose en la medida de lo posible las mismas enfermeras y auxiliares para dicha recepción.

b) Disponer de la Libreta del Niño como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y el resto de datos de importancia para su salud.

## **B. DE LOS DEBERES DE LOS ASEGURADOS**

### **1. Deberes de los asegurados**

En el Artículo 78 del Reglamento del Seguro de Salud; se establecen los deberes de los asegurados.

Los asegurados, independientemente de su condición, tendrán las siguientes responsabilidades y obligaciones:

**Deber con el establecimiento y su personal**

a) Observar las normas propias del centro de salud que afecten su tratamiento y conducta.

b) Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicios como en relación con los otros pacientes y sus acompañantes.

c) Cuidar las instalaciones físicas y el equipo o instrumental del centro, así como colaborar en su mantenimiento.

d) Denunciar cualquier anomalía en cuanto a los servicios recibidos, a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería o Enfermera jefe del Servicio.

**Deber de  
informar  
correctamente**

- a) Suministrar toda la información que se le solicita respecto de sus datos personales, así como toda aquella información relacionada con el padecimiento actual, padecimientos anteriores y antecedentes familiares, tratamiento y hospitalizaciones previos en forma precisa y completa.
- b) Informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición; asimismo, todo cambio relacionado con medicamentos o tratamientos suministrados.

**Responsabilidad  
ante el tratamiento**

- a) Seguir el plan de tratamiento aceptado por él, y a cumplir las indicaciones brindadas por los profesionales a su cargo.
- b) Atender las citas que se le otorguen. Si ello no fuere posible, estará en la obligación de comunicar al profesional o al funcionario encargado, el motivo de su inasistencia.
- c) Utilizar los servicios de urgencia conforme a su finalidad, de modo que acudirá preferentemente a los servicios ambulatorios cuando no se justifique razonablemente acudir a los servicios de urgencia.
- d) Todos aquellos otros derechos establecidos en el ordenamiento jurídico, así como los que se deriven de su condición de ciudadano usuario del servicio público de la Caja Costarricense de Seguro Social.

### Concl

La salud es un derecho humano que todos los costarricenses debemos ejercer. Es necesario familiarizarse con la legislación nacional e internacional y con las bases filosóficas de este bien social.

El Protocolo de San José es especialmente importante porque desarrolla ampliamente los derechos sociales, económicos y culturales y su relación con los derechos civiles y políticos. Esto, por cuanto las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, y exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización otros (Solano, 2002).

Dado que el derecho a la salud es conexo con el derecho a la vida, porque ese derecho implica que no se protege sólo la existencia biológica, sino los aspectos relacionados con ella, variadas y sustantivas discusiones de la Sala Constitucional sientan jurisprudencia sobre esta temática desde 1990.

No resulta difícil deducir que la salud es el bienestar que se logra individual o colectivamente por el conjunto de acciones dirigidas a la construcción social de la salud de las poblaciones, con abordaje intersectorial.

Es importante la reafirmación que se hace de los derechos y deberes de los asegurados, elementos poco conocidos en el quehacer nacional, razón por la cual se considera de mucha importancia su conocimiento y divulgación.

## CUARTA UNIDAD

---

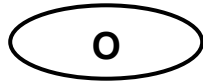
### MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

#### Objetivo general de la unidad

Analizar y reconocer los componentes, avances y relaciones del modelo de atención integral de la salud.

---

# I. PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD



Aplicar según corresponda los valores, los principios y las características fundamentales del modelo de atención integral de la salud.

## A. EL MODELO DE ATENCIÓN

El desarrollo del modelo de atención de Costa Rica ha sido el resultado de transformaciones sucesivas que partieron con el Modelo de Medicina Asistencial Básica (1850-1900). Le sigue el Modelo de Salud Pública y Beneficencia (1900-1940), posteriormente la institucionalización de la medicina preventiva (1940-1970), hasta llegar al Modelo de Medicina Integral de Salud que se inicia en 1985, y alcanza su punto máximo con la readecuación del nuevo modelo en 1996 como resultado de la Reforma de Sector Salud.

### 1. Modelo (Concepto)

El modelo de atención (definición tecno-asistencial) debe entenderse con una mayor amplitud, principalmente, si se quiere considerar la concepción del proceso de salud enfermedad; además, de la integralidad de la atención, una jerarquización de la red de servicios y una articulación intersectorial en la configuración de las políticas de salud. Campos, (1991)

### 2. Principios

El modelo de atención se basa en los siguientes principios:

#### a. Equidad

Se entiende como la distribución justa de los recursos del sector. Busca asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, con oportunidad, eficiencia y calidad para la atención de las necesidades iguales de los usuarios.

**b. Universalidad**

El modelo de atención se caracteriza igualmente por la universalidad en la cobertura de servicios de salud a toda la población residente en el territorio costarricense, distribuida en regiones, áreas de salud y sectores. De igual manera, se entiende la universalidad en cuanto a la cobertura contributiva de todos los participantes del sistema.

**c. Solidaridad**

El sistema propuesto promueve que la carga financiera se distribuya de manera justa entre todos los miembros de la sociedad. Esto es, que la contribución al financiamiento de la red de servicios se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona, familia y comunidad. Se requiere de la solidaridad de los individuos y de los cantones más ricos hacia los de menor capacidad económica, de los sanos hacia los enfermos, de los jóvenes hacia las personas mayores, de los hombres hacia las mujeres.

**d. Enfoque Integral**

El modelo de atención se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria.

## **B. PRINCIPALES ELEMENTOS DE LA INTEGRALIDAD**

De acuerdo a Marín, el enfoque integral incluye estos elementos:

### **1. Integralidad:**

El modelo explicativo de los problemas que utiliza es el multicausal y la oferta básica de servicios que ofrece el nuevo modelo de atención, se caracteriza por las respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud, lo cual incluye acciones de promoción, prevención de riesgos, daños y enfermedades, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación y reinserción social, vigilancia epidemiológica, recuperación y mejoramiento del ambiente humano, planificación estratégica local; y gestión administrativa.

Además, los problemas y necesidades de salud de los sujetos de la atención, no serán abordados de manera fragmentada o como hechos o eventos aislados, sino como parte de un todo, en que los elementos que lo componen, mantienen una estrecha interrelación.

### **2. El sujeto de la atención**

Desde el punto de vista del sujeto de la atención, el modelo dirigirá sus esfuerzos no sólo al individuo, sino también a la familia, a la comunidad y al ambiente.

### **3. Continuidad**

El cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad, será continuo en el tiempo y en el espacio poblacional, asignado al equipo de salud.

### **4. Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad**

La composición del equipo de salud es multidisciplinaria y el abordaje de los problemas de salud y la respuesta social para enfrentarlos, se efectúa en forma interdisciplinaria, para detectar los determinantes y condicionantes; evitando así la tradición de “medicalizar” las soluciones o respuestas del sistema de salud. (Marín, 1998)

## C. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Según Marín, el modelo de atención tiene tres características fundamentales las cuales son: la participación social, la eficiencia, la eficacia, la calidad y los elementos organizativos y funcionales del modelo, como se describen a continuación:

### 1. Amplia participación social:

El desarrollo del nuevo modelo de atención integral de la salud exige la participación social activa, consciente y con plenos derechos y deberes.

Se deben establecer espacios reales y democráticos de participación comunitaria, en aspectos tales como: proceso de toma de decisiones de carácter estratégico, análisis de la situación de salud, elaboración y ejecución de los planes de salud, fomento de estilos de vida sana, autocuidado individual y colectivo, y fiscalización y evaluación de los servicios.

### 2. Mayor eficiencia, eficacia y calidad:

Estas tres variables están íntimamente relacionadas entre sí: sin eficiencia y eficacia no hay calidad y, sin calidad y eficiencia, las acciones en salud no logran los resultados esperados.

#### **Eficiencia (Concepto)**

Comprende no sólo el mayor número de actividades producidas con una determinada cantidad de recursos, sino el máximo volumen de acciones, con la eficacia, efectividad y calidad adecuadas, obtenidos con los mismos insumos.

El modelo de atención, por sí solo, no garantiza una mayor calidad, eficacia o eficiencia de los servicios de salud; gran parte de estas cualidades tienen que ver con la capacidad de gestión institucional. (Marín, 1998)

### 3. Elementos organizativos y funcionales del modelo

El modelo de atención, contempla elementos organizativos y funcionales, que apuntan en esa dirección, entre ellos:

- a. La definición de una oferta básica (canasta de servicios), con fundamento en las necesidades prioritarias de salud, nacional y local.
- b. El establecimiento de la planificación local estratégica, como eje del proceso de gestión.
- c. La asignación al equipo de salud de responsabilidades bien definidas, en un espacio geográfico-poblacional claramente delimitado.
- d. El escalonamiento de la oferta de servicios, según niveles de atención adecuadamente establecidos.
- e. El uso obligatorio de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- f. La incorporación de la comunidad al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios.
- g. La descentralización de la gestión; y
- h. El establecimiento de instancias formales de coordinación intra e intersectorial.

#### Concl

Las principales características operativas del modelo de atención, giran alrededor de la definición de una población o número de familias ubicadas en un área geográfica claramente determinada o sector de salud, la constitución de un equipo de salud, de una oferta básica de servicios, la cual debe ser garantizada a toda la población, en igualdad de condiciones. Varios sectores conforman un área de salud, con su respectivo equipo de apoyo. A partir de ello, se definen los niveles de atención o complejidad y el sistema de referencia y contrarreferencia.

## II. ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS Y FUNCIONALES DEL MODELO



Aplicar las actividades de los niveles de atención que conforman las bases organizativas y funcionales del modelo de atención.

### A. OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS

#### 1. Intervenciones y actividades

##### a. Oferta Básica de Servicios (Definición)

Está constituida por un conjunto de actividades e intervenciones de promoción de la salud; prevención de daños, enfermedades y situaciones de vulnerabilidad; diagnóstico y tratamiento; rehabilitación y reinserción social. Además, acciones en el campo ambiental; y de vigilancia de la salud; planificación estratégica y gestión administrativa; tendientes a mejorar los niveles de salud y de bienestar social de la población, residente en todo el territorio nacional.

##### b. Oferta básica de servicios y tipo de actividades

##### Atención integral de la mujer

- Atención prenatal y postnatal
- Anticoncepción
- Vacunación en edad reproductiva
- Atención odontológica
- Cursos de preparación psico-física profiláctico del parto
- Morbilidad propia de la mujer
- Rehabilitación básica
- Detección del cáncer de cérvix y mama
- Detección y valoración básica de la pareja infértil
- Detección y referencia de violencia a la mujer

**Atención  
integral al niño**

- Consulta de crecimiento y desarrollo
- Atención de la enfermedad
- Programa ampliado de inmunizaciones
- Salud oral integral
- Rehabilitación básica
- Captación y seguimiento de grupos de riesgo
- Captación temprana del recién nacido

**Atención  
integral al  
adolescente**

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

**Atención  
integral al adulto**

- Vacunación
- Atención integral
- Detección y seguimiento de enfermedades crónicas
- Rehabilitación básica
- Atención odontológica
- Prevención y detección riesgos y enfermedades laborales
- Detección y seguimiento de trastornos mentales

**Atención  
integral al adulto  
mayor**

- Detección y control del Enfermo Crónico
- Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo
- Atención de la enfermedad
- Rehabilitación básica
- Atención odontológica

**Atención del ambiente humano\***

- Vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica
- Identificación y clasificación de riesgos ambientales
- Vacunación de animales domésticos.
- Control y/o eliminación de insectos y roedores (enfermedades prevalentes)
- Vigilancia y control de la calidad del agua, alimentos y sustancias peligrosas
- Vigilancia y control de desechos sólidos

\* Actividades ejecutadas por el Ministerio de Salud

**Lista necesidades prioritarias de salud**

Cuidado del embarazo, parto o aborto y puerperio, y de sus complicaciones  
 Cuidado neonatal y estímulo del crecimiento y desarrollo infantil  
 Prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA)  
 Prevención y tratamiento de la enfermedades respiratoria aguda (IRA)  
 Programa de Inmunizaciones  
 Anticoncepción y planificación familiar  
 Prevención y tratamiento de las E.T.S. y del SIDA  
 Prevención y tratamiento de la tuberculosis  
 Prevención y tratamiento de la diabetes y la hipertensión  
 Prevención y tratamiento de los cánceres de cérvix y mama  
 Prevención y reducción de la contaminación del aire, aguas, suelos y alimentos.  
 Prevención y tratamiento de la desnutrición protéico-calórica  
 Prevención y tratamiento de las anemias por carencia de micronutrientes  
 Prevención y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria)  
 Prevención y atención de las zoonosis prevalentes  
 Prevención y atención de la violencia familiar y comunitaria  
 Prevención y atención de los accidentes de tránsito  
 Cuidado y fomento de la salud mental  
 Prevención y atención de las adicciones  
 Prevención y atención de las enfermedades ocupacionales

## B. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

### 1. Regiones de salud

Para la administración de la atención los servicios en el modelo de salud están divididos en siete regiones: (Diagrama 2)

- Región Central Sur
- Región Central Norte
- Región Huetar Norte
- Región Huetar Atlántica
- Región Pacífico Central
- Región Chorotega
- Región Brunca

A su vez, las regiones se dividen en áreas de salud, las cuales, en la mayoría de los casos, corresponden a cantones, según la división político-administrativa del país. Sólo pocas áreas cubren más de un cantón o menos de uno.

### 2. Niveles de atención

#### a. Nivel Primario

Corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos intradomiciliario, de consulta externa o ambulatoria general. Las acciones se orientarán a las personas y a su comportamiento en cuanto a la salud y al ambiente en el cual viven, permanecen, trabajan o se recrean. Los establecimientos de salud a este nivel son: CEN-CINAI, Puestos de Salud, Unidades Móviles Médicas y Odontológicas, Clínica Odontológica Escolar, Centros de Salud, Dispensarios tipos A y B y Clínicas tipos 1 y 2 y actualmente las clínicas tipo 3 y 4 para la atención integral.

**b. Nivel Secundario**

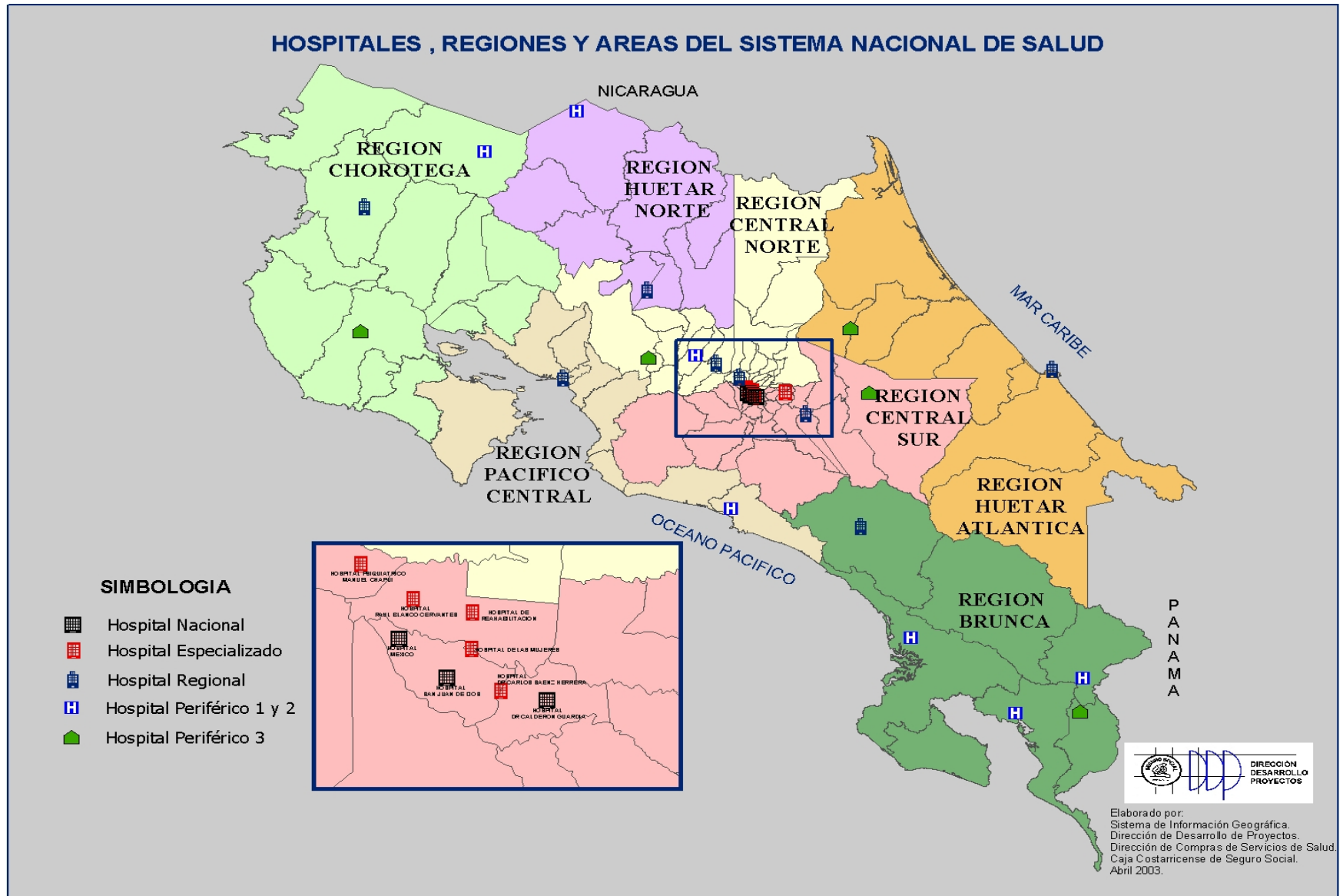
Apoya al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con grado variable de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud de este nivel son: Prestaciones Sanitarias, Hospitales Generales (Regionales y Periféricos) y Albergue Temporal y Casa de Salud del INS.

**c. Nivel Terciario**

Corresponde a la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia del nivel terciario podrá trascender la del secundario y abarcar el territorio de varias provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de salud de este nivel son: Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados.

Actualmente, se incluyen las clínicas tipos 3 y 4 para la atención de ciertas especialidades.

Diagrama 2



## **c. CONFORMACION DEL EQUIPO DE SALUD**

El cuidado integral y la promoción de la salud a nivel familiar y comunitario, está a cargo de equipos básicos y equipos de apoyo multidisciplinarios, que tiene responsabilidades geográfico-poblacionales bien definidas.

### **1. Espacio población**

El Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS), atiende aproximadamente, según lo estipula el modelo, a un número de familias (3000 a 4,000 habitantes), que residen en un sector geográfico dentro de una determinada área de salud, denominada sector.

El equipo de apoyo tiene bajo su responsabilidad los cuidados de la salud de las personas y familias ubicadas en los diferentes sectores de salud, aproximadamente 15-40 mil habitantes (zona rural) y 30-60 mil habitantes (zona urbana) y la red local de servicios de salud.

El número de hogares o personas, que están bajo la responsabilidad del EBAIS, puede ser ajustado de acuerdo con las condiciones de accesibilidad y la situación sanitaria y socioeconómica de la población.

### **2. Integración del equipo**

#### **a. El EBAIS**

Está conformado por: un médico general, una auxiliar de enfermería y técnicos de atención primaria. En algunos casos cuenta con un técnico de farmacia y de REDES.

#### **b. Equipo de apoyo**

Está conformado por: enfermera (o) profesional, trabajador (a) social, odontólogo (a), microbiólogo (a), farmacéutico (a) y otros profesionales según posibilidad de las áreas de salud.

### **3. Funciones generales del EBAIS**

- Elaborar, con participación de la comunidad, el análisis de la situación de salud (ASIS), del sector geográfico bajo su responsabilidad, y participar en el ASIS del Área de Salud.
- Concertar con la comunidad y con los responsables de otras entidades públicas y privadas del sector, un “Plan de Salud

Familiar y Ambiental”, con base en las prioridades definidas en el ASIS.

- Promover y facilitar la participación de la comunidad, en las actividades de planificación, ejecución y evaluación del plan local de trabajo, y fomentar el autocuidado individual y colectivo de la salud.
- Brindar atención integral de salud a las familias y personas que residen en hogares colectivos de su comunidad (casas de ancianos, niños huérfanos, etc.), con énfasis en las acciones de promoción, prevención y mejoramiento del ambiente.
- Realizar la vigilancia epidemiológica local, de acuerdo con las normas nacionales.
- Participar en las actividades de evaluación y garantía de la calidad de los servicios, que tenga asignadas.
- Recoger, registrar y analizar los datos que requiere el sistema de información de salud, para el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los planes y programas de salud.
- Participar activamente en las actividades de capacitación y educación continua, que se programen para el EBAIS.
- Velar por el adecuado uso y mantenimiento de los recursos humanos, instalaciones y bienes, bajo su responsabilidad

#### **4. Funciones del Equipo de Apoyo**

- Elaborar, con participación de los demás actores sociales y de los EBAIS, el análisis de la situación de salud (ASIS) del Área de Salud.
- Concertar con los demás actores sociales el “Plan Local de Salud”, con base en las prioridades definidas en el ASIS.
- Asesorar, apoyar y supervisar a los EBAIS del Área de Salud.
- Participar en las actividades de evaluación, garantía de calidad y vigilancia epidemiológica, que tenga asignadas.
- Recopilar, registrar y analizar los datos que requiere el sistema de información, para el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los planes y programas de salud.
- Participar en las actividades de capacitación y educación continua, que se programen para el personal de la zona de salud.

- Promover y facilitar la participación de la comunidad, en la formulación, control y evaluación de los planes y programas de salud; y fomentar el autocuidado individual y colectivo.
- Velar por la adecuada protección y utilización de los recursos humanos y físicos, bajo su responsabilidad.
- Ejecutar de manera oportuna y eficiente, las actividades asignadas de atención integral a las personas y de mejoramiento ambiental, según la “Oferta Básica de Servicios”.

### III. GESTIÓN DEL NIVEL LOCAL DE SALUD

O

Analizar las acciones estratégicas en la conducción y control del nivel local

#### A. ACCIONES ESTRATÉGICAS

Las acciones de gestión estratégicas en el nivel local, son compartidas especialmente por la CCSS y el Ministerio de Salud, sin que esto signifique, que otras instituciones del sector salud puedan participar, como es el caso del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, las Universidades y otros.

##### 1. Coordinación intra e intersectorial

Incluye todas aquellas acciones tendentes a aunar esfuerzos y evitar duplicidades con otras entidades públicas y privadas, que ejecutan políticas y programas en el campo sanitario o áreas afines

Ej

Entidades relacionadas con el ambiente, vivienda, educación, asistencia social, etc..

##### 2. Evaluación y garantía de la calidad

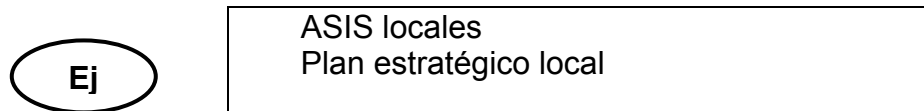
Abarca la realización de aquellas tareas asignadas al personal de salud que están dirigidas a detectar y corregir, de manera oportuna, las desviaciones entre las normas y objetivos de eficiencia, eficacia y calidad, establecidas en los planes y programas de mejoramiento continuo de la gestión y calidad de los servicios de salud.

Ej

Comprende, entre otras cosas, la participación en la aplicación de protocolos de análisis de la mortalidad infantil, muertes maternas, eventos centinela, enfermedades trazadoras, etc.

### 3. Análisis de situación de salud y planificación estratégica

Abarca todas aquellas labores del personal del EBAIS y Equipo de Apoyo, que tienen como propósito realizar el análisis de situación de salud, la definición o selección de prioridades y la elaboración del plan local de salud, conjuntamente con el resto de actores sociales.



### 4. Investigación en salud

El primer nivel de atención, comprende el diseño y realización de estudios básicos, dirigidos a obtener nuevo conocimiento sobre la situación de salud de la comunidad y sobre la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios en este campo.

### 5. Participación social

La implementación exitosa del modelo de atención requiere de la activa participación de la sociedad organizada y de los aportes individuales y colectivos de los usuarios del sistema, no sólo en el fomento del autocuidado de la salud, sino, especialmente, en el proceso de planificación local, evaluación y fiscalización de los servicios. (Tema que se tratará en el módulo dos)

### 6. Sistema de referencia y contrarreferencia

El Modelo de Atención cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia, ágil y oportuno, que integra vertical y horizontalmente los tres niveles de atención existentes, de tal manera que se le asegure a los usuarios un acceso equitativo a los servicios más complejos y una atención continua e integral.

#### Objetivos

- Reducir la demanda de servicios en los centros de mayor complejidad.
- Asegurarle al usuario una atención continua e integral
- Mejorar la equidad en el acceso de la población, a los servicios más especializadas y de apoyo.
- Incrementar la capacidad resolutive del primer nivel de atención

## B. CAMPOS DE GESTIÓN, ESCENARIOS

La oferta descrita anteriormente, se brinda por los integrantes de los EBAIS y del Equipo de Apoyo, a través de una serie de actividades y tareas, realizadas en seis escenarios: Hogar, comunidad, centros infantiles y educativos, centros de producción, establecimientos de salud y otras instituciones

## C. COMPROMISOS DE GESTION

### 1. Definición

El compromiso de gestión es un instrumento legal y técnico que utiliza la CCSS para llevar a cabo la compra de servicios de salud. Establece las relaciones “contractuales” entre el comprador de servicios de salud (nivel central) y el proveedor (áreas de salud).

Esta relación se establece mediante un convenio o acuerdo entre ambas partes, (comprador-proveedor). En el compromiso de gestión se definen los objetivos y metas de salud por alcanzar por parte de los proveedores de servicios en relación con las necesidades y problemas de salud identificados en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la programación.

### 2. Propósito

El principal propósito del compromiso de gestión es la adecuada asignación de recursos financieros para atender con calidad y oportunidad, las necesidades de salud de la población en el nivel local y para que estos gestionen con mayor grado de autonomía y responsabilidad los resultados en salud. Todo lo anterior en cumplimiento a la Ley de Desconcentración Máxima.

### 3. Calidad y oportunidad

En el compromiso de gestión se establecen los criterios de calidad y oportunidad con los cuales se realiza la evaluación periódica en relación con la prestación y organización de los servicios en el nivel local.

#### **4. Características**

##### **a. Rendición de cuentas**

Los compromisos de gestión, además de vincular la asignación de recursos con la producción en salud y orientar la gestión hacia el logro de los objetivos de salud, introducen en las áreas de salud la actitud y la práctica de la rendición de cuentas.

##### **b. Producción de servicios con calidad**

Al establecer objetivos y metas específicas para cada área de salud, se facilita la evaluación de las acciones en salud y de la organización de los servicios, en cuanto a calidad, eficacia y eficiencia.

#### **5. Caracterización de las áreas de salud para establecer el compromiso de gestión**

##### **a. Población**

- El área de salud es un espacio-población, eso significa la existencia de un territorio geográfico con grupos sociales que conviven de acuerdo con unas condiciones de vida dadas.
- Los habitantes de un área de salud se caracterizan según criterios socio-demográficos como edad, sexo y se construye una pirámide de población.
- Se sectoriza de acuerdo con el número de familias por ser atendidas por los equipos básicos, EBAIS. Como se sabe cada EBAIS atiende aproximadamente entre 3,500 y 5,000 personas.
- La población se caracteriza también por sus condiciones de vida y de salud. Esto es, que requiere de la identificación de las situaciones de salud de los diferentes grupos sociales que la conforman, en términos de las necesidades no satisfechas y los problemas de salud.

##### **b. Recurso Humano**

- Las áreas de salud para gestionar los servicios cuenta con equipos de apoyo y con equipos básicos de salud. Para establecer el compromiso de gestión es indispensable el conocimiento de

la cantidad y tipo de recurso humano en ambos equipos de trabajo.

- Además, se realiza la capacitación y actualización del personal en función de las necesidades de la organización y de los objetivos de salud establecidos.
- El trabajo en equipo es una característica fundamental para el logro de las metas y objetivos del compromiso de gestión. La integralidad de la acción en salud que demanda el primer nivel de atención, exige procesos de trabajo y toma de decisiones interdisciplinarias.

### **c. Equipos de trabajo**

En el establecimiento del compromiso de gestión, las áreas de salud deben:

- Caracterizar los servicios de apoyo con que cuenta para el soporte adecuado a los EBAIS. Además tienen que particularizar la cantidad y tipo de profesionales y técnicos.
- Establecer los procedimientos y las relaciones para la conducción de los procesos de salud.

Forma parte de la caracterización el número de sedes de EBAIS en relación con las características de condiciones de vida y de salud de esos espacios de salud que constituyen esas sedes.

### **d. Definición de coberturas**

Las áreas de salud definen la proporción de personas protegidas con programas específicos de salud por grupos prioritarios como son niños menores de un año, menos de seis años etc.

- Cobertura Mínima.  
Pero más importante aún es determinar la cobertura con calidad de acuerdo con el cumplimiento de las normas de atención que serán negociadas para la asignación del recurso financiero.
- La cobertura se ajusta a la capacidad instalada (oferta) del área de salud.

## 6. Metodología para la evaluación de los compromisos de gestión

Es preciso aplicar los procedimientos y técnicas en el proceso de evaluación de los compromisos de gestión, ver diagrama 3 con el ciclo del compromiso.

En el anexo 2 se presenta el modelo del Compromiso de Gestión 2004 Área de Salud I y II nivel (no desconcentrado) de la CCSS

Diagrama 3



### Concl

Desde la década de los sesentas, uno de los aportes más importantes de Costa Rica es el relacionado al Modelo de Atención. En esta Unidad se discuten los principios y características generales del modelo de atención, ahora definido como “integral” de la salud. Se analizan las actividades organizativas y funcionales del modelo de atención y se incluyen en la discusión los conceptos de canasta básica de servicios, la organización de los servicios, los niveles de atención y la conformación de los equipos, básico y de apoyo de salud; de igual forma se profundiza en las funciones de cada uno de los equipos, para responder a dos retos: a) el trabajo en equipo y b) entender la salud en forma integral. De igual manera se discuten los compromisos de gestión como instrumentos de la gestión moderna de los servicios de salud.

## QUINTA UNIDAD

---

### INTRODUCCIÓN A LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD

#### Objetivo general de la quinta unidad

Aplicar los conceptos y estrategias de la atención y gestión integral de la salud en las prácticas del cuidado de las personas y comunidad, para lograr mayor eficacia en la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

---

## I MARCO LEGAL INSTITUCIONAL<sup>3</sup>

0

Conocer algunas normativas sobre la integralidad de la atención en salud

### A. MANDATO INSTITUCIONAL

El modelo de atención de la salud del primer nivel de atención se readecua como producto del proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Ese proceso inicia en el marco de la Reforma del Sector Salud e incluye, entre otros aspectos, directrices, conceptos y criterios de calidad innovadores y antes poco explícitos en las disposiciones formales; entre ellos, el de la atención integral de la salud.

#### Directriz institucional

La integralidad amplía el sentido comúnmente restringido del sistema de salud y su modelo de atención a la dimensión asistencial. Además de las curativas, propone acciones relativas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación.

El mandato, sin duda, garantiza la organización del sistema de salud con servicios y acciones para la protección de la salud de todos y todas.

En la actualidad esta perspectiva de lo integral en salud se observa formalmente en la Ley de Modernización del Sistema de Salud, No.7441, promulgada en diciembre de 1993. Este instrumento legal que se sustenta y rige por los principios de universalidad y solidaridad, se expresa en la equidad del sistema en cuanto al acceso a la salud como un derecho de las personas, en la política pública de la seguridad social.

<sup>3</sup> Los apartados de I, II y III de la quinta unidad “Introducción a la integralidad de la atención y gestión de la salud” Algunos aportes a la integralidad de la atención de la salud”, se toman del artículo “Las Necesidades de salud como eje de la defensa de la integralidad y equidad de la salud”; de Alcira Castillo M ( en prensa por publicar en el año 2003)

## 1. Misión Institucional en la CCSS

Por su parte, también incorpora los conceptos de integral e integralidad para referirse al tipo de atención de la salud que debe brindarse.

A la letra dice:

### Misión de la CCSS

“Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, obligatoriedad y equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa”.

En este marco legal es importante considerar que las decisiones y políticas institucionales responden a un marco de regulación estatal; es decir, no se trata de externalidades a nuestro sistema político y democrático, sino la existencia de coherencia política.

## II RELACIÓN SALUD E INTEGRALIDAD



Utilizar los conceptos y prácticas de la atención integral en el trabajo diario con las personas sanas y enfermas

### A. ¿QUÉ ES LA INTEGRALIDAD?

#### 1. Criterio de Calidad

No resulta difícil deducir que si la salud es el bienestar que se logra individual o colectivamente por el conjunto de acciones dirigidas con ese propósito y con abordaje intersectorial, estas acciones deben relacionarse, entonces, con el desafío de la atención integral de la salud (AIS) y la integralidad en su gestión.

Por tanto, es preciso aclarar esa directriz institucional como criterio de calidad en el desempeño de los servicios de salud, en la protección de y por la calidad de la vida.

En esta unidad se intenta colocar el tema de la integralidad y al mismo tiempo, los cuestionamientos respectivos para activar el pensamiento en nuevas direcciones.

#### Interrogantes

¿Es la integralidad un camino por recorrer o un punto de llegada?

¿Pertenece la atención integral de la salud a la ética del cuidado o a la racionalidad en la construcción de las políticas?

¿De qué forma el paciente usuario es escuchado y se atiende cuando se aplica integralidad de y en la atención de la salud?

No se aspira a dar respuesta al conjunto de estas y otras cuestiones, pero es posible plantearse las reflexiones necesarias, para repensar el discurso y el quehacer en salud. Por ello, se da énfasis a la integralidad como criterio de calidad y a su aplicabilidad a la atención médica de las personas.

## 2. Conceptualización y abordaje

Para aclarar el concepto de integralidad de la atención de la salud, se pretende que esta sea comprendida como un proceso en construcción que envuelve diversos actores sociales. En el ámbito de las estrategias y acciones, se implementa por medio de los entrelazamientos en los que participan los trabajadores de la salud, los grupos sociales y la comunidad en general; por ejemplo, en la gestión de los EBAIS y Equipos de Apoyo para la construcción social de la salud local.

### **Noción de Integralidad**

Incluye:

- a. La articulación de los saberes y prácticas de los distintos profesionales; es decir, la interrelación de sus acciones se puede garantizar una atención más completa de la salud
- b. Una nueva división y organización del proceso de trabajo en salud
- c. Una mayor valorización del trabajo en equipo
- d. La utilización del enfoque interdisciplinario, sumamente vinculado con los aspectos anteriores. (Campos, 1991)

## 3. Principio de la política pública

Los principios o “nortes” de un modelo de atención de la salud que declara la integralidad, implican:

- a. La gestión democrática para construir la salud
- b. La salud se constituye en un derecho de la ciudadanía
- c. Los servicios públicos se orienten a asegurar la mayor calidad de vida, individual y colectiva. (De Mattos, 2001)

#### **4. Complementaridad**

La integralidad en la atención de la salud requiere la complementación de acciones de promoción, prevención y de curación y rehabilitación. Algunas consideraciones conceptuales y operativas se mencionan al respecto.

##### **a . Requisito del cuidado médico y de la clínica**

La gestión de la atención médica conservadora y de corte patocéntrico no evidencia, por sí sola, suficiente capacidad para producir salud; pero, ¿cómo se podría asegurar el tratamiento y cuidado de las enfermedades, lesiones y condiciones sin acciones médicas, sin la clínica y sin la participación de las diferentes profesiones de salud?

Además, el abordaje de la atención debe tornarse holístico, a fin de que amplíe e integre a la persona como un todo, en su dimensión física biológica, con su bagaje cultural y social, producto de su pertenencia a una familia y a una comunidad, cada uno con su historia y condiciones de vida.

Es esto y no otra cosa, lo que puede entenderse como lo bio-psico-social en la práctica clínica; es decir, se trata de la atención integral en el cuidado médico de los individuos para prevenir y curar la enfermedad y promover la salud. ( Pinehiro, 2001)

##### **b. Requisito en la gestión de salud pública**

El control colectivo de los daños a la salud, la aplicación de las técnicas epidemiológicas y de educación en salud, por sí solas tampoco producen salud sin la atención de tipo asistencial, curativa.

No se puede negar la necesidad de las decisiones de la gestión de la salud pública y la práctica de la vigilancia de la salud para que la población se sienta efectivamente atendida y segura en sus necesidades y problemas de salud (Luz Madel, 2000).

### III. INTEGRACIÓN DEL SISTEMA FORMAL E INFORMAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD



Incorporar en la integralidad de la atención y la gestión de salud la relación de las prácticas de salud formales o institucionales con las prácticas de salud del ámbito doméstico y de la atención alternativa.

#### A. LAS PRÁCTICAS INFORMALES DE SALUD CONFORMAN SISTEMA

##### 1. La integralidad en el sistema de salud

La integralidad en la atención de la salud individual, familiar y comunitaria, desde la gestión del sistema de salud, en nuestro caso, el Sistema Nacional de Salud, supone la incorporación de:

- a. Las acciones de salud del sistema formal. Esto quiere decir, la atención médica profesional organizada institucionalmente.
- b. El campo de acción de las prácticas formales que se expresa en esencia en las políticas de salud, en el personal y en los servicios de salud públicos, como los de la CCSS y en los de tipo privado, como la Clínica Bíblica, el Hospital Cima, o cualquier organización no gubernamental (ONG) que brinde servicios de salud, etc.
- c. Las acciones informales producto de las prácticas sociales arraigadas en la cultura de las comunidades para cuidar la salud individual y colectiva; es decir el autocuidado.
- d. El campo de acción de las prácticas informales de salud que se manifiesta tanto en el ámbito doméstico y familiar, como sucede con la atención que podemos recibir por nuestros parientes cercanos, amigos o vecinos etc.; como en el comunitario con sus redes de apoyo, grupos específicos, etc. A eso se le llama “medicina alternativa” o “atención alternativa”, con sus formas rituales y privadas.

## 2. El reconocimiento de lo cultural en salud

El mundo de lo cultural

Está presente en cada comunidad y grupo social, incluye el conjunto de saberes, tradiciones, costumbres, valores, etc. En el campo de salud, muy especialmente las diferentes culturas incorporan todo su acervo cultural para cuidar de su salud.( Perdiguero, 2000)

Cuando en los servicios de salud se reconocen y se respetan esas particularidades y desde las prácticas de los servicios de salud se promueve ese acercamiento entre el personal (profesionales y técnicos) y las personas con su propia extracción social y cultural, se produce una mayor eficacia en la atención de las enfermedades, condiciones y lesiones.

Algunos autores denominan la integración entre la medicina formal, las prácticas informales y la medicina alternativa, como “medicina holística”, entre ellos el Dr. Juan Jaramillo Antillón en su libro “Historia y Filosofía de la Salud y la Medicina”

**Actitud Integradora**

Es positiva y mejora la relación terapéutica, logra mayor éxito en la adhesión de las personas al tratamiento al incorporar la visión de mundo, el imaginario que con respecto a salud poseen culturalmente las personas y las comunidades; en general se le llama **cuidado lego o prácticas tradicionales, populares**, etc. (H. Encinas, citado por Perdiguero, 2000)

## B. PARTICIPACIÓN DE GRUPOS ORGANIZADOS

La integración del sistema formal e informal en la atención de la salud implica incorporar en las estrategias y acciones a los actores sociales necesarios para prevenir y atender la enfermedad, así como promover la salud.

Esta característica de la gestión de la salud contribuye a que las intervenciones y la respuesta social tengan mayor impacto y arraigo social. Sin duda, ese factor garantiza la sostenibilidad de las acciones, dándoles también el carácter intersectorial que se requiere en la construcción social de la salud.

## 1. Actores sociales

Es importante reconocer que los actores sociales son personas físicas u organizaciones que tienen poder de influencia en la toma de decisiones políticas, técnicas u operativas, de cualquier naturaleza o campo de acción. (Castillo, 2001)

Ej 1

**Actor individual físico:** sacerdotes, maestras (os), directores (as) de escuela colegio, etc. presidentes de asociaciones de desarrollo, de una junta de salud, alcaldes, síndicos, diputados, directivos de servicios de salud privados, líderes de cualquier organización reconocida, etc.

Ej 2

**Actor colectivo:** partidos políticos, sindicatos, asociaciones, ONGs, empresas públicas o privadas, Municipalidad, regiones del Ministerio de Salud, de la CCSS, Áreas de Salud, etc

## 2. Actores sociales del campo de salud

La delimitación de actores en el campo de la salud nos introduce en la referencia de un capital simbólico en la lucha por su apropiación; esto es, los actores construyen su identidad en el interior del campo de sus propias organizaciones, en que ellos establecen sus relaciones de poder, tienen intereses y capacidades específicas y están en condiciones de defender modelos de organización sectorial pública y privada.

Ej

Los principales actores identificables al interior del sector salud son, sin duda, los que tienen a su cargo los organismos específicos del aparato estatal, los que representan a los beneficiarios de la seguridad social, las corporaciones gremiales médicas, de enfermería o de otras profesiones, etc.

### 3. Actores en los niveles locales

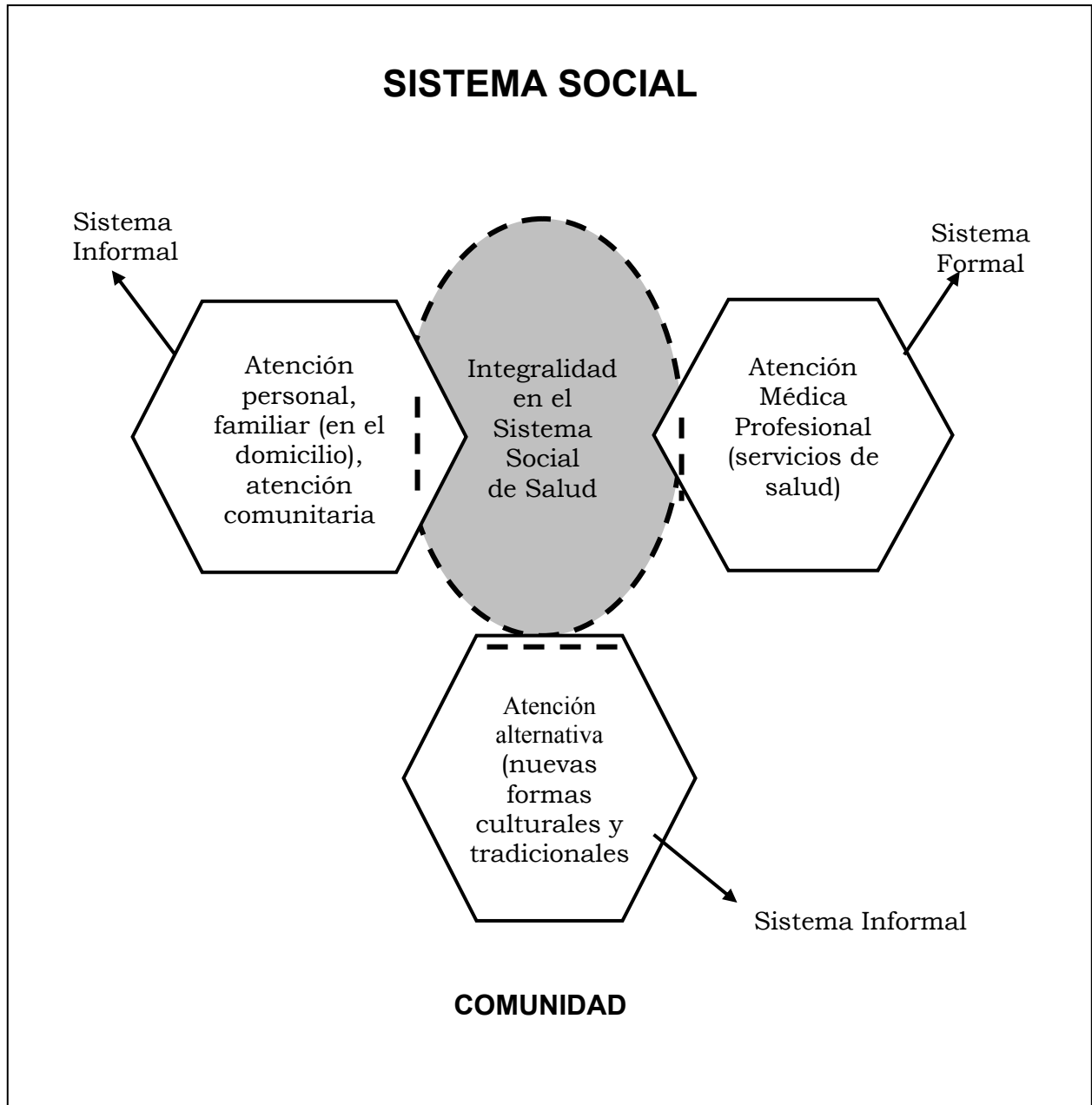
La construcción social de la salud en los niveles locales, involucra a los actores sociales interesados que desarrollan su praxis en campos conexos con la salud, con sus ideologías sobre el cuidado de la salud y hacen efectiva también la participación social.

Ej

- Grupos gubernamentales organizados como Movimiento Nacional de Juventudes, etc
- Grupos no gubernamentales como PANIAMOR, Hogares CREA, etc
- Grupos voluntarios como la Cruz Roja, Alcohólicos Anónimos, etc.
- Redes formales como las Juntas de Salud, etc.
- Redes informales como damas voluntarias

Diagrama 4

## INTEGRACIÓN DEL SISTEMA FORMAL E INFORMAL EN SALUD



### Concl

La integralidad de la atención es seguramente el más reciente e importante aporte al ideario de la salud en América Latina y por ende en Costa Rica. Existe un marco legal y una nueva normativa de la CCSS para la integralidad de la atención y la promoción de la salud, probablemente se requieran más adecuaciones. De igual manera se debe establecer una nueva relación entre salud e integralidad y las definiciones de ambas, vistas a través de la calidad y la política pública. Es necesario conocer como funciona la integración del sistema formal e informal en la atención de la salud, las prácticas informales, el reconocimiento de lo cultural y la participación de los grupos organizados en la salud local.

La integralidad implica necesariamente que el sistema de salud conformado institucionalmente (proveedores, personal y políticas), reconozca la participación en salud de la comunidad como ente vital con prácticas autóctonas, de tradición en las familias y personas relativas al autocuidado, redes de apoyo, prácticas y saberes populares que existen, coexisten e interactúan con las acciones formales de atención de la salud dirigidas a las personas y a los colectivos poblacionales.

Además, la atención así concebida es el saber y la práctica de la clínica, en conjunto con el saber y la práctica epidemiológica. Ambas prácticas articulan una dimensión de complementariedad sin dicotomizar la acción preventiva de la curativa y sin excluir la promoción.

La conceptualización sobre la integralidad en salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de la vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud, (complejos y poco estructurados) y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares que no pueden ser estandarizadas.

Por lo tanto, el enfoque comunitario y la participación social en el modelo de atención del primer nivel, no se reduce a que las personas participen en la gestión de los servicios. En el mejor de los casos, es preciso que se sientan representados (as) en las Juntas de Salud, tomen decisiones colegiadas, opinen sobre la calidad de los servicios, demanden en las contralorías de servicios, etc. Todo ello en el marco de la concepción de la persona como un todo biológico y social que funciona en un contexto social y cultural determinado.

## Referencias Bibliográficas

AYALA, y otros. **Curso Gestión Local de Salud: Módulo Uno, Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización Caja Costarricense de Seguro Social**. Escuela Salud Pública, U.C.R., CENDEISSS. EDNASSS. San José, Costa Rica, 1999.

BEVERIDGE, W. **Las Bases de la Seguridad Social**. Impreso en México. México. D.F.. 1987

CAMPOS, G. **La Salud Pública y la defensa de la vida**. Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1991.

CASTILLO, A. y otros. **Módulo Participación Social en Salud**. Curso Gestión Local de Salud. CENDEISSS, CCSS. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, 1998.

CASTILLO, A. **Representación de Intereses en la Caja Costarricense de Seguro Social: Sindicalismo médico 1993 a 1996**. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 2001.(Tesis Maestría).

DE MATTOS, R. **Os sentidos da Integralidade: Algumas reflexiones**. Editorial Abrasco. Río de Janeiro, Brasil. 2001.

FERLA,A. **O fazel em saúde colectiva: inovacoes da atencao a saúde no Rio Grande do Sul**. Editorial Dacasa, Porto Alegre, Brasil, 2002.

GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE C.R., **Proyecto de Reforma del Sector Salud, Ley 7441**. San José Costa Rica, 1994.

GÓMEZ, O. **Salud Pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica**, EUNED, Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica, 2003.

HARO, J. **"Cuidados Profanos: una dimensión ambigua de la atención de la salud"**, en Perdiguero,E. (eds), Medicina y Cultura. Editorial Bella Terra. Barcelona, Madrid. 2000.

HASENFELD, Y. **Organizaciones al servicio del hombre**. Biblioteca de la Salud. Secretaría de Salud Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 1990.

JARAMILLO, J. **Salud y Seguridad Social**. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 1993.

JARAMILLO, J. **Historia y Filosofía de la Salud y la Medicina**. Editorial EDNASSS. San José, Costa Rica. 2002.

LUZ, M. **As novas formas da saúde e a saúde em forma: práticas e representacoes culturais**. Abrasco (mimeo, 2000).

MARÍN, F. **Notas sobre Modelo de Atención**. Conferencia para los Estudiantes del Curso de Sistemas de Salud. ICAP, San José, 1988.

MARÍN, F. **Ebais y el nuevo modelo de atención. Validez de la Estrategia**. Presentación en Power Point. San José, 2001.

MEHRY, E. **A Saúde Pública como política**. Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1992.

MENDEZ, E. **Uma agenda para a saúde**. Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1996.

MIRANDA GUTIÉRREZ, G. **La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica**, EUNED, Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica, 2003.

MINISTERIO DE SALUD, **Propuesta de reestructuración**, Mideplan, San José, 1998.

MINISTERIO DE SALUD, **Análisis Sectorial de Salud Costa Rica**, Ministerio de Salud, San José C.R., 2002.

MOTTA, P.R. **Transformacao Organizacional: A teoria e a Prática de Inovar**, Qualitymark Editora, Río de Janeiro, 1998.

OPS. **Desarrollo Institucional de la capacidad de rectoría en salud** (Documento). Washington, D.C., 2002.

OPS/ OMS, **Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública**, Marzo, 2001.

PASSOS NOGUEIRA, R. **Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud**. OPS/ OMS, Washington D.C., 1997.

PERDIGUERO, y otros. **Medicina y Cultura**. Editorial Bella Terra. Barcelona, España. 2000.

PINHEIRO, R., et al. **Os sentidos da integralidade na atencao e no cuidado a saúde**. Editorial Abrasco. Río de Janeiro, Brasil. 2001.

SALAS, A. **Caja Costarricense de Seguro Social, Presente y Futuro**. EDNASSS. San José, Costa Rica. 1998.

SILVA, A. **Modelos Tecnoasistenciales en salud: Un debate**. Facultad de Medicina Sao Pablo, Brasil. (Mimeo). 1998.

SOLANO, P. **La salud como bien jurídico**. (tesis doctoral), Universidad Libre de Derecho, San José, Costa Rica, 2002.

TOBAR F, y otros. **Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio**. Edición del Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Rosario, Argentina, 2002.

### **Leyes, Decretos y Documentos Oficiales**

Decreto Ejecutivo N° 14313-SPPS-PLAN , 15 febrero, 1983

Decreto Ejecutivo N° 27446-S, 8 setiembre, 1998

Decreto Ejecutivo N° 30461-S-MIDEPLAN, 5 junio, 2002

Ley General de la administración pública. N° 6227, 2 mayo, 1978.

Ley General de Salud N°5395, 30 octubre, 1973

Ley Orgánica del Ministerio de Salud (5412), 8 noviembre, 1973

MINISTERIO DE SALUD, Propuesta de reestructuración, Mideplan, San José, 1998.

OPS. **Desarrollo Institucional de la capacidad** de rectoría en salud (Documento Washington, D.C., 2002.

# De los Autores

---

## **Alcira Castillo Martínez**

Actual Directora de la Escuela de Salud Pública, trabajadora social, socióloga, docente e investigadora de la Facultad de Medicina desde 1976, Maestría en Salud Pública con énfasis en Administración de registros médicos y sistemas de información; Maestría Académica en Sociología Política. Con amplia experiencia en la coordinación académica de programa de capacitación en servicios con metodología de educación a distancia, en especial en el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud.

## **Álvaro Salas Chaves**

Médico cirujano (UCR), especialista en Administración Hospitalaria y Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Leeds, UK. Ex Director del Hospital Calderón Guardia y de la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la CCSS. Máster en Administración Pública de la Universidad de Harvard. Ex -Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Profesor de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica. Amplia experiencia en procesos de reforma sectorial de salud en varios países latinoamericanos.

# Autoridades Institucionales

---

## **CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA  
Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO  
Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS  
Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN  
Coordinadora  
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA  
Director Ejecutivo  
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA  
Coordinadora  
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos  
CENDEISSS

## **UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

DR. GABRIEL MACAYA TREJOS  
Rector

DRA. LEDA MUÑOZ GARCIA  
Vicerrectora  
M.Sc. CLAUDIO VARGAS  
Director Sección Extensión Docente  
Vicerrectoría de Acción Social

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS  
Decana  
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ  
Directora  
Escuela de Salud Pública

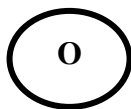
DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA  
Directora  
Maestría en Salud Pública

**POLÍTICA NACIONAL DE SALUD  
AGENDA SANITARIA CONCERTADA**

**Objetivo general**

Reconocer las Políticas nacionales actuales en el campo de la salud, sus principios y ejes transversales, así como los compromisos adquiridos por las instituciones del Sector Salud para hacerla efectiva.

## I. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD



Determinar los fundamentos, políticas específicas y estrategias, de la Política Nacional de Salud 2002-2006.

El Ministerio de Salud, como ente rector y en cumplimiento de la potestad que le confiere la Ley General de Salud y la Ley Orgánica y demás disposiciones jurídicas, conduce el proceso de formulación de la Política Nacional de Salud.

La Política Nacional de Salud, como instrumento que permite contar con los lineamientos que canalicen el accionar para mantener y mejorar los índices de salud de la población, desarrolla los principios y las acciones estratégicas principales para ser implementadas por el sector durante el periodo gubernamental.

Vale anotar, que la Política se fundamenta en el conocimiento de la realidad del país, evidenciada en el Análisis Sectorial de Salud, el cual mostró, la situación sanitaria y permitió identificar las acciones prioritarias a desarrollar en este campo para lograr los cambios que deben ser impulsados en el país.

### 1. INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2002-2006

Para la formulación de la Política se partió de varios insumos que señalan prioridades a ser consideradas en el país y que por tanto aportan elementos para la definición de lineamientos de política y estrategias.

#### INSUMOS

- Políticas Universales
- Metas del Milenio, ONU
- Programa de Gobierno 2002- 2006
- Plan Nacional de Desarrollo
- Análisis Sectorial
- Plan Vida Nueva
- Plan Nacional de Salud 1999 – 2004
- Medición Funciones Esenciales Salud Pública.
- Leyes y Decretos
- Convenios internacionales

Además se consultó otros insumos necesarios para abordar cada tema específico, como:

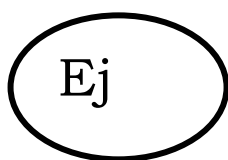
- Leyes y decretos directa o indirectamente relacionados con el tema
- Diagnósticos institucionales
- Otros documentos oficiales

## **2. PRINCIPIOS Y EJES TRANSVERSALES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD**

La formulación de la Política 2002 - 2006 se fundamenta en principios orientadores y ejes transversales, que buscan: consolidar la vocación democrática, innovadora y progresista en el campo de la salud pública en un contexto globalizado, mejorar con equidad y calidad la atención integral de la salud, mantener los éxitos alcanzados y a la vez buscar la reducción de las brechas sociales y el sostenimiento del sistema de salud costarricense.

### **Principios orientadores**

La enfermedad y la muerte, al igual que la salud y la vida, no se distribuyen en forma homogénea dentro de los diferentes grupos de población, por tanto es importante que al momento de formular, implementar y evaluar la Política Nacional de Salud, estén presentes principios como:



|              |                   |
|--------------|-------------------|
| -Equidad     | -Universalidad    |
| -Solidaridad | -Ética            |
| -Calidad     | -Inclusión social |

Revisemos a continuación en qué consiste cada uno de estos principios orientadores:

**Equidad**

Es la Justa distribución de las posibilidades y oportunidades de acceso a información, conocimientos, recursos, bienes y servicios, para promover, mejorar y mantener su salud individual y colectiva, dando más a quien más necesita.

En este sentido busca disminuir las diferencias en salud que son innecesarias, evitables, incorrectas e injustas.

**Universalidad**

Entendida como la necesidad de garantizar bajo un enfoque de derechos, el derecho a la salud con calidad a todos sus habitantes.

**Solidaridad**

Principio por el cual se asegura la protección de la salud para toda la población, mediante un modelo de financiamiento compartido que permita el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos

**Ética**

La ética es el conjunto de reglas, normas, mandatos, que guían y regulan el comportamiento humano dentro de una determinada colectividad. La ética en salud se orienta al respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social.

**Calidad**

Es la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención integral que solucione satisfactoriamente las necesidades de las personas y grupos sociales, ofreciéndoles los mayores beneficios y evitando riesgos.

**Inclusión social**

Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidades, a las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción de género, etnia o ideología. Una persona o grupo social incluido significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, social y cultural.

## Ejes transversales

Se consideran tres ejes que atraviesan en forma vertical y horizontal la Política Nacional de Salud, que permean el desarrollo de los lineamientos de política y las estrategias:



- Enfoque de género
- Enfoque de derechos
- Participación social

Revisemos a continuación cada uno de estos ejes transversales:

### **Enfoque de género**

Es un proceso mediante el cual se reconocen las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud para planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones a nivel político, económico y social.

### **Enfoque de derechos**

La salud es uno de los derechos esenciales de las personas, el cual es consagrado en la Constitución Política de la República, donde se señala que es un bien de interés público y es función del Estado velar por la salud de la población.

En este sentido el sistema de salud reconoce a la población como sujeto de derecho y garantiza la atención integral en salud, oportuna y con calidad, en igualdad de oportunidades, con respeto a la integralidad y a la especificidad biológica, social y cultural de las personas y colectividad.

## **Participación social**

Es el ejercicio pleno de la ciudadanía, que permite el derecho a participar en forma consciente, co-responsable, activa e informada a todos los actores sociales, en la identificación, análisis y priorización de necesidades de salud, la formulación de planes y programas, así como en las decisiones relacionadas con su ejecución, evaluación y rendición de cuentas, para garantizar su calidad, eficiencia y efectividad.

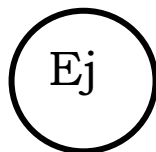
### **3. ÁMBITOS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LA POLÍTICA**

Para efectos de la formulación de lineamientos de política y estrategias, así como para facilitar el ordenamiento y sistematización de la información, se definieron cuatro ámbitos, dentro de los cuales se desarrollaron áreas de intervención.

#### **Ámbitos:**

Los ámbitos constituyen los grandes escenarios en que se subdivide la producción social de la salud y en los cuales se organizan las diversas áreas de intervención.

La PNS 2002-2006, establece el desarrollo de cuatro grandes ámbitos:



- ♦ Fortalecimiento y consolidación del Sistema de Salud.
- ♦ Equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones en salud.
- ♦ Recreación y promoción de la salud.
- ♦ Salud ambiental y desastres.

Por otra parte, cada Ámbito

**El AMBITO 1: Fortalecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud**, incluye las áreas de intervención relacionadas con la reforma y fortalecimiento de las instituciones del Sector Salud, en términos de recursos humanos, financiamiento e inversión en salud y organización.

Ej

- ♦ Fortalecimiento de las instituciones del sector.
- ♦ Coordinación Inter e intrasectorial.
- ♦ Legislación.
- ♦ Vigilancia de la salud.
- ♦ Investigación y desarrollo tecnológico.
- ♦ Inversión, financiamiento y gasto.
- ♦ Recursos humanos.

**El AMBITO 2: Equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones en Salud**, considera las áreas de intervención relacionadas con la atención en salud a la población, en especial en los servicios de salud.

Ej

- ♦ Atención primaria.
- ♦ Niñez y adolescencia.
- ♦ Personas con discapacidad
- ♦ Personas adultas mayores
- ♦ Población indígena e indígena migrante.
- ♦ Población migrante
- ♦ Enfermedades no transmisibles
- ♦ Salud mental
- ♦ Violencia
- ♦ Salud y derechos sexuales reproductivos.
- ♦ Acceso y calidad de los servicios de salud.

**AMBITO 3: Recreación y promoción de la salud:** como su nombre lo indica, éste ámbito considera todas las áreas de intervención relacionadas con los componentes de actividad física, recreación y deporte como parte esencial de las estrategias de promoción de la salud.

Ej

- ♦ Políticas públicas saludables y participación social.
- ♦ Fomento de estilos de vida saludables.
- ♦ Seguridad alimentaria nutricional.

**AMBITO 4: Protección y mejoramiento del ambiente humano:** Este ámbito incorpora todas las áreas de intervención, que contribuyen a favorecer el mantenimiento de un ambiente humano favorable, saludable y en armonía con la naturaleza.

Ej

- ♦ Manejo de desechos.
- ♦ Control de los contaminantes peligrosos.
- ♦ Mejoramiento del alcantarillado sanitario.
- ♦ Protección del recurso hídrico.
- ♦ Desastres

#### 4. POLÍTICAS POR ÁMBITOS

Cada Área de Intervención contiene las políticas definidas y las estrategias que orientan las acciones a desarrollar para hacer efectivas esas políticas.

Ej

##### ***Área de intervención***

##### ***ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INDÍGENA E INDÍGENA MIGRANTE***

##### **POLITICA**

Garantía de acceso a la población indígena e indígena migrante a una atención en salud con criterios de calidad que responda a las particularidades económicas, geográficas, sociales y culturales.

Ej

##### **ESTRATEGIAS**

- Desarrollo de mecanismos de adaptación de los servicios de salud del primer nivel de atención a las particularidades culturales y geográficas de las poblaciones indígenas e indígena migrante.
- Fortalecimiento y mejoramiento de los programas y coberturas de salud en los territorios indígenas, con énfasis en los de mayor aislamiento geográfico.
- Desarrollo de una estrategia de educación en salud dirigida a la población indígena e indígena migrante que incluya los derechos en salud.
- Fortalecimiento de la coordinación entre países vecinos para mejorar la calidad de vida de la población indígena e indígena migrante.

Se presenta a continuación las políticas definidas por Ámbito.

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ámbito 1:</b><br><br><b>Fortalecimiento<br/>y consolidación<br/>del sistema de<br/>salud</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Ejercicio efectivo de la rectoría en salud acorde con el deber del Estado de mejorar la salud de la población</b></li><li>- Consolidación del proceso de modernización de las instituciones del sector</li><li>- Coordinación Intra e intersectorial, para lograr un mayor impacto en la producción social de la salud y en la atención de los problemas prioritarios.</li><li>- Modernización y aplicación de un marco jurídico que responda en forma efectiva al deber del Estado de proteger la salud y la vida de las personas.</li><li>- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud orientado a una eficaz y oportuna conducción, dirección, análisis, ejecución y evaluación de intervenciones en el campo de la salud pública</li><li>- Investigación que responda a las prioridades establecidas a partir del análisis de las condiciones de vida y de las necesidades del sector, regida por principios éticos, bioéticos y científicos y que contribuya a la producción social de la salud.</li><li>- Gestión y desarrollo de la tecnología sanitaria, a partir de las necesidades de la población y del sector que favorezca y proteja la salud de las personas.</li><li>- Modulación del financiamiento y gasto sectorial garantizando el acceso equitativo a servicios de calidad para todos los habitantes y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.</li><li>- Gestión y desarrollo del recurso humano acorde con la necesidad de la población y del sector salud.</li><li>- Orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud y para el ejercicio de la rectoría. Acorde con necesidades de salud actuales y futuras de la población del país.</li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Ámbito 2:**

**Equidad-  
universalidad- acceso y  
calidad de  
las acciones  
en salud**

- Fortalecimiento de la atención primaria en todos los niveles de gestión con énfasis en el primer nivel de atención con calidad, equidad, enfoque derechos y género.
- Defensa y fortalecimiento del derecho a la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes, con calidad, equidad, universalidad, solidaridad y enfoque de género.
- Fortalecimiento de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la discapacidad, con enfoque de género, equidad, tomando en cuenta las características de la discapacidad y la promoción del desarrollo de las personas como sujeto de derechos.
- Defensa y cumplimiento efectivo de los derechos de la persona adulta mayor para contar con servicios de atención integrales en salud, desde una perspectiva de equidad y género
- Garantía de acceso a la población indígena e indígena migrante a una atención en salud con criterios de calidad que responda a las particularidades económicas, geográficas, sociales y culturales.
- Garantía de acceso a las acciones de la salud pública en la población migrante, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con la legislación vigente nacional e internacional.
- Atención integral de las enfermedades no transmisibles con énfasis en cardiovasculares y cáncer con oportunidad, calidad, equidad y con enfoque de género y tomando en cuenta las especificidades de los diferentes grupos socioculturales.
- Fomento de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud con énfasis en el primer nivel y priorizando la salud mental infante juvenil.

## **Ámbito 2:**

### **Equidad- universalidad- acceso y calidad de las acciones en salud**

- Atención integral de la fármaco - dependencia con énfasis en promoción de la salud y prevención de adicciones.

- Atención integral de la violencia social, con énfasis en la promoción de una cultura de paz y solidaridad

- Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género, derechos humanos y responsabilidad social de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.

Atención integral sectorial e interdisciplinaria de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, con enfoque de género, de derechos, de riesgo y basados en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad y equidad.

- Atención integral del VIH-SIDA e ITS con énfasis en la prevención y en la promoción de una sexualidad segura y responsable en los diferentes grupos de población con equidad, calidad, respeto a las diferencias y enfoque de derechos

- Oferta de los servicios de salud que responda a las necesidades priorizadas de los demandantes y al análisis de situación de salud.

- Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios para la atención de los problemas de salud de la población, de modo que garanticen el acceso, la calidad y la atención oportuna a toda la población, con énfasis en grupos vulnerables y en zonas geográficas identificadas como prioritarias por su menor nivel de desarrollo relativo.

### **Ámbito 3:**

#### **Recreación y promoción de la salud**

- Generación de políticas públicas saludables en forma participativa y concertada entre el sector y otros sectores para la producción social de la salud.
- Participación organizada y activa de las comunidades en todo el proceso de planificación estratégica para la producción social de la salud.
- Fomento de estilos de vida saludables en la población que enfatizan la práctica del deporte, la actividad física y la recreación en espacios seguros, accesibles y adecuados así como el desarrollo de talentos.
- Procesos integrales, intersectoriales e interinstitucionales orientados a garantizar la disponibilidad, equidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y nutritivos para prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación

### **Ámbito 4:**

#### **Salud ambiental y desastres**

Manejo integral y seguro de los desechos en los establecimientos de salud, fincas, sitios de reunión pública, industrias, viviendas y comercio.

Control de los factores físicos, químicos y biológicos relacionados con la contaminación y peligros del ambiente humano para prevenir y reducir en la población el riesgo de enfermar o morir y promover un ambiente sano.

Garantía de cumplimiento efectivo del derecho de la población a tener acceso a agua potable con calidad, cobertura, en cantidad suficiente, de manera continua, en condiciones de equidad y con sostenibilidad en el costo.

Control Integral y sistemático de las aguas de cualquier origen antes de ser descargadas en los cuerpos de agua para proteger la salud.

☐ Aumento de cobertura, mantenimiento y sostenibilidad del alcantarillado pluvial y del alcantarillado sanitario dotado de tratamiento final

☐ Protección del recurso hídrico, control y prevención de la contaminación biológica, química y física.

☐ Prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencia y de desastres.

### **Concl**

La Política Nacional de Salud 2002-2006 está regida por principios orientadores, como: equidad, solidaridad, universalidad, ética, calidad e inclusión social, y por tres ejes transversales: enfoque de derechos, enfoque de género y participación social. Establece políticas en cuatro grandes ámbitos: Fortalecimiento y consolidación del Sistema Salud, Equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones en salud, Recreación y promoción de la salud, Salud ambiental y desastres. Cada ámbito contiene Áreas de Intervención, en las que se desarrollan políticas específicas y estrategias.

## II. AGENDA SANITARIA CONCERTADA 2002- 2006: LOS 10 COMPROMISOS DEL SECTOR SALUD

0

Determinar los compromisos asumidos por las instituciones del Sector para hacer efectiva la Política Nacional de Salud.

### 1. Los diez compromisos del sector en el marco de los retos nacionales de salud pública.

La Política Nacional 2002-2006, es la base para desarrollar una Agenda Sanitaria Concertada con las diferentes instituciones del sector y con otros sectores relacionados para así dar respuestas claras y oportunas a los problemas y necesidades del país en materia de salud a corto y mediano plazo.

En ese contexto, las instituciones asumieron diez compromisos, los cuales se desglosan en acciones estratégicas, para ser desarrolladas en los diferentes niveles de gestión.

Los diez compromisos que como puntos de agenda fueron identificados, responden a los siguientes seis **retos nacionales en salud pública**, que conjuntamente determinó el Sector Salud:

- **mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados,**
- **mejorar la esperanza de vida con calidad,**
- **disminuir iniquidades,**
- **mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud,**
- **mejorar la calidad de vida en ciudad y la reducción de la vulnerabilidad de los desastres.**

Los compromisos y acciones estratégicas se encuentran expuestos en el texto de la Agenda especificando, además, a las instituciones responsables por su ejecución o conducción.

## **LOS 10 COMPROMISOS DEL SECTOR**

1. Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros relacionados con: mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.
2. Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables individuales y colectivos.
3. Prevenir y atender las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
4. Promover y atender la salud mental en forma integral con énfasis en la violencia social.
5. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud con énfasis en la atención primaria
6. Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.
7. Fomentar acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres.
8. Consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud.
9. Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y las prioridades del sector salud.
10. Consolidar el Sistema Nacional de la Vigilancia de la Salud

En la Agenda Sanitaria Concertada, para cada compromiso se estableció las acciones estratégicas y los responsables de ejecutarlas.

Ej

**COMPROMISO 1: Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.**

| Acciones estratégicas                                                                                                                                                                                 | Responsables |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.Rescate de la visita domiciliaria para mejorar la captación de los grupos de mayor riesgo de morbi-mortalidad infantil y materna así como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. | CCSS         |
| 2.Vigilancia del cumplimiento de las normas de atención con énfasis en materno infantil, enfermedades transmisibles, fortificación de alimentos y programas de alimentación complementaria            | MS<br>CCSS   |
| 3.Prevenición y atención de la salud cérvico-uterino y mamario, desde una perspectiva de los derechos humanos.                                                                                        | CCSS         |
| 4.Aumento de la cobertura de los programas de alimentación complementaria en comunidades prioritarias                                                                                                 | MS           |

## 2. La ejecución de la Agenda.

Para llevar a la práctica los compromisos adquiridos por las instituciones del sector, se ha puesto en marcha una estrategia de negociación y de adecuación de la agenda, principalmente en los niveles de gestión nacional y regional - local.

En el nivel regional, la estrategia se enfoca hacia el aprovechamiento de la experiencia y las capacidades técnicas del personal de salud para planificar a largo plazo las acciones comprendidas en la agenda y que son pertinentes, de acuerdo con la situación particular de cada región. Los Análisis de Contexto, los ASIS, los Planes de Desarrollo Regionales y los Planes Estratégicos Locales de que dispone la región, junto con los resultados de la Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, serán los insumos básicos para identificar las prioridades regionales, en el marco de la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.

Una vez identificadas las prioridades se formulará el Plan Regional para la Ejecución de la Agenda Sanitaria y los compromisos de gestión.

El proceso lo observamos en el diagrama 1.

Diagrama 1



### **Concl**

La Agenda Sanitaria Concertada establece los 10 compromisos del Sector Salud para el período 2002-2006, que permitan hacer efectiva la Política Nacional de Salud. Cada compromiso contiene acciones estratégicas, con sus respectivos responsables de ejecutarlas. La ejecución es responsabilidad de los diferentes niveles de gestión institucional: central, regional y local.

## EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

**E**

### **1 De desarrollo**

- a) Identifique las prioridades derivadas del Análisis de Situación de Salud de su Área.
- b) Defina con qué Ámbitos de la Política Nacional de Salud tienen relación.
- c) Establezca con cuáles áreas de intervención de la Política y con qué políticas específicas están relacionadas esas prioridades.
- d) Revise el documento de la Política Nacional de Salud 2002-2006 y determine si las acciones que se están desarrollando en su área tienen relación con las estrategias que propone la Política. El documento de la Política puede consultarlo en la Página Netsalud o en la Página Web de La Nación.

**E**

### **2 De desarrollo**

- a) Identifique los principios orientadores de la Política nacional de Salud vigente
- b) Identifique los ejes transversales de la Política Nacional de Salud
- c) Analice si en las acciones que se están desarrollando en su Área, se están considerando los ejes transversales de la Política Nacional de Salud.
- d) Determine cómo se puede desarrollar o fortalecer si ya existe, la incorporación de estos ejes transversales en la ejecución de las acciones en salud.

**E**

### **3 De desarrollo**

Ubique el documento de la Agenda sanitaria Concertada en las páginas Web antes señaladas y realice los siguientes ejercicios:

- a) Identifique los 10 compromisos sectoriales y revise las acciones estratégicas que se proponen para cada compromiso.
- b) Analice las acciones establecidas en los planes locales elaborados a partir del ASIS y determine:
  - En qué compromiso sectorial se ubican
  - Con qué acciones estratégicas de ese compromiso se relacionan.
  - Señale cuáles acciones estratégicas de la Agenda Sectorial Concertada no están incorporadas en los planes vigentes.

## BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud. *Política Nacional de Salud 2002-2006*. San José. Costa Rica. 2003

Ministerio de Salud. *Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006*. San José. Costa Rica. 2003

Ministerio de Salud. *Metodología para desarrollar la Política Nacional de Salud 2002-2006*. San José. Costa Rica. Mimeógrafo. 2003

Ministerio de salud. *Metodología para el desarrollo de la Agenda Sectorial Concertada 2002.2006*. Dirección de Desarrollo de la Salud. Documento Borrador.

Organización Panamericana de la Salud. *Metodología para ejecutar la Agenda Sectorial Concertada 2002.2006*. Propuesta. 2003.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO  
SOCIAL  
GERENCIA DE DIVISION  
ADMINISTRATIVA  
DIRECCION DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD**

**COMPROMISO DE GESTION 2004  
AREA DE SALUD  
I y II NIVEL  
(NO DESCONCENTRADO)**

## **Tabla de Contenidos**

### **TÍTULO PRIMERO:**

#### **DE LAS CONDICIONES GENERALES**

##### **CAPÍTULO PRIMERO: MARCO CONCEPTUAL Y JURÍDICO**

ARTÍCULO PRIMERO: FUNDAMENTO JURÍDICO  
ARTÍCULO SEGUNDO: ÁMBITO DE APLICACIÓN  
ARTÍCULO TERCERO: DEFINICIÓN DEL COMPROMISO  
ARTÍCULO CUARTO: OBJETIVO GENERAL  
ARTÍCULO QUINTO: OBJETIVOS ESPECÍFICOS:  
ARTÍCULO SEXTO: NATURALEZA DEL COMPROMISO DE GESTIÓN:  
ARTÍCULO SÉTIMO: EL MODELO DE ATENCIÓN UTILIZADO  
ARTÍCULO OCTAVO: SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

##### **CAPÍTULO SEGUNDO: DEL OBJETO CONTRACTUAL**

ARTÍCULO NOVENO: DELIMITACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL  
ARTÍCULO DÉCIMO: OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS:  
ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: POBLACIÓN ADSCRITA  
TABLA DE EBAIS  
ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: METAS ESTRATÉGICAS.  
ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: OBLIGACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA.

##### **CAPÍTULO TERCERO: DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS**

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: OBLIGACIONES GENERALES  
*14.1. De la Gestión Interna de los Servicios:*

##### **CAPÍTULO CUARTO: DE LA EVALUACIÓN**

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

##### **CAPÍTULO QUINTO: DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS**

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS  
ARTÍCULO DÉCIMO SÉTIMO: SISTEMA DE INCENTIVOS

### **TÍTULO SEGUNDO:**

#### **DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

##### **CAPÍTULO PRIMERO: DE LA PRODUCCIÓN EN SALUD CON CALIDAD**

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: ASPECTOS A EVALUAR  
ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: DISPOSICIONES GENERALES

##### **FIRMAS Y ACTOS PROTOCOLARIOS**

##### **VIGENCIA**

##### **AVAL**

##### **ANEXO MODIFICACIONES**

## TÍTULO PRIMERO:

### De las condiciones generales

Entre nosotros, **Ing. René Escalante González**, cédula de identidad número 1-471-265, en su condición de Gerente de División Administrativa y el \_\_\_\_\_; cédula de identidad número 1-604-820, Director (a) **Área de Salud** \_\_\_\_\_, que en adelante y para los efectos de este documento denominaremos: **“COMPRADOR” y PROVEEDOR**”, y el **Dr. Horacio Solano Montero** cédula de identidad número 1-444-096, Gerente División Médica, en calidad de **GERENCIA PROVEEDORA**, quien refrenda lo acordado, todos funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante “Caja” o “Institución”, acordamos el siguiente **“COMPROMISO DE GESTIÓN”**, al que nos referiremos en adelante simplemente como “Compromiso”, que se regirá en lo general por el marco jurídico vigente para la prestación de servicios de salud, y en lo particular por los siguientes **ARTÍCULOS**, utilizando el glosario de términos que se describe en el **ANEXO 1** de este documento:

## CAPÍTULO PRIMERO: MARCO CONCEPTUAL Y JURÍDICO

### ARTÍCULO PRIMERO: FUNDAMENTO JURÍDICO

La Caja en ejercicio de las facultades de autonomía en administración y gobierno atribuidas por los numerales 73, en relación con el 188 y siguientes de la Constitución Política, y 14 b) de su Ley Constitutiva; incorpora al “Compromiso de Gestión” en el modelo de gestión utilizado, con el propósito de incentivar el mejoramiento continuo en la cantidad y calidad de los servicios prestados, vinculando la asignación de recursos económicos con el cumplimiento de metas y objetivos de salud estratégicamente predefinidas y el posible acceso a un “fondo de incentivos” de acuerdo con el resultado de evaluaciones sistemáticamente practicadas.

Constituyen fuente jurídica supletoria del mecanismo de “Compromisos de Gestión” desarrollado, las Leyes N° 7374 *“Aprobación de los Contratos de Préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica”* del 3 de diciembre de 1993 (Alcance N° 1 de La Gaceta N° 13 del 19/01/94; y N° 7441 *“Aprobación del Contrato de Préstamo N° 3654-CR y sus anexos, suscritos entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financiar el Proyecto de Reforma del Sector Salud”* del 25 de octubre de 1994 (La Gaceta N° 29 del 14/11/94); así como el artículo 6° de la Ley 4750 del 27 de abril de 1971 que faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social a participar en todo tipo de proyectos tendentes al mejoramiento de la calidad de los servicios; y la Ley N° 7852 del 30 de noviembre de 1998 *“Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”* (La Gaceta N° 250 del 24/12/98); y el Reglamento del Seguro de Salud, aprobado en el artículo 19° de la sesión N° 7082 del 3 de diciembre de 1996 y sus reformas, en lo al Fondo de Invalidez, Vejes y Muerte se refiere.; así como, los acuerdos de la Junta Directiva de la Caja, adoptados en los artículos 3°, 1° y 4° de las sesiones Nos. 7063, 7064 ambas del 01/10/96; y 7133 del 10/06/97; respectivamente, que aprobaron la política de separación de funciones en el esquema organizacional de la Caja.

## **ARTÍCULO SEGUNDO: ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Por su propia naturaleza, y tratándose de la ejecución de una política institucional en la gestión de los servicios públicos a su cargo; el “Compromiso de Gestión” resulta exigible a TODOS LOS CENTROS en los que la Caja brinde servicios de salud a la población, sea directamente o por medio de terceros (públicos o privados); generando efectos jurídicos y administrativos de diversa índole para las partes.

## **ARTÍCULO TERCERO: DEFINICIÓN DEL COMPROMISO**

El “Compromiso de Gestión” se define como el instrumento legal y técnico que establece un convenio entre “Comprador” y “Proveedor”, en que se definen los objetivos y metas de salud a alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asigna los recursos financieros en función de las necesidades de salud de la población.

## **ARTÍCULO CUARTO: OBJETIVO GENERAL**

Lograr mediante un proceso consensuado, la ejecución de acciones, políticas y estrategias institucionales, indispensables para la conducción congruente y sistemática de los servicios de salud brindados a la población, orientado al mejoramiento de la cantidad, seguridad, calidad y oportunidad de la atención.

## **ARTÍCULO QUINTO: OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Desarrollar un mecanismo de información en salud, que fomente el autodiagnóstico y la autogestión de los servicios, que permitan la concientización del uso eficiente de los recursos financieros institucionales y su impacto en los objetivos e indicadores de salud.
2. Lograr niveles de producción y cobertura acordes con la capacidad instalada y resolutive del Proveedor mucho más homogéneos para el nivel de complejidad que le corresponda.
3. Autorizar permitiendo la inversión discrecional de recursos en razón del mérito.
4. Desarrollar un sistema de asignación eficiente y equitativa de recursos económicos institucionales, en razón del mérito, que propicie la equidad distributiva y la oportunidad en la atención de situaciones críticas que inciden en el funcionamiento normal de los servicios.

## **ARTÍCULO SEXTO: NATURALEZA DEL COMPROMISO DE GESTIÓN:**

El “Compromiso de Gestión” constituye una herramienta de carácter técnico-administrativo desarrollada por la Caja, que pretende el fortalecimiento de una cultura de “rendición de cuentas”, direccionando el funcionamiento de los centros de salud hacia metas y objetivos estratégicos; y vincula la producción con la asignación de recursos económicos para el período correspondiente, generando efectos jurídicos concretos dependiendo del grado de eficiencia y calidad alcanzados por los Proveedores en la prestación de servicios, tanto en el ámbito de responsabilidad objetiva o funcional del centro como en el de responsabilidad subjetiva o personal en que pudieran incurrir los encargados de su operación y funcionamiento.

Sin perjuicio de lo establecido por el “marco de desconcentración institucional”, el “Compromiso de Gestión” no constituye un marco normativo, por lo que el Proveedor, estará obligado a cumplir con las condiciones operación y funcionamiento que le impone la normativa técnica, legal y administrativa vigentes, indistintamente de que se encuentren o no comprendidas en este documento; siéndole exigibles el resto de obligaciones inherentes a su nivel de complejidad para la gestión y operación eficiente de los servicios. El personal asignado en los servicios atenderá las reglas que la ciencia y la técnica les impone en razón del perfil del puesto y cargo ostentado.

En ese sentido, las metas y metodología de evaluación pactadas entre Comprador y Proveedor, no sustituyen las funciones de mando, coordinación, dirección, control, supervisión y fiscalización ejercidas por el resto de dependencias e instancias, internas y externas con facultades técnica y jerárquicamente competentes en virtud de la normativa interna y legislación vigentes, sobre el quehacer de dichos centros, por lo responsables directos de velar por el cumplimiento de su cometido, para el cumplimiento en la prestación de los servicios del fin público establecido.

## **ARTÍCULO SÉTIMO: EL MODELO DE ATENCIÓN UTILIZADO**

El “Compromiso de Gestión” responde al “modelo de atención integral de salud” que se menciona en el “Marco Conceptual”, en las condiciones de eficiencia y calidad que le son exigibles conforme a las “Normas de Atención Integral en Salud” y demás herramientas técnicas y clínicas elaboradas por la Caja al efecto, para el nivel de complejidad que corresponda.

## **ARTÍCULO OCTAVO: SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS**

El “Comprador” partiendo de las proyecciones de ingresos anual que realizan la Dirección Actuarial y de Planificación Económica y la Gerencia Financiera; utilizará un sistema de asignación de recursos que pretende una distribución racional y equitativa de los recursos disponibles, procurando el fortalecimiento del I Nivel de Atención.

El sistema de asignación de recursos procura vincular paulatinamente los recursos financieros disponibles, con la producción en salud y eficiencia alcanzados por el

Proveedor, estimando entre otras variables, el gasto histórico y estructural, la política presupuestaria institucional; así como el comportamiento inflacionario y el crecimiento económico institucional.

El objetivo es lograr una justa distribución de recursos acorde con las necesidades de salud de la población, exigiendo un esfuerzo realizado por los Proveedores, mediante el análisis comparativo con sus homólogos, considerando condiciones particulares de funcionamiento que inciden sobre la producción.

Para la consecución de objetivos de salud y metas estratégicas contempladas en el “Compromiso” que resulten de interés institucional y nacional, el Comprador podrá autorizar excepcionalmente recursos económicos adicionales.

## **CAPÍTULO SEGUNDO: DEL OBJETO CONTRACTUAL**

### ***ARTÍCULO NOVENO: Delimitación del Objeto Contractual***

EL OBJETO CONTRACTUAL lo constituye la PRESTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD DEL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN, para la población que por adscripción territorial y nivel de complejidad le definan las autoridades de salud costarricense; de conformidad con el marco jurídico vigente, cumpliendo con las “Normas de Atención Integral de Salud” que demanda el “Modelo de Atención Integral de Salud”, vigentes (**VER ANEXOS 3 y 4**); bajo los principios de la seguridad social de universalidad, equidad, solidaridad, obligatoriedad y participación, a los que cabe agregar calidad, oportunidad, transparencia, eficiencia e igualdad, sin que se presenten diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo y procedencia.

### ***ARTICULO DÉCIMO: OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS:***

El Proveedor garantiza como mínimo una “Oferta Básica de Atención Integral en Salud” por programa, cumpliendo con las siguientes estrategias: Fortalecimiento de la red de servicios de salud, Educación en salud, Promoción de la salud, Participación social y Trabajo en equipo, y que en razón de su naturaleza, comprenderá como mínimo, los siguientes programas:

1. Programa de Atención Integral a la Salud del Niño y de la Niña (menores de 10 años): a) Atención del recién nacido, b) Atención integral a los niños y niñas menores de diez años, c) Inmunizaciones, d) Atención al escolar, e) Atención a la morbilidad prevalente, f) Detección, atención y referencia de los casos de violencia, g) Vigilancia de la mortalidad infantil, h) Atención odontológica preventiva, e i) Atención odontológica curativa.
2. Programa de Atención Integral a la Salud del Adolescente (10 a 19 años): a) Atención integral a los y las adolescentes b) Atención a la adolescente embarazada; c) Atención al adolescente con factores de riesgo; d) Atención a la sexualidad y salud reproductiva; e) Atención a la morbilidad prevalente; f)

Detección, atención referencia de los casos de violencia; y g) Atención odontológica preventiva; h) Atención odontológica curativa.

3. Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (20 a 64 años): a)Atención integral a las mujeres; b)Atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; c)Atención del embarazo, post-parto y post-aborto; d)Detección y referencia de las mujeres con embarazo de alto riesgo; e)Detección y referencia de las mujeres con cáncer cérvix y cáncer de mama; f)Detección, atención y referencia de los casos de violencia; g)Detección y atención de la menopausia y el climaterio; h)Atención a la morbilidad prevalente; i)Atención odontológica preventiva; y j)Atención odontológica curativa.
4. Programa de la Atención Integral a la Salud del Adulto (20 a 64 años): a)Atención integral de los adultos; b)Atención de la salud sexual y reproductiva; c)Detección y atención a las enfermedades transmitidas por vectores; d)Detección y atención de enfermedades crónicas no transmisibles; e)Atención a la morbilidad prevalente; f)Detección, atención y referencia de los casos de violencia; g)Atención Odontológica preventiva; y h)Atención Odontológica curativa.
5. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (65 años y más): a)Atención integral al adulto mayor; b)Detección y atención de la discapacidad funcional; c)Detección y atención y referencia de discapacidad mental; d)Prevención de las fracturas de cadera; e)Atención a la morbilidad prevalente; f)Atención a la salud sexual; g)Detección y referencia de casos sospechosos de cáncer de mama; h)Detección, atención y referencia de los casos de violencia; i)Atención odontológica preventiva; y j)Atención odontológica curativa.

## ***ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: POBLACIÓN ADSCRITA***

Se parte de las siguientes proyecciones poblaciones por género y grupo etáreo, así como atención ambulatoria del segundo nivel, para las estimaciones de producción y cobertura que se detallan en el Título Segundo del este documento:

POBLACIÓN ADSCRITA<sup>4</sup>

| PIRÁMIDE DE POBLACIÓN 2004 |       |         |         |
|----------------------------|-------|---------|---------|
| Edad                       | Ambos | Hombres | Mujeres |
| Total                      |       |         |         |
| 0                          |       |         |         |
| 1                          |       |         |         |
| 2                          |       |         |         |
| 3                          |       |         |         |
| 4                          |       |         |         |
| 5                          |       |         |         |
| 6                          |       |         |         |
| 7                          |       |         |         |
| 8                          |       |         |         |
| 9                          |       |         |         |
| 10                         |       |         |         |
| 11                         |       |         |         |
| 12                         |       |         |         |
| 13                         |       |         |         |
| 14                         |       |         |         |
| 15-19                      |       |         |         |
| 20-24                      |       |         |         |
| 25-29                      |       |         |         |
| 30-34                      |       |         |         |
| 35-39                      |       |         |         |
| 40-44                      |       |         |         |
| 45-49                      |       |         |         |
| 50-54                      |       |         |         |
| 55-59                      |       |         |         |
| 60-64                      |       |         |         |
| 65-69                      |       |         |         |
| 70-74                      |       |         |         |
| 75-79                      |       |         |         |
| 80 y más                   |       |         |         |

Fuente: CENSO NACIONAL AÑO 2000 Población Proyectada  
 La población adscrita al segundo nivel es de: \_\_\_\_\_ habitantes

<sup>4</sup> Ver anexo punto 1

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN  
Producción anual estimada 2004

| Actividad                            | Consultas de 1º Vez<br>(incluye primera vez<br>en el año y en la<br>especialidad) | Consultas<br>subsecuentes |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>ATENCIONES<br/>ESPECIALIZADAS</b> |                                                                                   |                           |
| Medicina interna                     |                                                                                   |                           |
| Ginecología - Obstetricia            |                                                                                   |                           |
| Pediatría                            |                                                                                   |                           |
| Gastroenterología                    |                                                                                   |                           |
| Dermatología                         |                                                                                   |                           |
| Otorrinolaringología                 |                                                                                   |                           |
| Psiquiatría                          |                                                                                   |                           |
| Oftalmología                         |                                                                                   |                           |
|                                      |                                                                                   |                           |

Los servicios serán brindados en las siguientes instalaciones del Área de Salud:

**TABLA DE EBAIS**

| # DE<br>FINCA<br>(San<br>José) | TIPO <sup>(1)</sup><br>(A-B-C) | ÁREA<br>Disponible<br>(m2) | UBICACIÓN <sup>(2)</sup> | PROPIETARIO | FUENTE | POBLACIÓN META    |             |             |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|--------|-------------------|-------------|-------------|
|                                |                                |                            |                          |             |        | No.<br>Habitantes | Localidades | Nº<br>EBAIS |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |
|                                |                                |                            |                          |             |        |                   |             |             |

<sup>(1)</sup>Corresponde a la clasificación técnica desarrollada por la Dirección de Desarrollo de Proyectos de la Gerencia de Operaciones para “Programas Funcionales” para Sede de EBAIS Tipos 1 y 2.

<sup>(2)</sup>En cuanto a la ubicación, deben aportarse citas exactas.

Para aquellos servicios que no correspondan al grado de complejidad asignado al “proveedor”, se establecen como centros de referencia del segundo y tercer nivel de atención el \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, respectivamente.

## **ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: METAS ESTRATÉGICAS.**

La descripción de “Objetivos y Metas Estratégicas” durante el período se convendrá en el Título Segundo denominado “De las Especificaciones Técnicas”; basándose en los problemas y necesidades de salud priorizados en el plan de atención a la salud de las personas (PASP); y constituyen los niveles de producción con calidad fundamentales exigibles al Proveedor, para efectos de la evaluación sobre el grado de eficiencia alcanzado durante el período, que articula el “Compromiso de Gestión”.

El acuerdo pretende fomentar una cultura de rendición de cuentas y de excelencia en el manejo de los servicios públicos brindados por la Caja, a través de un sistema de evaluación periódico que permita por una parte, la detección temprana de deficiencias y la adopción oportuna de medidas correctivas, y por otra, el mejoramiento de la información en salud necesaria para la toma de decisiones estratégicas en beneficio de la población.

## **ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: OBLIGACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA.**

En el cumplimiento del Objeto Contractual, los representantes del Proveedor deberán cumplir con las funciones de gestión y administración de planificación, dirección, mando, supervisión, control y evaluación que le demanda la normativa técnica y legal reguladora de cada área de trabajo bajo su responsabilidad, y velarán por que se brinden los servicios en condiciones de seguridad, normalidad, y continuidad que resguarden el derecho a la salud y la vida de la población atendida. Al efecto, su personal estará obligado a cumplir con dichas obligaciones aún cuando no formen parte de los indicadores a evaluar por el Comprador contenidos en este documento. No obstante, las partes podrán convenir en este documento, la ejecución de determinados actos, actividades o procedimientos administrativos, con o sin fines evaluativos, por resultar de acatamiento obligatorio, en el cumplimiento de disposiciones legales, políticas institucionales, instrucciones y directrices concretas para la satisfacción del interés general.

Por ello, la descripción de los objetivos y metas pactadas en el Título Segundo, constituye un medio y no un fin, respecto del resto de obligaciones que le son exigibles al proveedor comprendidos en el objeto contractual, indispensables para la vigilancia y tutela de la salud de la población, aún cuando temporalmente no sean considerados en el “Compromiso de Gestión”, pero que constituyen obligaciones ineludibles para los gestores de tales servicios.

## **CAPÍTULO TERCERO: DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS**

### ***ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: Obligaciones Generales***

La actividad administrativa desarrollada por ambas partes en el cumplimiento del objeto pactado, estará ajustada a la legislación y normativa institucional vigente. En ese sentido, deberá respetar principios de derecho administrativo relacionados con la oficiosidad, escrituradad, formalidad y celeridad en el desarrollo de sus actuaciones.

El Proveedor, cumplirá con los siguientes lineamientos emitidos por el Comprador, relacionados con la organización, prestación de los servicios y sistema de información, utilizados en su gestión interna; sin perjuicio de las obligaciones generales que se establecen en el marco jurídico vigente para la prestación de servicios de salud, y del resto de acciones que por iniciativa propia desarrolle a fin de incrementar su capacidad resolutive actual.

#### **14.1. De la Gestión Interna de los Servicios:**

El Proveedor deberá generar procesos de trabajo que le permitan incrementar y mejorar sus capacidades gerenciales, en busca de la excelencia administrativa de su gestión. En este sentido, deberá cumplir con el siguiente detalle de acciones administrativas en la prestación de los servicios, en procura del fortalecimiento de su gestión local:

1. Desarrollar procesos de trabajo, a fin de responder con eficacia, eficiencia y calidad a las necesidades y problemas de salud afrontados en la atención integral de salud del individuo, su familia y su comunidad, implementando sistemas que permitan identificar a personas y familias con mayores necesidades de atención y soporte.
2. Cumplir con las labores de administración, dirección, supervisión, control y evaluación asignadas, incluyendo el control, mantenimiento y reposición de instalaciones y equipo, según corresponda, de conformidad con las políticas y normativa institucional vigente.
3. Garantizar el acceso a los servicios de salud atendiendo las disposiciones del Reglamento del Seguro de Salud. En ningún caso existirán diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo, procedencia, y condición de aseguramiento.
4. Desarrollar las acciones necesarias para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente en lo que respecta a los servicios de consulta en especialidades médicas y de cirugía ambulatoria, con énfasis en las listas de espera y la gestión de los servicios identificados como críticos.

- 5.** Efectuar un estudio integral de los sistemas de trabajo actuales, enfocado a tiempos de respuesta y simplificación de trámites, a fin de mejorar la calidad y oportunidad de las acciones administrativas y técnicas desarrolladas, preferiblemente dirigido al análisis de horarios de atención, identificación y mejoramiento de áreas críticas, y condiciones de trabajo: espacios físicos, clima y medio ambiente.
- 6.** Desarrollar las acciones necesarias para la ejecución de un programa sobre manejo de desechos y seguridad ambiental de los servicios de atención integral en salud brindados.
- 7.** Propiciar la celebración de sesiones de información y conciliación con trabajadores y usuarios sobre las condiciones de trabajo y de atención vigentes, a fin de monitorear y direccionar la calidad de los servicios y el comportamiento de la organización.
- 8.** Desarrollar un sistema para la detección temprana del conflicto laboral, con el propósito de incrementar la eficiencia y disminuir el impacto negativo sobre la oportunidad y continuidad de los servicios brindados.
- 9.** Buscar medios alternativos para la resolución rápida y pacífica de los conflictos que pudieran presentarse en las relaciones laborales en el centro de trabajo.
- 10.** Elaborar y ejecutar programas de capacitación en servicio para jefaturas y trabajadores, que permitan incrementar la capacidad resolutoria actual del recurso humano disponible, y disminuya el margen de error en la ejecución de las labores.
- 11.** Procurar que el usuario en la medida de lo posible, no realice desplazamientos innecesarios para la resolución de sus necesidades en salud.
- 12.** Establecer y/o mantener un mecanismo de información permanente al usuario, relacionado con los servicios que ofrece, las horas de atención y los instrumentos para la presentación de reclamos y sugerencias.
- 13.** Realizar periódicamente encuestas de satisfacción a los y las usuarias acerca de los servicios brindados y desarrollar estrategias para corregir lo correspondiente. El Comprador realizará por su parte, cuando lo estime pertinente, mediciones sistemáticas por encuestas, para conocer y medir el grado de satisfacción.
- 14.** Cumplir con las disposiciones establecidas por la Caja en materia de actualización, registro, catalogación y elaboración de información y estadísticas de salud.
- 15.** Utilizar y mantener actualizados los sistemas de información básicos, relativos a: información en salud, gestión administrativa y financiera.
- 16.** Cumplir con las disposiciones establecidas por la Caja en relación con el sistema automatizado en el control de incapacidades, el cual deberá ser compatible con el sistema de pago de incapacidades (SPI) que manejan las

sucursales, de tal forma que favorezca oportunamente la consolidación periódica de la información a nivel nacional.

- 17.** Colaborar en el diseño, validación, implementación y evaluación de protocolos clínicos, de acuerdo con las necesidades y problemas de salud de la población.
- 18.** Cumplir con la gestión clínica en la prestación de los servicios, entendida como la coordinación entre clínicos y gestores, con el propósito de dar uso adecuado y eficiente a los recursos y a la tecnología, en aras de incrementar su eficiencia y calidad.
- 19.** Promover y facilitar instancias de participación social, en las actividades de atención integral que desarrolle.
- 20.** Elaborar conjuntamente con la Junta de Salud correspondiente, un programa de colaboración comunitaria, que coadyuve con el Proveedor en la detección de prioridades de acción administrativa y pronta solución de las necesidades de los servicios prestados.
- 21.** Dirigir su gestión interna, hacia el cumplimiento de los procedimientos requeridos para la garantía de la calidad alcanzada en el cumplimiento de las condiciones convenidas en el “Compromiso de Gestión”.
- 22.** Desarrollar y mantener un sistema de acuerdos internos con los servicios y EBAS, tomando como referencia el presente documento, a fin de lograr una interacción constante que favorezca la continuidad del proceso.
- 23.** Cumplir con la política institucional y normativa vigente en las siguientes materias relevantes: a) SALUD OCUPACIONAL; b) IGUALDAD DE OPORTUNIDADES A PACIENTES DISCAPACITADOS; c) AFILIACIÓN Y COBRO A NO ASEGURADOS; d) TRATAMIENTO DE DESECHOS (Énfasis en acarreo y manipulación de materiales infecto-contagiosos); d) FUNCIONAMIENTO DE LA CONTRALORÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y DE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD; Y e) FUNCIONAMIENTO DE LAS JUNTAS DE SALUD.

Las partes definirán los mecanismos e interrelaciones necesarias que deban realizarse entre el Proveedor y los diferentes establecimientos de salud y niveles de complejidad, para el adecuado funcionamiento de la red de servicios de salud de la que forma parte.

## **CAPÍTULO CUARTO: DE LA EVALUACIÓN**

### ***ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: Procedimiento de evaluación***

El Comprador utilizará para la medición del cumplimiento de los objetivos convenidos en el “Compromiso de Gestión” para este período, el sistema de evaluación que se establece en el Título Segundo de este documento, desarrollando una Evaluación Anual, que se ejecutará al concluir la vigencia del Compromiso, en donde se medirán uno a uno los objetivos e indicadores pactados, relacionando lo programado con lo alcanzado.

Queda a salvo el derecho que le asiste al Comprador, para el desarrollo de acciones correctivas y preventivas, de carácter excepcional o extraordinario, que deba ejecutar ante situaciones calificadas en salvaguarda del interés general.

En este sentido, la labor de evaluación desarrollada por el Comprador, constituye una actividad técnica indispensable, para la armonización y congruencia de las actuaciones y responsabilidades recíprocas entre las partes, con las políticas institucionales en la prestación de servicios, en procura de brindar al recurso humano asignado a la gestión de los servicios, una clara comprensión del resultado obtenido en esta actividad, sus causas y sus efectos positivos o negativos.

Al efecto, el Comprador delega en la Dirección Compra de Servicios de Salud, la conducción técnica del “Compromiso de Gestión”; así como, la labor de evaluación del cumplimiento de sus objetivos, para lo cual seguirá en todo aquello que no haya sido superado expresamente por este documento, el “*protocolo de evaluación*” estructurado al efecto, que se anexa, de manera que serán sus representantes y delegados los encargados de coordinar las acciones pertinentes entre ambas partes, incluyendo la evaluación descrita.

Contra el resultado de la evaluación que se practique, únicamente cabrá el recurso de revocatoria ante la misma Dirección y de apelación ante la Gerencia División Administrativa, en el tiempo y forma establecidos en el *Protocolo de Evaluación*.

La Dirección Compra de Servicios de Salud, podrá requerir a cualesquiera de las unidades técnicas institucionales que resulten competentes en razón de la materia, la verificación del cumplimiento de objetivos o producción esperada a cargo del Proveedor, con el propósito de obtener criterios especializados indispensables para el análisis y evaluación final de resultados.

El Comprador podrá tomar las acciones correctivas que estime necesarias ante cualquier desviación en los objetivos, metas y partidas deficitarias en el presupuesto asignado, contemplados en el “Compromiso de Gestión”. Asimismo, podrá realizar la validación externa que considere oportuna sobre la información a que refiera el presente “Compromiso”, solicitando al Proveedor toda aquella información adicional que se estime necesaria para aclarar, completar o confrontar lo pertinente, en lo que resulte omisa o confusa.

## CAPÍTULO QUINTO: DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS

### **ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: Asignación de recursos financieros**

El Proveedor contará con los recursos financieros asignados a su operación en el año 2004, que para efectos del control local de su gestión, se reagruparán de acuerdo con la naturaleza de su ejecución en los rubros que se detallan a continuación:

#### **ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL AÑO 2004**

| <b>Rubro</b>                            | <b>Monto</b> |
|-----------------------------------------|--------------|
| Asignación Total                        |              |
| Asignación No Efectivo                  |              |
| Asignación Efectivo                     |              |
| Asignación para Producción <sup>1</sup> |              |
| Asignación estándar                     |              |
| Déficit o superávit <sup>2</sup>        |              |

<sup>1</sup>La asignación para producción es la asignación en efectivo menos el rubro de inversiones, subsidios y otras actividades especiales.

<sup>2</sup> El déficit o superávit se refiere a la diferencia entre la asignación por producción y la asignación estándar.

La gestión financiero presupuestaria se sujetará a la normativa institucional establecida. Toda modificación del recurso financiero asignado, derivado de situaciones imprevisibles e inevitables, o de otras contingencias igualmente calificadas, quedará sujeta a la aprobación de las autoridades competentes, y serán resueltos mediante “addendum” suscrito al efecto por las partes, en el que se señalan las especificaciones técnicas pertinentes por su incidencia en la producción concertada. Quedan a salvo, las modificaciones internas o externas que procedieren con base en la normativa vigente aplicable al efecto; así como, las modificaciones del presupuesto de producción asignado, que se originen en arreglos salariales – distintos de los incrementos de ley - o de otra naturaleza, que resulten imprevisibles e inevitables al momento de efectuar la formulación presupuestaria, los cuales se resolverán por las vías institucionalmente establecidas al efecto.

El Proveedor deberá integrar sistemas que le permitan llevar sus propios registros contables, con el apoyo de las Gerencias de División que correspondan, a fin de evaluar la gestión interna y cumplir con los requerimientos necesarios para el Sistema de Información Biomédica, Sistema de Información Financiero y el Sistema de Costos; de forma que emitan sus propios estados financieros e informes de costos, siguiendo las disposiciones y parámetros que en este sentido emanen de la Dirección Financiero Contable de la C.C.S.S., con el objetivo de establecer un sistema de información único institucional.

La parte que incumpla con el envío de la información en los plazos establecidos, asumirá la responsabilidad por la incidencia que tenga en el cumplimiento de

objetivos, de acuerdo con las evaluaciones que periódicamente practique el Comprador.

Los incrementos del presupuesto de producción asignado, que se originen en arreglos salariales o de otra naturaleza, que resulten imprevisibles e inevitables al momento de efectuar la formulación, se substanciarán mediante Addendum al presente “Compromiso” en el que se especifiquen los ajustes de orden técnico y económico que fueran pertinentes, para el logro de los objetivos específicos pactados. La Dirección de Presupuesto evaluará el análisis de la situación que se logre acreditar por el Proveedor y resolverá lo que corresponda.

El Proveedor no deberá adquirir por su cuenta, aquellos artículos identificados por la Caja como de “economía de escala” (categoría A), atendiendo el Catálogo General de Suministros institucional; salvo que se trate de situaciones de desabastecimiento debidamente acreditadas por la unidad de sede competente. El nivel central otorgará financiamiento a las unidades para la adquisición de artículos almacenables que presenten desabastecimiento por medio del Dpto. Programación, Control y Evaluación de Suministros de la Dirección de Recursos Materiales, en el tanto el programa de materiales y suministros cuente con disponibilidad de recursos presupuestarios para atender estas necesidades. Además el Proveedor debe cumplir estrictamente con el procedimiento de “Financiamiento de Compras por desabastecimiento a nivel central” mismo que estará a disposición de los establecimientos de salud.

## **ARTÍCULO DÉCIMO SÉTIMO: SISTEMA DE INCENTIVOS**

El sistema de incentivos es un mecanismo de acceso a fondos adicionales de recursos financieros sujeto al logro alcanzado en el cumplimiento de metas y objetivos pactados en el Compromiso de Gestión; que podrán ser utilizados en partidas específicas autorizadas por el Comprador, con base en la política financiera vigente.

El cumplimiento de los objetivos pactados, de acuerdo con los indicadores del Título Segundo de este documento, dará derecho al Proveedor a un incentivo hasta por un monto de ¢ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), el cual le será acreditado de conformidad con el resultado de la evaluación que practique el Comprador, de la siguiente manera:

| Rango de nota       | Porcentaje de incentivos               |
|---------------------|----------------------------------------|
| <b>0% - 84.99%</b>  | <b>0%</b>                              |
| <b>85% - 94.99%</b> | <b>Proporcional a la nota obtenida</b> |
| <b>95% - 100%</b>   | <b>100%</b>                            |

El Proveedor, con la participación al Equipo de Técnico, podrá utilizar los recursos para realizar proyectos que mejoren la eficiencia y calidad de la atención, SIN QUE PUEDA UTILIZARLOS EN LAS SIGUIENTES CUENTAS:

- Servicios Personales
- Honorarios y consultorías
- Actividades protocolarias (otros servicios no personales)
- Otras derivadas de condiciones de política presupuestaria.

A fin de garantizar la transparencia y objetividad en el cumplimiento de las obligaciones pactadas por las partes, el acceso al Fondo de Incentivos, podría verse afectado, hasta por la totalidad del porcentaje señalado, dependiendo de la gravedad de la falta, si el Proveedor en cumplimiento del objeto pactado o para los fines de la evaluación que se practique, cometiera o propiciara situaciones iguales o de similar naturaleza, a las que se describen a continuación:

1. La obstrucción para el desarrollo; válido, eficiente y oportuno del proceso de evaluación ejecutado por el Comprador.
2. El suministro de información y documentación falsa o alterada, cuyos signos de alteración sean, a criterio del evaluador, evidentes y notorios, restándole legitimidad, confiabilidad y validez administrativa, para los efectos que correspondan.

Para tales efectos, cualquier inconsistencia que se detecte por el Comprador, o sus representantes en la ejecución del presente Compromiso, podrá dejarse constando en el acta de evaluación que se levante al efecto, o hacerse incorporar al expediente que se lleva por la Dirección Compra Servicios de Salud, para los efectos legales y administrativos que correspondan.

La resolución que determine el grado de afectación al Fondo de Incentivos a que se ha hecho acreedor el Proveedor, será comunicado formalmente por la Gerencia División Administrativa, mediante resolución razonada, en que se indique su fundamento técnico y probatorio respectivo, previa audiencia al Proveedor, por el plazo que resulte razonable a criterio del Comprador, para que pueda alegar en descargo de la situación denunciada. Lo resuelto por la Gerencia División Administrativa, tendrá recurso de apelación ante la Junta Directiva, dentro de los tres días posteriores a su notificación.

## TÍTULO SEGUNDO:

### De las Especificaciones Técnicas

#### CAPITULO PRIMERO: De la Producción en Salud con Calidad

La producción en salud con calidad convenida entre las partes, estará directamente relacionada con las intervenciones en salud que le fueren asignadas al Proveedor por el Comprador, partiendo del análisis de la política pública en salud, el perfil epidemiológico nacional y local, y las necesidades concretas de los servicios a cargo del Proveedor, y que constituyen la base para la definición de los indicadores de organización, prestación y calidad esperados, partiendo de un mínimo exigible preestablecido por el Comprador.

#### **ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: Aspectos a evaluar**

El Proveedor atenderá los indicadores de organización, prestación y calidad que se describen en el Título Segundo, sin perjuicio de su obligación en el cumplimiento del resto de prestaciones que le son exigibles en razón de su nivel de complejidad y capacidad resolutive, a la luz del marco jurídico y normativo vigente en la Institución para la prestación del servicio público.

| Problema/Necesidad de Salud Relevante           | OBJETIVO                                                                                                | CODIGO | INDICADOR                                                                                      | APLICA | PUNTAJE | META     |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------|
| 1. Enfermedad cardiovascular y cerebro vascular | 1. Contribuir a mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de las personas con esta patología | 011011 | Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año, con criterio de calidad | SI     | 75      |          |
|                                                 |                                                                                                         | 011021 | Cobertura de atención integral en personas de 65 años y más, con criterios de calidad.         | SI     | 75      |          |
| 2. Diabetes mellitus                            | 1. Mejorar la detección temprana y contribuir a mejorar la salud                                        | 021011 | Cobertura de detección temprana del diabético e hipertenso                                     | SI     | 37,5    | Diabetes |

| Problema/Necesidad de Salud Relevante | OBJETIVO                                                                                   | CODIGO | INDICADOR                                                                                              | APLICA | PUNTAJE | META         |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--------------|
|                                       | de los diabéticos y la calidad de vida de las personas con esta patología                  |        |                                                                                                        | SI     | 37,5    | Hipertensión |
|                                       |                                                                                            | 021021 | Cobertura de personas diabéticas atendidas con calidad                                                 | SI     | 75,0    | Cobertura    |
|                                       |                                                                                            |        |                                                                                                        |        |         | % Hb A1c <=7 |
| 3. Tumores malignos                   | 1. Contribuir a la reducción de la incidencia y mortalidad prevenible por tumores malignos | 031011 | Cobertura de mujeres con citología vaginal por grupos de edades                                        | SI     | 85,0    |              |
| 4. Enfermedades reemergentes          | 1. Disminuir los eventos de morbilidad generados por estas patologías                      | 041011 | Vigilancia epidemiológica a nivel local                                                                | SI     | 42,5    |              |
|                                       |                                                                                            | 041021 | Identificación y control de los pacientes con tuberculosis                                             | SI     | 42,5    |              |
| 5. Salud materno-infantil             | 1. Reducir la tasa morbilidad y mortalidad materna e infantil                              | 051011 | Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad            | SI     | 30,0    |              |
|                                       |                                                                                            | 051021 | Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a menos de seis años , con criterios de calidad | SI     | 30,0    |              |
|                                       |                                                                                            | 051031 | Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis y H. Influenza                                       | SI     | 30,0    |              |
|                                       |                                                                                            | 051041 | Cobertura de vacunación con SRP                                                                        | SI     | 10,0    |              |

| Problema/Necesidad de Salud Relevante                               | OBJETIVO                                                                                                                                                       | CODIGO | INDICADOR                                                                           | APLICA | PUNTAJE | META |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|------|
|                                                                     |                                                                                                                                                                | 051051 | Cobertura de atención de niños y niñas en escenario escolar                         | SI     | 20,0    |      |
|                                                                     |                                                                                                                                                                | 051061 | Cobertura de atención integral individual en adolescentes, con criterios de calidad | SI     | 20,0    |      |
|                                                                     |                                                                                                                                                                | 051071 | Cobertura de tamizaje de adolescentes                                               | SI     | 20,0    |      |
|                                                                     |                                                                                                                                                                | 051081 | Cobertura de atención odontológica preventiva                                       | SI     | 20,0    |      |
|                                                                     |                                                                                                                                                                | 051091 | Cobertura de atención prenatal con criterios de calidad                             | SI     | 30,0    |      |
|                                                                     |                                                                                                                                                                | 051101 | Cobertura de atención post-parto con criterios de calidad                           | SI     | 30,0    |      |
| 6. Violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar             | 6. Mejorar la detección, notificación y el abordaje de la violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar                                                 | 061011 | Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar                                  | SI     | 30,0    |      |
| 8. Optimización de la red de servicios.                             | 1. Optimizar la red de servicios de salud para brindar atención oportuna, aumentar la resolutivez, mejorar la continuidad de atención y optimizar los recursos | 081011 | Red de servicios de salud                                                           | SI     | 50,0    |      |
| 9. Evaluación de condiciones sanitarias generales y cumplimiento de | 1. Proteger la salud de las personas y del ambiente, así                                                                                                       | 091011 | Certificación de saneamiento básico y ambiental                                     | SI     | 10,0    |      |

| Problema/Necesidad de Salud Relevante | OBJETIVO                                                        | CODIGO | INDICADOR                                                                               | APLICA | PUNTAJE | META |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|------|
| la normativa institucional            | como, fortalecer el cumplimiento de la normativa institucional. | 091021 | Certificación en gestión de la salud ocupacional                                        | SI     | 10,0    |      |
|                                       |                                                                 | 091031 | Certificación de una oficina de contraloría de servicios de salud                       | SI     | 10,0    |      |
|                                       |                                                                 | 091041 | Certificación de monitoreo de satisfacción de usuarios                                  | SI     | 10,0    |      |
|                                       |                                                                 | 091051 | Certificación del funcionamiento de una Junta de Salud                                  | SI     | 10,0    |      |
|                                       |                                                                 | 091061 | Certificación de la calidad de los expedientes de salud y de la información estadística | SI     | 10,0    |      |
| 10. Mejoramiento de la gestión local  | 1. Fortalecimiento del proceso de planificación local           | 101011 | Plan Estratégico local de servicios de salud                                            | SI     | 100,0   |      |
|                                       |                                                                 | 101021 | Eficiencia en el Gasto                                                                  | SI     | 25,0    |      |
|                                       |                                                                 | 101031 | Análisis del Costo con base en el sistema de Información Gerencial (SIG)                | SI     | 25,0    |      |
| PUNTAJE TOTAL I NIVEL                 |                                                                 |        |                                                                                         |        | 1000    |      |

#### **ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: Disposiciones Generales**

1. La imposibilidad física o material debidamente demostrada por alguna de las partes, para el desarrollo de etapas sucesivas durante la ejecución del “Compromiso”, constituirán causa suspensiva de sus efectos “y” afectarán directa y proporcionalmente el resultado de la evaluación que se practique.
2. El otorgamiento de prestaciones y beneficios distintos o adicionales a los contemplados en este “Compromiso” y sus Anexos; y sus modificaciones, derivados de situaciones de emergencia, estado de necesidad, fuerza mayor o caso fortuito, serán resueltas de común acuerdo entre las partes por la vía de

“Addendum” al “Compromiso”, en donde se especificarán los aspectos de orden técnico - económico, cuanti-cualitativos de la nueva actividad y/o beneficio que se trate, los indicadores de evaluación y parámetros de valoración económica, plazo o período de cumplimiento que correspondan.

3. Los sistemas de evaluación y control establecidos en el “Compromiso” para la medición del cumplimiento de objetivos, no sustituyen ni impiden la actividad controladora ejercida por entes internos y externos de la Caja y el “proveedor”, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente.
4. Quedan a salvo el resto de obligaciones de carácter individual o colectivo a cargo del Proveedor de conformidad con la normativa vigente, en la medida de que no se opongan a lo establecido en el presente “Compromiso de Gestión”.

## FIRMAS Y ACTOS PROTOCOLARIOS

### VIGENCIA

RIGE DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2004; PREVIA APROBACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

Estando conformes, firmamos en San José, a las \_\_\_\_ horas, del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del dos mil tres.

**POR EL COMPRADOR**

\_\_\_\_\_  
*Ing. René Escalante González*  
**Gerente de División Administrativa**

**POR EL PROVEEDOR**

\_\_\_\_\_

Dr. -----

**Director**

**Proveedora**

**Area de Salud de-----**

Dr.-----

**Gerencia**

|                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>APROBADO POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b>, en el artículo _____ de la sesión N° _____ del _____ de _____; publicado en La Gaceta N° _____ del _____.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **AVAL**

**Los suscritos, en nuestras condiciones de Gerentes de Divisiones Financiera, Operaciones, Pensiones y Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social; conscientes de que el compromiso suscrito con el Area de Salud de ----, involucra acciones de las gerencias a nuestro cargo, avalamos en todos sus extremos los artículos de este Compromiso de Gestión, en todo aquello que nos competa resolver, al ser las \_\_\_\_\_ horas y \_\_\_\_\_ minutos del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

---

**Gerente de División de  
Modernización**

---

**Gerente de División de Pensiones**

---

---

**Gerente de División Financiera**

---

**Gerente de División de Operaciones**

## **EQUIPO TÉCNICO**

*Estando conformes con los términos finales establecidos en el “Compromiso de Gestión” a suscribirse entre la Gerencia de División Administrativa y el **Area de Salud** -----, en calidad de “Comprador” y “Proveedor” respectivamente, y debidamente delegados para este acto, en el que participaron representantes de ambas partes, acordamos someter para el trámite de aprobación y suscripción respectiva por las autoridades competentes, el documento final, del cual conservamos copia sellada por la Dirección de Compra de Servicios de Salud cada una de las partes, para el archivo correspondiente, en San José, a las ----- horas con ----- minutos del día --- de ----- del 2003.*

**Por el Comprador:** \_\_\_\_\_

**Representante del Comprador**

**Representante del Comprador**

**Por el Proveedor:**

**Representante del Proveedor**

**Representante del Proveedor**

**Dirección Regional:**

\_\_\_\_\_

**Dr.(a)** \_\_\_\_\_  
**Director(a)**

## ACTO SOLEMNE

Se conoce en el artículo \_\_\_\_\_ de la sesión (ordinaria – extraordinaria) N° \_\_\_\_\_ de Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de mil novecientos noventa y nueve el **COMPROMISO DE GESTION** suscrito con el Área de Salud -----, estando presente el Señor Presidente de la República, Dr. Abel Pacheco de la Espriella, (o su representante: “ \_\_\_\_\_, en calidad de representante del Presidente de la República), y actuando para estos efectos, por la Junta Directiva, su Presidente, Dr. Eliseo Vargas García, quienes firman el presente documento, en calidad de testigos de honor del acto formal de presentación, en San José, a las \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

## TESTIGOS DE HONOR

---

Dr. Abel Pacheco de la  
Espriella

**PRESIDENTE  
DE LA  
REPUBLICA**

---

Dr. Eliseo Vargas García

**PRESIDENTE EJECUTIVO  
CAJA COSTARRICENSE  
DE SEGURO SOCIAL**

## ANEXO MODIFICACIONES

### ESPECIFICACIONES

Los suscritos, Comprador y Proveedor, de calidades ya conocidas, considerando que existen aspectos contenidos en el “Compromiso de Gestión” suscrito en esta misma fecha, que requieren ser aclarados o modificados a raíz de características y particularidades propias del segundo, acordamos incorporar las siguientes modificaciones al documento principal:

1. ----
2. ----
3. ----
4. ----

### FIRMAS

***Por el Comprador:***

---

***Representante del Comprador***

***Por el Proveedor:***

---

***Representante del Proveedor***

---

***Representante del Proveedor***