

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PRESIDENCIA EJECUTIVA
COMISIÓN SALUD DE JUNTA DIRECTIVA
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud




Marzo 2019



Control de cambios en el documento

Versión	Referencia	Fecha	Descripción del cambio	Editores (orden alfabético)
0,0		Abril 2014	<ul style="list-style-type: none"> Redacción del documento. Se presentan dos versiones, con y sin el análisis de situación de la prestación de servicios de salud. 	Yolanda Barboza Castro, Teresita Flores Jiménez, Vilma García Camacho, Flory Jiménez Soto, Tatiana Mata Chacón, Andrey Mora Bermúdez, Yahaira On Cubillo, Tatiana Picado Le- Frank, Erika Solano Delgado, Oscar Villegas del Carpio
0,1	CCSS. Resultados del Proceso de Revisión Técnica. Código DT.GM.DDSS.AAIP.160514 San José, 2014.	Mayo 2014	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica la forma de múltiples párrafos. Se aclaran elementos del contenido. Se mejoran las ilustraciones. 	Vilma García Camacho, Andrey Mora Bermúdez, Yahaira On Cubillo, Oscar Villegas del Carpio
0,2	Versión 0,1	Diciembre 2014	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica la nomenclatura de algunos elementos y se eliminan párrafos. Se modifican los RRHH para Áreas de Salud y Red. Se modifica lista de problemas de salud y se sustituyen intervenciones a implementar, agregando un listado de intervenciones en documento anexo. Se cambian de posición contenidos de los apartados de Componentes y Niveles de Atención. Se reduce apartado de Factores Críticos de Éxito. 	Hugo Chacón Ramírez, María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Ana Guzmán Hidalgo, Tatiana Mata Chacón, Raúl Sánchez Alfaro, Erika Solano Delgado
0,3	CCSS (2015). Informe Talleres de Validación. Código DT.GTFPSS.1880615. San José. CCSS (2013). Perfil de Proyecto. Propuesta para la organización y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud en la CCSS. Noviembre. CCSS (2014). Plan de Gestión. Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Abril.	Enero 2016	<ul style="list-style-type: none"> Se adecúa el formato, cumpliendo la normativa institucional. Se aclaran elementos del contenido. Se elimina listado de intervenciones y detalles de recursos. Se modifica posición de contenidos de todos los apartados. Se amplía contenido de todos los apartados, con énfasis en el de Redes de Servicios de Salud. 	Claudio Arce Ramírez, Elizabeth Gairaud Garro, Rodolfo Morera Herrera, Rocío Sánchez Montero, Ma. Ángela Vásquez Leitón, Oscar Villegas del Carpio
1	Aprobación Junta Directiva. Artículo 4º de la sesión número 8824, celebrada el 4 de febrero del 2016. CCSS (2012). Procedimiento para la gestión documental Institucional. Gerencia Administrativa, Dirección de Sistemas Administrativos. GA-DSA-SM-004. San José, Agosto.	Febrero 2016	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica el formato, según normativa institucional Se aclaran elementos del contenido. 	Claudio Arce Ramírez, Elizabeth Gairaud Garro, Rodolfo Morera Herrera, Rocío Sánchez Montero, Ma. Ángela Vásquez Leitón, Oscar Villegas del Carpio
2	Aportes desde los Equipos Técnicos de Producto en la Prueba de Campo de Julio 2016 a Diciembre 2017.	Marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> Se modifican contenidos. Se actualizan Figuras Se revisa el orden de los apartados. Se actualiza el apartado de Redes y Componentes 	Warren Arce Barrantes, Laura Esquivel Jiménez, Elizabeth Gairaud Garro, Rodolfo Morera Herrera, Oscar Villegas del Carpio
3	Aporte de Representación Costa Rica OPS/OMS	Julio 2018	<ul style="list-style-type: none"> Se modifican contenidos relacionados con marco conceptual, componentes y niveles de atención 	Mario Cruz Peñate, Laura Esquivel Jiménez, Elizabeth Gairaud Garro, Rocío Sánchez Montero, Juan Antonio Sancho Chacón
3.1	Actualización	Marzo 2019	<ul style="list-style-type: none"> Se adecúa formato. Se aclaran elementos de contenido. 	Rocío Sánchez Montero, Laura Esquivel Jiménez

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 3 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Fecha prevista de actualización


Descripción	Período
Marco Estratégico y Conceptual para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	Quinquenal

Este documento no hubiese sido posible sin el compromiso y decisión de las autoridades institucionales y de los funcionarios en todos los niveles administrativos, junto con el aporte de colaboradores de agencias internacionales.

Especial agradecimiento a todos los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, que contribuyen desde sus trabajos día a día, a engrandecer nuestra benemérita Institución, así como a las personas representantes de las comunidades y funcionarios del nivel regional y local de la Región Huetar Atlántica, cuyos aportes ayudaron a enriquecer las estrategias del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Marzo 2019.

Se permite la reproducción, traducción total o parcial del contenido de este documento sin fines de lucro para uso personal y docencia; siempre que se cite la fuente.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 4 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		

Presentación

El Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, constituye la base para la mejora de los servicios de salud que brinda la Institución con oportunidad, calidad y calidez, como instrumento que contribuye a dar respuesta a las necesidades de la población.


El documento presenta el marco general del proceso, incluyendo la conceptualización de la prestación, el contexto y normativa relacionada, que se enmarca en el ámbito estratégico institucional. El mismo parte del Modelo Readecuado de Atención, fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada y con un enfoque centrado en las personas, como eje fundamental para dirigir las acciones que se requieren para: 1) fortalecer los logros alcanzados, partiendo de la sistematización de buenas prácticas en la atención y la gestión de los servicios; 2) completar la agenda inconclusa de la implementación del modelo readecuado de atención, procurando además del enfoque de atención integral, la integración de los servicios; 3) enfrentar los retos que presentan para el país y para el sistema, los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y la población cada vez más informada y demandante de servicios de salud de calidad, así como el incremento en los costos de producción de los servicios, los requerimientos de aporte a la equidad y la cohesión social, las dificultades relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos calificados y la preocupación por garantizar el acceso y la cobertura universal en salud.

A partir de este contexto, se presentan las estrategias que se consideran, tendrán un mayor impacto en la prestación de servicios de salud, en un ámbito de sostenibilidad financiera del sistema.

Con esto, se procura una visión integral de la salud, que plantea el abordaje de la prestación, con una atención más cercana a la población y en la que los servicios se brindan de una manera que asegura que las personas reciban un conjunto de acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados al final de la vida, de acuerdo con sus necesidades, en forma oportuna y en el lugar más adecuado; así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los niveles de atención y la organización de los establecimientos de salud en Redes Integradas, vistas como la expresión operativa del abordaje de atención primaria de salud en los servicios, contribuyendo a ser el primer contacto de la población con éstos y a dar atención integral, integrada y continua, cuidado apropiado y orientación familiar y comunitaria.

No obstante, para el logro de las estrategias aquí planteadas, se requiere un intenso trabajo de conducción y reorganización paulatina y progresiva del sistema, que sólo puede llevarse a cabo con persistencia, tiempo y gestión estratégica de alta calidad, con el aporte del conjunto de la organización en todos sus niveles.

Equipo Director
 Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 5 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Contenido

Introducción	9
Objetivo	10
Capítulo 1 Marco General	11
1.1 Situación actual	12
1.1.1 Condiciones demográficas y epidemiológicas.....	12
1.1.2 Factores de riesgo.....	14
1.1.3 Otros factores condicionantes	15
1.1.4 Análisis de la prestación de servicios de salud en la Caja	16
1.1.5 Desafíos para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.....	19
1.2 Marco Normativo	20
1.2.1 Sistema Nacional de Salud.....	21
1.2.2 Reforma del Sector Salud.....	22
1.2.3 Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.....	23
1.3 Marco estratégico institucional.....	24
1.3.1 Misión y Visión.....	24
1.3.2 Principios de la Seguridad Social.....	25
1.3.3 Valores de la CCSS.....	26
1.3.4 Políticas Nacionales e Institucionales	26
1.3.5 Objetivos de la prestación de servicios de salud.....	27
1.4 Abordaje estratégico del fortalecimiento de la prestación	28
Capítulo 2 Bases Conceptuales.....	30
2.1 Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible	31
2.2 Estrategia de Salud Universal de la Organización Mundial de la Salud	31
2.3 Modelo Readecuado de Atención	32
2.4 Atención Primaria en Salud Renovada	33
2.4.1 Énfasis en la promoción y prevención	34
2.5 Enfoque de atención centrada en las personas	35
2.5.1 Curso de vida y atención continua.....	38
2.5.2 Interculturalidad	40
2.5.3 Perspectiva de Género en Salud	40
2.5.4 Necesidades de salud de la población.....	41
2.5.5 Identificación de Riesgos.....	43
2.5.6 Espacio Población	44
2.5.7 Atención Integral e integrada	46



2.6	Equipo de salud.....	47
2.7	Organización de los servicios de salud.....	48
2.7.1	Componentes de la Prestación.....	49
2.7.1.1	Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud.....	50
2.7.1.2	Consulta Externa.....	52
2.7.1.3	Atención de Emergencias.....	54
2.7.1.4	Atención Quirúrgica.....	57
2.7.1.5	Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.....	60
2.7.1.6	Internamiento.....	63
2.7.2	Niveles de Atención.....	66
2.7.2.1	Primer Nivel de Atención (PNA).....	67
2.7.2.2	Segundo Nivel de Atención.....	73
2.7.2.3	Tercer Nivel de Atención.....	75
2.7.3	Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS).....	76
2.7.3.1	Objetivos de la Red.....	78
2.7.3.2	Atributos de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud....	78
2.7.3.3	Elementos para la conformación de las RIPSS.....	80
2.7.3.4	Elementos para la organización y el funcionamiento de la RIPSS.....	83
Capítulo 3	Estrategias de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.....	91
3.1	Alcance general del desarrollo de las estrategias para el fortalecimiento.....	92
3.2	Estrategias.....	94
1.	Orientar la prestación de servicios de salud a las necesidades de la población..	95
2.	Procurar una mayor participación comunitaria.....	96
3.	Situar la promoción y prevención como ejes fundamentales de la atención.....	97
4.	Mejorar la gestión y aumentar la capacidad resolutive de los establecimientos..	98
5.	Fortalecer la gestión clínica de los establecimientos por nivel, con enfoque de Red	102
6.	Implementar una organización de los servicios en RIPSS.....	104
	Abreviaturas y Acrónimos.....	106
	Glosario.....	108
	Bibliografía Consultada.....	118
	Anexo 1. Reconocimientos.....	125


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 7 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Índice de Ilustraciones


Figura 1. Pirámides poblacionales. Costa Rica, 1950, 2010 y 2035.....	12
Figura 2. Comparación de la Carga de Enfermedad según grupos de causas. Costa Rica, 1990-2015. (En porcentaje).....	13
Figura 3. Comparación de la carga de enfermedad por causa principal. Costa Rica, 1990-2015.	14
Figura 4. Expectativas de la población.	15
Figura 5. Aspectos demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales que afectan el sistema y los servicios de salud	16
Figura 6. Elementos para alcanzar la misión en la CCSS.	24
Figura 7. Principios de la Seguridad Social.	26
Figura 8. Esquema de abordaje del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.	28
Figura 9. Características de la atención según los principios básicos de los servicios de salud integrados y centrados en las personas.....	36
Figura 10. Interdependencias de las cinco direcciones estratégicas para dar apoyo a los servicios de salud integrados y centrados en las personas	37
Figura 11. Etapas del desarrollo en el curso de vida y su relación con el entorno.....	39
Figura 12. Factores que influyen las necesidades sentidas y expresadas.....	42
Figura 13. Ejes de las Necesidades de Prestación de Servicios de Salud.	42
Figura 14. Criterios mínimos para definir límites de los espacios población.....	45
Figura 15. Organización de la Prestación de Servicios de Salud.....	49
Figura 16. Flujo de atención en los Componentes de la Prestación de Servicios de Salud.....	49
Figura 17. Pasos del Componente de Atención en EFES.	50
Figura 18. Tipos de Escenarios en la Atención Fuera de los Establecimientos de Salud.....	51
Figura 19. Flujo de atención en Atención en EFES.	51
Figura 20. Elementos que caracterizan la Consulta Externa.	52
Figura 21. Pasos de Consulta Externa.	52
Figura 22. Flujo de atención en Consulta Externa.	54
Figura 23. Pasos de la Atención de Emergencias.	55
Figura 24. Flujo en la Atención de Emergencias.....	56
Figura 25. Pasos de la Atención Quirúrgica.....	59
Figura 26. Flujo de la Atención Quirúrgica.....	60
Figura 27. Pasos de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.	61
Figura 28. Flujo de Atención en Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.	63
Figura 29. Pasos del Internamiento.	64
Figura 30. Flujo de Atención en Internamiento.	66
Figura 31. Contribución del Primer Nivel.	68
Figura 32. Representación de los atributos esenciales de las RISS.....	80
Figura 33. Esquema jerárquico y funcional de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.....	87
Figura 34. Clasificación mecanismos de coordinación asistencial.....	89
Figura 35. Elementos del alcance general Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	92
Figura 36. Cambios para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	93

Índice de Recuadros

Recuadro 1. Limitaciones Institucionales que afectan la prestación de servicios de salud.....	18
Recuadro 2. Principales desafíos del Fortalecimiento de la Prestación CCSS.....	20
Recuadro 3. Objetivos de la prestación de servicios de salud.	27
Recuadro 4. Requerimientos para el logro de los objetivos de la prestación de servicios de salud.	29
Recuadro 5. Beneficios potenciales de los servicios de salud integrados y centrados en las personas	37
Recuadro 6. Tipología de necesidades.....	41
Recuadro 7. Tipos de Consulta Externa según perspectiva.	53
Recuadro 8. Condiciones en la Atención de Emergencias.	54
Recuadro 9. Clasificación de las personas en los servicios de emergencias	56
Recuadro 10. Tipos de Atención Quirúrgica.	57
Recuadro 11. Tipos de Prestación en el Componente de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.	61
Recuadro 12. Tipos de prestación de servicios de internamiento.....	65

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 8 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 13. Establecimientos de salud en el Área de Salud.	69
Recuadro 14. Funciones del Primer Nivel de Atención en la Red de Servicios de Salud.	69
Recuadro 15. Los Énfasis en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	70
Recuadro 16. Funciones generales del EBAIS.	70
Recuadro 17. Perfiles de puesto que conforman el EBAIS.	71
Recuadro 18. Disciplinas que conforman el Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención.	72
Recuadro 19. Funciones generales del Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención.	72
Recuadro 20. Establecimientos de salud en el Segundo Nivel de Atención.	73
Recuadro 21. Funciones por realizar en el Segundo Nivel de Atención.	74
Recuadro 22. Establecimientos de salud en el Tercer Nivel de Atención.	75
Recuadro 23. Funciones por realizar en el Tercer Nivel de Atención.	75
Recuadro 24. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud.	78
Recuadro 25. Atributos de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.	79
Recuadro 26. Criterios para la conformación de las Redes.	81
Recuadro 27. Elementos requeridos para el funcionamiento de las Redes.	86

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 9 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		

Introducción

El marco estratégico conceptual que aquí se presenta, constituye la imagen objetivo de la Prestación de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante Caja o CCSS), con fundamento en el Modelo de Atención basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, que definió el país para responder a las demandas sociales, a los cambios en el perfil epidemiológico y a las políticas sociales impulsadas por el Estado.


Por lo tanto, no define un nuevo modelo de atención, sino que actualiza y fortalece la prestación de los servicios de salud que brinda la Caja, considerando el modelo de atención vigente.

Plantea el abordaje de la prestación, tomando en cuenta las necesidades de salud de la población, procurando la atención centrada en las personas (individuo-familia-comunidad), con énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los niveles de atención y la organización de los establecimientos de salud en Redes Integradas, como medio para alcanzar los objetivos de la prestación, relacionados con: la mejora del acceso de la población a los servicios, la continuidad de la atención en los diferentes servicios y a lo largo del curso de vida de las personas, la eficiencia y efectividad en los servicios brindados y la aceptabilidad de la población con los servicios recibidos.

Considera el proceso de planificación y desarrollo institucional, partiendo de la identificación de oportunidades de mejora, producto del análisis de la situación actual. En él se proponen las bases organizacionales de la prestación y la definición de procesos en la organización, para facilitar la delimitación del ámbito de competencia y responsabilidades de los diferentes niveles asistenciales que contribuyen a mejorar la salud de la población.

En su conjunto, constituye el instrumento que orienta las prácticas de atención, adaptando la organización para enfrentar los desafíos planteados por medio de tres líneas de trabajo generales, orientadas a: proteger lo alcanzado y que ha demostrado ser exitoso, terminar lo pendiente en función de lo definido en el modelo readecuado de atención y abordar los nuevos retos.

La elaboración de este documento, fue producto de una amplia difusión y discusión del fortalecimiento de la prestación, a través de consultas con participación de grupos técnicos, administrativos, políticos y de servicios; aunado al proceso de validación de la propuesta de fortalecimiento aprobada por la Junta Directiva en febrero de 2016, mediante el desarrollo de los principales elementos que la conforman en la Región Huetar Atlántica, designada por ese Órgano decisor, como zona demostrativa para el desarrollo del Proyecto de validación, que permitió la conformación de la base instrumental para la implementación de las estrategias y que fue consolidado en dieciséis productos, los cuales permitirán su implementación a nivel nacional mediante la conformación, organización y funcionamiento de las redes y que incluyen: el diseño de metodologías y herramienta de aplicación para la identificación de necesidades de prestación de servicios de salud, clasificación de las personas según riesgos y la definición de los espacios-

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 10 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

población; el desarrollo y aplicación de la herramienta digital para el levantamiento de la línea base de la oferta de servicios de salud, elaboración de un instrumento de programación local, que coadyuve a los prestadores de servicios en la sistematización de actividades según las necesidades de la población a su cargo y de los recursos disponibles; el desarrollo de estrategias de comunicación dirigido a la población, al personal y a las organizaciones que interactúan con los servicios de salud; así como de estrategias para el cumplimiento del buen trato en la prestación de servicios de salud; la reorganización funcional de los componentes de la prestación con enfoque de Red, la sistematización de prácticas innovadoras de atención; el diseño de un programa de capacitación y educación continua para Equipos de Salud; identificación y propuesta de ajuste de normativas que afectan la prestación de servicios de salud. También la definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS, así como el diseño de la estrategia de implementación institucional del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

Se espera que estos elementos sean desarrollados por medio de estrategias de implementación Institucional en forma paulatina y progresiva, con visión de corto, mediano y largo plazo, ya que tiene repercusiones profundas en todo el sistema, más allá de la prestación misma, inclusive en la cultura institucional, en el marco jurídico y en los modelos de gestión y financiero.

El Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, será el referente para que las instancias técnicas institucionales correspondientes, planifiquen el detalle del desarrollo de la prestación, contemplando los recursos humanos, equipamiento e infraestructura, necesarios para lograr llevar a la práctica los cambios propuestos. Esto necesariamente, estará acompañado de la actualización y elaboración de los documentos normativos que sean requeridos, así como su necesaria vinculación con los planes, portafolios y proyectos estratégicos institucionales, con miras a consolidar la visión de la Caja Centenaria.

Objetivo

Constituir el marco conceptual y estratégico que permita reorientar la prestación hacia un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención integral e integrada, centrada en las personas, familias y comunidad, procurando el abordaje de sus necesidades con enfoque biopsicosocial, en el ámbito de la prestación de servicios de salud equitativos, eficientes y de calidad que se otorgan en territorios definidos, mediante la organización en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.



Capítulo 1

Marco General

1.1 Situación actual

El sistema de salud de cobertura universal de Costa Rica, se ubica entre los mejores de las Américas, comparables a nivel mundial con algunos países desarrollados. Sin embargo, a pesar de los aspectos positivos, desde hace algunas décadas se vienen presentando cambios demográficos y epidemiológicos que se traducen, entre otros, en un envejecimiento progresivo de la población y una carga de la enfermedad liderada por las enfermedades no transmisibles, las cuales coexisten con el incremento de las lesiones con discapacidad y muertes prematuras por causas violentas y con la persistencia de los riesgos para la salud, que se asocian a las condiciones de vida, los hábitos y el comportamiento, que afectan en forma individual a las personas, a sus familias y a la comunidad.

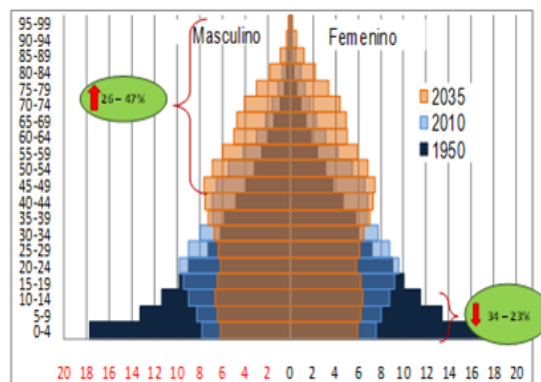
Todo esto, aunado a los constantes cambios tecnológicos, a un mayor consumo de recursos en la atención y a una población cada vez más informada y demandante de servicios, constituyen grandes desafíos para el país y para sistema de salud, del cual forma parte la prestación de servicios de salud.

Ante esta situación, la Caja, como la mayor institución prestadora de servicios públicos de salud, se avocó a realizar un análisis de la prestación actual en todos los niveles de atención, cuyos resultados constituyen el insumo fundamental para las estrategias que aquí se proponen y que permitirán hacer frente a los retos y desafíos en las próximas décadas, desde su ámbito de acción.

1.1.1 Condiciones demográficas y epidemiológicas

La disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, sumada al aumento sostenido en la esperanza de vida, acelerará en los próximos años el envejecimiento de la población. Se estima que la población menor de 15 años represente un 23% en el año 2035, mientras que la población de 45 y más años constituirá el 47% del total de población, con un importante crecimiento de la población adulta mayor de 64 años.¹

Figura 1. Pirámides poblacionales. Costa Rica, 1950, 2010 y 2035.

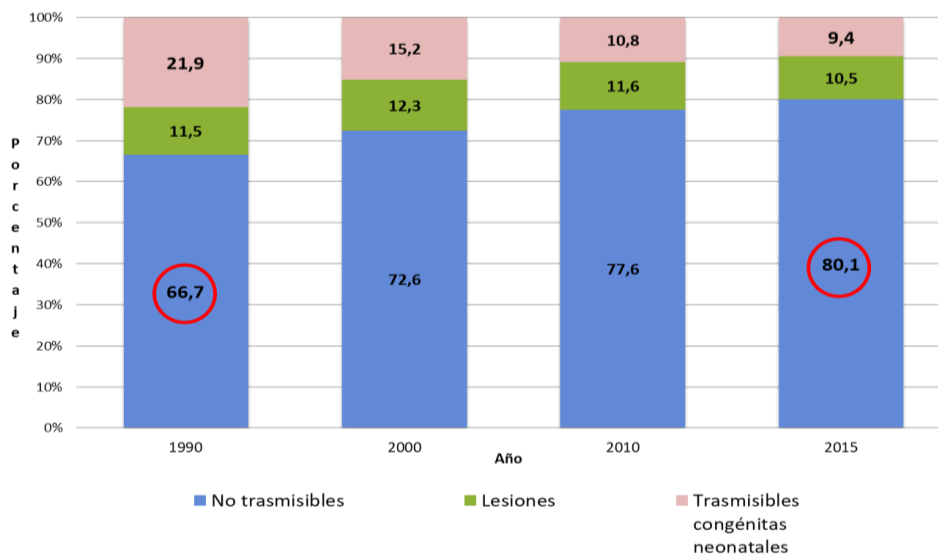


FUENTE: Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud a partir de proyecciones de población. INEC-CCP.

¹ CCSS (2014). La Carga de la Enfermedad y Esperanza de Vida Saludable-Costa Rica. Grupo Técnico Intergerencial, diciembre.

Esto se explica aún más cuando se analizan las tendencias del perfil epidemiológico, donde indicadores como la carga de la enfermedad, da cuenta del incremento en las últimas décadas de las enfermedades no transmisibles, que pasaron de representar un 66,7% en 1990 al 80,1% en el año 2015, mientras que las enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales, que representaron un 21,9% en la década de los noventa, ahora representan un 9,4%.

Figura 2. Comparación de la Carga de Enfermedad según grupos de causas. Costa Rica, 1990-2015. (En porcentaje)



FUENTE: CCSS (2016). Carga Global de la Enfermedad, Perfil Costa Rica modificado de la base de datos IHME.

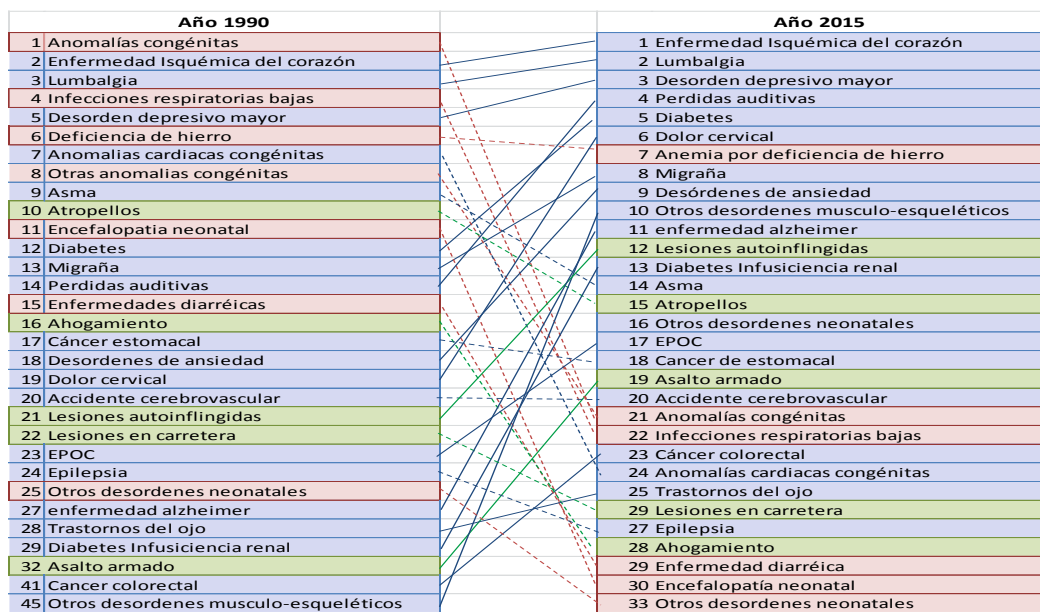
Este incremento de las enfermedades no transmisibles, genera altos costos para el Seguro de Salud y sufrimiento en la población. Entre ellas destacan: las enfermedades cardio y cerebrovasculares, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades musculoesqueléticas y osteomusculares, endocrinas y metabólicas, insuficiencia renal crónica, enfermedades respiratorias, digestivas, así como diversos tipos de cáncer, sobre todo de estómago, mama, colorrectal, próstata y cérvix.

Aunado a ello, se han incrementado las lesiones producidas por accidentes de tránsito, las autoinfligidas y las que son producto de otros actos violentos (homicidios, asaltos ahogamiento, violencia interpersonal), que producen muertes prematuras e incremento de la discapacidad e incapacidad de las personas, con predominio de la población joven.

Los hombres registran mayor carga de enfermedad que las mujeres (representada por los años de vida ajustados por discapacidad AVAD), debido a lesiones asociadas con violencia y por enfermedades cardio y cerebrovasculares. Las mujeres son más propensas a desórdenes musculoesqueléticos, diabetes, enfermedades urogenitales, otras endocrinológicas y nutricionales, así como al cáncer y desórdenes mentales y del comportamiento (aunque las adicciones son más frecuentes en los hombres)².

² Castillo, Jacqueline, Sánchez Rocío (2015). La carga de enfermedad en Costa Rica. CCSS, con información del IHME.

Figura 3. Comparación de la carga de enfermedad por causa principal. Costa Rica, 1990-2015.



Adaptado de: IHME (2016), Global Burden of Disease 2015. Setiembre.

El análisis de las principales causas de AVAD por grupos de edad, muestra que los dos grupos de edad con la mayor carga de enfermedad, son el de 45-49 y el de 50-54 años.

En los grupos de menor edad destacan los desórdenes neonatales, que llegan a representar hasta un 70% de los AVAD en el grupo de 0-6 días de edad, además de las malformaciones congénitas y deficiencias nutricionales. En estos grupos infantiles todavía aparecen las enfermedades infecciosas (diarrea y otras infecciones).

En los grupos jóvenes y de adultos destacan los desórdenes mentales y del comportamiento (que representan hasta un 27% en el grupo de 25-29 años), las lesiones intencionales y por accidente automotor (en los grupos jóvenes representan un 11% y 10%, respectivamente), así como los desórdenes músculo esqueléticos (44% en el grupo de 40-44 años); éstos últimos usualmente asociados a riesgos ocupacionales.

En los adultos predominan las enfermedades cardio y circulatorias, el cáncer, la diabetes, enfermedades respiratorias, patología urogenital y otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, que se van extendiendo hacia los grupos de mayor edad.

1.1.2 Factores de riesgo

El análisis de los factores de riesgo y su asociación con causas de morbilidad y mortalidad constituye un elemento indispensable para la identificación de las necesidades de prestación de salud de la población y de la priorización de intervenciones para su abordaje.

Al comparar la década de los noventa con la actual, cobra importancia la conducta de los individuos y los factores del medio ambiente y de consumo, observándose un incremento porcentual en casi todos los factores de riesgo, donde sobresalen: los riesgos alimentarios

(alto consumo de azúcares, grasas y sal), la hipertensión arterial, alto índice de masa corporal (sobrepeso y obesidad) y la hiperglicemia en ayunas, los cuales, junto con la baja actividad física, están asociados a múltiples enfermedades causantes de muertes prematuras y de discapacidad, tales como las cardio y cerebrovasculares, la diabetes y diversos tipos de cáncer.

A esto se suman el consumo de alcohol y drogas, que junto con los actos con violencia, producen cada año muertes y discapacidad, sobre todo en personas jóvenes, convirtiéndose en una población vulnerable que requiere atención especial.

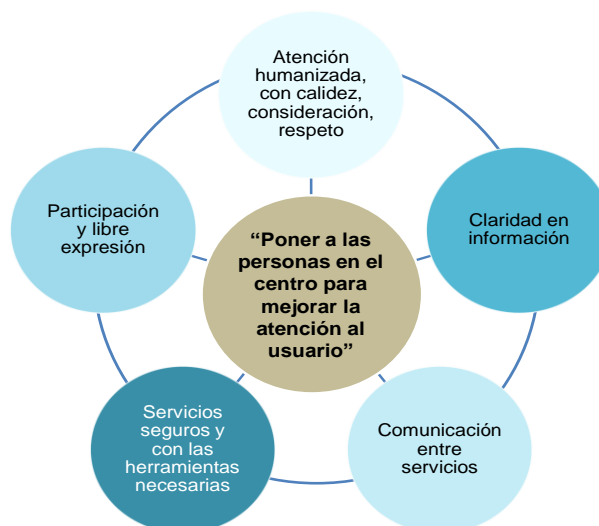
1.1.3 Otros factores condicionantes

A lo anterior, se suma el flujo inmigratorio y la coexistencia de problemas de salud asociados a la pobreza y exclusión social. A pesar del crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), que está por encima del promedio de América Latina, la disminución del nivel de pobreza aún permanece como un reto, aunado al aumento de la desigualdad social y la vulnerabilidad de algunos sectores sociales³.

Por otra parte, el perfil de la población actual, cada vez más informada, demandante y con expectativas de nuevos y mejores servicios, agrega más tensión al Sistema de Salud.

Algunos análisis han planteado la percepción de las personas con respecto a las preferencias sobre la prestación. Esta perspectiva es derivada de las limitaciones anotadas y es de consideración fundamental en el desarrollo de la misma. (Ver Figura siguiente)


Figura 4. Expectativas de la población.



Adaptado de: Friederich Ebert Stiftung (2016). Sistematización y análisis de propuestas de la sociedad civil sobre la seguridad social (2011-2016). Julio, San José

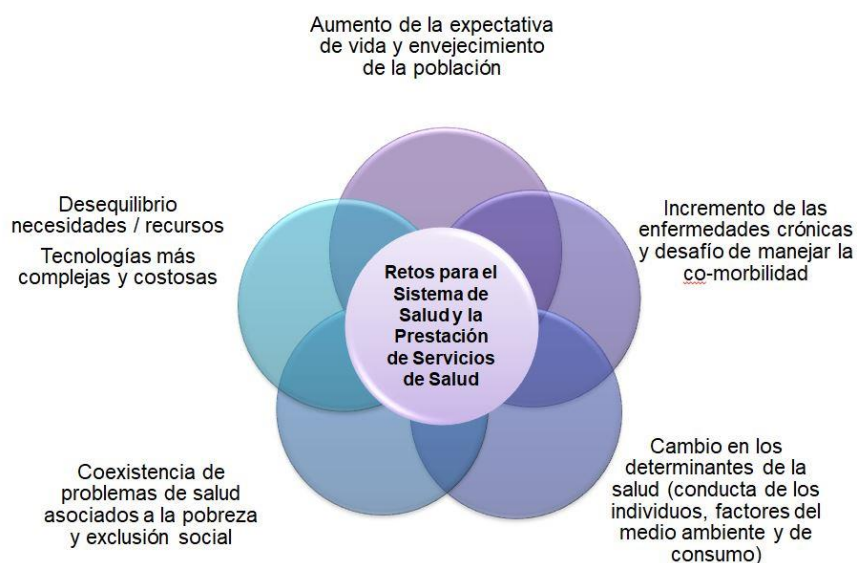
Finalmente, los cambios tecnológicos continuos y dinámicos, que suponen un incremento en la demanda frente a los recursos limitados para hacerle frente, junto con el cambio en

³ OPS/OMS (2010). Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica. San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 16 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		

los determinantes de la salud anotados y el incremento en los costos de la atención, plantean una serie de retos para el país y el Sistema Nacional de Salud, que deben ser abordados en forma conjunta. No obstante, la Caja define estrategias y líneas de acción, propiciando un abordaje de los principales desafíos, desde su ámbito de competencia, a partir del análisis de situación demográfica, epidemiológica y de la prestación de servicios de salud.

Figura 5. Aspectos demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales que afectan el sistema y los servicios de salud



FUENTE: CCSS (2013). Análisis de Situación por Nivel de Atención. Proceso de Actualización y Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-VI San José.


1.1.4 Análisis de la prestación de servicios de salud en la Caja

Ante el panorama anteriormente descrito, la Caja como Institución responsable mayoritariamente de la prestación de servicios públicos de salud, se avocó a la tarea de desarrollar un análisis de la situación actual de la prestación de servicios de salud⁴, a fin de desarrollar los ajustes pertinentes para un abordaje más oportuno, eficiente y eficaz de los retos mencionados. A continuación se describe - en forma resumida - algunos de los principales hallazgos producto del análisis efectuado.

En general

No hay claridad en la oferta de servicios que debe brindar cada Nivel de Atención. Una cantidad importante de la población, sobre todo del Área Metropolitana, carece de un Primer y Segundo Nivel de Atención formal, lo cual confunde la separación de niveles de

⁴ CCSS (2014). Análisis de Situación de la Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-V. Actualización y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS. Enero.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 17 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

complejidad. Esto además privilegia el acceso a especialidades por parte de algunos grupos de población y eleva los costos de la atención.

Por otra parte, los programas de atención no han logrado cerrar las brechas de acceso, aceptabilidad, efectividad, eficiencia y continuidad de la atención de la población. Los resultados de la prestación de servicios de salud actual reflejan estas brechas, lo cual se manifiesta en la insatisfacción por los tiempos de espera prolongados y la distribución inequitativa de recursos, entre otros aspectos.

Como consecuencia, la prestación de los servicios nuevamente ha gravitado a una atención episódica, centrada en la enfermedad y en hospitales, con énfasis en la atención de cuadros agudos o las complicaciones debidas a las condiciones crónicas, que no garantiza la integralidad e integración asistencial, con escasas acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la participación de la comunidad en actividades de la prestación y autocuidado.

Por otra parte, en relación con la delimitación del ámbito de competencia interinstitucional, uno de los principales hallazgos es la poca claridad en cuanto a las responsabilidades que le competen a la Caja, en el traslape de la prestación de servicios con las Funciones Esenciales de Salud Pública, que atañen al Sector Salud, en su conjunto y al Estado.

En los niveles de atención

El desarrollo del Primer Nivel inició la etapa de implementación en el año 1995; no obstante, el proceso quedó inconcluso y a través del tiempo, la prestación se orientó a la oferta de servicios, con poca alineación a las necesidades de la población.


En las Áreas de Salud, existen Equipos de Apoyo y Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), con una adscripción de población que supera la establecida en el Modelo Readecuado de Atención, lo que contribuye a limitaciones en el acceso de la población y el poder implementar la atención integral, ocasionando además, múltiples referencias a otros servicios, a fin de satisfacer la demanda. Por otro lado, existe poca cultura de participación social en los servicios públicos, influenciada principalmente por la falta de claridad conceptual y operativa.

En el Segundo Nivel de Atención, se evidenció que los establecimientos son muy heterogéneos en cuanto a la organización, dotación de recursos y tipo de servicios que prestan.

Los Hospitales Nacionales y Especializados, por su parte, evidencian una forma de organización individualizada, que fomenta la inequidad en la prestación de los servicios de salud.

Organización y funcionamiento de las redes actuales

En cuanto al funcionamiento en Red, pese a ser una forma de organización que se menciona en documentos institucionales, los elementos estratégicos conceptuales y operativos, incluyendo los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud, no están oficialmente establecidos. En este contexto, el

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 18 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


análisis de situación de la prestación de servicios de salud actual destaca los siguientes hallazgos:

- Las tres Redes actuales (Noroeste, Sur y Este), responden a una orientación hospitalocéntrica, agrupada alrededor de los Hospitales Nacionales Generales. En ellas existe una importante desigualdad en la conformación y distribución de los recursos, con falta de definición de la gobernanza de la Red.
- Hay una carencia de lineamientos técnicos institucionales que delimiten el trabajo en Red.
- La planificación de las Redes adolece de un estudio técnico actualizado que haga frente a los actuales retos de la prestación y organización de los servicios.
- En relación con la continuidad de atención, es práctica habitual que cuando la persona es referida a un Nivel de mayor complejidad, por una situación que requiere atención especializada prolongada, se pierda la relación con el Primer Nivel con respecto a los demás cuidados esenciales de la persona.
- En relación al sistema de referencia y contra- referencia, en general, éste no funciona de forma apropiada en la Institución, lo cual se traduce en dificultades para la operacionalización de las Redes. Además, no existe estandarización de guías o protocolos de referencia internivel, aun cuando se han realizado algunos esfuerzos locales al respecto.

Gestión y organización institucional

Adicionalmente, se suman una serie de limitaciones institucionales en materia de gestión y organización, que repercuten en la prestación de los servicios de salud, las cuales deben ser resueltas por la Institución, entre ellas, se mencionan las siguientes:

Recuadro 1. Limitaciones Institucionales que afectan la prestación de servicios de salud.	
Modelo de Gestión	La política, planificación y gestión de los recursos para la prestación de servicios de salud, han sido insuficientes para llenar las necesidades de la prestación y verificar su distribución equitativa.
Planificación de la Prestación	La planificación de la Prestación de Servicios de Salud se basa en la oferta de servicios y no en las necesidades y problemas de salud de la población, considerando las prioridades locales, regionales y nacionales. Esto propicia que la prestación no esté dando respuesta a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico y a las necesidades reales de la población.
Coordinación Institucional	La débil coordinación Institucional propicia que cada una de las instancias administrativas, siga sus propias líneas, prioridades y estrategias, generando fragmentación y dilución de la responsabilidad en los diferentes niveles administrativos
Organización del Nivel Central	La organización del Nivel Central de la CCSS, al establecer una relación jerárquica vertical directa con los establecimientos de salud, promueve el crecimiento individualizado e independiente de los establecimientos, carente de visión de conjunto y de objetivos comunes, aunado a un sistema de evaluación individualista, que no promueve el enfoque asistencial en red.
Sistema de información	No se cuenta con un sistema de información que integre la prestación de servicios con la gestión administrativa y financiera, que permitan una mejor toma de decisiones en

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 19 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1 CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 1. Limitaciones Institucionales que afectan la prestación de servicios de salud.

	todos los niveles de gestión de la Institución.
Sistema de asignación de recursos	No se ha desarrollado en la institución, un sistema de asignación de recursos humanos, financieros, equipamiento e infraestructura, alineado con la planificación y que se sustente en las necesidades de prestación de servicios de salud de la población.
	La distribución de los recursos ha sido inequitativa. Se ha documentado que “ciertas Áreas de Salud recibían una cantidad de recursos por habitante hasta 60 veces más que otras, sin que existiera una relación aparente respecto a las necesidades de salud de las poblaciones adscritas.” Una situación similar se da en el ámbito hospitalario, donde algunos hospitales tienen mucho menos recursos que otros de similar complejidad.
Definición de intervenciones en salud	No existe una metodología explícita ni estandarizada para la inclusión o exclusión de intervenciones a los Servicios de Salud, considerando aspectos como: la magnitud de las necesidades, seguridad, costo, efectividad, evidencia y factibilidad, entre otros.
FUENTES: CCSS (2014). Análisis de Situación de la Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-V. Actualización y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS. Enero. CCSS (2014). Plan de Gestión Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Abril.	

Este conjunto de dificultades y limitaciones ha sido el punto de partida para establecer como problema principal, que

“La prestación de los servicios de salud que desarrolla la CCSS, no responde de manera oportuna y eficiente a las necesidades y expectativas de salud de la población.”


Al no responder los servicios a las necesidades de atención oportuna de salud, la población debe hacer un mayor uso de los servicios privados y por ende, incurren en un mayor gasto económico. Esta situación también aumenta el riesgo de la sostenibilidad del Régimen ya que, producto de la ineficiencia, se incrementan los costos institucionales.

Un factor muy importante, es la insatisfacción con los servicios de salud que manifiestan las personas, lo cual genera que se pierda la credibilidad e imagen Institucional y se va minando la legitimidad de la seguridad social como proyecto país.

Si las necesidades de prestación no son resueltas de forma efectiva, se genera un desplazamiento innecesario por los servicios y entre niveles. Esto a su vez incide sobre la inapropiada utilización de los servicios y los largos tiempos de espera para una atención. Todos estos elementos tienen un efecto directo en el deterioro de la salud y por ende de la calidad de vida de la población.

1.1.5 Desafíos para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud

Al clasificar y agrupar las principales limitaciones y causas primarias identificadas en el análisis de situación, que hacen que la prestación no responda a las necesidades y expectativas de la población, en los ámbitos de: prestación de servicios de salud, organización de la prestación y gestión clínica, se obtienen elementos prioritarios identificados, que se traducen como desafíos a ser abordados en la actualización y fortalecimiento de la Prestación (ver recuadro siguiente).

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 20 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 2. Principales desafíos del Fortalecimiento de la Prestación CCSS.

- Reorientar la prestación hacia un enfoque centrado en las personas, por medio de una organización territorial de los servicios de salud, asociada a las necesidades de la población que procure su participación.
- Plantear la respuesta institucional a las necesidades de prestación de la población, derivadas de la transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles, con un buen trato en los servicios de salud.
- Procurar mayor eficiencia y efectividad en los servicios de salud, por medio de la articulación e integración de la prestación, ya que el contexto económico plantea la ineludible necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera, orientando la gestión y la asignación de recursos a resultados.
- Definir el alcance de la prestación de servicios de salud Institucional y de sus elementos de organización, aumentando la capacidad resolutive.
- Abandonar la visión jerárquica vertical y piramidal de los servicios de salud, reforzando el Primer Nivel, expandiendo el Segundo Nivel y optimizando el Tercer Nivel de Atención, para consolidar un marco para las Redes Integradas, redefiniendo líneas de coordinación entre los niveles para la prestación.

FUENTE: CCSS (2014). Análisis de Situación de la Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-V. Actualización y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS.

Con el objeto de abordar los desafíos descritos en la situación de los servicios de salud, y, como parte de las políticas generales en su visión a largo plazo, la Institución ya había planteado anteriormente, como una prioridad, “el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, bajo el enfoque biopsicosocial del proceso salud- enfermedad, que articule, racionalice, dé coherencia y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos Niveles de Atención de los servicios brindados a la sociedad”⁵.

En esa misma línea, en el Plan Estratégico Institucional 2015-2018 supracitado, se define como estrategia el “Análisis y Ajuste del Modelo de Prestación de Servicios de Salud.”⁶


De esta forma, con el propósito de atender la problemática de la prestación y su correspondencia con las necesidades y expectativas de la población, la CCSS, a través de sus diferentes equipos técnicos, plantea el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud.

1.2 Marco Normativo

La Declaración Universal de Derechos Humanos (numeral 25), indica que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que, entre otras cosas, le asegure su salud y “(...) y el bienestar y en especial la alimentación, vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

⁵ Caja Costarricense de Seguro Social (2007). Una Caja Renovada hacia el 2025, Políticas, Planeamiento y Programación, San José, Costa Rica.

⁶ CCSS (2015). Plan Estratégico Institucional 2015-2018, aprobado por la Junta Directiva, en sesión 8818, artículo 22º del 17 de diciembre de 2015.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 21 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Por su parte, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, numeral 11, se indica que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, en la medida que lo permitan los recursos públicos y de la comunidad”.

Por otro lado, como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), impulsados por la Organización de las Naciones Unidas, se incluye el objetivo tres Salud y Bienestar: “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.*” Por lo tanto, siendo Costa Rica uno de los países firmantes para su implementación en el período 2015-2030, se deben realizar acciones tendientes a la consecución de este objetivo.⁷

En lo que respecta a Costa Rica, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado que, pese a no encontrarse explícitamente contenido en la Constitución Política, el derecho a la salud se considera un derecho fundamental que se deriva de los artículos: N°21 “La vida humana es inviolable” y el N°50 “derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado (...)”.⁸

1.2.1 Sistema Nacional de Salud

La Ley N°5395 Ley General de Salud, de fecha 24 de febrero de 1974, en el numeral 1º dispone: “La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.”

Aunado a lo anterior, el artículo 3º de dicho cuerpo normativo establece: “todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma en que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de su familia y de la comunidad”.

Por otro lado, en el Decreto Ejecutivo de fecha 15 de febrero de 1983, N° 14313 SPPS-PLAN, se estableció formalmente en nuestro país el Sector Salud, mediante el cual se regula su estructura y organización. Posteriormente, en 1989, se promulgó el Decreto N° 19276-S Reglamento General del Sistema Nacional de Salud; en éste se amplían algunos elementos y a la vez, define y caracteriza el actual Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual está integrado por el conjunto de instituciones como la Caja, servicios y programas, orientados a lograr la salud y bienestar para todos en forma racional, coherente e interactuante. El propósito general del Sistema Nacional de Salud consiste en preservar, mantener y mejorar la salud de la población.


Dentro del contexto del Sector Salud, propiamente para la Caja, se dispone:

”Es la institución creada para la atención directa de las personas y para aplicar el seguro de salud de los residentes en el país, según las disposiciones legales vigentes; brinda los servicios de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación. Colabora con el Ministerio de Salud en acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”⁹.

⁷Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. En: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>. Visitada el 6 de julio de 2018.

⁸ Al respecto ver Voto N.º 7602-10, Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia.

⁹ Decreto N° 19276-S Reglamento General del Sistema Nacional de Salud.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 22 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Por su parte, en el Reglamento del Seguro de Salud de la Caja, se especifica que la Atención Integral a la Salud comprende lo siguiente:

“Artículo 17°

De la atención integral a la salud

La atención integral a la salud comprende:

- a) Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
- b) Asistencia médica especializada y quirúrgica
- c) Asistencia ambulatoria y hospitalaria
- d) Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos
- e) Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete
- f) Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular
- g) Asistencia social, individual y familiar”

1.2.2 Reforma del Sector Salud¹⁰


Para la década de los 90, como parte del Programa de Reforma del Estado Costarricense, se desarrolló una serie de acciones, con el fin de contribuir a obtener mayores niveles de dinamismo y efectividad estatal. Dentro de este marco de modernización y adecuación a las nuevas necesidades nacionales y exigencias de índole internacional, se encuentra el proceso de Reforma del Sector Salud.

Para la operacionalización de este proceso de reforma, se revisó y adecuó el marco político/jurídico y de organización del sector salud, derivando en los siguientes componentes:

- Rectoría: mejoramiento de la conducción y evaluación del sistema, mediante el fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud.
- Consolidar los programas de atención integral mediante la readecuación del modelo de atención.
- Nuevo modelo de asignación de recursos financieros: el financiamiento, la capacitación de los recursos humanos y reformar diferentes leyes y decretos que facilitaran el logro de objetivos del Programa, de acuerdo a las necesidades de salud de la población.
- Modernización y Fortalecimiento institucional: la modernización y el desarrollo institucional de la Caja e INCIENSA, con énfasis en adecuaciones a la organización del nivel central y regional y en la desconcentración administrativa.

Aunado a ello, se definieron los elementos para satisfacer las necesidades de la población:

¹⁰ Adaptado de: Castro Carlos, Sáenz Luis B (1998). La Reforma del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica. Ministerio de Planificación y Política Económica.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 23 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- A. Cobertura universal
- B. Equidad
- C. Mejorar el acceso a los servicios de salud
- D. Modelo de atención integral
- E. Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud

1.2.3 Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud

Desde el punto de vista legal, con el proceso de Reforma del Sector Salud y la readecuación del Modelo de Atención (1993), se sientan los precedentes para promover la propuesta de fortalecimiento actual.

En la misma línea de la Ley General de Salud, desde el ejercicio de la rectoría el Ministerio de Salud dictó “La Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”, en el año 2015, en la cual se establecen los lineamientos y directrices que orientan las intervenciones en salud, con base en las necesidades y requerimientos de la población. Asimismo, su fin es propiciar la mejora continua de los servicios de atención directa a las personas y del ambiente humano, para impactar positivamente en el perfil salud-enfermedad.


Con la finalidad de operacionalizar la mencionada Política, el Ministerio de Salud en su Plan Nacional de Salud 2016-2020, aprobado en diciembre del 2016, fundamentándose en un “conjunto de principios y ejes transversales, orientados hacia la equidad, oportunidad y calidad en salud, así como la reducción de las brechas, la cohesión social y la sostenibilidad del sistema de salud costarricense”, para los efectos que interesan ha planteado entre otras, las siguientes políticas, las cuales incluyen diferentes estrategias para su abordaje:

“(…) Mejora de la Capacidad resolutive de los servicios de salud (públicos y privados) para la atención oportuna y con calidad.
 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.
 Fortalecimiento en la calidad de los datos e información nacional en salud(…)”

Siguiendo lo establecido en políticas estratégicas planteadas en años anteriores, en la Institución se aprobó el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, el cual definió como objetivo estratégico en el tema Salud: “Fortalecer la cobertura universal en salud de la población, mediante servicios de salud integrales, equitativos, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental y sostenibilidad financiera.”

Entre las estrategias definidas para lograr dicho objetivo, se menciona el “análisis y ajuste del Modelo de Prestación de Servicios de Salud”, que establece, entre otros aspectos los siguientes:

- “El desarrollo de modalidades innovadoras de gestión y prestación para el abordaje integral de la carga de enfermedad de la población.
- La inclusión de estrategias de promoción y prevención como parte importante de la atención integral.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 24 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Desarrollo de la Red Institucional que integre las acciones de los diferentes centros que la conforman.”

De acuerdo con lo expuesto, desde el punto de vista legal, se encuentra la viabilidad para proceder con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud planteado en el presente documento, el cual debe ir aparejado a las propuestas de modificación, tanto a nivel institucional como nacional, de los diversos cuerpos normativos, muchas de las cuales fueron planteadas desde el año 1993 y no han sido realizadas a la fecha.

De esta forma, en función de lo propuesto para el fortalecimiento, según sea el avance en la implementación institucional, necesariamente, debe incluirse en esa línea, el análisis de la normativa especial, lo cual incluye: guías, protocolos, lineamientos y directrices, entre otros.

1.3 Marco estratégico institucional

1.3.1 Misión y Visión


La misión de la Caja Costarricense de Seguro Social, consiste en “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”¹¹, se logra mediante los elementos descritos en la siguiente Figura.

Figura 6. Elementos para alcanzar la misión en la CCSS.



FUENTE: CCSS (2004). Modelo de Cultura Organizacional. Dirección Desarrollo Organizacional. San José.

¹¹ CCSS (2004). Modelo de Cultura Organizacional. Dirección Desarrollo Organizacional. San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 25 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Por su parte, la visión Institucional dicta:

“Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales, en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad, y en armonía con el ambiente humano.”¹²

Asimismo, debido a que la Institución se encamina hacia su centenario, las tendencias y retos planteados definirán el rumbo de sus estrategias, de manera que sea capaz de renovar su hoja de ruta y de colocarse a la altura de las nuevas circunstancias que atravesará el país en las próximas décadas.

Bajo ese contexto de visión centenaria, entre otros aspectos se acopiaron líneas de acción que a la fecha de elaboración del presente documento, aún estuvieran vigentes de los documentos: “Una Caja Renovada hacia el 2025” y el “Plan Estratégico Institucional Reajustado. Macro Políticas 2013–2016” y se les brindó continuidad en el Plan Estratégico Institucional 2015-2018.¹³

Este Plan responde al Marco Estratégico Institucional (misión, visión, principios y valores), y “sintetiza el esfuerzo de prospección y planificación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para reorientar sus acciones en función de las necesidades de salud y protección social de la población. Es este un mapa para el primer trayecto de una ruta que renovará el pacto social que la sustenta como pilar del desarrollo nacional; y que sentará las bases de un compromiso público para que en el año 2041 el país cuente con una Caja centenaria más transparente, más equitativa y más sostenible.”

Por otro lado, se plantea la visión de la CCSS y su contribución para seguir el camino hacia una “Atención integral en salud con calidad garantizada,” para el logro de la meta del Sector Salud definida en el Plan Nacional de Desarrollo 2015- 2018, que dicta: “Mejorar el bienestar de la población por medio de un modelo de salud integral, universal, solidario y sostenible.”

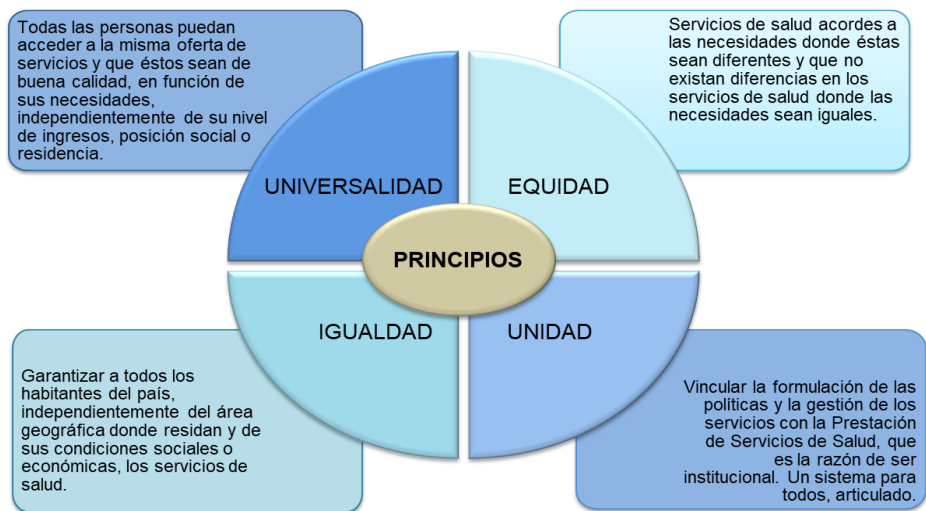
1.3.2 Principios de la Seguridad Social

La prestación de servicios de salud se otorga con apego a los siguientes principios de la Seguridad Social: Solidaridad, Obligatoriedad, Universalidad, Equidad, Igualdad y Unidad. Estos últimos cuatro principios, tienen una aplicación directa en la prestación (ver siguiente figura).

¹² CCSS (2004). Modelo de Cultura Organizacional. Dirección Desarrollo Organizacional. San José.

¹³ Aprobado por la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo N.º22 de la sesión N.º 8818, celebrada el 17 de diciembre de 2015.

Figura 7. Principios de la Seguridad Social.



FUENTE: CCSS (2004). Modelo de Cultura Organizacional. Dirección Desarrollo Organizacional.

1.3.3 Valores de la CCSS

La Prestación de Servicios se replantea por una preocupación más explícita en mejorar los resultados de salud para la población. Este cambio debe manifestarse en la actitud todos los funcionarios, mediante el reflejo de los valores institucionales y en la organización de los servicios centrados en las personas.

Dichos valores, buscan que los miembros de la organización los internalicen y los asuman como una forma de vida y actúen en conformidad con éstos, mejorando el actuar en el entorno laboral y en el trato humanizado a las personas.¹⁴


1.3.4 Políticas Nacionales e Institucionales

A nivel político, se han establecido objetivos tendientes a promover un cambio en la atención de las necesidades de las personas, en busca de un mayor nivel de salud y bienestar, contemplando estrategias de reforzamiento del Primer Nivel de Atención, el incremento de la capacidad resolutive en todos los niveles y la constitución de redes integradas de servicios de salud. Incluso, dentro de las Siete Áreas Estratégicas de atención prioritaria para los próximos años, se ha incluido la Salud y Seguridad Social, como aquella que se encargará de establecer una estrategia integral para la prevención y atención de la salud, así como para la consolidación de un sistema equitativo y sostenible de seguridad social.¹⁵

En esa misma línea la Institución, mediante documentos como “Una CCSS Renovada hacia el 2025”, ha definido un conjunto de políticas, para reducir las diferencias en el acceso a los servicios de salud; la ampliación del nivel de acceso para los diversos grupos

¹⁴ CCSS (2017). Valores Institucionales. Sitio en Internet de la CCSS www.ccss.sa.cr. Visitado en noviembre 2017

¹⁵ Presidencia de la República. Costa Rica Gobierno del Bicentenario 2018-2022. Presidencia Siete áreas estratégicas de atención prioritaria. En: <https://presidencia.go.cr/comunicados/2018/06/presidente-alvarado-define-7-areas-estrategicas-de-atencion-prioritaria/> visitada el 6 de julio de 2018.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 27 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		

de personas y zonas geográficas; la superación de las barreras geográficas, físicas, económicas, culturales y administrativas, entre otros.

Aunado a lo anterior, actualmente se encuentra en etapa de desarrollo para aval por las autoridades institucionales, la Política- Plan de Sostenibilidad Financiera Institucional. Dentro de la misma, se incluyen iniciativas propuestas para el mejoramiento de la eficiencia de la gestión institucional y uso de los recursos, entre ellas: promoción de la salud y fortalecimiento de la gestión de la red.¹⁶

1.3.5 Objetivos de la prestación de servicios de salud

Los objetivos, se convierten en los conductores del fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud, desarrollados desde la perspectiva de las necesidades de las personas, en ese ámbito. En el recuadro y figura siguiente se resumen estos objetivos.

Recuadro 3. Objetivos de la prestación de servicios de salud.	
Acceso	La facilidad con la que las personas pueden obtener atención, en el lugar y tiempo adecuado. Se explica a partir de dos perspectivas: desde la facilidad con la que las personas pueden obtener atención, independientemente de edad, género, educación, ocupación, ingresos, etnia o lugar de residencia y desde la oportunidad en que esa atención o servicios se obtienen en el lugar y tiempo adecuados.
Continuidad	La atención de las personas en las diferentes fases del curso de vida, y en los diferentes niveles de complejidad en la Red de Servicios de Salud. Es el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo y son congruentes con sus necesidades.
Aceptabilidad	Percepción que tienen las personas de los servicios recibidos y las acciones que garanticen la seguridad de las personas, así como la resolución de sus necesidades y problemas de salud. Por una parte, la percepción de las atenciones de salud que reciben, la humanidad del trato, las amenidades de las instalaciones y las facilidades que tienen para acceder a ellas; y por otro lado, las acciones que garanticen la seguridad de las personas, evitando los daños durante el tratamiento y la atención.
Efectividad	La resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica. Con este objetivo, se pretende que las acciones que se realicen en la organización se desarrollen de acuerdo con los objetivos establecidos y metas definidas.
Eficiencia	La producción lograda a partir de unos recursos disponibles y las necesidades priorizadas de la población. Consiste en relacionar el análisis de los recursos empleados, con los efectos obtenidos, es decir, cuántos recursos fueron requeridos para producir servicios de apoyo, intermedios, finales y la producción de efectos en salud.
FUENTE: Modificado de: OPS/OMS (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas, Washington DC.	

Se considera que un buen Servicio de Salud, es aquel que presta intervenciones efectivas, seguras, con personal de calidad, brindadas a las personas que las necesitan, cuando y donde las necesitan, con un mínimo uso de recursos¹⁷.

La Prestación de Servicios de Salud, se debe reorientar por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población. En esta reorientación la

¹⁶ CCSS. Gerencia Financiera. Presentación de la Política- Plan de Sostenibilidad Financiera Institucional. 2018.

¹⁷ WHO (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.

definición clara de los objetivos es esencial, ya que marca los logros que se pretenden alcanzar y facilita la evaluación de lo conseguido.^{18,19}

1.4 Abordaje estratégico del fortalecimiento de la prestación

El Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, parte del Modelo de Atención vigente y del marco estratégico institucional, que orienta el quehacer institucional para el cumplimiento de la misión y la visión.

Considera las acciones que se requieren para enfrentar los retos presentes y futuros, acordes a las necesidades priorizadas de la población en el ámbito de la prestación, que deben ser atendidas en los servicios de salud, con un enfoque centrado en las personas, considerándolas como individuo, familia y comunidad, organizando los servicios en componentes, niveles y redes, que permitan orientar la planificación, el direccionamiento táctico-operativo y la gestión óptima de los recursos, en procura de la sostenibilidad del sistema.

Figura 8. Esquema de abordaje del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.




FUENTE: CCSS. Propuesta Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Ajustada para prueba de campo. 2016.

Para que la organización funcione exitosamente, requiere el compromiso y el involucramiento de diversos actores en todos los niveles de la institución.

Por otra parte, es preciso una revisión de la regulación y normativa existente, relacionada con la prestación de los servicios de salud, de manera tal, que se reformen aquellas que interfieran o dificulten la reorganización de los servicios, con el fin de facilitar la apertura de las restricciones técnicas, que permitan la ampliación de la complejidad de los establecimientos, conforme con la demanda. Además, ya que la prestación es dinámica,

¹⁸ OPS/OMS (2001). Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington D.C.

¹⁹ Hurst J and Jee-Hughes M (2001). Performance Measurements and Performance Management in OECD Health Systems. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Paris.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 29 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

este ejercicio debe realizarse continuamente, para que la normativa responda de forma eficaz a los cambios que se presenten.

En lo que respecta a la organización de los servicios, debe ser lo suficientemente flexible, para adaptarse a los efectos de los cambios sociales y culturales de las personas, a las necesidades de la población y los requerimientos técnicos de la organización, de manera tal, que facilite la ejecución de un modelo organizativo que se adapte a dichos elementos y permita la viabilidad práctica de implementación.

Dicha implementación se llevará a cabo mayormente en los establecimientos de salud, lo que va a demandar de sus funcionarios, la apertura y adaptación a nuevas estrategias de atención y enfoques que responden a la evolución de las necesidades y a la Red de servicios de salud.

Para dar una respuesta oportuna, efectiva y eficiente, así como para contribuir al cumplimiento de los objetivos de la prestación de servicios, éstos deben cumplir básicamente, con los siguientes requerimientos:

Recuadro 4. Requerimientos para el logro de los objetivos de la prestación de servicios de salud.


- Disponer de nuevas formas de gestión, que permitan hacer frente a los retos de mejorar la eficiencia y calidad de la atención, satisfacer las expectativas de las personas en los campos clínico, social y atender a sus necesidades de prestación de servicios de salud.
- Desarrollar la capacidad para dar respuestas flexibles y claras a las necesidades de salud de la población, en su ámbito de competencia.
- Orientar la prestación de los servicios a las necesidades de las personas. Es así como cada proceso desarrollado en todos los niveles de atención, debe enfocarse en las personas.
- Desarrollar las actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles.
- Trabajar por la búsqueda de la excelencia institucional, lo cual exige que los profesionales de la salud participen en la gestión eficiente de los recursos y se preocupen al mismo tiempo, por la calidad de la gestión clínica.

FUENTE: CCSS (2014). Propuesta Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. Equipo Técnico Intergeneracional.



Capítulo 2

Bases Conceptuales

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 31 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

El Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, parte del Modelo readecuado de Atención vigente, se desarrolla en el marco de la Atención Primaria de Salud Renovada y tiene como eje conductor el enfoque de atención centrada en las personas. Esto como premisa para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas y de la Estrategia de Salud Universal.

2.1 Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible

En setiembre 2015, los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con la finalidad de responder a diversos contextos y dinámicas de la actualidad tales como la pobreza, las desigualdades, la promoción de la prosperidad socio-económica y la protección del medio ambiente.

La Agenda 2030 establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): 1) fin de la pobreza; 2) hambre cero; 3) salud y bienestar; 4) educación de calidad; 5) igualdad de género; 6) agua limpia y saneamiento; 7) energía asequible y no contaminante; 8) trabajo decente y creciente económico; 9) industria, innovación e infraestructura; 10) reducción de las desigualdades; 11) ciudades y comunidades sostenibles; 12) producción y consumo responsables; 13) acción por el clima; 14) vida submarina; 15) vida de ecosistemas terrestres; 16) paz, justicia e instituciones sólidas; y 17) alianzas para lograr los objetivos.


El objetivo tres, Salud y Bienestar, dicta: *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.”* Por lo tanto, siendo Costa Rica uno de los países firmantes para su implementación en el período 2015-2030, se deben realizar acciones tendientes a la consecución de este objetivo.²⁰

2.2 Estrategia de Salud Universal de la Organización Mundial de la Salud

Comprende un conjunto de líneas de acción propuestas por la OMS para la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los

²⁰Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. En: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>. Visitada el 6 de julio de 2018.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 32 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.²¹

La Salud Universal pretende:

- El Acceso Universal: entendido como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud.
- La Cobertura Universal: son los mecanismos de organización y financiamiento suficientes para cubrir a toda la población.

Comprende cuatro líneas estratégicas, simultáneas e interdependientes, para la consecución de este objetivo: ²¹

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades
2. Fortalecimiento de la Rectoría y la Gobernanza
3. Fortalecimiento de coordinación intersectorial para abordar Determinantes Sociales de la Salud
4. Incremento del financiamiento con equidad y eficiencia

La CCSS como principal prestador de servicios de salud en el país, con una amplia cobertura poblacional, promueve las acciones que sea necesario desarrollar, dentro de su ámbito de sus competencias, para la consecución de este objetivo.

2.3 Modelo Readecuado de Atención²²


Como punto de partida del fortalecimiento y siendo parte fundamental del proceso de Reforma del Sector Salud que se dio en los años noventa, fue plantear la necesidad de readecuar el modelo de atención del país, hacia un modelo cuyo eje central fuera la atención integral, garantizando a todos los habitantes el derecho a la atención básica, bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad, para protegerlos del riesgo de enfermar, así como para facilitarles las condiciones básicas, para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones.²³

Con esto se consideró la necesidad de fortalecer algunos aspectos como la eficiencia, la asignación de responsabilidad programática, administrativa y financiera a nivel local, en las diferentes regiones del país, además de la concientización al individuo, la familia y a la comunidad, sobre su cuota de responsabilidad en relación con su salud, manteniendo el Estado el compromiso de canalizar los recursos necesarios.

²¹ OPS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53º Consejo Directivo 66º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. EUA.

²² Adaptado de: República de Costa Rica (1993). Readecuación del Modelo de Atención. Ministerio de Salud/CCSS.

²³ CCSS (2004). Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Módulo Curso Gestión Local. CENDEISS, CCSS, Universidad de Costa Rica/ Sistema de Estudios de Posgrado.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 33 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

El modelo de atención integral en salud se fundamenta en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), manteniendo y fortaleciendo sus principios. Al respecto, es importante indicar que, tal y como lo han experimentado numerosos países, la transformación de un sistema de salud en la línea de la APS, implica una serie de cambios profundos en sus objetivos, contenidos y organización que no pueden ser introducidos súbitamente, sino de forma gradual, aunque no por ello necesariamente lenta.²⁴

2.4 Atención Primaria en Salud Renovada

El Fortalecimiento de la Prestación de Servicios, se desarrolla en el Marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, reconocida e impulsada por la OMS como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, además, en las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, que han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales.²⁵

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.”²⁶

Los elementos esenciales de la APS renovada son:²⁷


- Acceso y cobertura universal
- Atención integral e integrada
- Énfasis en la promoción y prevención
- Atención apropiada
- Orientación familiar y comunitaria
- Mecanismos activos de participación
- Marco legal e institucional
- Organización y gestión óptimas
- Políticas y programas pro equidad
- Primer contacto
- Recursos humanos apropiados
- Recursos adecuados y sostenibles
- Acciones intersectoriales

²⁴ A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez y J. Gené Badia (2014). Atención Primaria: Principios, Organización y Métodos en Medicina de Familia. Séptima edición. Elsevier, S.L. Barcelona, España.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. 1978. En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Visitada el: 18/06/2018.

²⁷ Ídem 23.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 34 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS (y que los hacen diferente de los otros modelos de atención), son tres:

- el enfoque centrado en las personas, familia y comunidades,
- la integralidad de la atención y
- la continuidad del cuidado

Estos elementos deben ser considerados como irrenunciables en el proceso de construcción e implementación del modelo de atención integral a la salud, basado en la APS.

2.4.1 Énfasis en la promoción y prevención

Uno de los elementos esenciales definidos en la APS Renovada, es el énfasis en la promoción y prevención, entendido como atención en salud en el momento de intervención más temprano posible, dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.²⁸

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales, mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.²⁹

Por otro lado, la prevención considera que el desarrollo de la enfermedad constituye un proceso dinámico, que está condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud y es susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo. Mientras más pronto se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas.³⁰


Existen cuatro niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad:

- **Prevención Primaria:** Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- **Prevención Secundaria:** Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008.

²⁹ Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas en línea Agosto de 2016. En: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>. Revisado el 20 de junio de 2018.

³⁰ Vargas, I et al. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud para Médicos Generales. 1 ed. San José, Costa Rica, 2003.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 35 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Prevención Terciaria: Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.
- Prevención cuaternaria: es el conjunto de intervenciones que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva en los servicios de salud.³¹

2.5 Enfoque de atención centrada en las personas

En los últimos años, ha evolucionado el interés en la perspectiva de las personas y de cómo los servicios de salud pueden dar una mejor respuesta a sus necesidades. La población, cada vez más informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a la prestación de estos, exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe sobre sus alternativas terapéuticas y se les otorgue la oportunidad de decidir en cuanto a su salud.

En respuesta a esas expectativas, el enfoque centrado en las personas pretende mejorar la atención en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad, cuya característica esencial es el deber de proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado, que asegure que sean atendidas con respeto.

Los servicios de salud integrados y centrados en las personas son un enfoque de atención que adopta conscientemente las perspectivas de individuos, familias y comunidades y los ve como participantes y no sólo beneficiarios de un sistema de salud confiable, que responde a sus necesidades y preferencias de una manera humana y holística.³²

La atención centrada en las personas requiere que las éstas tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Está organizado alrededor de las necesidades de salud y expectativas de las personas, en lugar de enfermedades.

Los principios básicos de los servicios de salud integrados y centrados en las personas consideran que la atención está basada en las siguientes características:³³

³¹ De Vito, Eduardo L. (2013). Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (Buenos Aires)*, 73(2),187-190. Recuperado en 20 de junio de 2018, de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018&lng=es&tlng=es.

³² World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

³³ Idem a 30.

Figura 9. Características de la atención según los principios básicos de los servicios de salud integrados y centrados en las personas



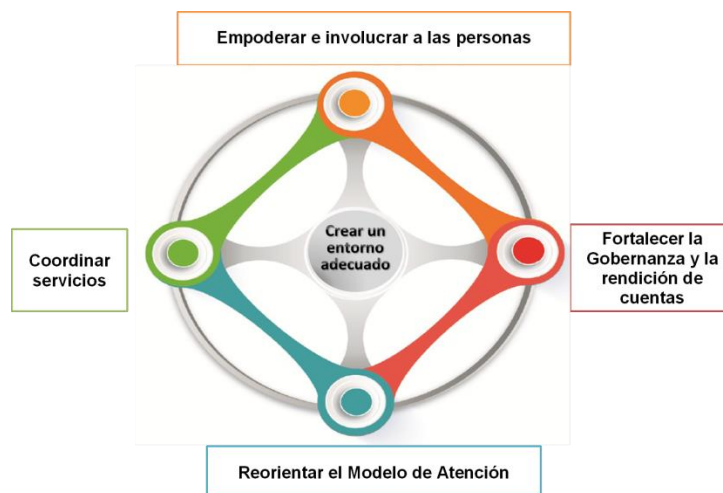
Fuente: Modificado de World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6

Para la consecución de este objetivo, la Organización Mundial de la Salud ha definido 5 Direcciones Estratégicas que permitirán a los sistemas de salud adaptarse a este nuevo enfoque, las cuales son interdependientes y se presentan a continuación: 1: empoderar e involucrar a las personas; 2: fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas; 3: reorientar el Modelo de Atención; 4: coordinar servicios; 5: crear un ambiente adecuado.³⁴

La implementación de estas estrategias requiere su adaptación a los sistemas de salud particulares, manteniendo siempre el trabajo en todas estas líneas y son interdependientes, de manera que, para implementar los servicios de salud integrados y centrados en las personas, resulta indispensable trabajar en todas las direcciones.

³⁴ World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

Figura 10. Interdependencias de las cinco direcciones estratégicas para dar apoyo a los servicios de salud integrados y centrados en las personas




Fuente: Modificado de World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

Para concretar esta atención, es necesario mejorar la actitud del personal, de manera que los prestadores se concentren más en las personas y en la comunicación con éstas, logrando una prestación más humanizada y con calidez, lo cual fortalece la relación entre ambas partes.

Otro elemento clave en este enfoque, es la asignación de equipos de salud responsables de espacios- población, de manera que se facilite la continuidad de la atención, condición fundamental para una atención integrada e integral, elementos que se describen en los siguientes apartados. En este aspecto, más que establecimientos cerca de las personas, lo que se debe promover es que el personal trabaje en otros escenarios, que permita el abordaje de los determinantes de la salud en las familias y comunidades.

En el Informe Mundial de la Salud de la OMS: **WHO global strategy on people-centred and integrated health services** del 2015, se resumen los beneficios tanto para las personas, como para las comunidades, personal y sistemas de salud, citando algunos de ellos en el siguiente recuadro.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 38 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

<p>Para los individuos y sus familias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor satisfacción con la atención y mejores relaciones con los proveedores de atención. • Mejor acceso y oportunidad de atención. • Mejora del conocimiento en salud y habilidades para la toma de decisiones que promueven la independencia. • Toma de decisiones compartida con mayor participación en la planificación de la atención. • Mayor capacidad de autogestión y control de condiciones de salud a largo plazo. • Mejor coordinación de la atención. 	<p>Para los profesionales de la salud y los trabajadores de salud de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la satisfacción laboral. • Cargas de trabajo mejoradas y reducción del “burnout”. • Mejora de roles, que expande las habilidades de la fuerza de trabajo para que puedan asumir una gama más amplia de responsabilidades. • Oportunidades de educación y capacitación para aprender nuevas habilidades, como trabajo en equipo en ambientes de atención.
<p>Para las comunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso mejorado a la atención, en particular para grupos marginados. • Mejores resultados de salud y comunidades más saludable, incluidos comportamientos de procura de la salud. • Mejor capacidad de las comunidades para administrar y controlar las enfermedades infecciosas y responder a las crisis. • Mayor influencia y mejores relaciones con los proveedores de atención, que crean conciencia en la comunidad y confianza en los servicios. • Mayor compromiso y representación participativa en la toma de decisiones sobre el uso de recursos de salud. • Aclaración sobre los derechos y responsabilidades de los ciudadanos. • Atención que responde mejor a las necesidades de la comunidad. 	<p>Para los sistemas de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite un cambio en el equilibrio de la atención por lo que la dotación de recursos se acerca más a las necesidades. • Mayor equidad y mejor acceso a la atención para todos. • Seguridad mejorada para el paciente mediante la reducción de errores médicos y eventos adversos. • Aumento de programas para la detección y prevención. • Mejora de la precisión diagnóstica y referencias apropiadas y a tiempo. • Reducción de las hospitalizaciones y duración de la estancia, a través de una atención primaria renovada y servicios de atención comunitaria, así como mejor gestión y coordinación de la atención. • Reducción del uso innecesario de las instalaciones de atención médica y tiempos de espera para la atención. • Reducción de la duplicación de inversiones y servicios de salud. • Reducción de los costos generales de la atención per cápita.
<p>Fuente: Modificado de World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.</p>	

Colocar a las personas y comunidades en el centro, en la planificación de los servicios de salud, de forma que los haga más completos y receptivos, más integrados y accesibles, nos ofrece un método coordinado para abordar el diverso rango de las necesidades de salud.³⁵

2.5.1 Curso de vida y atención continua

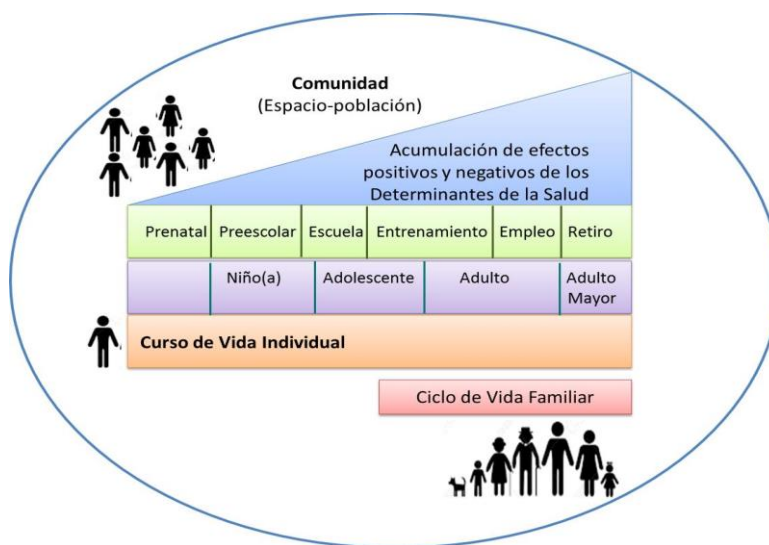
³⁵ World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.

Las principales vías y mecanismos a través de los cuales los determinantes afectan la salud de las personas pueden verse en el curso de vida individual y familiar. Estas perspectivas reconocen explícitamente la importancia del tiempo, al entender las relaciones causales entre las exposiciones del entorno y los resultados a nivel individual, en la historia natural de la enfermedad, a nivel familiar a través de generaciones, como a nivel comunitario, en las tendencias de enfermedades a nivel poblacional³⁶.

Pueden existir períodos críticos, cuando una exposición que actúa durante un tiempo específico tiene efectos duraderos o permanentes en las personas y éstos no son modificados sustantivamente por experiencias posteriores.

Cuando están presentes estos períodos críticos, la oportunidad en la implementación de las intervenciones se vuelve crucial. La acumulación de los factores que aumentan el riesgo de enfermedad o promueven la buena salud, puede ser gradual en el curso de vida, aunque también puede haber períodos de desarrollo cuando sus efectos tienen mayor impacto en la salud posterior, que los factores que operan en otros momentos.

Figura 11. Etapas del desarrollo en el curso de vida y su relación con el entorno.




Fuente: Modificado de: Marmot M (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England.

El énfasis en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, según las particularidades de cada grupo de edad, redundará en una disminución de la incidencia de las enfermedades, impactando positivamente en su bienestar y puede fomentar una mejor respuesta a las necesidades de prestación, con mayor responsabilidad y participación de los individuos, familias y comunidades en el cuidado de su salud (incluyendo el autocuidado).

Los dos enfoques de la continuidad son entonces necesarios para la atención centrada en las personas. La *continuidad horizontal* o longitudinalidad, con el abordaje de las personas

³⁶ WHO (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 40 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

en las diferentes fases del curso de vida, desde la etapa nacimiento, desarrollo (niño, adolescente, adulto y adulto mayor) hasta la muerte; y la *continuidad vertical*, que aborda la atención de las personas con un problema de salud, en los diferentes Niveles de Atención que conforman la red de Servicios de Salud.

2.5.2 Interculturalidad

La interculturalidad en salud se entiende como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, así como, los aspectos biológicos, sociales y relacionales. Se refiere también, a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades.³⁷

El enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar y valorar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud, dentro de un sistema que busca más igualdad para todos en el proceso de atención.³⁸

En consecuencia, el tema de la pertinencia cultural en la Prestación de Servicios de Salud trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano, como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.³⁹

2.5.3 Perspectiva de Género en Salud

Introducir la perspectiva de género en la Prestación de Servicios de Salud, supone reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud, así como en los riesgos de enfermar o morir de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente. La perspectiva de género implica la búsqueda de la equidad en salud, entendiendo como tal, que todas las personas tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud.

El reto es eliminar las barreras institucionales y desventajas históricas que limitan el acceso igualitario a los servicios de salud y la utilización efectiva de los mismos así también, facilitar en las mujeres y en los hombres el fortalecimiento de su autonomía y de cuidado mutuo.


Además de conocer el grupo étnico de las personas, el enfoque de género, “permite identificar los significados, las relaciones y las identidades construidas socialmente como resultado de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres y los obstáculos particulares que enfrentan ambas poblaciones.”⁴⁰

³⁷OPS/OMS (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington D.C.

³⁸OPS/OMS (2009). Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington D.C.

³⁹ Alarcón A. et al (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev.Méd Chile; 131(9): 1061-1065.

⁴⁰ CCSS. Revista El Seguro. Número 1.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 41 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, definen la identidad de género y orientación sexual, donde la primera es el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos, es el marco de referencia construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La orientación sexual es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual, puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales.⁴¹

2.5.4 Necesidades de salud de la población

Las necesidades de salud se definen como el conjunto de requerimientos para alcanzar el mayor nivel de salud posible.

Al respecto, es importante considerar que la salud de las personas está influenciada por muchos determinantes y su mantenimiento es responsabilidad de varias instituciones, pero sobre todo de las mismas personas y que no puede ser abordada solo por los servicios; siendo imperativo que tanto el Equipo de Atención, como la población que atienden, sean conscientes de los recursos y necesidades de salud, dentro de su comunidad y contribuyan a su identificación. De esta forma, las necesidades y los determinantes puedan ser identificados para que la institución más apropiada, planifique satisfacer esas necesidades.⁴²

La realización periódica de evaluaciones de necesidades de prestación de servicios⁴³ en las Áreas de Salud, contribuye a definir la responsabilidad de los servicios de ofrecer una respuesta diferenciada, acorde con las necesidades de cada espacio poblacional⁴⁴. Esta a su vez, deberá reflejarse en la rendición de cuentas de la responsabilidad de los Equipos, sobre el total de las personas del espacio población asignado.

Las necesidades por satisfacer no pueden verse en términos de producción de servicios prestados, sino en necesidades de prestación de servicios de salud atendidas⁴⁵. Para realizar esto, es importante identificar necesidades y no deseos como punto de partida (ver recuadro siguiente).

Recuadro 6. Tipología de necesidades

Necesidad sentida	Lo que deseo. Son percepciones individuales de variaciones de la normalidad en salud.
--------------------------	---

⁴¹ http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_de_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf

⁴² Wright J, Williams R, Wilkinson J (1998). Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment. BMJ April; 316(7140): 1310-1313.

⁴³ Wright J, Williams R, Wilkinson JR (1998). Health Needs Assessment- Development and importance of health needs assessment. BMJ; 316:1310-1313.

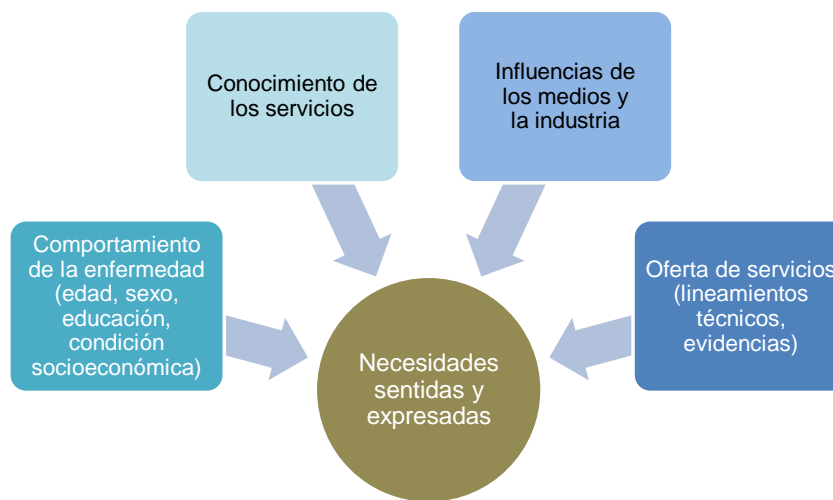
⁴⁴ Modificado de CCSS (2009). Conjunto de Servicios a Contratar a Proveedores Externos. DGGRRSS. DDSS. DCSS. DGRSSCS. San José.

⁴⁵ Wright J (1998). Epidemiological issues in health needs assessment. BMJ; 316(7141): 1379-82.

Necesidad expresada	Vocalización de la necesidad, cómo las personas usan el servicio de salud.
Necesidad normativa	Una necesidad de salud, basada en juicio profesional, que puede ser abordada por una intervención.
FUENTE: National Health Service (NHS) (2005). Health Needs Assessment A Practical Guide. London.	

En términos amplios, las necesidades sentidas y expresadas de Prestación de Servicios de Salud son influenciadas por un amplio rango de factores (ver Figura siguiente).

Figura 12. Factores que influyen las necesidades sentidas y expresadas.




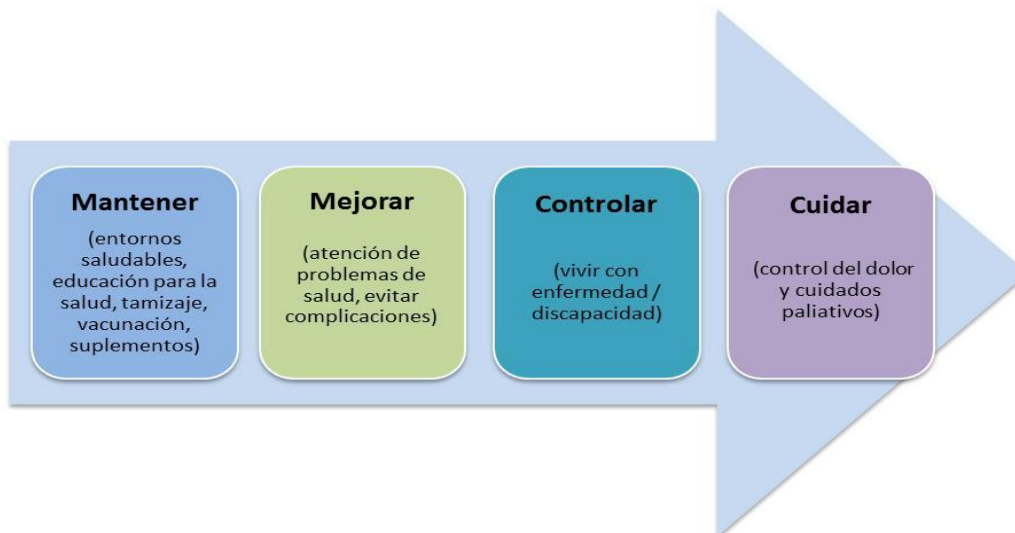
FUENTE: Wright J, Williams R, Wilkinson J (1998). Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment. BMJ April; 316(7140): 1310-1313.

Los servicios de salud deben desarrollar habilidades y conocimientos para proveer el mejor y más apropiado cuidado a las personas. Es necesario planificar el desarrollo y la Prestación de Servicios de Salud, para responder a las necesidades de prestación de servicios de la salud de la población y reducir las inequidades en salud.

En la figura siguiente se esquematizan los principales ejes de necesidades de prestación de servicios de salud, con algunos ejemplos de intervenciones de salud para cada eje.

Figura 13. Ejes de las Necesidades de Prestación de Servicios de Salud.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 43 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01



Fuente: Modificado de CCSS. Plan de Compra 2010-2015. DCSS. San José 2009.

Desde la perspectiva de la Prestación de Servicios de Salud, las necesidades de la población se deben definir considerando, tanto las intervenciones para atender las necesidades derivadas de las etapas del curso de vida, como los problemas de salud del País, entendidos como todo aquello por lo que la gente sufre, enferma, demanda servicios de salud, se incapacita o muere⁴⁶.

2.5.5 Identificación de Riesgos

La prevención (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria), debe ser una de las prioridades en la atención.


Las complicaciones son producto de la poca adherencia al tratamiento, así como de abordajes terapéuticos que no se modifican a la luz de la información disponible, que identifica situaciones de riesgo, incluyendo los reportes de laboratorio u otros parámetros. La demostración de la ausencia de control óptimo de las enfermedades no transmisibles toma una gran relevancia para la organización en Red de Servicios de Salud y hace imperativa la revisión del abordaje de los riesgos por los servicios de salud.

Un factor de riesgo se puede definir como “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas, asociada a probabilidad de estar potencialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido”⁴⁷, en cualquiera de las áreas (biológica, psicológica y social).

Un grupo de riesgo es “el atributo a un grupo que le permite mayor incidencia de una determinada patología o alteración, en comparación con otros grupos poblacionales que

⁴⁶ CCSS. Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006. San José, 2000.

⁴⁷ Belkis. (2011.). Definiciones acerca del Riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana de Higiene, Epidemiología y Microbiología. 49(3)., 470-481.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 44 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

están en mayor o menor probabilidad⁴⁸. De esta forma, la selección de grupos hace necesario concentrar los recursos en ciertas áreas, colectivos o programas.

Existe una serie de mensajes clave en el abordaje de la persona según el riesgo:

- En personas aparentemente sanas, el riesgo es resultado de la interacción de múltiples factores predisponentes.
- Un sistema de estimación del riesgo puede ayudar a tomar decisiones lógicas para el manejo de la enfermedad y evitar los tratamientos deficientes o excesivos, fomentando no sólo la atención de la enfermedad, sino también practicando la prevención cuaternaria.
- Los individuos con un riesgo elevado para alguna enfermedad precisan una intervención inmediata en todos los factores que lo afecten, sin necesidad de realizar un cálculo específico.
- En personas jóvenes, un riesgo absoluto bajo puede encubrir uno relativo muy alto, por lo que también son un blanco importante para realizar estrategias de cambio de estilo de vida.
- Todos los sistemas de estimación del riesgo requieren una interpretación adecuada.
- Si no se alcanzan los objetivos para un factor de riesgo específico, se puede reducir el total con intervenciones más intensivas en otros factores.⁴⁹

De acuerdo con la OPS:

“El curso de vida se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud. El enfoque provee una visión más integral de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida y responda a los determinantes sociales.”⁵⁰

La visita domiciliaria se constituye en la principal estrategia de atención primaria, que permite al Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) observar, describir y detectar los eventos o situaciones -presentes en la comunidad- relacionadas con la salud y que, a su vez, son un valioso insumo para el enfoque de riesgos. No obstante, cualquier integrante del personal que atiende a las personas en los servicios de salud y fuera de ellos, puede identificar factores de riesgo y procurar acciones concretas para su atención a tiempo.

2.5.6 Espacio Población

48 Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 15(4), 1-10.

49 CCSS-OPS. (2015.). Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. San José, Costa Rica.: EDNASSS.

Existe una distribución heterogénea de la salud, la enfermedad y sus determinantes en los diferentes grupos poblacionales y los espacios geográficos donde viven, los cuales se pueden subdividir en segmentos de espacio población con características similares. En estos segmentos, se identifican y priorizan las necesidades de prestación de servicios de salud y consecuentemente, se diseña y ajusta la prestación para satisfacerlas.

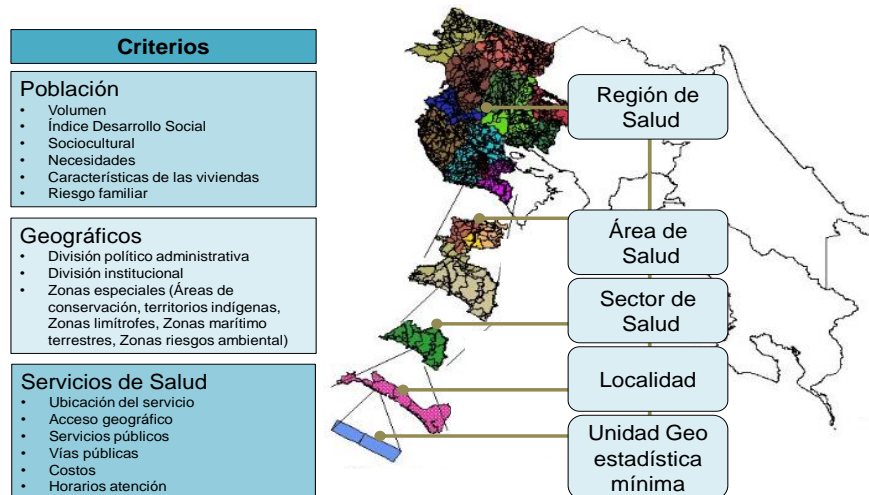
Los espacios- población se refieren a “segmentos geográficos, territorialmente continuos, en los cuales devienen grupos humano semejantes en sus determinantes de salud, y consecuencia a sus necesidades de prestación de servicios de salud”.⁵⁰

Con el fin de concretar el enfoque centrado en las personas, es necesario delimitar los espacios- población que serán objeto de atención por parte de los servicios de salud, tales como: la jurisdicción territorial de cada establecimiento, que se conoce como área de atracción y la población que habita allí o, población adscrita.

Debido a que en el desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud los espacios población son la base de la atención, para definir los límites geográficos de las áreas de atracción, las poblaciones adscritas y alcanzar la mayor cobertura posible con el mejor uso de los recursos disponibles, se plantean una serie de criterios mínimos que permitan concretar esos espacios población con mayor precisión (ver Figura siguiente).


De forma paulatina, la relación entre las necesidades de prestación de servicios de salud y la oferta de servicios, deberá ser ajustada periódicamente, con el propósito de determinar su desarrollo y el impacto de la Institución en el proceso de prestación, particularmente en el Primer Nivel de Atención.

Figura 14. Criterios mínimos para definir límites de los espacios población.



FUENTE: CCSS (2017). Metodología para la definición de los Espacio Población. PFPSS. San José.

⁵⁰ CCSS (2017). Metodología para la definición de los Espacio Población. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 46 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

La definición de espacios población, podría contribuir significativamente al acceso a los servicios por parte de la población y servir de base para la respuesta a los retos y desafíos de la prestación de servicios de salud a la población de todo el País.

Todo ese compendio de información debe ser esgrimida en cada ejercicio de toma de decisiones concernientes a la definición de los Sectores, como base para la definición de Áreas de Salud y éstas a su vez de RIPSS. Es importante señalar que producto del dinamismo que presentan estos espacios, resulta necesario realizar revisiones periódicas de estos, por lo que la aplicación del método se concibe como un proceso de aproximaciones sucesivas en búsqueda del mejor ajuste posible.

El fin debe ser disminuir la gran variabilidad, presente en la actualidad, en la distribución de recursos para la prestación de servicios de salud y dar seguimiento a la población y a su medio ambiente, considerando las divisiones geopolíticas y los aspectos multidimensionales de los determinantes de la salud.

2.5.7 Atención Integral e integrada

La conceptualización sobre la integralidad en salud vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes de la salud y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares, que no pueden ser estandarizadas⁵¹. Este enfoque corresponde al Sistema de Salud y Estado.

En la Prestación de Servicios de Salud, se define la atención integral como una aproximación que brinda cuidados al individuo como un todo; permitiendo comprender sus necesidades de salud, con el objetivo de buscar soluciones más completas⁵². Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en las personas y sus necesidades y problemas de salud.⁵³

Lo anterior requiere utilizar los servicios de varios profesionales trabajando conjuntamente en forma multi e interdisciplinaria, por medio de la ejecución de intervenciones que cubren el espectro disponible para la atención.

Este espectro contiene intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación⁵⁴. Claramente el énfasis debe darse en las intervenciones en etapas previas y tempranas del proceso salud- enfermedad, para lograr un mayor impacto en salud.


Adicionalmente, esta integralidad implica necesariamente que la Prestación de Servicios de Salud reconozca la participación de la familia y comunidad en el proceso de salud y

⁵¹ CCSS, UCR (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José.

⁵² CCSS, UCR (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José.

⁵³ A.Martín Zurro y otros (2014). Atención Primaria: Principios, Organización y Métodos en Medicina de Familia. 7ª edición. Elsevier, S.L. Barcelona, España

⁵⁴ CCSS (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 47 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

enfermedad⁵⁵. Las dimensiones del individuo, la familia y la comunidad, están correlacionadas entre sí, influyéndose unas a otras; por tanto, la atención integral sólo está completa cuando actúa en las tres dimensiones⁵⁶. Conocer estas condiciones, facilita la labor preventiva, diagnóstica y terapéutica de los servicios de salud.

En el fortalecimiento de la prestación, los servicios integrados en la CCSS, se pueden definir como “la gestión y entrega de servicios de salud, de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud.”⁵⁷ Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y reinserción social, que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas.

Los servicios integrados deben basarse en una identificación de las necesidades de salud, de las barreras para una expansión equitativa de los servicios y de los recursos disponibles⁵⁸.

2.6 Equipo de salud

Para brindar una atención integral y resolutive, se requiere la presencia de diferentes formaciones técnicas y profesionales y alto grado de articulación entre éstos, de modo que no sólo las acciones sean compartidas, sino que también haya un proceso interdisciplinario, en el cual progresivamente, los núcleos de competencia específicos vayan enriqueciendo el campo común, ampliando de esta forma, la capacidad de cuidado de todo el equipo. Esa organización presupone que el proceso de trabajo enfocado en procedimientos e intervenciones pase a tener como centro las personas.⁵⁹

Además, la constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera reunión física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales, que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas, de acuerdo a la capacitación técnica de los funcionarios de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.

De esta forma, la composición de un equipo de primer nivel de atención debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende.

Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual


⁵⁵ CCSS, UCR (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISS, SEP. San José.

⁵⁶ Ministerio de Salud del Perú (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima.

⁵⁷ WHO (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva, 2008.

⁵⁸ WHO (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva, 2007.

⁵⁹ Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria. Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) : Manual instructivo / Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Básica. – Brasilia: Ministerio da Salud, 2012.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 48 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.⁶⁰

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos de salud de la APS es el trabajo de equipos multidisciplinarios. Sin embargo, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y circunstancias.

El equipo de salud es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales, que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS, en el seno de una comunidad determinada.

Características del trabajo en equipo:⁶¹

- Que tengan objetivos comunes
- Clara comprensión de sus funciones
- Coordinación de técnicas y conocimientos
- Organización flexible y consensuada
- Participación de todos en la toma de decisiones y responsabilidad final

Los profesionales del equipo de salud desempeñan un papel central en todo lo relacionado con la forma en que se utilizan los servicios. Su situación *como puerta de entrada* del sistema les proporciona una capacidad importante para delimitar cuánto, cómo y dónde ha de gastarse en la atención de un problema de salud determinado y para una persona en concreto.

El Equipo de Salud, asume diferentes responsabilidades en el cuidado integrado durante todas las etapas del desarrollo del proceso salud- enfermedad. Estas etapas requieren una respuesta diferente de la prestación, por lo que la definición de roles y funciones en la organización de la prestación será de gran importancia para alcanzar los objetivos de la prestación.

2.7 Organización de los servicios de salud

La Institución organiza la Prestación de Servicios de Salud en: Componentes, Niveles de Atención y Redes. A continuación, se describe cada uno de estos elementos de la organización institucional.

⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, 2008.

⁶¹ Modificado de Gilmore M. The work of the nursing team in General Practice. Council for the education and training of healthy visitors. London: Clifton House, Euston RD, 1974.

Figura 15. Organización de la Prestación de Servicios de Salud



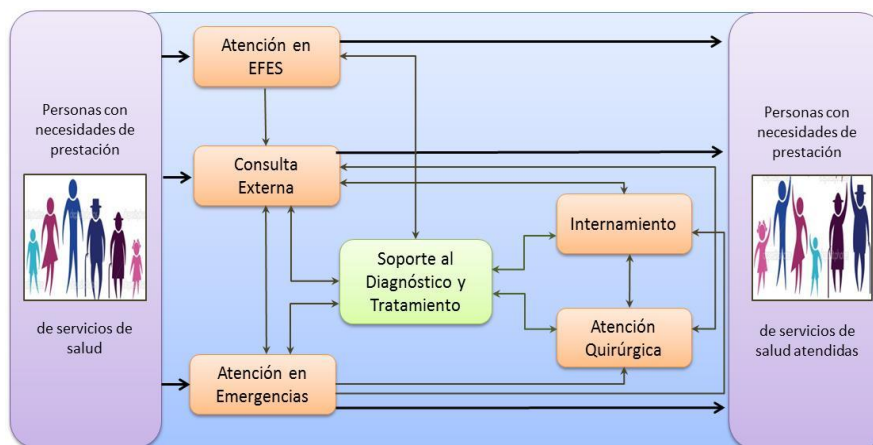
Fuente: Modificado de: CCSS. Propuesta Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Ajustada para prueba de campo. 2016.

2.7.1 Componentes de la Prestación

Los servicios deben contar con mecanismos, que permitan la adaptación continua a la situación compleja y dinámica que atienden. Al interior de cada Nivel, la atención se organiza por Componentes de Prestación.

Los Componentes se definen como el conjunto de elementos que - en forma articulada, permiten la Prestación de Servicios de Salud. Las relaciones que existen entre ellos delimitan el flujo de atención de la persona en el continuo asistencial. Estos componentes y sus relaciones se ilustran en la siguiente figura.

Figura 16. Flujo de atención en los Componentes de la Prestación de Servicios de Salud.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se conceptualizan los diferentes Componentes de la Prestación de Servicios de Salud definidos institucionalmente.

2.7.1.1 Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud

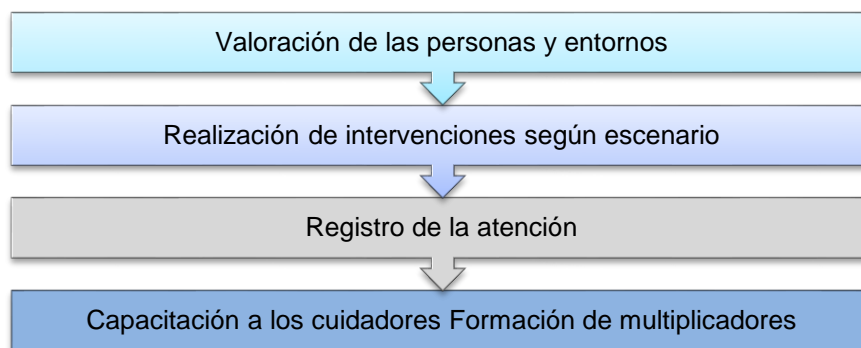
La Atención en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), es la prestación de servicios extramuros que permite el abordaje de la población en diferentes momentos y espacios. Lo anterior, implica que el personal de salud debe desplazarse a los escenarios donde se encuentran las personas, donde residen, estudian, conviven y trabajan, constituyéndose en la característica principal de este componente.

El objetivo general de la Atención en EFES es la prestación de intervenciones de salud con enfoque poblacional, con énfasis en la educación para la salud, el fomento de entornos saludables y la disminución de los factores de riesgo.

Incorpora de forma activa la participación de las personas como responsables de su salud, mediante el fortalecimiento de factores protectores. Para el éxito de la prestación de servicios en EFES, esta participación es prioritaria, por ser un medio que ayuda a las personas a definir sus necesidades y búsqueda de estrategias para satisfacerlas, lo cual facilita la implementación de acciones que aseguren su aceptación, participación y responsabilidad.

Este Componente presta servicios a través de los pasos mencionados en la siguiente Figura.

Figura 17. Pasos del Componente de Atención en EFES.

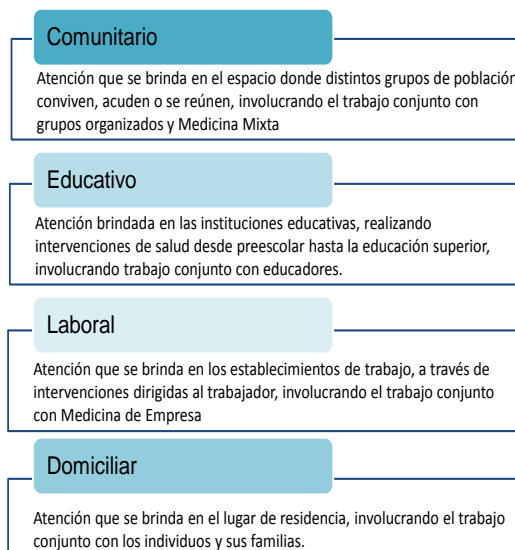


Fuente: Elaboración propia.

El recurso humano institucional a cargo de la Atención en EFES, lo constituye principalmente el Equipo de Apoyo, con soporte del EBAIS cuando se requiera.

Los escenarios donde se desarrolla la Atención de EFES se describen en la figura siguiente.

Figura 18. Tipos de Escenarios en la Atención Fuera de los Establecimientos de Salud.

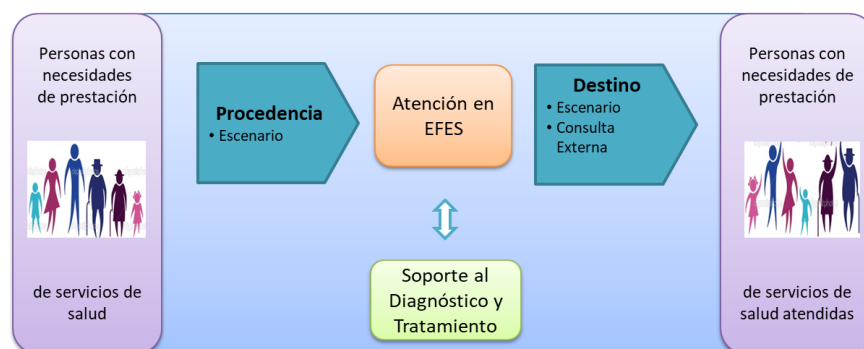


Fuente: Modificado de (La Palma). El escenario de la intervención comunitaria. Revista de psicología de Universidad de Chile. Santiago, 2001.

El acceso a los servicios de este Componente se da mediante el desplazamiento del personal de salud, a partir de una programación de la atención coordinada entre los Equipos de Salud y el personal de salud responsable de otros centros o instituciones.

La siguiente figura muestra el flujo de atención en la atención en los Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud.

Figura 19. Flujo de atención en Atención en EFES.



Fuente: Elaboración propia.

Producto de la atención, el personal de salud determinará si la persona requiere servicios adicionales de Consulta Externa o de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, ante lo cual, la referirá con la solicitud de atención requerida al Establecimiento correspondiente.

2.7.1.2 Consulta Externa

La Consulta Externa es el proceso asistencial ambulatorio en el que se establece el diagnóstico, junto con su correspondiente tratamiento, y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo determinado para recibir la información necesaria. La atención se brinda, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de prestación de servicios de las personas, procurando minimizar el riesgo de enfermar, así como restaurar y/o conservar su salud.

Este componente está caracterizado por los elementos enumerados en la siguiente Figura.

Figura 20. Elementos que caracterizan la Consulta Externa.




FUENTE: Modificado de CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS. Área de Consulta Externa. AES. Año 2012.

La Consulta Externa incluye los pasos descritos en la siguiente Figura.

Figura 21. Pasos de Consulta Externa.



Fuente: Elaboración propia.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 53 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		

Esta consulta, puede clasificarse en varios tipos, según la perspectiva; los cuales se describen en el recuadro siguiente.

Recuadro 7. Tipos de Consulta Externa según perspectiva.

Perspectiva	Tipos de consulta	Descripción
Cantidad de personas que reciben la atención	Individual	Atención impartida a la persona.
	Grupal	Atención impartida a varias personas. Incluye la consulta familiar.
Cantidad de personas que imparten la atención	Unidisciplinaria	Atención impartida por un profesional de salud.
	Multidisciplinaria	Atención impartida por más de un profesional de salud de diferente disciplina.
Perfil profesional de la persona que imparte la atención	Personal de Salud	Atención impartida por Medicina (General y/o Especialista), Odontología, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Farmacia, entre otros.
Lugar de atención	Consultorio	Atención impartida en un consultorio del establecimiento al que asiste la persona.
	Sala de reunión	Por uno o varios profesionales, para la consulta grupal
	Domicilio	Atención en el domicilio de la persona por cualquier profesional.
	Teleconsulta (a distancia)	Atención impartida en forma virtual, mediante el uso de la tecnología, por un especialista que se encuentra en un establecimiento diferente al que se encuentra el individuo.
Presencia física de la persona que consulta	Directa	Atención que se brinda por un profesional de salud al individuo que asiste al establecimiento de salud.
	Indirecta	Atención que brinda un profesional de salud por medio de un tercero (familiar o allegado al individuo objeto de la atención), en forma circunstancial, por impedimento asociado a la condición de salud de ésta, misma que le impide asistir al establecimiento de salud. Incluye también la teleconsulta.

FUENTE: Modificado de CCSS (2012). Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José.

Se debe disponer de los registros apropiados para diferenciar los tipos de consulta, de forma que permita su planificación, para dar respuesta a las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas en la Red de Servicios.

A continuación, se presenta el flujo de atención de este componente de acuerdo con la siguiente figura:

Figura 22. Flujo de atención en Consulta Externa.



Fuente: Elaboración propia.

Cuando se atiende a una persona referida y es dada de alta por el Nivel de Atención, debe realizarse una contra referencia, con el fin de continuar su cuidado de la salud en el centro médico correspondiente y comunicar lo actuado. Esto implica establecer diferentes estrategias de coordinación entre establecimientos de la red, que permitan el transitar de las personas por los servicios que su condición requiera.

Al plantearse la mejora en el proceso de consulta externa, debe abordarse de manera conjunta con los otros componentes, debido a que se afectan y condicionan mutuamente.

2.7.1.3 Atención de Emergencias

La Atención de Emergencias se refiere a la atención no programada cuyo objetivo es dar respuesta rápida, a las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas que acuden al establecimiento, por un evento agudo en grado variable de severidad. La Atención de Emergencias se brinda a las personas que acceden con condiciones de urgencia y emergencia (ver recuadro siguiente).

Recuadro 8. Condiciones en la Atención de Emergencias.	
Urgencia	Es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la percepción de una necesidad inminente de atención por parte del individuo que la sufre o de su familia (OMS) ¹ .
Emergencia	Es una condición de salud que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad de tal manera que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención inmediata pudiera poner en grave peligro la salud del individuo, causar deterioro grave de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano ² .
FUENTES: ¹ Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid. ² Bitterman, R (2013). Is “Severe Pain” considered an emergency medical condition under EMTALA? ACEP.	

El componente de Atención de Emergencias incluye los pasos enumerados en la siguiente Figura.


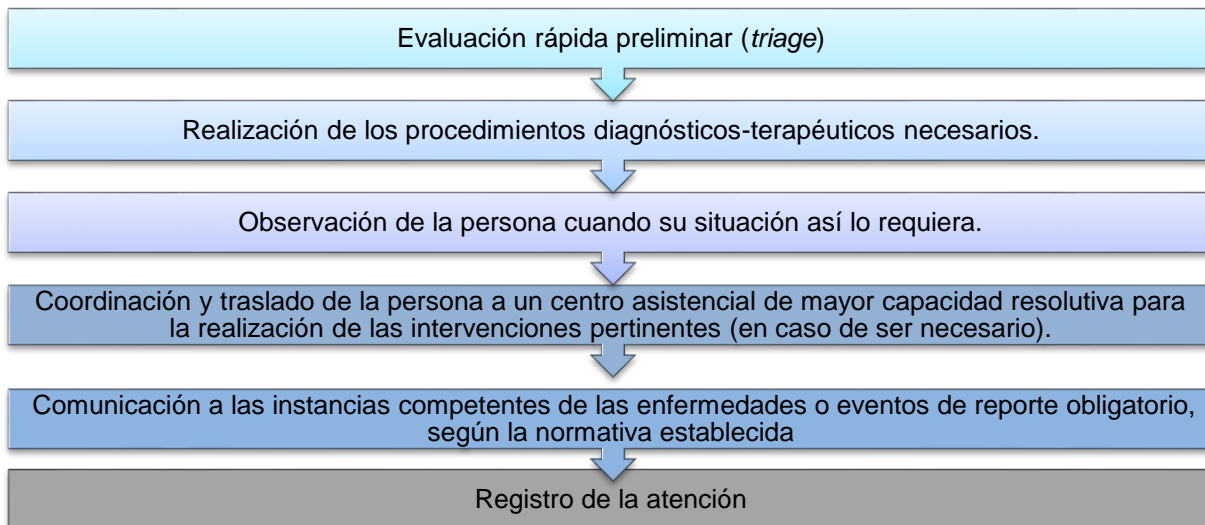
	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 55 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Figura 23. Pasos de la Atención de Emergencias.



Fuente: Elaboración propia.


La atención a las personas con situación de urgencia o emergencia se brinda en todos los establecimientos de la Red de Servicios de Salud en espacios destinados para ello, sea un consultorio, una Unidad o un Servicio de Emergencias. Este servicio es el espacio de mayor complejidad y ofrece asistencia multidisciplinaria; está ubicado en un área específica del establecimiento, que debe garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las personas en condiciones más complicadas.

La definición de la ubicación de los espacios para la atención de emergencias y su horario de atención es un ejercicio de planificación, que debe estar en concordancia con la necesidad de prestación de las personas y la capacidad resolutive y nivel de complejidad de cada establecimiento, determinado conforme con la organización de la Red de Servicios de Salud.

Este sistema se organiza en red, integrada por los establecimientos que atienden urgencias en el Primer y Segundo Nivel y los Servicios de Emergencia Hospitalarios. La Red debe definir roles para cada nivel asistencial e inducir el uso adecuado por las personas, de acuerdo con la complejidad. Lo anterior permite mejorar la accesibilidad y disminuir la presión hacia los centros hospitalarios.

Además de las atenciones de urgencias y emergencias habituales que los establecimientos hacen en el contexto de las necesidades de su red asistencial, éstos deben estar preparados para reaccionar coordinadamente con las autoridades, nacionales e internacionales ante accidentes masivos, incendios, y catástrofes naturales.

La demanda de la Atención de Emergencias está determinada en gran medida por el sentir de las personas, de sus acompañantes o del personal de salud que lo valora inicialmente y lo refiere, respecto a su aparente estado de gravedad o por estar en serio peligro su vida o integridad física.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 56 de 128
	MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1

La persona puede acceder a la Atención de Emergencias de forma directa (sea por sus propios medios o mediante servicio de ambulancia pública o privada), referido de otro establecimiento o de otro servicio en el mismo establecimiento.

Figura 24. Flujo en la Atención de Emergencias.



Fuente: Elaboración propia.

Al iniciar la atención, se debe realizar el *triage* para definir la conducta a seguir (ver recuadro siguiente).

Recuadro 9. Clasificación de las personas en los servicios de emergencias

Se ha definido al *triage*, como el proceso de valoración clínica preliminar que clasifica a las personas en función de la gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido con el recurso apropiado.

El *triage* es realizado por personal capacitado mediante una clasificación de las personas basado en la:


- Evaluación y determinación de la severidad de los problemas presentados
- Inclusión de la persona en alguna de las categorías del *Triage*
- Asignación de un tratamiento apropiado
- Asignación efectiva y eficiente de los adecuados recursos de salud

Su objetivo es identificar las personas que necesitan ser atendidas de primero y crear una lista prioritaria por nivel de gravedad (o riesgo) de aquellas que puedan esperar por tratamiento, atendiendo de primero a las que presenten condiciones más graves para reducir el riesgo de que su condición se deteriore aún más.

Modificado de: Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia (2013). Sistema Canadiense de *Triage* para los Servicios de Emergencias. Capacitación CTAS. Manual del participante, San José.

Posterior a la atención, la persona es dada de alta o trasladada para cuidados continuados en Consulta Externa, en el nivel asistencial que corresponda mediante referencia; indicando lo actuado, las condiciones del alta y los cuidados posteriores.

Cuando la gravedad de la situación así lo requiera, se enviará a la persona para Atención Quirúrgica o Internamiento. En este caso, el Servicio de Emergencias debe disponer de

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 57 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

las facilidades para el uso de las Salas de Operaciones del establecimiento con carácter de prioridad⁶².

El Componente de Atención de Emergencias tiene relación con los Componentes Consulta Externa, Internamiento, Atención Quirúrgica y, en particular, con Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.


2.7.1.4 Atención Quirúrgica

Constituye el modo asistencial de las intervenciones quirúrgicas o cirugías, en respuesta a las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas, en un marco que optimice la calidad y seguridad.

La prestación de intervenciones en la Atención Quirúrgica se clasifica en diversos tipos, según la perspectiva que se utilice (ver recuadro siguiente).

Recuadro 10. Tipos de Atención Quirúrgica.		
Perspectiva	Atención Quirúrgica	Descripción
Objetivo	Diagnóstica	Intervención para determinar el origen de síntomas o extensión de una lesión o enfermedad. Por ejemplo: Biopsia, laparoscopia diagnóstica.
	Terapéutica	Se realiza para reparar, sustituir o eliminar tejidos enfermos.
Prioridad	Electiva	Intervención que a pesar de ser necesaria hay tiempo para evaluar los riesgos y beneficios e identificar la conducta a seguir.
	Programada	Intervención en la que no existe una necesidad especial de rapidez para su realización por lo que permite su programación.
	Urgente	Intervención que requiere una realización rápida, lo antes posible. Su retraso puede ser peligroso para la persona.
	Emergencia	Intervención que requiere una realización inmediata para salvar la vida de la persona.
Complejidad	Menor	Intervenciones de escasa complejidad realizados bajo anestesia local, que se practica en personas que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, y que no requieren de período de observación en el postoperatorio.
	Mayor	Intervenciones que por lo general requieren del uso de anestesia general o bloqueo nervioso e involucran más riesgo para la persona, requiriendo período de observación postoperatoria.
Técnica	Cirugía abierta	En la que se realiza una incisión larga para acceder a los órganos dentro de una cavidad y operar sobre ellos.

⁶² Poder Ejecutivo (1971). Reglamento General de Hospitales Nacionales. N°1743-SPPS. Alcance 71, La Gaceta 143, MS. San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 58 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1 CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 10. Tipos de Atención Quirúrgica.


Perspectiva	Atención Quirúrgica	Descripción
quirúrgica	Cirugía mínimamente invasiva	En la que se realiza una pequeña incisión, a través de la cual se introduce un endoscopio en la cavidad que se va a estudiar (articulación, tórax, abdomen, etc.) obteniendo una imagen de las estructuras en un monitor y a través de la manipulación externa de otros instrumentos, se exploran los órganos que contiene la cavidad para establecer un diagnóstico u operar sobre ellos.
Perfil profesional	Generalista	Intervención realizada por Profesional en Medicina General o Medicina Familiar y Comunitaria.
	Especializada o Subespecializada	Intervención realizada por Profesional Médico especializado o subespecializado.
	Odontológica	Intervención realizada por Profesional en Odontología
Modo asistencial	Cirugía Ambulatoria	Cirugía utilizando anestesia general, regional o local, con sedación o vigilancia anestésica, necesita un período corto de observación y no amerita el internamiento. Se utilizan como sinónimos Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía sin ingreso o Cirugía de día.
	Cirugía con internamiento	Implica la admisión y la utilización de una cama de dotación normal para pernoctar en el establecimiento, para su recuperación y cuidado posoperatorio.
FUENTE: Modificado de: Arias J, et al (2001). <i>Generalidades Médico Quirúrgicas</i> , Editorial Tebar. España:269.		

La cirugía con internamiento de corta estancia se refiere a intervenciones quirúrgicas que requieren de un período corto, (menos de tres días) de hospitalización y cuyos cuidados posquirúrgicos se realizan en unidades de prestación específica, que requieren hospitalización breve, son dados de alta tan pronto como su condición clínica se resuelva.

La cirugía con internamiento se realiza en salas de operaciones o quirófanos, que forman parte del Bloque Quirúrgico (BQ), entendido como la organización de personal de salud, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos, con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar esta actividad.

Su funcionamiento debe de ser continuo, sin interrupciones, y cumplir con las especificaciones que dicta la normativa vigente, para garantizar la seguridad y la salud tanto de la persona como de los trabajadores, por lo que el diseño y el mantenimiento cobran relevancia.

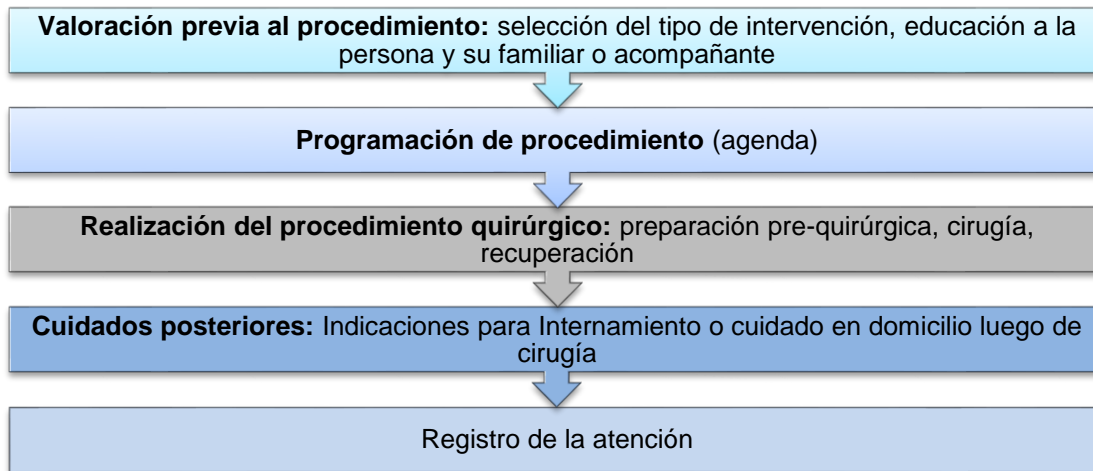
También se incluye la cirugía mínimamente invasiva, la cual utiliza técnicas de endoscopia o la cirugía laparoscópica y percutánea, que brindan tratamiento quirúrgico ofreciendo una serie de ventajas frente a la cirugía tradicional o abierta, tales como reducción del dolor, rápida recuperación, reducción de estancia hospitalaria, entre otros. Este tipo de cirugía se puede realizar en quirófanos del BQ general, por ejemplo, para cirugía laparoscópica abdominal o ginecológica; o en quirófanos ubicados en otros

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 59 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

espacios destinados para este tipo de intervenciones, como por ejemplo, Salas de Hemodinamia en el caso de la prestación de servicios de cardiología intervencionista.

La Atención Quirúrgica incluye algunos pasos básicos, que se enumeran en la siguiente figura.

Figura 25. Pasos de la Atención Quirúrgica.



Fuente: Elaboración Propia.

La valoración previa al procedimiento o preoperatoria clasifica a la persona de acuerdo con su condición de salud, evalúa el riesgo y establece la conducta perioperatoria⁶³.

La persona accede a la Atención Quirúrgica desde la Consulta Externa, de la Atención de Emergencias o del Internamiento, en el caso de hospitales.

Las cirugías menor y ambulatoria tienen como puerta de entrada la Consulta Externa, aunque en casos fortuitos, pueda requerirse el internamiento posterior a una ambulatoria. A la cirugía con internamiento, se accede, además, desde cualquier servicio de Internamiento; en este caso, el Bloque Quirúrgico funciona como una unidad intermedia que provee servicios (la intervención quirúrgica), generalmente a las especialidades quirúrgicas y ocasionalmente a las médicas⁶⁴.

Una vez brindada la Atención Quirúrgica, se procede al alta o al seguimiento (cuidados continuados), en Consulta Externa del mismo establecimiento o referencia a otro establecimiento. (ver figura siguiente).

⁶³ Troncoso V (2011). Evaluación preoperatoria. Rev. Med. Clin. Condes; 22(3) 340-349.

⁶⁴ Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Bloque Quirúrgico Estándares y Recomendaciones. Madrid.

Figura 26. Flujo de la Atención Quirúrgica.



Fuente: Elaboración Propia.

Se debe tener presente, la necesidad de referir para atención por otras disciplinas cuando sea meritorio. El Componente de Atención Quirúrgica tiene relación intrínseca con los de Consulta Externa, Internamiento, Atención de Emergencias y Soporte al Diagnóstico y Tratamiento. Particularmente, es importante la coordinación adecuada con los servicios de soporte, para brindar un servicio expedito y oportuno, además la adecuada gestión del Bloque Quirúrgico permitirá la mejora del manejo de camas de internamiento.

2.7.1.5 Soporte al Diagnóstico y Tratamiento

El Componente de soporte al diagnóstico y tratamiento apoya la atención de la salud de las personas en los demás componentes. Este apoyo lo brinda mediante dos conjuntos de acciones diagnósticas y terapéuticas, que varían según la complejidad de la atención.

En cuanto al diagnóstico se compone de intervenciones específicas solicitadas por los trabajadores de la salud, para detectar o monitorear la condición de salud de la persona que recibió atención directa. Por su parte, tratamiento es entendido como el conjunto de medios de cualquier clase, cuya finalidad es la curación o el alivio de los síntomas o problemas de salud cuando se ha llegado a un diagnóstico⁶⁵.

Este Componente provee servicios intermedios mediante los pasos enlistados en la Figura siguiente.

⁶⁵ AUA (2011). An Overview of Ancillary Services. The essential resource for your practice. Health Policy Brief. USA, sep, XXI (9).

Figura 27. Pasos de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.




Fuente: Elaboración Propia.

Posterior a la atención, la intervención realizada en el componente de diagnóstico y tratamiento se registra toda la información en el expediente digital único en salud, incluyendo el reporte o nota del personal. La información registrada es luego analizada por el profesional de salud que hizo la solicitud inicial o el especialista correspondiente según el componente del cual fue remitido.

Estos servicios varían según el tipo de prestación (ver Recuadro siguiente).

Recuadro 11. Tipos de Prestación en el Componente de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.	
Tipo	Descripción
Laboratorio Clínico	Realiza exámenes de microbiología y química clínica agrupados en ocho áreas de análisis. CCSS. Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres Niveles de Atención. Coordinación Nacional de Laboratorio Clínico. ARSDT. San José, 2012.
Anatomía Patológica	Realiza el estudio macroscópico, microscópico, histológico, inmunohistoquímico y molecular de diferentes especímenes obtenidos por diversos procedimientos, para establecer un diagnóstico. Además, determina la causa de muerte de las personas que fallecen intrahospitalariamente estableciendo los diagnósticos finales. CCSS. Programa de Posgrado de Anatomía Patológica. CENDEISSS. San José
Radiología Imágenes Médicas	Utiliza la tecnología imagenológica para diagnosticar y/o tratar una enfermedad o lesión a través de diferentes técnicas. CCSS. Programa académico de la Especialidad en Radiología e imágenes médicas. CENDEISSS. San José, 2010.
Medicina Nuclear	Abarca las aplicaciones del uso de materiales radiactivos sin envoltura de protección para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades por medio de las radiaciones ionizantes que emiten esos materiales, aprovechando su difusión en el organismo. OMS. Uso de Radiaciones Ionizantes y de Isótopos Radiactivos en Medicina. Ginebra, 1972.
Farmacia	Realiza el despacho de medicamentos y preparación de fórmulas (magistrales y parenterales). Brinda soporte de farmacia oncológica, farmacocinética, radiofarmacia, farmacoterapia y toxicología, entre otros. Modificado de CCSS. Modelo Funcional y Organizacional de los Servicios de Farmacia. Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos. ARSDT. San José, 2012.
Quimioterapia	Forma de tratamiento que consiste en la aplicación de fármacos para destruir las células cancerosas, previniendo su crecimiento o multiplicación. Perry MC. Approach to the patient with cancer. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa:

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 62 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1 CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 11. Tipos de Prestación en el Componente de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.

Tipo	Descripción
	Saunders Elsevier; 2011:chap 182.
Radioterapia	Forma de tratamiento del cáncer basado en el empleo de Rayos X de alta potencia, partículas o semillas radiactivas para destruir las células cancerosas. Perry MC. Approach to the patient with cancer. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 182
Medicina Física y Rehabilitación	Aplica un conjunto de medidas que permite a las personas con secuelas por una enfermedad y/o discapacidad lograr y mantener un funcionamiento adecuado en su ambiente. Modificado de OPS/OMS. Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC. Componente Salud. Suiza, 2012 y CCSS. Programa académico de la Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación. CENDEISS. San José, 2009.
Cuidado Paliativo	Brinda atención para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades que requieren control del dolor y aquellas que son graves o potencialmente mortales, cuando no hay respuesta a los tratamientos curativos. Modificado de MS. Norma para la Acreditación de Cuidados Paliativos y Control del Dolor. San José, 2007.
Procedimientos Diagnóstico y Tratamiento	Conjunto de intervenciones que realiza el médico con personal de apoyo, para establecer un diagnóstico y /o dar tratamiento a una condición que altera la salud de una persona. Modificado de MS del Perú. Procedimiento médico en el Sector Salud. Lima, 2005.
Enfermería	Participa y realiza procedimientos que inciden en el proceso de soporte el diagnóstico aplicado a la persona. En el ámbito de la atención durante el tratamiento, aplica el Proceso de enfermería que comprende cinco etapas: 1) Valoración, 2) Diagnóstico de enfermería, 3) Plan de atención de enfermería, 4) Intervención de enfermería, 5) Evaluación Tomado de: Estatuto de Servicios de Enfermería. Colegio de Enfermeras de Costa Rica Ley 7085 y su Reglamento. San José, Abril 1989.
Nutrición	Provee abordaje nutricional, la producción y distribución de alimentación dietoterapéutica en los hospitales y el cálculo y preparación de las alimentaciones especiales para soporte nutricional enteral. CCSS. Organización funcional de la disciplina de Nutrición en los tres Niveles de Atención. Coordinación Nacional de Nutrición. ARSDT. San José, 2012.
Tecnologías en Ciencias de la Salud	Aplican el conocimiento científico, transformado en tecnología, para contribuir al diagnóstico y/o al tratamiento de problemas de salud que afectan a las personas, bajo la supervisión médica directa o médica especializada directa según corresponda. Colegio de Médicos y Cirujanos. Normativa de Tecnólogos en Ciencias Médicas autorizados por el Colegio de Médicos y Cirujanos. San José, 2012).

Estos servicios son fundamentales en la atención de las personas en los diversos Componentes de la Prestación de Servicios de Salud, y para optimizarlos se deben establecer mecanismos de coordinación en la RIPSS. Asimismo, se requiere garantizar un adecuado registro de su producción y de los resultados de realización y/o aplicación, con el fin de obtener información precisa sobre sus acciones.

La persona accede a estos servicios por solicitud de un profesional en salud, del mismo o de otro establecimiento. Dicha solicitud puede darse mediante referencia, interconsulta, formulario, receta, entre otras.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 63 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Figura 28. Flujo de Atención en Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.



Fuente: Elaboración Propia.

La prestación de servicios estará determinada por la capacidad instalada en relación con la planificación de la RIPSS.

En cuanto a los horarios en los cuales se prestan estos servicios, deben valorarse considerando las necesidades de la población que atiende. Además, se debe tomar en cuenta la población trabajadora, la cual tiene poco acceso a los servicios en jornadas ordinarias, por lo que la Institución debe considerar brindar los servicios más allá de los horarios habituales, de manera que se garantice el acceso a ellos.


En la operación de la Red integrada de prestación (RIPSS), se ha de procurar que los servicios de soporte se realicen en los niveles de menor complejidad, lo más cercanos posible al lugar de residencia de la persona y de forma ambulatoria, de tal manera, que se agote la capacidad resolutoria en diagnóstico y tratamiento de los centros más cercanos a la población, antes de requerirse la participación de los niveles más complejos. Estos realizarán únicamente los estudios que corresponda a su nivel resolutorio, cuando sea necesario.

Este nivel, debe aceptar los estudios diagnósticos y terapéuticos realizados en el Primer y Segundo Nivel, con lo cual, se evita su duplicidad. No obstante, se requiere de una planificación rigurosa de estos servicios en Red y de la adecuada capacidad instalada según complejidad.

2.7.1.6 Internamiento

El internamiento se refiere a la atención de salud impartida por personal calificado a una persona hospitalizada, que utiliza una cama de dotación normal para pernoctar en el servicio de salud. En este sentido, los hospitales brindan estos servicios contribuyendo a la resolución de problemas de salud de las personas desde la red asistencial, acorde al nivel de complejidad y especialidades que la propia Red de Servicios le defina.

El objetivo de la atención en este Componente es ajustar los servicios disponibles a las necesidades de atención de las personas en el establecimiento de salud, coordinarlos y

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 64 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

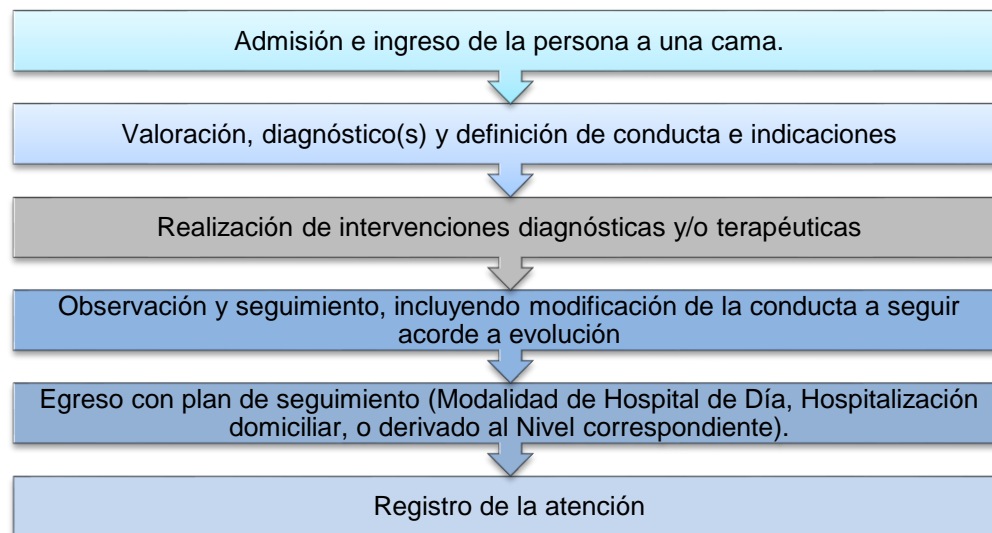
luego planificar el alta y seguimiento, de esta manera, se obtienen mejores resultados, mayor satisfacción de la persona beneficiaria de la atención y un uso más eficiente de los recursos disponibles⁶⁶.

Como parte del cuidado progresivo centrado en las personas, el Internamiento se destina a aquellas que precisan de tratamientos médicos o quirúrgicos con una atención directa del equipo de enfermería y de la intervención multidisciplinaria pertinente (ejemplo: oncológica), tanto, en Servicios de Apoyo al Diagnóstico, como de otras disciplinas (ejemplo: atención social, atención psicológica).

La atención de las personas en condición crítica, grave e inestable requiere de apoyo multisistémico, en áreas de tratamiento intensivo e intermedio. Estas unidades deben funcionar en forma independiente para las personas adultas, en edad pediátrica y neonatal. Debido a la existencia de la especialidad en medicina intensiva, se debe evitar el surgimiento de unidades de cuidados intensivos de especialidades y tender al desarrollo de unidades integrales.

El Componente de Internamiento incluye los pasos presentados en la siguiente figura.

Figura 29. Pasos del Internamiento.




Fuente: Elaboración Propia.

Dentro del Internamiento, se deben promover estrategias de gestión que aceleren el alta y la transición de la persona a su hogar y al Primer Nivel de Atención como el alta programada y las estrategias de corta estancia.

Acorde con la Política Institucional y enmarcado en los cuidados progresivos centrados en la persona, se debe fortalecer el desarrollo de servicios hospitalarios alternativos, brindados de forma ambulatoria, como son el Hospital de Día Polivalente y la Hospitalización Domiciliar.

⁶⁶ Modificado de: Consejo de Salubridad General (2012). Estándares para la Certificación de Hospitales. México D.F.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 65 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1 CÓDIGO: PFPSS-E2-01

En el siguiente recuadro se definen los tipos de prestación de servicios de internamiento institucionales.


Recuadro 12. Tipos de prestación de servicios de internamiento.	
Tipo	Descripción
Internamiento	Permanencia de las personas usuarias, para su observación, diagnóstico, recuperación y/ o tratamiento en un hospital; involucra la ocupación de una cama de dotación normal o de tránsito.
Alta Programada	Alternativa de atención de Internamiento que permite de manera sistémica, obtener los mejores resultados de calidad, satisfacción y seguridad de la persona, desde su ingreso hasta su egreso del centro hospitalario. Egreso que sólo ocurre cuando se garantiza la continuidad en la atención de las personas, tanto en la red de servicios de salud, como en los servicios de apoyo, según la condición y perfil al que responde.
Corta Estancia	Es la estrategia que se utiliza para el internamiento de personas que no requieren una estancia hospitalaria prolongada, pero sí un cuidado por personal calificado por un corto periodo (3 a 4 días) reduciendo de esta manera los riesgos de adquirir infecciones intrahospitalarias, a la vez que incrementa la satisfacción de la persona y su familia, y genera un uso más eficiente de las camas hospitalarias. Esta forma de organización no implica necesariamente infraestructura independiente.
Hospital de día Polivalente	Modalidad cuya actividad principal es la prestación de cuidados a personas atendidas en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnóstico y/o tratamiento, rehabilitación funcional, entre otros, que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.
Hospitalización domiciliar	Atención que se proporciona a las personas, en su domicilio, por profesionales de salud quienes brindan un tratamiento activo a “determinados” enfermos, que de otra manera hubieran precisado internamiento en un hospital por un periodo de tiempo limitado. Los hospitales domiciliarios trasladan toda la estructura de servicios al hogar de la persona, teniendo a la familia como pilar básico e insustituible de la recuperación de su estado de salud.
Modificado de CCSS (2012). Evaluación del desempeño de la Prestación de servicios de salud. Informe de resultados 2011. DCSS. San José.	

La prestación de servicios hospitalarios brindados de forma ambulatoria facilita el abordaje clínico la persona y su familia, considerando las variables psicosociales e iniciando procesos de rehabilitación⁶⁷, a la vez que genera menores costos en infraestructura y gastos corrientes.

La persona accede a internamiento por referencia de la Consulta Externa o de la Atención de Emergencias, sea del mismo establecimiento o de otro.

También puede darse el caso de que la persona luego de haber recibido atención quirúrgica en Cirugía Ambulatoria requiera de internamiento, por la presencia de alguna complicación que haga necesaria la realización de acciones propias de este componente.

⁶⁷ Modificado de: Ministerio de Salud de Chile (2007). Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Santiago.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 66 de 128
	MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1

Además, constituye un paso intermedio en el proceso de atención a la persona, debido a que, una vez atendida, es dada de alta o derivada para cuidados continuados en consulta externa, sea del mismo establecimiento o por el EBAIS respectivo (ver Figura siguiente).

Figura 30. Flujo de Atención en Internamiento.



Fuente: Elaboración Propia.

El internamiento, tiene relación estrecha con el soporte al diagnóstico y tratamiento, ya que constituye el principal apoyo para la determinación de la conducta a seguir para la recuperación de la persona.


La prestación de servicios de Internamiento por Nivel de Atención está determinada por la capacidad instalada en relación con la demanda y la planificación de la RIPSS, ubicándose en centros médicos, según la complejidad de servicios requeridos.

2.7.2 Niveles de Atención

La Caja actualmente organiza la Prestación de Servicios de Salud en tres Niveles de Atención, por medio de combinaciones funcionales de servicios interrelacionados, que deben trabajar de manera coordinada, eficiente y corresponsable, teniendo como base la atención continua y oportuna. Para evitar que trabajen de forma independiente, funcionalmente, deben desarrollar sus acciones en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

Dados los nuevos retos de salud pública y las formas de organización y de gestión propuestas, se requiere superar la concepción actual de los niveles de atención de tipo piramidal, para ir transitando - en forma gradual y progresiva - hacia la definición de niveles de complejidad, con fundamento en las necesidades de los diferentes espacios-población conformados y organizados mediante Redes, las cuales permitirán una organización articulada, definida por la complejidad de la atención que se requiere, para dar una respuesta más oportuna a las necesidades de la población.

En este ámbito de acción, las necesidades de la población son las que definen la complejidad de los servicios de salud, requeridos para dar respuesta en forma oportuna, eficiente y eficaz. A su vez, el grado o nivel de complejidad lo establecen los recursos

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 67 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

humanos, físicos y tecnológicos, requeridos para el abordaje de las necesidades y, por ende, condiciona el tipo de oferta de los establecimientos, debiendo definirse un común mínimo de recursos para la prestación, pero realizando además, los ajustes requeridos a la oferta de servicios, que resulten del análisis de brechas en función de las necesidades de la prestación en los diferentes espacios-población definidos.

Los establecimientos de menor complejidad, coincidentes con el primer nivel, son los más cercanos a la población y constituyen la puerta de entrada al sistema, complementándose con la atención especializada brindada por equipos multidisciplinares, conformados por personal profesional y técnico, que se encuentran dentro del espacio-población de cada RIPSS. Juntos deben resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, con un enfoque centrado en las personas, la familia y la comunidad.

De esta forma, todas las redes dispondrán de un conjunto de áreas de salud, que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y, con al menos un establecimiento de salud con servicios especializados, ambulatorios y hospitalarios de complejidad intermedia.

Esto supone, partir de la ubicación actual, complejidad y capacidad instalada de los establecimientos de salud, pero implica una situación dinámica que puede variar en el tiempo, en función del análisis de situación de salud de cada red conformada.

Los hospitales nacionales generales y especializados, brindarán la atención de mayor complejidad y darán soporte a todas las redes conformadas a lo largo del territorio nacional. No obstante, debido a que en la actualidad, los tres hospitales generales nacionales cuentan con una importante cantidad de población a cargo para la realización de intervenciones de baja y mediana complejidad, fundamentalmente ubicada en el Área Metropolitana, es necesario definir un período transicional que facilite la continuidad de la atención a estas poblaciones, mientras se avanza paulatinamente hacia la puesta en marcha de un plan para fortalecer la atención especializada y ambulatoria en las RIPSS y para que asuma la realización de intervenciones de mediana complejidad hospitalaria.

2.7.2.1 Primer Nivel de Atención (PNA)

Constituye la base del sistema, el punto de contacto con las personas y define en gran medida el uso de los recursos. Como propósito primordial, evita que el proceso salud-enfermedad evolucione hacia el daño, situación que requerirá de mayor complejidad en la respuesta de la prestación. En la figura siguiente, se enlistan los aspectos que se han sustentado en evidencia, en los cuales contribuye la puerta de entrada.

Figura 31. Contribución del Primer Nivel.




FUENTE: OMS (2008). *La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca. Informe Mundial Salud.*

Éste resulta fundamental para asegurar la continuidad de la atención, lograr la integración operativa de los programas y el abordaje de los riesgos y de los grupos vulnerables por lo que se considera esencial en las RIPSS, al desarrollar los vínculos más cercanos con los individuos, familias y comunidades, lo cual facilita el abordaje de las necesidades de prestación de servicios en el espacio- población adscrito; participando como uno más, en conjunto con los otros actores sociales en los servicios de salud. Para lograrlo, este nivel debe coordinar con la comunidad y con instancias interinstitucionales.

De esta forma, el Primer Nivel de Atención, tiene a cargo espacios población denominados Áreas de Salud (AS), en las cuales se divide la totalidad del país. Cada una de las AS está constituida por Sectores de Salud, donde se encuentran los establecimientos que brindan la atención integral a las personas, llamados Puestos de Visita Periódica (PVP), Sedes de EBAIS y las Sedes de Áreas de Salud.

La definición del espacio población, es un elemento básico que se encuentra ligado a la distribución de recurso humano, infraestructura y equipamiento, los cuales son determinantes para la ejecución de las funciones definidas para la RIPSS. Esta definición deberá ser realizada según la metodología propuesta, que considera no sólo factores geográficos, sino socio culturales y económicos de la población.⁶⁸

⁶⁸ CCSS. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Definición de los espacios población. 2017.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 69 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 13. Establecimientos de salud en el Área de Salud.

Puesto de Visita Periódica (PVP)	Establecimiento ubicado en localidades con problemas de accesibilidad, donde un EBAIS se desplaza a prestar servicios de salud, partiendo de la Sede de EBAIS.
Sede de EBAIS	Lugar donde se ubica físicamente el Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS). Bajo ciertas circunstancias puede estar desconcentrado, ubicándose fuera de la Sede de Área de Salud, como Establecimiento que alberga uno o más EBAIS.
Sede del Área de Salud	Establecimiento principal del Área de Salud que alberga uno o más EBAIS no desconcentrados, en el cual se ubica el Equipo de Apoyo, los servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, así como los servicios de apoyo administrativo y logístico. constituye la unidad administrativa básica de la Red de Servicios de Salud.

Modificado de: CCSS (2012). Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el ámbito nacional con corte al 31 de diciembre del 2011. DPSS. San José.


Mediante el enfoque de atención hacia la comunidad, se pretende: otorgar una atención integral de salud a la población adscrita, fortaleciendo el trabajo comunitario, con acciones orientadas al autocuidado y responsabilidad de los problemas de salud, con lo cual se ha demostrado el impacto positivo en la salud de la población.

Es el nivel responsable de brindar la Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), tomando en cuenta que se trata del lugar donde viven, estudian y laboran las personas, y consecuentemente es donde se obtiene mayor impacto de salud. Además, brinda atención en Consulta Externa General, Atención de Urgencias y Cirugía Menor, como servicios que responden a la mayoría de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas. (Ver Recuadro siguiente).

Recuadro 14. Funciones del Primer Nivel de Atención en la Red de Servicios de Salud.

- Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES), que incluye: Escenarios Comunitario, Domiciliar, Educativo y Laboral.
- Atención de urgencias y básica de emergencias; estabilización y traslado a otro nivel si fuere necesario
- Consulta Externa general
- Cirugía menor
- Reporte de enfermedades/eventos de notificación obligatoria
- Gestión de casos y continuidad asistencial
- En función de la composición de la RIPSS:
 - Atención básica en cuidados paliativos y control del dolor
 - Servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento pertinentes

FUENTE: Elaboración propia

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 70 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Este nivel enfoca sus acciones principalmente, hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además de incentivar cada vez más la participación activa de las comunidades, como ejes fundamentales, integrando estas intervenciones en la atención de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas (ver Recuadro siguiente).

Recuadro 15. Los Énfasis en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Énfasis en la Promoción de la Salud

- Abogacía
- Educación para la Salud
- Fomento de entornos saludables

Énfasis en la Prevención de la enfermedad

- Vacunación
- Detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud

FUENTE: Gómez, G (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: Factores que deben considerarse. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 22, No.001. Medellín. Pág. 87-106.


Para el desarrollo de las acciones de su competencia, debe disponer de los recursos necesarios, así como de los lineamientos técnicos que estandaricen la función como elementos claves.

En lo referente a la prestación de los servicios de salud, debe asegurar la continuidad de la atención a la persona; cuando la necesidad de prestación sobrepasa la capacidad resolutoria, lo refiere a servicios especializados de la Red. Una vez resuelta la necesidad, retorna al Primer Nivel, convirtiéndose en el responsable de la continuidad de la atención, donde se le da el seguimiento, sea en el establecimiento de salud o en los EFES, según amerite.

Los integrantes de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) realizan actividades claramente definidas, para lograr los objetivos de la prestación (ver Recuadro siguiente).

Recuadro 16. Funciones generales del EBAIS

- Brindar atención a las personas en los establecimientos de salud
- Participar en las actividades realizadas en los escenarios comunitario, domiciliario, educativo y laboral (EFES):
 - Educación para la salud
 - Entornos saludables
- Velar por la continuidad de la atención a las personas con la articulación de los servicios y trabajo en Red de servicio
- Participar en la identificación de las necesidades y problemas prioritarios del Sector para orientar la toma de decisiones en el proceso de Planificación Local, a partir de prioridades nacionales y locales y el uso racional de los recursos existentes para mejorar la salud del

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 71 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 16. Funciones generales del EBAIS

Sector

- Participar en el monitoreo y evaluación de la prestación de servicios de salud para adecuar y reorientar las acciones
- Registrar información local pertinente para el sistema de información en salud
- Participar en la discusión de las causas del desempeño alcanzado y actividades para su mejora
- Participar en investigaciones operativas a partir de las necesidades identificadas
- Ejecutar las intervenciones técnicas definidas para la atención de las personas en el Nivel de Atención correspondiente, según en el escenario y tipo de atención
- Participar en actividades de educación permanente

FUENTES: Modificado de: CCSS, MS (1996). Manual de Funciones y Actividades del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención. San José.

Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993). Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. Informe final. San José.

El recurso humano se distribuye en los espacios-población de forma tal, que cada Sector está a cargo de un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (ver Recuadro siguiente).

Recuadro 17. Perfiles de puesto que conforman el EBAIS. ⁶⁹

- Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP)⁷⁰
- Auxiliar de Enfermería⁶⁸
- Médico General⁶⁸
- Técnico de salud en Farmacia⁶⁹
- Asistente Técnico en Redes (EBAIS desconcentrado) o Asistente de Redes (EBAIS concentrado)⁷¹


Acorde con las necesidades y características de la población, se puede disponer de más de un tipo de funcionario en algunas disciplinas (por ejemplo, más de un ATAP), para lo cual la Institución deberá desarrollar criterios específicos.

En lo que respecta al desarrollo de las intervenciones que le corresponden al Primer Nivel de Atención, el EBAIS requerirá el soporte del Equipo de Apoyo del Área de Salud, cuyas disciplinas deben coordinar, para que el trabajo complementario o conjunto redunde en beneficio de la población atendida (Ver recuadro siguiente).

⁶⁹ Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Clasificación de las Áreas de Salud de acuerdo con su complejidad y propuesta a largo plazo. Aprobada en artículo 7 de la sesión N°8304, del 04 de diciembre de 2008.

⁷⁰ Proyecto Reforma Sector Salud. Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. 1993.

⁷¹ En Sedes de Áreas de Salud donde se ubican varios EBAIS en la misma infraestructura, puede haber uno para atención de varios EBAIS.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 72 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 18. Disciplinas que conforman el Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención. ⁷²

- Aprobadas en la Propuesta de Readecuación del Modelo de atención⁷³:
 1. Enfermería General
 2. Farmacia
 3. Medicina Familiar y Comunitaria
 4. Microbiología
 5. Nutrición
 6. Odontología General
 7. Trabajo Social⁷²
- Otras disciplinas que se han incorporado:
 1. Psicología General⁸²
 2. Registros y Estadísticas de Salud (REDES)⁸²
 3. Promotor de Salud⁷⁴

El Equipo de Apoyo brinda soporte a todos los EBAIS que conforman el Área de Salud, ejecuta acciones directas en EFES y además brinda atención directa a la población.


Recuadro 19. Funciones generales del Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención.

- Ejecutar acciones en los Escenarios Comunitario, Domiciliar, Educativo y Laboral (EFES)
- Diseñar y ejecutar proyectos de educación para la salud a la población.
- Diseñar y ejecutar proyectos para contribuir a entornos saludables en coordinación con otras instituciones responsables a nivel local.
- Velar por la continuidad de la atención de la población, mediante la articulación de los servicios y la canalización de las personas en la Red de Servicios de Salud.
- Promover procesos de participación social, que permitan el involucramiento de diferentes actores sociales desde el análisis, planificación, ejecución y evaluación de acciones a ejecutar a partir de las necesidades detectadas.
- Ejecutar acciones para la atención directa a las personas en los escenarios de servicios de salud.
- Identificación de las Problemas y Necesidades de Área de Salud para orientar la toma de decisiones y el proceso de planificación local (Análisis de Situación de Salud)
- Participar en la elaboración del plan anual operativo y propuesta presupuestaria, según los lineamientos institucionales vigentes.
- Realizar el monitoreo y evaluación de la prestación de los servicios de salud para adecuar y reorientar las acciones
- Realizar el registro, consolidación y análisis de la información pertinente para el sistema de información en salud.
- Coordinar la ejecución de las operaciones, los programas y proyectos institucionales.

⁷² Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Clasificación de las Áreas de Salud de acuerdo con su complejidad y propuesta a largo plazo. Aprobada en artículo 7 de la sesión N°8304, del 04 de diciembre de 2008. Y Dirección de Desarrollo Organizacional Gerencia de División Modernización y Desarrollo. Manual de Organización de las Áreas de Salud, 2002.

⁷³ Proyecto Reforma Sector Salud. Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. 1993.

⁷⁴ Aprobado por Junta Directiva. Art 8 sesión 8775 del 7 mayo 2015.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 73 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 19. Funciones generales del Equipo de Apoyo del Primer Nivel de Atención.

- Desarrollar planes de mejora del desempeño en respuesta a los resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud.
- Desarrollar investigaciones operativas a fin de orientar los procesos de atención.
- Brindar apoyo técnico, supervisión capacitante, educación permanente y evaluación al personal del Área de Salud.
- Ejecutar las intervenciones técnicas definidas para la atención de las personas en el Nivel de Atención correspondiente, según el escenario y tipo de atención.

FUENTES: Modificado de CCSS, MS (1996). Manual de Funciones y Actividades del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención. San José.

Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993). Propuesta de Readequación del Modelo de Atención. Informe final. San José.

Las funciones administrativas del Equipo de Apoyo, incluidas la participación en comisiones, se deben restringir al máximo, para que puedan dedicarse a su función sustantiva que es la Prestación de Servicios de Salud.

2.7.2.2 Segundo Nivel de Atención

Los establecimientos de servicios de salud de este Nivel de Atención agregan de forma paulatina componentes y servicios, incrementando progresivamente su complejidad (ver Recuadro siguiente).


Recuadro 20. Establecimientos de salud en el Segundo Nivel de Atención.

Establecimiento Ambulatorio de Segundo Nivel	En estos establecimientos se realiza Consulta Externa con especialidades médicas y disciplinas básicas del Segundo Nivel de Atención, así como la Atención de Emergencias. La Atención Quirúrgica ambulatoria, así como los servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, se agregan según necesidades y planificación de la Red de Servicios de Salud. Dentro de esta clasificación se encuentran las Sedes de Área de Salud con Segundo Nivel.
Hospital General	Establecimientos de salud de mediana complejidad, que incluye la Consulta Externa con especialidades médicas y disciplinas básicas del Segundo Nivel de Atención, con Atención de Emergencias, Atención Quirúrgica Ambulatoria e Internamiento, además, cuentan con los servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento correspondientes.

Modificado de: CCSS (2012). Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el ámbito nacional con corte al 31 de diciembre del 2011. DPSS. San José.

La capacidad instalada estará determinada por la complejidad de las intervenciones que se desarrollen. Cada disciplina y especialidad debe contar con el equipamiento necesario, así como la infraestructura y los suministros pertinentes, para que pueda desarrollar sus funciones, acorde al perfil y capacidad resolutoria asignada.

Este nivel cuenta con establecimientos ambulatorios con especialidades y Hospitales Generales.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 74 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Algunas Sedes de Áreas de Salud que cuenten con los recursos apropiados, según planificación y necesidades de la Red de Servicios, contarán con Unidades o Servicios de Emergencias.

Igualmente, los establecimientos que cuenten con la infraestructura, equipamiento e insumos apropiados, podrán disponer de especialidades, que brindan atención especializada, en quirófanos y/o salas de parto.

Los Hospitales Generales, además de contar con Servicios de Emergencia y Cirugía Ambulatoria, agregan el componente de Internamiento. En los Hospitales que lo requieran, de acuerdo con las necesidades y planificación de la Red, se deberán incorporar Tecnologías en Ciencias Médicas como fisioterapia, electrocardiografía, electromiografía, optometría, ortopedia, radiología, entre otras, para proporcionar soporte a la especialidad afín.


Adicionalmente, se podrán incluir algunas subespecialidades de acuerdo con el perfil epidemiológico, demanda de servicios, necesidades y recursos de la Red de Servicios de Salud.

Según lo establecido anteriormente, se presentan las funciones del Segundo Nivel.

Recuadro 21. Funciones por realizar en el Segundo Nivel de Atención.

- Brindar atención en Consulta Externa con especialidades médicas básicas y otras disciplinas, en respuesta a las necesidades de atención de las personas con problemas puntuales referidas del Primer Nivel y con responsabilidad de contra referencia, una vez atendidas.
- Promover una mayor proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en los centros que dispongan de los recursos requeridos.
- Atender a nivel hospitalario la cirugía de baja complejidad con internamiento y los partos de bajo riesgo.
- Implementar Estrategias de corta estancia.
- Favorecer la Odontología Especializada en los establecimientos de Segundo Nivel, según las necesidades identificadas de la población de la Red de Servicios.
- Favorecer la ambulatorización de la atención a través de modalidades de atención como el hospital de día polivalente, hospitalización domiciliar, atención domiciliar, atención especializada a distancia, entre otras.
- Fortalecer el Alta Programada, identificando a aquellas personas hospitalizados previo al egreso hospitalario que requieran reubicación, rehabilitación y/o reinserción en su comunidad, realizando las coordinaciones pertinentes.
- Contar con soporte al diagnóstico y tratamiento que incluya intervenciones de rehabilitación, incluyendo rehabilitación cardíaca, Cuidados Paliativos y Control del Dolor.
- Favorecer los procedimientos ambulatorios endoscópicos.
- Velar por la continuidad de la atención a las personas, la articulación de los servicios y trabajo en Red de Servicios de Salud.
- Reporte de enfermedades/ eventos de notificación obligatoria.
- El Segundo Nivel privilegiará la ambulatorización de la mayor parte de la prestación.

FUENTE: Elaboración propia.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 75 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

2.7.2.3 Tercer Nivel de Atención

Los establecimientos de este Nivel constituyen los centros de mayor complejidad del sistema de prestación de servicios de salud (ver recuadro siguiente).


Recuadro 22. Establecimientos de salud en el Tercer Nivel de Atención.	
Hospital Especializado	Establecimiento que atiende a personas con problemas de salud complejos que requieren procedimientos subespecializados y de alta tecnología. Son establecimientos de referencia de la Red de Prestación.
Hospital Nacional Especializado	Establecimiento de alta complejidad en la Red de Prestación Institucional. Brinda cuidados a las personas en su campo de especialización.
Centro Especializado	Establecimiento de máxima complejidad que brinda atención directa a las personas; así como establecimientos de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento de las personas que requieren de la más alta tecnología.
FUENTES: Modificado de Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993). Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención. Informe final. San José. Modificado de CCSS (2012). Estudio de Complejidad Hospitalaria. Primera Etapa. Agrupación Hospitalaria Según Oferta Observada del 19 de abril al 11 de mayo del 2012. APSS, DPSS. San José.	

Estos centros de salud, actualmente, se agrupan en el Gran Área Metropolitana.

El Tercer Nivel es el responsable de la atención de los problemas de salud complejos, que requieren intervenciones altamente especializadas y tecnología acorde. Las intervenciones se ejecutan por medio de servicios ambulatorios y de internamiento en todas las especialidades y subespecialidades. La población atendida en estos servicios corresponde a las personas referidas de los establecimientos de menor complejidad, de acuerdo con criterios técnicos, que deben estar sistematizados. Una vez resuelta la necesidad de salud, debe coordinar con la RIPSS para su seguimiento, en el nivel de necesidad que corresponda.

Los establecimientos de esta complejidad brindan soporte a la RIPSS, mediante una serie de funciones (ver Recuadro siguiente).

Recuadro 23. Funciones por realizar en el Tercer Nivel de Atención.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar las intervenciones para el abordaje de problemas de salud complejos que requieran atención especializada y subespecializada para diagnóstico, curación o rehabilitación y que excedan la capacidad resolutoria de los centros de menor complejidad. Ejecutar las intervenciones más complejas ambulatorias, consulta externa, de internamiento y de cirugía en subespecialidades. Otorgar Servicios de Emergencias en soporte a los demás establecimientos de la Red. Brindar soporte en diagnóstico y tratamiento a las intervenciones realizadas. Reporte de enfermedades/eventos de notificación obligatoria.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 76 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Según el avance de implementación y consolidación del trabajo en RIPSS, los centros de este nivel de complejidad se proyectan de manera paulatina y gradual hacia centros de excelencia, altamente especializados, que den respuesta a las diferentes Redes.

De acuerdo con lo expuesto, el flujo de las personas usuarias por los diferentes establecimientos debe garantizar los principios de atención centrada en las personas y la atención continua, en respuesta a las necesidades de la población.

Dicho de otro modo, operativamente se debe de entender como la continuidad en la atención a nivel horizontal o longitudinal, con el abordaje de las personas en las diferentes fases del curso de vida hasta la muerte; y la continuidad vertical, que aborda la atención de las personas con un problema de salud, en los diferentes establecimientos que conforman la red de Servicios de Salud.

2.7.3 Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)

La organización en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), es una de las principales expresiones operativas de la estrategia de Atención Primaria de Salud⁷⁵; y permite abordar la fragmentación identificada en el Análisis de Situación de la Prestación, por lo que se propone como forma de organización de la Prestación de Servicios de Salud. No obstante, la “integración” de la organización en Red es compleja, puede llevar tiempo en consolidarse y debe por diversas fases de interacción y coordinación, empezar a pensar y actuar en Red. Conforme se vaya avanzando en el proceso de integración de las Redes, mayor será la oportunidad de interactuar inter-redes en procura de la consolidación del sistema de prestación de servicios de salud institucional.


Respecto al tema de redes, la OPS las conceptualiza como “la gestión y entrega de servicios de salud, de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”⁷⁶. Esta definición amplía el concepto de la importancia de ofrecer los servicios en respuesta a las necesidades de salud, con enfoque centrado en las personas.

En este sentido, debido a que la Caja es una institución prestadora de servicios de salud - desde su ámbito de acción - se prevé la conformación de Redes, utilizando para ello el marco de los servicios de salud integrados y centrados en las personas; de manera que se definen las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), como⁷⁷:

⁷⁵ OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. Resolución CD49.R22. Consejo Directivo. Reunión 49, Sesión 61 del Comité Regional. Washington DC, 2009.

⁷⁶OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C. 2010.

⁷⁷ CCSS. Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. Noviembre, 2013.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 77 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

“Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica. Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente.”

En este contexto, la organización en Red plantea la operación del conjunto de establecimientos de salud, de diferentes niveles de complejidad, interrelacionados por una serie de normas y formas de trabajo acordadas entre los integrantes, que permiten el tránsito de las personas entre ellos. El flujo determinado para cada una de las personas que requieren respuesta a sus necesidades de prestación de servicios de salud asegura así la continuidad de la atención. Además, incorpora la relación de los establecimientos de salud que la conforman, con otros actores, como responsables de los resultados de salud de la población asignada.

De forma general, el hablar de redes es hablar de integración horizontal y vertical. La integración horizontal trata de coordinación entre entes prestadores de condiciones similares (intraniveles), con objetivos de mejorar eficiencia por medio de economías de escala, atraer inversiones y recursos, a fin de fortalecer el nivel de atención.


Por otro lado, la integración vertical es la que establece la coordinación entre niveles, promoviendo la continuidad asistencial y la integración territorial de los recursos, con la participación de proveedores de distintos niveles de atención.

Esta forma de organización, facilita la complementariedad de los recursos según la complejidad de los servicios prestados, la atención oportuna en otros Niveles de Atención cuando son requeridos; contribuye a la disminución de costos, evita la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejora los procesos de decisión compartida; facilita la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de la atención continuada, pero también para conocer la realidad de los diferentes niveles de prestación y afianzar el sentido de pertenencia a la red de servicios de salud y a la Institución⁷⁸.

Con ello se pretende lograr que la población perciba un sistema de prestación, que le trate de una manera integral y personalizada. Además, se alcanza una satisfacción del personal, al facilitarse los flujos de trabajo y la visión integral de la atención. La organización en redes pretende, además, alcanzar la propuesta institucional de que todas las unidades y los servicios se gestionarán en redes, con el propósito de generar mayor capacidad resolutoria, eliminar duplicidades en el proceso de la atención, disminuir tiempos de espera, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y reducir los costos de operación⁷⁹.

⁷⁸ OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C., 2010.

⁷⁹ Modificado de: CCSS. Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José, 2007.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 78 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Complementariamente, podrán conformarse micro redes o subredes, entendidas como un conjunto de establecimientos de salud que se organizan y articulan de manera funcional, que comparten aspectos de accesibilidad, características particulares de la población (demográficas y epidemiológicas) y otros que facilitan la organización de la prestación de servicios de salud. Estas constituyen mecanismos funcionales de organización, pero forman parte de una Red común y están sujetas a su gobierno y gestión claramente definidos.

2.7.3.1 Objetivos de la Red

El propósito principal de la conformación de las Redes es promover e implementar mecanismos para el acceso de la población a servicios equitativos, eficientes y de calidad, optimizando la organización y gestión en todos los niveles de atención de la Institución.

En general, las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, deben procurar alcanzar los siguientes objetivos:

Recuadro 24. Objetivos de las Redes de Servicios de Salud.


- Asegurar a los usuarios una atención continua y oportuna para resolver sus necesidades y problemas de salud.
- Mejorar la capacidad resolutoria de todos los Niveles de Atención en su ámbito de competencia, para dar una respuesta más eficiente, efectiva y de calidad a la población.
- Optimizar la asignación, distribución equitativa y el uso de los recursos, potenciando fortalezas y la complementariedad entre los establecimientos de la Red.
- Fortalecer las capacidades y competencias del personal en los establecimientos de salud, que impacten la calidad y equidad del acceso a los servicios de salud.
- Implementar estrategias de gestión y articulación de los establecimientos de salud, que permitan alcanzar los objetivos de la prestación.
- Desarrollar un sistema de evaluación que evidencie los resultados obtenidos por la Red asistencial en la prestación, la gestión, la asignación y utilización de los recursos, que permita el mejoramiento continuo de la calidad de la prestación.
- Orientar la adecuación o modificación futura, mediante el seguimiento y la evaluación.

FUENTE: Modificado de: CCSS. Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Plan de Gestión. Abril, 2014.

2.7.3.2 Atributos de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud

Las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, se definen a partir de una serie de atributos esenciales para su adecuado funcionamiento, los cuales se pueden agrupar, según ámbito de abordaje en: Prestación, Gobernanza, Gestión y la Asignación de recursos.⁸⁰

⁸⁰ OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C., 2010.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 79 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

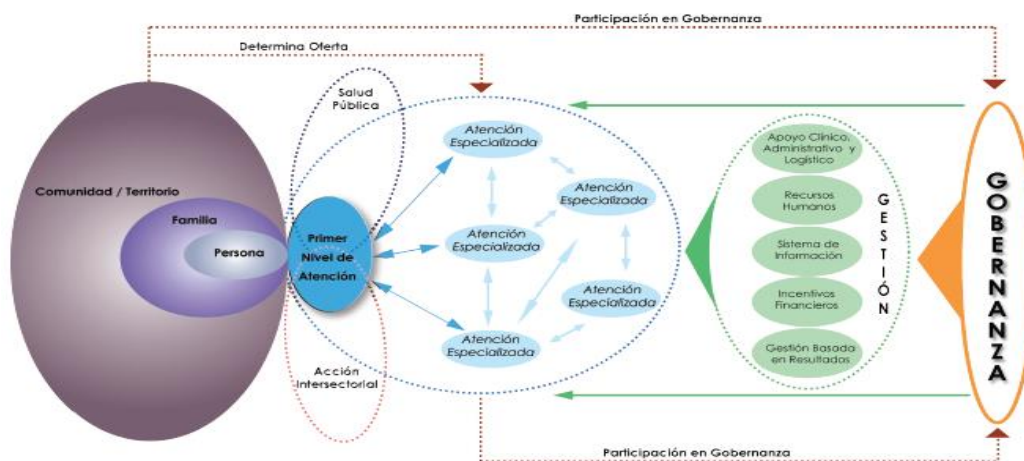
Recuadro 25. Atributos de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

Modelo Asistencial	Atención de salud centrada en las personas	Considerando al individuo, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades de las personas, y los niveles de diversidad de la población, fortaleciendo las capacidades del personal de salud para la atención a las personas.
	Población y territorio a cargo definidos	Por medio de espacios población delimitados para cada Red, los equipos de trabajo asignados a estos espacios tendrán amplio conocimiento de las necesidades y preferencias en el ámbito de la prestación de servicios de salud. Este conocimiento orientará la oferta de servicios de salud de la Red.
	Una extensa trama de establecimientos de salud que presta intervenciones	Brinda los servicios de salud personales con intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, e integra los programas referentes a problemas de salud, riesgos, componentes de prestación y poblaciones específicas. Participa con otras instituciones en las funciones esenciales de salud pública. Coordina con otros actores e instituciones para acciones interinstitucionales y de Salud Pública.
	Un Primer Nivel de Atención multidisciplinario que cubre a toda la población	Es la puerta de entrada a la Red de Servicios de Salud, integra y coordina la atención de salud de las personas, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de prestación de servicios de salud de la población.
	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado	Se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios, por lo que será necesario fortalecer especialmente al Segundo Nivel de Atención y orientarlo con el propósito de que brinde soporte al Primer Nivel de Atención.
	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial	A lo largo de todo el continuo en la atención a las personas. Implica el fortalecimiento de la Gestión Clínica de los servicios de salud por medio de la mejora en formas de comunicación, desarrollo de lineamientos técnicos, así como un sistema de información común.
Gobernanza y Estrategia	Gobierno de la Red	Un sistema de gobernanza único para toda la red.
	Participación social y Acción intersectorial	Participación social amplia y acción intersectorial; abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
Organización y Gestión	Gestión integrada de los recursos	Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico.
	Recursos humanos	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
	Sistema de información integrado	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
	Gestión basada en resultados	Gestión basada en resultados.
Asignación de Recursos e incentivos	Financiamiento e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

FUENTE: Modificado de OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C., 2010.

Conforme a sus atributos, la Red de Prestación de Servicios de Salud es una forma de organización de carácter técnico-asistencial, conformada por el conjunto de los establecimientos de servicios de salud institucionales de diferente complejidad, articulados entre sí con una población y territorio a cargo definidos. La siguiente representación gráfica muestra la interrelación de los atributos esenciales de la Red.

Figura 32. Representación de los atributos esenciales de las RISS.




Fuente: OPS/OMS, Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, 2010.

2.7.3.3 Elementos para la conformación de las RIPSS


Con fundamento en los atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud, aprobados y validados internacionalmente, se persigue organizar administrativamente la prestación de los servicios de salud que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de Redes integradas, las cuales - de manera articulada - cubren todo el territorio nacional, con el fin de garantizar a la población, servicios oportunos y de calidad en todos los niveles de atención, los cuales sean recibidos por los usuarios con satisfacción sin distinción de género, edad, lugar de residencia y condición socioeconómica, con un enfoque centrado en las personas.

Para ello se define un conjunto de criterios, considerados indispensables para la conformación de las RIPSS y, a su vez, tomando en cuenta que se parte de la capacidad instalada actual y que su implementación corresponde a un proceso gradual, progresivo y escalonado, los cuales se describen a continuación:

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 81 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


Recuadro 26. Criterios para la conformación de las Redes.	
Espacio-población	<p>Cada Red debe estar delimitada por un espacio geográfico y tener una población definida a cargo, relativamente homogénea en cuanto a condiciones de vida y necesidades básicas, que habita en ese territorio, y que comparte características culturales, sociodemográficas, epidemiológicas, entre otras.</p> <p>El espacio población se refiere al segmento con límites geográficos conocidos y claros, al cual se le adscribe una población definida con necesidades similares, con la convicción de alcanzar la mayor cobertura posible, a través del uso de un número de recursos limitados.</p> <p>La definición del espacio población que conforma cada Red debe partir, en principio, de las Regiones y sectores de salud, los que podrán ser redimensionados a partir del análisis de situación de salud, de la ubicación actual de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención, de aspectos relacionados con el acceso de la población a los servicios de salud y de las propias condiciones demográficas y epidemiológicas, de manera que se logren conjuntar volúmenes poblacionales que permitan una mejor gestión de los servicios de salud y gobierno de la Red.</p>
Características demográficas y epidemiológicas	<p>La integración de las Redes debe considerar características demográficas, epidemiológicas, identificación del riesgo y vulnerabilidad, aspectos socioeconómicos y culturales, problemas y necesidades de salud comunes. En principio, se deben considerar los siguientes elementos de la población en el espacio territorial que conforma cada Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volumen poblacional, estructura por edad. • Índice de Desarrollo Social (IDS) y otros indicadores socioculturales. Índice de Desarrollo Humano (IDH), Índice de pobreza (IPH), entre otros. • Perfil epidemiológico. • Necesidades de la prestación, identificación de riesgos individuales y poblacionales • Condicionantes del proceso salud -enfermedad • Factores sociodemográficos y culturales <p>El volumen de población debe estimarse prioritariamente considerando las características poblacionales y geográficas; más que con base una cifra exacta o rango de población. Sin embargo, se debe tomar en cuenta un número de población funcional, acorde con la capacidad instalada de los establecimientos que conforman la Red, para la buena gestión de las RIPSS. La experiencia internacional de algunos países que transitan actualmente por este proceso es muy variable, con rangos de población entre 175.000 en aquellos sitios más lejanos y de difícil acceso, hasta menos de 1 millón de habitantes en ciudades más grandes con población concentrada y urbana. Sin embargo, se habla de cifras cercanas a los 500.000 habitantes para una mejor gestión de los servicios.⁸¹</p> <p>Cabe la posibilidad de conjuntar una mayor cantidad de población adscrita a la misma Red en zonas urbanas, de ingresos medios y/o altos y con poca variabilidad en las características socioculturales y epidemiológicas. La conformación de territorios población más pequeños facilita un mejor análisis de las brechas entre las necesidades y los recursos existentes, así como la identificación de inequidades y vacíos en la prestación de los servicios de salud y la planificación y ejecución de estrategias para cerrar las brechas.</p>
Condiciones de accesibilidad	<p>La accesibilidad a un servicio de salud se refiere a la posibilidad de las personas de tener contacto con un servicio oportuno que dé respuesta a sus necesidades específicas. Por su parte, el acceso es la facilidad con la que las personas pueden alcanzar un servicio, tanto en el lugar, como en el tiempo adecuado, independientemente de la edad, género, educación, ocupación, ingresos, etnia y lugar</p>

⁸¹ Información recopilada en el Segundo Encuentro Presencial de Líderes Latinoamericanos de Redes Integradas de Servicios de Salud. RISSALUD. Montevideo, Uruguay. Octubre 2017

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 82 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 26. Criterios para la conformación de las Redes.

	<p>de residencia.</p> <p>La red conformada debe hacer posible que una persona pueda obtener información, suministros y servicios de salud oportunos, que respondan a sus necesidades en salud y que sean de calidad. En este sentido, se debe considerar el acceso geográfico y económico de la población a los servicios de salud.</p> <p><i>El acceso geográfico</i> se relaciona con el relieve de los espacios-población en cada Red, que incluye: montañas, ríos, mares, entre otros, que pueden afectar el acceso de la población a los servicios de salud. Además, incluye las vías de comunicación y estado de las mismas, así como la distancia entre establecimientos de salud.</p> <p>Por su parte, el <i>acceso económico</i> incluye la existencia de medios de transporte institucional y transporte público al que tiene acceso la población, que facilitan el desplazamiento de la población hacia los establecimientos de salud en la Red. En algunos casos, el transporte público es limitado o del todo no existe, generando gasto de bolsillo de la población para acceder a los servicios de salud.</p> <p>El <i>acceso por afinidad</i> se da cuando, debido a cercanía geográfica o a través de medios de transporte, a una población determinada le es más fácil acceder a los servicios de salud a uno o varios establecimientos que no pertenecen a su área de adscripción, pero ambas partes aceptan acceder y brindar servicios de salud a dicha población, por mutuo acuerdo o por circunstancias relacionadas con atenciones de emergencia.</p>
<p>Conformación actual de los establecimientos de salud en el espacio-población definido</p>	<p>Con énfasis en los establecimientos de Primer y Segundo Nivel de Atención de diversa complejidad, para facilitar el abordaje de las necesidades de salud de la población. En este caso, el Primer Nivel actúa como puerta de entrada al sistema y debe resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, con un enfoque centrado en la persona, la familia y la comunidad.</p> <p>Por su parte, el Segundo Nivel se encarga de la atención especializada por equipos multidisciplinarios, constituidos por personal profesional y técnico.</p> <p>De esta forma, todas las Redes dispondrán de un conjunto de áreas de salud de primer nivel de atención, que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y, al menos, un establecimiento de salud de segundo nivel ambulatorio y hospitalario.</p> <p>Esto supone partir de la ubicación actual, complejidad y capacidad instalada de los establecimientos de salud, pero implica una situación dinámica que puede variar en el tiempo, en función del análisis de situación de salud de cada Red conformada. La complejidad requerida la definen las necesidades de la prestación de servicios de la población que la conforma, por lo que paulatinamente se deberá pensar en la complejidad requerida por cada Red para el abordaje de las necesidades de la población, más que en niveles de atención.</p> <p>Los hospitales nacionales generales y especializados, brindarán la atención de mayor complejidad y darán soporte a todas las Redes conformadas a lo largo del territorio nacional. No obstante, debido a que actualmente los tres hospitales generales nacionales cuentan con una importante cantidad de población a cargo para la realización de intervenciones de baja y mediana complejidad, fundamentalmente ubicada en el Área Metropolitana, es necesario definir un período transicional que facilite la continuidad de la atención a estas poblaciones, mientras se avanza paulatinamente hacia la puesta en marcha de un plan para fortalecer el segundo nivel ambulatorio y para que éste asuma la realización de intervenciones de mediana complejidad hospitalaria.</p> <p>Los hospitales y centros especializados deben responder a los requerimientos de las Redes, en concordancia con las necesidades y problemas de salud del país.</p>
<p>Existencia de coordinación interna</p>	<p>Referida como la adecuada coordinación intra e inter niveles para la mejor resolución de los procesos técnicos operativos y para contar con los mecanismos de coordinación idóneos, que permitan la adaptación constante de los servicios, a la</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 83 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Recuadro 26. Criterios para la conformación de las Redes.

	<p>dinámica de la demanda continua de la atención, considerando las necesidades de la población. En forma particular, estos mecanismos deberán ser adaptados a cada Red de Prestación de Servicios de Salud, de acuerdo con el caso y los recursos disponibles.</p> <p>La organización en Red debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración intra e interniveles e implica, además, la gestión del cambio, así como la planeación y ejecución de acciones de formación y capacitación continua de sus equipos técnicos y administrativos.</p> <p>Complementariamente, deberá considerarse la organización comunitaria y social del territorio seleccionado para la organización en Red, tomando en cuenta elementos de arraigo, solidaridad y la existencia de asociaciones de desarrollo comunal u otras organizaciones formales o informales, que pueden contribuir al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en Red.</p> <p>De esta manera, una Red integrada logra la gestión articulada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico. Además, cuenta con un sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la Red y un sistema de gobernanza único para toda la Red.</p> <p>No obstante, dada la heterogeneidad actual en la distribución de los establecimientos y su complejidad a lo largo del territorio nacional, será necesario que la instancia de gobierno de cada Red realice una valoración exhaustiva de la oferta actual y la identificación de las brechas, para dar respuesta oportuna y con calidad a las necesidades de la población.</p>
<p>FUENTE: CCSS. Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, ETP. Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS, 2018</p>	


Complementariamente, deberá observarse la capacidad resolutive de los establecimientos que conforman cada RIPSS, entendida como la determinación de la posibilidad que tiene la Red, de dar respuesta de manera eficiente y eficaz a las necesidades de la prestación, mediante el uso óptimo de sus recursos. Cada Red debe disponer de la capacidad resolutive suficiente para resolver las necesidades de la prestación de servicios de la población que la conforma.

2.7.3.4 Elementos para la organización y el funcionamiento de la RIPSS

La OPS/OMS dicta que las dimensiones de la gobernanza son: el control (gobierno), la estructura, la composición y el funcionamiento.

1) Gobierno de la RIPSS

Partiendo de los atributos esenciales de las Redes integradas de servicios de salud, es necesaria la conformación de una instancia de Gobierno de Red, que contemple equipos de trabajo con las responsabilidades y competencias suficientes para el adecuado manejo, organización e integración de la Red de Prestación de Servicios de Salud, RIPSS.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 84 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Esta forma de gobierno conlleva el replanteamiento de las funciones y responsabilidades de los diferentes niveles administrativos de la Institución, de forma tal que - en su contexto interno y en el conjunto - trabajen en forma integrada y coordinada para el logro de los objetivos de la prestación de servicios de salud y gestión en red.

Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS)

La organización en Red de forma indispensable, requiere ser liderada por Equipos Gestores con la autoridad, competencias y potestades que integren en su operación, no sólo los aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud propiamente dicha, sino también deberá integrar en Red todos los elementos de orden financiero-administrativos que permitan su desarrollo, como serían la asignación y distribución de recursos, compras en red, análisis de requerimientos de: infraestructura, equipamiento, tecnología y recurso humano en función de la Red, considerando problemas y necesidades de salud de su espacio-población y no respondiendo a demandas particulares por establecimiento, cuyas directrices y lineamientos son vinculantes para todos los establecimientos que integran la Red (Hospitales y Áreas de Salud).


Esto implica la transformación de las actuales Direcciones Regionales en Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), como gobierno de la Red, pero asignándoles funciones y competencias claramente definidas, concordantes con el proceso de gestión de la Red definido y con un Equipo Gestor de la Red, cuyos perfiles y capacidades respondan a las competencias y funciones asignadas al gobierno de la red, permitiendo realizar una gestión eficiente y el máximo aprovechamiento de los recursos.

Este **Equipo Gestor de la Red** estará conformado por el Director de RIPSS, Equipo Interdisciplinario Gestor de la RIPSS, Equipo Gestor Clínico.⁸²

Asimismo, cada Dirección de RIPSS contará con dos unidades funcionales:

- **Consejo Consultivo de Red:** integrado por el Director(a) de RIPSS, dos integrantes del equipo gestor, así como los Directores y Administradores de las unidades de salud que conforman la Red y de los hospitales Nacionales Generales que se encuentren en el ámbito de cada red, que tendrán una participación activa en la identificación de necesidades, de estrategias para el fortalecimiento de la prestación y en la toma de decisiones para el logro de objetivos comunes de la Red, la coordinación y articulación de la red de servicios.
- **Consejo de Juntas de Salud:** conformado por los presidentes de las Juntas de Salud de los establecimientos que integran la Red, con participación en la identificación de necesidades y acciones que permitan mejorar la atención, incluyendo algunas acciones que atañen a los deberes de la población en el autocuidado de la salud, coordinación y enlace comunitario con organizaciones sociales de diversa índole, para la consecución de objetivos comunes en salud.

⁸² PFPSS-Equipo Técnico del Producto Gobierno de la Red, (2018). Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 85 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Unidad Coordinadora de Hospitales Nacionales y Especializados

Complementariamente, se prevé la conformación de una **Unidad Coordinadora de Hospitales Nacionales y Especializados**, con delegación gerencial para la coordinación conjunta con los hospitales generales nacionales y especializados, así como con centros especializados. Esta unidad estará conformada por un coordinador médico, designado por la Gerencia competente y un equipo interdisciplinario que le apoye en el desarrollo de acciones del ámbito de la prestación de servicios de salud y logístico administrativo para la gestión interna.

Consejo Directivo Institucional

Se constituye esta instancia funcional, con el fin de lograr una coordinación, integración y toma de decisiones estratégicas, para la toma de decisiones de alto nivel relativas a la articulación y desarrollo de las Redes, para implementar políticas y lineamientos institucionales, en el marco de los objetivos estratégicos del sistema y la definición de los mecanismos de coordinación asistencial entre los establecimientos de los diferentes niveles de atención. Este Consejo estará conformado por: el Gerente General (quien preside), el cuerpo gerencial, Gestores de cada Red conformada, Coordinador de Hospitales Nacionales y Especializados y el Director de la Instancia conductora del proceso de implementación del FPSS.

Nivel Local


Las Unidades prestadoras de servicios de salud, deben dedicar la mayor parte de sus esfuerzos en asegurar que los procesos sustantivos se ejecuten de la mejor manera posible, con el apoyo de la Dirección de RIPSS, la cual debe coordinar e integrar los recursos, de manera que se maximicen y se logre la sinergia necesaria.

De forma adicional a las competencias que ostentan actualmente, para el desarrollo de sus actividades cotidianas, requieren de un nivel de autonomía mínima que contemple, entre otros, el traslado de funciones y competencias, dotándose de la facultad de representación institucional para la firma de documentos específicos de alcance local, con el fin de disponer de una mayor capacidad de acción en la gestión funcional, operativa y administrativa de la Unidad, sin requerir de la aprobación de una instancia superior, para hacer efectivos los actos, con límites económicos y potestades definidas, aplicando los controles adecuados.

En lo que corresponda, se deberán modificar las condiciones contractuales vigentes de las unidades prestadoras de servicios que se encuentran contratadas por terceros, y así sucesivamente los contratos que se generen a partir de que sea aprobada esta conformación.

Nivel Central

En forma general, el nivel central dirige la gestión y planificación institucional para el diseño, implementación y evaluación de la RIPSS, que articula los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, con base en el Fortalecimiento de la

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 86 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Prestación de Servicios de Salud, en el marco de las definiciones normativas Institucionales.

En forma resumida, se ha definido un conjunto de elementos requeridos para el funcionamiento de las redes, entre los que destacan los enumerados a continuación:

Recuadro 27. Elementos requeridos para el funcionamiento de las Redes.

- La asignación de la población que se atenderá sobre la base del territorio seleccionado.
- La conformación de un gobierno único para cada RIPSS, que conduzca el proceso de gestión de la red.
- La planificación de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud de la población (en el ámbito de la prestación).
- La identificación del conjunto de servicios de salud que se brindará a la población en cada territorio seleccionado.
- La normalización del enfoque de atención centrado en las personas, que incluye el enfoque intercultural y de género en los servicios.
- La normalización de los mecanismos de articulación de los niveles de atención según complejidad.
- La regulación de la puerta de entrada al sistema y del acceso a la atención especializada.
- Las guías de práctica clínica y protocolos de referencia.
- Las políticas de formación y gestión de los recursos humanos compatibles con las Redes.
- La identificación de nuevas formas de asignación de recursos presupuestarios a los establecimientos que conforman la Red y a la Red misma.
- Las políticas públicas articuladas entre los distintos sectores que integran el territorio seleccionado para cada Red.
- La colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad en salud.

FUENTE: OMS/OPS (2009). 49º Consejo Directivo. 61ª Sesión del Comité Regional. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS. Documento CD49-16. Washington, D.C., 28 de setiembre al 2 de octubre.

En este marco, las Redes Integradas constituyen la forma de organización para alcanzar los objetivos de la Prestación de Servicios de Salud, por lo cual deben desarrollarse, además, otros elementos que condicionan el éxito de su funcionamiento, (modelo de gestión Institucional, modelo financiero, sistemas de información, sistema de asignación de recursos, entre otros). Asimismo, se requiere de un nivel central coordinado y articulado, cuya organización responda a las necesidades de desarrollo de la red asistencial.

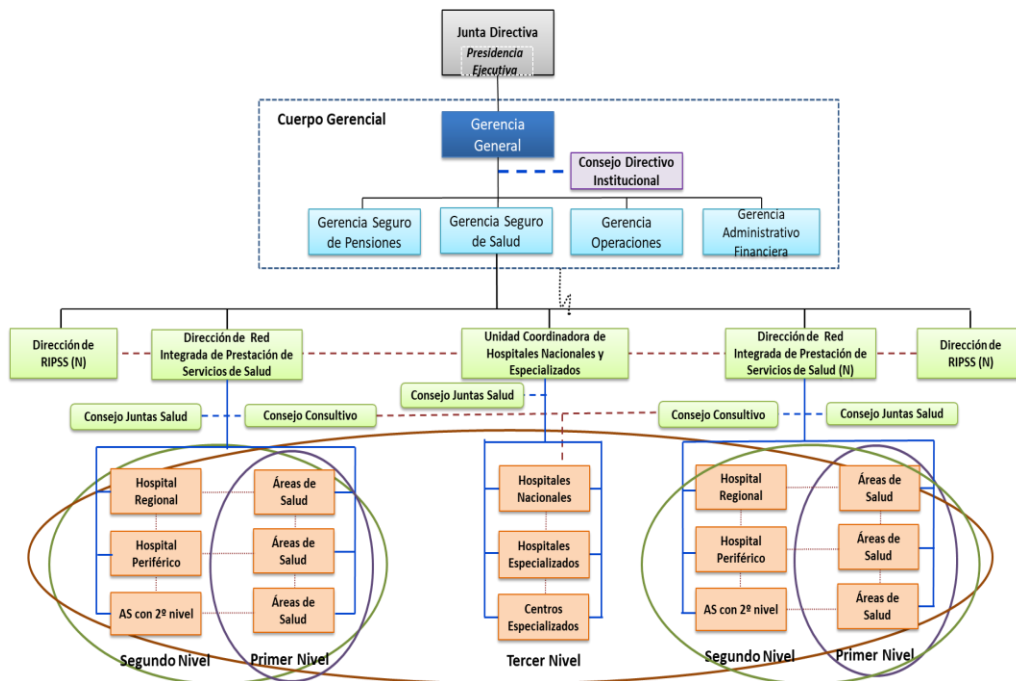
Todo esto implica que se debe generar un avance paulatino y gradual en el desarrollo de mecanismos y acciones que propicien la organización y funcionamiento de las redes asistenciales, en respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, procurando la consecución de insumos y recursos necesarios para mejorar el nivel de integración de las Redes.

2) Organización funcional de la Red

En concordancia con lo propuesto, se visualiza la organización funcional de la RIPSS, conformada por tres niveles administrativos (Nivel Central, DRIPSS de Red y Local), cada uno de los cuales tiene asignado un conjunto de roles y responsabilidades que - en forma integrada – contribuyen al funcionamiento adecuado de la Red.

Cada Red dispondrá de una Dirección, (con autoridad sobre las Unidades que integran la Red), Consejo Consultivo y de un conjunto de establecimientos de salud de diferente complejidad, encargados de la prestación de los servicios de salud a la población en un territorio definido.


Figura 33. Esquema jerárquico y funcional de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud



Fuente: Equipo Técnico Producto Gobierno de la Red, Proyecto Fortalecimiento Prestación de Servicios de Salud, 2017.

3) La coordinación entre niveles asistenciales a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

La integración de la atención se ha convertido en una prioridad para muchos sistemas de salud, en aras de resolver la creciente problemática de los sistemas de salud, donde se destaca el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como un reto al trabajo en Red. Se evidencia un grave problema de coordinación entre niveles asistenciales, que se manifiesta fundamentalmente mediante una gestión ineficiente de recursos, como la duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, entre otros. Asimismo, se evidencia la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales, por ejemplo, la falta de

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 88 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

seguimiento a pacientes hospitalizados una vez que egresan de los servicios hospitalarios.

Finalmente, se destaca la disminución de la calidad de la atención prestada, teniendo como consecuencia una creciente lista de espera a la consulta especializada⁸³ y la insatisfacción de los usuarios.

En atención a la función de la prestación de servicios de salud de las RIPSS, es primordial definir y diferenciar los términos de continuidad y de coordinación de la atención de salud, de manera que su operativización se dé de una forma estrechamente coordinada y eficiente, garantizando que todos los habitantes de una Red tengan igualdad de oportunidades cuando requieran acceder a los servicios disponibles en la Red, como a otros servicios especializados o sub especializados que no se encuentren disponibles en la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

La **continuidad de la atención** se refiere a cómo los pacientes experimentan la integración de los servicios de salud. Esta continuidad puede ser de tipo: (1) informacional (cómo se transmite la información de un paciente desde un proveedor a otro); (2) administrativa (especialmente importante cuando se cuenta con muchos proveedores involucrados en la continuidad de los cuidados); (3) relacional (aquella que une los cuidados pasados con los futuros)⁸⁴

La **coordinación asistencial** es la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender a las personas a lo largo del continuo asistencial, con independencia del nivel de atención donde se desarrollen.⁸⁵ Este concepto hace referencia a la concertación de todos los servicios relacionados a la provisión de servicios de salud que, de manera sincronizada, se unen en razón de alcanzar un objetivo en común.⁸⁶ Por consiguiente, los elementos necesarios para que haya coordinación asistencial, son:

1. La conexión de los servicios de salud a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información.
2. Un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes.
3. La sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuado.⁸⁷


⁸³ Terraza, R. et al. 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit vol.20 no.6. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona, España.

⁸⁴ Artaza, O. et al. 2011. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. OPS/OMS. Santiago, Chile.

⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud. 2016. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes integradas de servicios de salud (RISS). Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España.

⁸⁶ Terraza, R. et al. 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit vol.20 no.6. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona, España.

⁸⁷ Terraza, R. et al. 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit vol.20 no.6. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona, España.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 89 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Mecanismos de coordinación asistencial

La clasificación de los mecanismos de coordinación asistencial está basada en la Guía de la OPS, “Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes integradas de servicios de salud (RISS)”, la cual se modificó de acuerdo con las características propias que presentan el país y la CCSS.

Figura 34. Clasificación mecanismos de coordinación asistencial



Fuente: Guía de la OPS, Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en RISS

A continuación, un breve resumen de cada uno de ellos.

Coordinación de la información a los usuarios

La coordinación de información se define como la transferencia y el uso de información de los antecedentes clínicos en beneficio para la atención actual del paciente. La manera en la que los profesionales transmiten la información entre sí es importante para unir los eventos anteriores con los actuales y para adaptar la atención a las necesidades de los pacientes.


Coordinación Administrativa

Este tipo de coordinación hace referencia a la coordinación del acceso del paciente al continuo de servicios que conforman la Red, de acuerdo con sus necesidades⁸⁸. En esencia son los mecanismos de apoyo administrativo para dar soporte al continuo asistencial. Ejemplos de este tipo de coordinación son la coordinación de consultas, pruebas diagnósticas, urgencias, hospitalizaciones y traslados, entre los distintos niveles de atención en la Red.

Coordinación de la Gestión de la Atención

La coordinación de gestión es la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes servicios y

⁸⁸ OPS. 2016. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes integradas de servicios de salud (RISS). Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 90 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

niveles de atención que participan.⁸⁹ Para coordinar las actividades interdependientes en la Red se deben desarrollar dos procesos básicos: la normalización y la adaptación mutua.

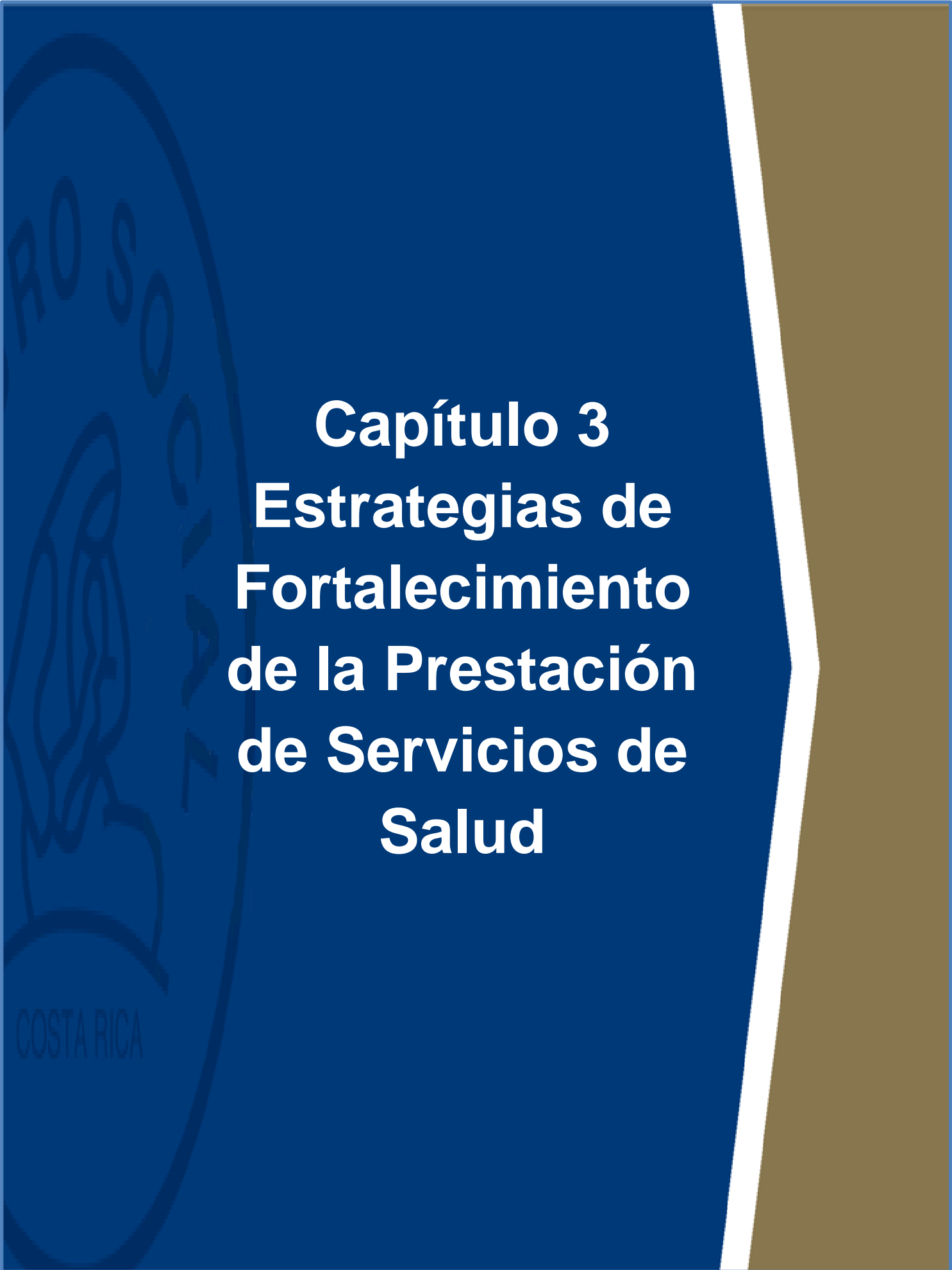
1. A través de la **normalización**, se estandariza y predetermina el trabajo, estableciendo de antemano las responsabilidades, las actividades y las habilidades necesarias para llevarlo a cabo⁹⁰

2. A través de la **adaptación mutua**, los procesos de trabajo se basan en la retroalimentación. Son situaciones en las que no es posible planificar la atención, y se basan en la interacción de los profesionales afines en el nivel donde se genera la información.

En el documento técnico de conformación y funcionamiento de las RIPSS, se explica en detalle los tipos de mecanismos que conforman cada grupo.

⁸⁹ Aller, V. et al. 2012. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España.

⁹⁰ Terraza, R. et al. 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit vol.20 no.6. Consorci Hospitalaria de Catalunya. Barcelona, España.



Capítulo 3
Estrategias de
Fortalecimiento
de la Prestación
de Servicios de
Salud

3.1 Alcance general del desarrollo de las estrategias para el fortalecimiento

Desde la perspectiva conceptual, se entiende el fortalecimiento como el proceso mediante el cual, los miembros de una organización desarrollan conjuntamente capacidades y recursos, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno.

El alcance del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, se enmarca en el desarrollo de tres elementos generales, a saber: 1) proteger lo alcanzado en el proceso de implementación del modelo readecuado de atención; 2) terminar lo pendiente de dicho modelo, con énfasis en la conformación de equipos de salud en el primer nivel de atención y la inclusión del segundo y tercer nivel de atención en el proceso y, 3) abordar los nuevos retos que plantea para el país los desafíos producto de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales, culturales, económicos, tecnológicos, entre otros. No se trata de un nuevo modelo, sino de actualizar y fortalecer el modelo de atención vigente, adaptando la organización para enfrentar la dinámica del contexto actual.

Figura 35. Elementos del alcance general Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud



FUENTE: Elaboración propia.


Algunas de las líneas de acción están orientadas por los productos y pruebas de campo desarrolladas durante el proceso de validación de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud; sin embargo, este debe considerarse un proceso dinámico, flexible y adaptativo, que considere las condiciones particulares que se presentarán en el momento de la implementación de las estrategias, según las características cambiantes de la prestación y de la población.

En la figura 35 se muestra un esquema resumen de algunos cambios que se proponen con el fortalecimiento de la prestación de servicios, lo cual permita la mejora en la atención de la población.

Figura 36. Cambios para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud

<p>Énfasis en los primeros años de vida. El sistema pierde de vista a adolescentes y adultos jóvenes. Regresan en la adultez y vejez.</p>	<p>Curso de vida</p> 	<p>Seguimiento desde el nacimiento hasta la muerte con carácter preventivo y de detección temprana</p>
<p>Aunque hay protocolos, su construcción es escasa y poco estructurada. Lo que hay funciona por iniciativa de cada unidad.</p>	<p>Coordinación</p> 	<p>Mayor comunicación y coordinación entre niveles de atención, mediante la aplicación de instrumentos de coordinación asistencial, para organizar los recursos.</p>
<p>Basado en referencia de personas usuarias de EBAIS a otros niveles. Sacar la cita depende del asegurado.</p>	<p>Sistemas de citas</p> 	<p>Con expediente digital, el asegurado que necesita atención especializada saldrá con sus citas del EBAIS para la continuidad de la atención.</p>
<p>Expediente impreso. Atención presencial.</p>	<p>Tecnología</p> 	<p>Expediente digital. Teleconsulta.</p>
<p>Incompleto, atención con énfasis en la morbilidad y algunas acciones de promoción y prevención.</p>	<p>Primer Nivel</p> 	<p>Completar conformación de equipos de salud y fortalecer sus capacidades. Énfasis en promoción y prevención, gestión de casos, coordinación de la atención.</p>
<p>Hospitales con poca capacidad para resolver.</p>	<p>Segundo Nivel</p> 	<p>Reforzamiento de centros diagnósticos y de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Atención de baja, mediana y alta complejidad.</p>	<p>Tercer Nivel</p> 	<p>Atención de alta complejidad. Centros especializados.</p>

FUENTE: Elaboración propia.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 94 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

3.2 Estrategias

Para la implementación del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, se plantea un conjunto de estrategias que procuran los ajustes requeridos para: la participación de la población en la identificación de necesidades y en el proceso de mejoramiento de la salud, la planificación de los servicios, basada en el abordaje de las necesidades de la población en el ámbito de prestación y en la gestión para resultados, el direccionamiento táctico operativo que posibilite una forma de organización de los servicios en red, procurar una mejor capacidad resolutive de los establecimientos de salud, según su ámbito de competencia y enfocando la complejidad de la atención sobre la base de las necesidades identificadas y priorizadas de la población, en un ámbito de sostenibilidad del sistema.


En concordancia con lo anterior, las líneas de acción están enfocadas en seis ámbitos: orientar la prestación de servicios de salud a las necesidades de la población, procurar una mayor participación comunitaria, situar la promoción y prevención como ejes fundamentales de la atención, mejorar la gestión y aumentar la capacidad resolutive de los establecimientos, fortalecer la gestión clínica de los establecimientos por nivel con enfoque de Red e implementar una organización de los servicios en RIPSS.

Todo esto permitirá **reforzar el Primer Nivel de Atención**, el cual este integrado por equipos multidisciplinarios que abarquen toda la población y el cual no sólo sirva como puerta de entrada al sistema, sino que integre y coordine toda la atención en salud de las personas y que logre satisfacer la mayor parte de las necesidades de prestación de servicios de la población.

Además, busca la **expansión de los servicios de Segundo Nivel** en las Redes, el cual le permita ser altamente resolutive, acercando la prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado y preferiblemente en entornos ambulatorios.

Finalmente, esto permitirá la **optimización de los servicios de alta especialización ubicados en el Tercer Nivel**, eliminando de su accionar las atenciones y procedimientos de mediana y baja complejidad, que hoy realizan, y enfocándose en las intervenciones más complejas que requiera la población de toda la red institucional de servicios.


A continuación, se presenta una serie de líneas de acción en cada una de las estrategias; no obstante, como se mencionó anteriormente, este es un proceso dinámico, por lo que requerirá realizar ajustes conforme se avance en su implementación y de acuerdo con las necesidades identificadas de la población.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 95 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

1. Orientar la prestación de servicios de salud a las necesidades de la población

Líneas de acción

- Implementar en las RIPSS las metodologías definidas institucionalmente para: Identificación de necesidades de prestación de servicios de salud, Clasificación de las personas según riesgos, Definición de los espacios población, Análisis de brechas de recursos y Programación local, como base para orientar la planificación de la prestación de servicios de salud.
- Reconocer y desagregar necesidades de prestación de servicios de salud por espacio población específico, con enfoque centrado en las personas, alrededor de los determinantes proximales de la salud y considerando los determinantes distales, para conocer el contexto en que se brindan los servicios.
- Generar de manera sistemática la estimación del riesgo como una ayuda para tomar decisiones lógicas que permitan el manejo de la enfermedad y evitar los tratamientos deficientes o excesivos.
- Clasificar la población según su situación de salud, riesgos y necesidades en grupos que requieran intervenciones o programas de atención diferenciados.
- Diseñar mecanismos y formas de atención y de gestión por grupos de riesgo, que den respuesta a los cambios demográficos y epidemiológicos del país.
- Fortalecer la recolección, integración y uso de los datos de prestación de servicios de salud, ajustados a la delimitación de Área de Salud y Sectores de Salud.
- Completar y revisar periódicamente la re-sectorización de las Áreas de Salud y Sectores, que conlleven al replanteamiento del tamaño y conformación de estas, mediante la inclusión de criterios explícitos a partir de la metodología definida, procurando con ello la identificación de brechas de recursos, permitiendo la redistribución de la población asignada por EBAIS.
- Reajustar la metodología de dotación de Recursos Humanos, para que incorpore el enfoque de red, lo que permita identificar las necesidades de personas trabajadoras, según la complejidad de la atención que se brinda, pero considerando también los requerimientos de la red.
- Definir los perfiles de puestos por competencias, que respondan al modelo de prestación de servicios de salud, a la conformación de las Redes y al modelo de gestión de los establecimientos de salud.
- Ajustar los campos clínicos que otorga la Institución para la formación de profesionales, de acuerdo con las necesidades de la Red de servicios.
- El diseño de mecanismos que permitan la valoración de la satisfacción de la población usuaria de los servicios, como insumo para la toma de decisiones de mejora.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 96 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Generar estrategias, programas o actividades enfocadas al acompañamiento de familias con niveles de riesgo alto, lo cual permita un mejor control de los factores y una atención más oportuna y eficaz en casos de crisis o activación de estos factores.
- Propiciar la formación y capacitación de redes de apoyo comunal que permitan una mejor atención de los riesgos y problemas de salud que se presenten en la población y que favorezcan las acciones entre pares, lo cual permita una mejor aceptación de las intervenciones realizadas y los tratamientos recomendados por el personal clínico.
- Incluir en la programación de recursos a asignar, el cierre de las brechas de recursos identificadas en cada red según las necesidades de la población, con especial énfasis en el Primer Nivel de Atención y servicios especializados ambulatorios, contemplando la capacidad institucional para dotarlos y formarlos.

2. Procurar una mayor participación comunitaria

Líneas de acción

- Conocer las condiciones de vida familiar y comunitaria, para facilitar la labor preventiva, diagnóstica y terapéutica de los servicios de salud.
- Motivar a la población para participar de forma activa, constructiva y responsable, en la identificación y priorización de necesidades, así como en la definición y desarrollo de las estrategias de mejora de la calidad de la atención.
- Fortalecer el acercamiento, el diálogo, la información, la búsqueda de opinión y de aportes de la población para enfrentar los problemas y potenciar las oportunidades.
- Incluir la participación de la población y sus líderes en el diseño y ejecución de las estrategias de información y comunicación, permitiendo un acercamiento directo con el sentir de las personas, a la vez que se les empodera y apropia del proceso de salud.
- Promover la participación de la población, acercando la comunidad al establecimiento, para que la población pueda hacer valer sus derechos y cumplir sus deberes en la prestación de servicios de salud.
- Implementar programas permanentes de educación dirigidos a la población en el autocuidado de la salud y la utilización racional de los servicios de salud.
- Promover a nivel local la conformación y capacitación de cuidadores y/o grupos comunales, para el apoyo en la atención de problemas de salud específicos, así como para actividades de promoción de la salud, enfocados en la educación en salud de la población.
- Participar y apoyar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con las instituciones que participan dentro del Sistema Nacional de Salud, para propiciar un abordaje integral de los determinantes de la salud.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 97 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Involucrar a todos los actores sociales representados en las comunidades, en el desarrollo de las acciones que, por competencia, les corresponde, relacionadas con la atención de los determinantes de la salud.
- Promover la participación de los Equipos de Apoyo en una serie de acciones, dirigidas a la salud de la población en general, especialmente en los EFES, en estrecha coordinación con otras instituciones de la Red y los grupos organizados de la comunidad.
- Fortalecer las capacidades y habilidades en comunicación de los líderes comunales con el objetivo que se transformen en educadores de la salud, en temas relacionados a promoción de la salud y prevención de la enfermedad en sus comunidades.
- Establecer alianzas con otros actores sociales de instancias internas y externas para maximizar los esfuerzos que permitan mejorar las acciones de salud integrales, con énfasis en promoción y prevención, desde la perspectiva del enfoque centrado en las personas y con perspectiva de Redes.
- Promover mecanismos de organización de las comunidades, que permita a estas una participación constante en los procesos de mejora de los servicios, haciendo visibles las necesidades desde la comunidad y abogando en las esferas políticas, locales y nacionales. por sus condiciones de Salud.

3. Situar la promoción y prevención como ejes fundamentales de la atención

Líneas de acción

- Mejorar la capacidad del Primer Nivel de Atención para realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad fundamentalmente en los escenarios fuera de los establecimientos de salud y enfocadas a la educación en salud y promoción de entornos saludables.
- Incluir dentro de las actividades realizadas con la población adulta, aspectos metodológicos adecuados a su condición, incluyendo un proceso compuesto por etapas que se van alcanzando según los tiempos particulares de cada individuo o grupo y que, a la vez, permite retroceder a etapas anteriores cuando sea requerido, sin que eso pueda ser interpretado como un fracaso del proceso.
- Mejorar la comunicación e información a la población con participación de los equipos de salud interdisciplinarios en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las estrategias de su centro o red de servicios, fortaleciendo y mejorando sus capacidades en el diseño de los materiales y actividades de fácil comprensión, enfocadas a la promoción y prevención y adaptadas al contexto cultural, educativo, económico y social.
- Aprovechar todo contacto con la persona y su familia, orientado inicialmente a la recuperación de la salud, para realizar intervenciones de promoción y prevención, de acuerdo con las condiciones de estos.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 98 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud, Municipalidades y otras instituciones en la ejecución de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud, el fomento de entornos saludables y la búsqueda de la equidad en salud de toda la población.
- Centrar los esfuerzos en la reducción de los riesgos más importantes y dar mayor prioridad a la prevención de las causas de las enfermedades más importantes, según la identificación de riesgos realizada en las RIPSS.
- Promover estilos de vida saludables en la población trabajadora con el fin de mejorar su salud y que se conviertan en agentes multiplicadores de dichos estilos para la población atendida y general.
- Dar énfasis a intervenciones de comprobada efectividad y con relación costo- beneficio más favorable.
- A partir de la estimación sistemática del riesgo y necesidades, determinar actividades no sólo la atención de la enfermedad, sino de promoción, prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

4. Mejorar la gestión y aumentar la capacidad resolutiva de los establecimientos

Líneas de acción


- Fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos, en respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población a su cargo, definiendo y consolidando servicios altamente resolutivos y preferiblemente ambulatorios.
- Definir con mayor claridad la responsabilidad del desarrollo de las acciones de promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, que conforman la atención integral, operativizados mediante los Componentes de Prestación de Servicios de Salud, así como las acciones propuestas relacionadas con la continuidad de la atención con base en procesos en la Red.
- Estandarizar la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención y ajustarla de acuerdo con las necesidades locales, asignándole los recursos que se requieren, incluyendo el mejoramiento de la capacidad del personal de salud para la resolución de problemas prioritarios y con enfoque de red.
- Mejora de los servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento, desarrollando un proceso de dotación paulatino en función de las necesidades de la red de servicios de salud y no de los establecimientos de forma individual.
- Modificar la modalidad de asignación de los recursos que se requieren para la resolución de problemas prioritarios (infraestructura, equipamiento e insumos), ajustada a las necesidades de la red asistencial.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 99 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


- Definir necesidades de construcción de nuevas infraestructuras y/o ampliación de las existentes, a partir del análisis de situación en cada Red asistencial, partiendo de una metodología definida y explícita, aprobada a nivel Institucional.
- Replantear el Plan de Inversiones Institucional de manera que se disponga de la infraestructura y recursos requeridos, en respuesta a las prioridades establecidas para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud en virtud de las necesidades de la población.
- Dotar de tecnología moderna (basada en evaluación tecnológica) y recursos en general, a los establecimientos ambulatorios y hospitalarios, en apoyo a las acciones que procuran la ambulatorización de los servicios.
- Ajustar los horarios para la atención en los diferentes establecimientos, por ejemplo: Cirugía vespertina, consulta vespertina, realización de estudios diagnósticos, servicios de urgencias 24 horas, con base en el análisis de necesidades de la población y asegurándose de contar con la capacidad resolutive y servicios de apoyo requeridos para brindar el servicio adecuadamente.
- Disponer de centros de diagnóstico ambulatorios, que permitan la realización de pruebas cuya complejidad no amerita realizarlas en centros de alta complejidad y no se requiera el internamiento de la persona.
- Transformación paulatina de los hospitales del tercer nivel en centros de alta complejidad y especialización que permitan disponer para toda la CCSS de núcleos de atención altamente especializada, de manera que se conviertan en centros nacionales de referencia, limitando la duplicidad de estos servicios en otros hospitales.
- Desarrollo y fortalecimiento de los servicios de apoyo en las Redes, que permitan mejorar la capacidad resolutive y eviten desplazamiento de la población a los centros de alta especialización, para la realización de procedimientos de baja y media complejidad.
- Promover la creación y uso de plataformas de servicios para la atención integral de las personas en los establecimientos, evitando su transitar por diferentes áreas de los mismos para realizar las actividades requeridas para su atención, incluyendo no solo la atención clínica sino aquellos servicios complementarios como apertura de expedientes, afiliación y validación de derechos.
- Garantizar que el Expediente Digital Único de Salud (EDUS) se desarrolle en todos los niveles de atención institucionales y se convierta en una herramienta de interacción intra e inter-niveles, con el nivel de seguridad y de eficiencia necesaria para la adecuada gestión de la información.
- Desarrollo de un sistema de información institucional unificado de listas de espera, agrupado por Red, que permita desarrollar estrategias para el abordaje integral de las mismas en cada RIPSS y a nivel institucional.
- Desarrollo de un sistema unificado de compras en Red, que permita realizar economías de escala y mejorar la eficiencia del sistema, agrupando las necesidades de varias unidades y evitando la duplicidad de tareas y recursos en cada establecimiento.



- Desarrollo de un sistema de información financiero, que permita manejar la asignación de recursos en Red, con los parámetros adecuados para su determinación, que integre la gestión de la Red y permita conocer los costos reales de los diferentes servicios brindados, para facilitar la toma de decisiones.
- Promover el uso de herramientas de información gerencial en las redes y a nivel institucional, que permitan la toma de decisiones oportuna e informada y la rendición de cuentas.
- Desarrollar nuevas tecnologías, que permitan el intercambio interactivo entre los centros de atención de la Red y maximizar la utilización de los mecanismos tecnológicos existentes, para la capacitación, educación y atención diagnóstico-terapéutica de las personas.
- Conformar los EI- EFES, a partir de los miembros de las diferentes disciplinas que forman parte del Equipo de Apoyo de las Áreas de Salud, de manera que se organicen mejor las actividades a desarrollar en los escenarios que conforman dicho Componente, incorporando el seguimiento y evaluación de las actividades que se realizan.
- Proponer y desarrollar una planificación de acciones e intervenciones, de forma interdisciplinaria y con enfoque de Red, de manera que la misma responda a las necesidades priorizadas y las condiciones presenten en la población adscrita.
- Modificar el sistema de registro de las actividades que se realizan en los diferentes establecimientos y fuera de ellos (EFES), el cual sea acorde con los procesos desarrollados en todos los niveles, incluyendo las actividades interdisciplinarias, individuales y grupales, sean estas de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos, incluyendo las interconsultas, atención especializada a distancia y cualquier otra que se desarrolle.
- Procurar que la formación base del personal de salud responda a los requerimientos institucionales para la prestación de servicios acorde con el modelo de atención, el fortalecimiento de la prestación y la organización en RIPSS. Esto requerirá la coordinación institucional con los entes formadores, a fin de ajustar los planes de estudio y diseños curriculares de los diferentes cursos.
- Aumentar la capacidad técnica del personal del Primer Nivel de Atención, mediante formación, programas de capacitación y educación continua, con el fin de disponer de un EBAIS y Equipo de Apoyo con mayores capacidades, habilidades y destrezas, para desarrollar las competencias asignadas a este Nivel y mejorar su capacidad resolutoria.
- Implementar un plan de capacitación y formación continua a todo el personal, que permita desarrollar las capacidades y competencias del personal para proponer y ejecutar acciones de mejora en la prestación de los servicios, la gestión clínica, administrativo-financiera, con énfasis en la utilización óptima de los recursos y la mejora en la calidad de la atención.
- Desarrollar el conocimiento y habilidades para el desarrollo de equipos de trabajo efectivos e implementación de una cultura y vocación de servicio como herramienta de crecimiento y desarrollo institucional, al servicio de la población.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 101 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Ajustar la normativa y desarrollar nuevos instrumentos de evaluación del desempeño de los establecimientos, individual y grupal con enfoque para resultados, que sean objetivos y que respondan a los intereses de la Red.
- Realizar acciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones ambientales del entorno laboral y al fortalecimiento de las capacidades gerenciales de los directores de unidades, de manera que se propicie un clima laboral adecuado que permita el óptimo desempeño de los funcionarios de la Institución.
- Revisar y actualizar la Política Integral de Buen Trato, a efectos de que incorpore explícitamente el enfoque centrado en las personas y se constituya en el instrumento que articule e integre el accionar institucional en la materia.
- Valorar la capacidad de las personas en cuanto a las competencias para el buen trato, en los procesos de selección y reclutamiento, y reforzarlas en los procesos de inducción y re-inducción, de manera que se cuente con la capacidad de ofrecer a las personas usuarias de un trato humanizado.
- Establecer mecanismos, procedimientos y normativa que enmarque la obligación de la supervisión del trato que se presenta en los servicios de salud, por parte de los titulares subordinados o jefaturas, de manera que se identifique dificultades que se estén presentando, las cuales sean abordadas de manera específica.
- Incursionar en la definición de mecanismos alternativos de contratación, que favorezcan la implementación del modelo de prestación de servicios, que le impriman flexibilidad al sistema y respondan a los requerimientos de la Red, a las necesidades de la población y de la Institución.
- Promover la adecuada articulación, racionalización y coherencia de las acciones ejecutadas por la Administración, de manera que las regulaciones institucionales respondan al adecuado transitar de las personas por los servicios, siempre con la perspectiva de la prestación de servicios centrados en las personas.
- Incluir dentro de los esfuerzos de simplificación de trámites que realiza la Institución, aquellos relacionados con el Seguro por el Estado y Beneficio Familiar, en cuanto al trámite (llenado de formularios) que los usuarios deben efectuar, el cual solicite registrar sólo la información que sea vital, preferiblemente a través de herramientas digitales manejadas por los funcionarios y solicitando sólo aquellos requisitos esenciales, a los que la Institución no tenga acceso interna o externamente.
- Coordinar a nivel interinstitucional las acciones requeridas para la atención de la población no asegurada, en materia de tamizaje y detección oportuna de patologías relacionadas con temas de salud pública, que garantice la atención en los diferentes centros: como tamizajes para embarazo, prevención y detección de cáncer y enfermedades crónicas.
- Propiciar herramientas y procedimientos que faciliten a las personas el acceso a los servicios de salud del primer nivel, incluyendo la posibilidad de utilizar sistemas de citas presenciales, web o telefónicas, de acuerdo con las condiciones de la población y de la Institución. Así como facilitando la liberación de citas más allá de las 24 – 48 horas de anterioridad, para que se puedan agendar a solicitud del usuario, con un mayor periodo de antelación, según la necesidad de las personas.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 102 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Ampliar la oferta de servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento en concordancia con la oferta especializada que se le brinde a la población en la Red, aún en el primer nivel, incluyendo la posibilidad de realizar la compra de servicios por terceros, en aquellas Redes donde la oferta de estos aún no cubra la demanda presentada.
- Realizar las adecuaciones normativas que permitan supeditar la prescripción, despacho y administración de medicamentos únicamente a la especialidad y no depender de dos factores como nivel de usuario y especialidad, lo que permita que el especialista, quien tiene el conocimiento, pueda utilizar el medicamento, indiferente de donde esté atendiendo a la población.
- Implementar metodologías y procedimientos de reclutamiento y selección por competencias para el personal institucional, lo cual permita evaluar su capacidad para ejecutar las tareas requeridas por la CCSS, de acuerdo con los estándares de calidad establecidos por la Institución.

5. Fortalecer la gestión clínica de los establecimientos por nivel, con enfoque de Red


Líneas de acción

- Diseño y ejecución de estrategias de atención que propicien el intercambio de información y conocimientos entre profesionales de la salud, tales como la ejecución de programas de sensibilización y capacitación entre el personal de salud, que propicien el trabajo en equipo y el enfoque de red.
- Identificar y sistematizar buenas prácticas en la prestación de servicios de salud que se hayan desarrollado en diferentes centros de la institución, que sean debidamente evaluadas y comprobados sus beneficios, de manera que se puedan extender a otras unidades, para la mejora de los servicios y reducción de desigualdades en la atención.
- Implementar la atención con enfoque centrado en las personas, considerando la prestación de los servicios a la familia como la unidad fundamental del sistema social, así como la comunidad y el ambiente que forman parte intrínseca de la realidad de las personas.
- Implementar los servicios de salud integrales, que consideran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación de la persona y los cuidados paliativos, haciendo énfasis en las prioridades de salud de las personas y sus necesidades.
- Implementar las prácticas innovadoras sistematizadas por la Institución a través del Proyecto, mediante la emisión de lineamientos y la publicación y disposición de los manuales de procedimiento elaborados: Atención Especializada a Distancia, Alta Programada, Hospital de Día Polivalente, Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar, Atención Diferenciada en el Primer Nivel.
- Ampliar y aplicar en todo el país la estrategia de ambulatorización, que incluye, entre otras, las modalidades de atención mencionadas y programas especiales

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 103 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

(oxigenoterapia, anticoagulados, diálisis peritoneal, hemodiálisis, entre otras). Así como la disposición de centros de diagnóstico ambulatorio, que permitan realizar procedimientos que no requieran internamiento.


- Fomentar el uso de la tecnología en la atención clínica, como medio simple y práctico para realizar interconsultas y multiconsultas, que permitan acercar los servicios especializados a la población, mejorar la capacidad resolutoria y disminuir el transitar y desplazamiento de las personas por los diferentes establecimientos en las Red Institucional de Servicios.
- Definir acciones de coordinación para la gestión de los establecimientos, promoviendo una atención continua de la población, a lo largo de todos los establecimientos que conforman la red asistencial, manteniendo siempre al primer nivel de atención como nodo coordinador de la atención a través de todo el curso de vida.
- Propiciar una mejora en los tiempos de atención de las personas mediante la coordinación de los diferentes servicios, especialmente en cuanto a aquellos procedimientos incluidos en el componente de soporte al diagnóstico y tratamiento, que son requeridos en los demás componentes de la prestación.
- Actualizar e implementar protocolos de atención, referencia – contra referencia y guías de práctica clínica, que permitan estandarizar el funcionamiento de los servicios y que respondan al enfoque de la atención centrada en las personas, la continuidad asistencial y la coordinación intra e inter niveles; lo cual propicie un mejor transitar de las personas en los diferentes niveles y una mejora en la resolutoria de la primera consulta de especialidades clínicas.
- Diseñar instrumentos de referencia y contra referencia, que faciliten el proceso para su ejecución, la priorización en la atención y el seguimiento de las personas en todos los Niveles de Atención que conforman la Red Institucional, integrados en los sistemas de información institucional y que eliminen tiempos muertos en el proceso.
- Propiciar acciones para la adecuada coordinación de los servicios de toma de muestras y realización de procedimientos de soporte al diagnóstico y tratamiento, con la programación de citas clínicas, de tal forma, que se otorguen las citas en forma coordinada, evitando traslados constantes de las personas y dando un enfoque multidisciplinario a la atención.
- Ordenar las interconsultas a nivel hospitalario, mediante el establecimiento de protocolos que definan el flujo de referencia entre especialidades, en la Red asistencial institucional (incluyendo los centros de alta complejidad).
- Desarrollar estrategias para agilizar la atención en el período del internamiento de la persona, mediante una administración efectiva de las camas y servicios hospitalarios, tales como manejo flexible de camas según las necesidades de las personas internadas, mejor organización de las personas según complejidad e intensidad de cuidados y coordinación entre servicios.
- Estandarizar prácticas por medio de lineamientos técnicos de atención y gestión que cubran todos los servicios de la Red y realizar actividades de supervisión y control sobre esas prácticas, las cuales sean debidamente registradas, para asegurar que la disponibilidad de la información y se actúe basándose en ella, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica intra e inter redes, niveles y establecimientos.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 104 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


6. Implementar una organización de los servicios en RIPSS

Líneas de acción

- Organizar los establecimientos de salud en redes integradas de prestación de servicios e implementación de estas en forma gradual y progresiva, con diferentes grados de coordinación e interrelación, hasta lograr una verdadera integración de los establecimientos y servicios.
- Rediseñar el proceso de atención basado en las mejores prácticas de la prestación y gestión en red, que permiten la continuidad de la atención de las personas, según nivel de complejidad de la atención requerida.
- Modificar la normativa técnica y legal de la Institución en cuanto a la clasificación actual de los establecimientos de salud, para adecuarla al Marco Conceptual y Estratégico del Fortalecimiento, incluyendo claramente la organización y gestión administrativa y clínica de los niveles de atención y considerando la organización en Redes Integradas, lo cual permita ordenar las funciones, competencias y responsabilidades, de cada unidad, y propicien la adaptación constante de los servicios y a la dinámica de las necesidades de la población.
- Complementariamente, se debe definir técnicamente los criterios, servicios y recursos que tipifican los establecimientos de salud - de acuerdo con el nivel de complejidad - y su adecuación para ofertar servicios que den respuesta a las necesidades y problemas prioritarios de salud de la población, con criterios de accesibilidad, equidad y sostenibilidad financiera.
- Plantear ante el Ministerio de Salud, la necesidad de reformar el Reglamento General de Hospitales, el cual debe ser una norma de lineamientos meramente generales y que la Institución aplicando el derecho a su autonomía, regule internamente la labor de los diferentes Centros de Salud, en procura de satisfacer de una mejor manera el servicio público que debe brindar a la población.
- Implementar equipos de gestión de red, con las competencias requeridas para conducir y gestionar las Redes Integradas, de acuerdo con los procesos establecidos y las funciones y competencias asignadas.
- Propiciar la definición del Gobierno de la Red con las competencias requeridas que permitan gestionar las funciones y competencias clínicas, administrativas, de logística y financieras asignadas, en busca del cumplimiento de los objetivos comunes de la Red.
- Distribuir los recursos institucionales en las Redes Integradas, según perfil demográfico y epidemiológico de la población, así como la cuantificación de las necesidades y brechas de recursos.
- Identificar y desarrollar instrumentos y mecanismos formales de relación intra e inter niveles, que aseguren la optimización de los recursos y permitan la prestación integral, la oportunidad y continuidad de los servicios en la Red.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 105 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

- Desarrollar sistemas de soporte unificados e integrados (información, costos, otros) y fomentar el uso de las tecnologías que mejoren el acceso a la información y asistan las decisiones clínicas y administrativas.
- Fortalecer la participación institucional en la conformación de redes intersectoriales, fomentando la construcción conjunta de una cultura de construcción colectiva de la salud y la optimización de los recursos en salud.
- Incorporar mecanismos de seguimiento, control y evaluación de los resultados de la organización y gestión en red.
- Desarrollar, monitorear y evaluar un modelo de gestión financiera eficiente y de mecanismos para la gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico, logístico y financiero, observando los principios de la sostenibilidad financiera.
- Desarrollar una estructura organizacional institucional que apoye la gestión de la red de servicios de salud.
- Propiciar el alineamiento de todos los niveles e instancias de la Institución a las estrategias de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y organización en Redes Integradas, de manera que el quehacer institucional en su conjunto posea un mismo direccionamiento y enfoque.
- Realizar el traslado de competencias y funciones que hoy poseen unidades del nivel central de la Institución hacia las Direcciones de Redes Integradas y unidades locales, lo cual permita la adecuada funcionalidad de las Redes y una mejora en la gestión de los establecimientos en todos los niveles administrativos.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 106 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Abreviaturas y Acrónimos

AAIP	Área de Atención Integral a las Personas	GAM	Gran Área Metropolitana
AAPSS	Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud	GPS	<i>Global Positioning System</i> (Sistema de Posicionamiento Global)
AES	Área de Estadística en Salud	GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
APS	Atención Primaria de Salud	ICHI	<i>International Classification of Health Interventions</i> (Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud)
ARSDT	Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento	ICPC	<i>International Classification for Primary Care</i> (Clasificación Internacional para Atención Primaria- CIAP)
AS	Área de Salud	IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
ASIS	Análisis de Situación de Salud	INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria	MG	Medicina General
BQ	Bloque Quirúrgico	ME	Medicina Especializada
CAI	Centro de Atención Integral	MEP	Ministerio de Educación Pública
CAIS	Centro de Atención Integral de Salud	MFyC	Medicina Familiar y Comunitaria
CCP	Centro Centroamericano de Población	MIDEPLAN	Ministerio de Planificación
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social	MS	Ministerio de Salud
CECUDI	Centro de Cuido y Desarrollo Integral	OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i> (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico- OCDE)
CEN	Centro de Educación y Nutrición	OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
CENDEISSS	Centro Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social	OMS	Organización Mundial de la Salud
CIAP	Clasificación Internacional para Atención Primaria	PANI	Patronato Nacional de la Infancia


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 107 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	PET/CT	<i>Positron emission tomography– computed tomography</i>
CINAI	Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral	PIV	Pielograma intravenoso
CIS	Centro Integrado de Salud	PRSS	Proyecto de Reforma del Sector Salud
CEPRE	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica	PVP	Puesto de Visita Periódica
DAE	Dirección Actuarial y Económica	REDES	Registros y Estadísticas de Salud
DAI	Dirección de Arquitectura e Ingeniería	RSS	Redes de Servicios de Salud
DCSS	Dirección de Compra de Servicios de Salud	RMN	Resonancia magnética nuclear
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	RRHH	Recursos Humanos
DDO	Dirección de Desarrollo Organizacional	SPN	Senos paranasales
DPSS	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	SGD	Serie gastroduodenal
DRSS	Dirección de Red de Servicios de Salud	SOAP	Subjetivo- Objetivo- Análisis- Plan
DTSS	Dirección Técnica de Servicios de Salud	SPECT/CT	<i>Single-photon emission computed tomography</i>
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral de Salud	TAC	Tomografía axial computarizada
ECOP	Expediente Clínico Orientado a la Persona	TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
EDUS	Expediente Digital Único de Salud	UGM	Unidad Geoestadística Mínima
EFES	Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud	WHO	<i>World Health Organization</i> (Organización Mundial de la Salud)


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 108 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Glosario


Acceso	<p>“Facilidad con la que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado”.</p> <p>Modificado de: OPS/OMS (2001). <i>Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas</i>. Washington DC.</p>
Aceptabilidad	<p>“Percepción de los servicios recibidos y las acciones que garantizan la seguridad de las personas”.</p> <p>Modificado de: OPS/OMS (2001). <i>Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas</i>. Washington DC.</p>
Adscripción poblacional	<p>La población que habita en el Área de Atracción de cada establecimiento de prestación de servicios de salud.</p> <p>La población adscrita puede ser de atención directa o indirecta, en el caso de Áreas de Atracción de establecimientos de mayor complejidad que incluyen otros establecimientos de menor complejidad.</p>
Alta Programada	<p>Proceso de gestión clínica a través del cual se brindan herramientas a las personas acerca de los cuidados en el hogar asociados a su problema de salud, de manera que el egreso hospitalario ocurre cuando se garantiza la atención continuada de la persona en la Red de Servicios de Salud, en los servicios de apoyo o en el domicilio según sea la condición y perfil del paciente.</p> <p>Modificado de CCSS (2013). <i>Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo en el Marco de la Atención y Hospitalización domiciliar</i>. DDSS. San José.</p>
Área de Atracción	La jurisdicción territorial de cada establecimiento de prestación de servicios de salud.
Área de Salud	Espacio- población adscrito a un conjunto de establecimientos de Servicios de Salud institucionales del Primer Nivel de Atención.
Atención Ambulatoria	<p>“Atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención”.</p> <p>CCSS (2012). <i>Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud</i>. San José.</p>
Atención de Emergencias	Se refiere a la atención no programada cuyo objetivo es dar respuesta rápida a las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas que acuden al establecimiento de salud, por un evento agudo en grado variable de severidad.
Atención Integral	<p>“Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud”.</p> <p>CCSS (1996). <i>Reglamento del Seguro de Salud No. 7082</i>. (actualizado 2003).</p> <p>El abordaje de las personas como un todo, en respuesta a una necesidad de prestación de servicios de salud. En concordancia a la necesidad presentada, puede incluir soporte físico, psicológico y social, considerando el contexto familiar y comunitario del individuo.</p>
Atención Integrada	<p>Los cuidados que interrelacionan los diferentes servicios de salud disponibles para atender una necesidad de prestación de servicios de salud de la persona.</p> <p>Incluye servicios que pueden ser brindados por diferentes disciplinas, tecnologías, establecimientos o niveles de atención. Puede incluir, de ser necesario, la coordinación con otros servicios fuera del ámbito de la prestación de servicios de salud.</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 109 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


Atención Primaria de Salud (APS) <i>(Primary Health Care- PHC)</i>	<p>“Es un enfoque amplio para la organización y operación de Sistemas de Salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad.</p> <p>Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.”</p> <p>OPS/OMS (2005). Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC.</p>
Capacidad instalada	<p>“Constituida por el volumen y grado de adecuación de todos los recursos físicos, humanos y tecnológicos”</p> <p>OPS/OMS (1997), CCSS. Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.</p>
Capacidad resolutiva	<p>“Es la determinación del tipo de diagnóstico que es posible atender en cada establecimiento de salud para lograr satisfacer las necesidades y demandas de la población y a la vez un uso óptimo de los recursos disponibles.”</p> <p>OPS/OMS (1997), CCSS. Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.</p>
Centro Especializado	<p>Organización formal y de cobertura nacional en el ámbito de la Caja Costarricense de Seguro Social,...que otorga en el campo de la salud, productos o servicios altamente especializados que no forman parte de las prestaciones ordinarias que los Hospitales o Áreas de Salud suministran a las personas.</p> <p>Cuenta con unidad ejecutora propia para el desarrollo de las competencias asignadas y tiene independencia física, funcional, organizacional y presupuestaria de un Hospital o Área de Salud.</p> <p>CCSS (2016). Dirección de Desarrollo Organizacional, Área de Estructuras Organizacionales. AEOR-004-2016. Febrero, San José.</p>
Complejidad	<p>“El grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éste. Se considera que la complejidad está compuesta por los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Grado de diferenciación de todos los servicios (finales, intermedios y administrativos)</i> • <i>Grado de especialización y capacitación del recurso humano</i> • <i>Equipamiento”</i> <p>OPS/OMS (1997), CCSS. Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.</p>
Componentes de la Prestación de Servicios de Salud	<p>Conjunto de elementos que, en forma articulada, permiten la Prestación de Servicios de Salud, por lo tanto están asociados a los Subprocesos de la Prestación.</p>
Comunidad	<p>“Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo.</p> <p>Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.”</p> <p>OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.</p>
Comunicación para la	<p>“Estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 110 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


salud	<p>a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo”.</p> <p>OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.</p>
Condiciones de vida	<p>Son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven y actúan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales, económicas, culturales y ambientales, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.</p> <p>Modificado de OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>
Consulta Externa	<p>La Consulta Externa es el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada, y en un tiempo aceptado por las personas tras recibir la información oportuna. La atención se brinda en el consultorio del establecimiento de salud.</p> <p>Zambrana J. et al (2002). La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. 118(8):302-5 Med.</p>
Continuidad	<p>El grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son percibidos por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud.</p> <p>Modificado de Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ; 327(7425): 1219–1221.</p>
Contra referencia	<p>Es un instrumento de comunicación entre el personal de salud. Es emitida por el trabajador de la salud con el propósito de que el establecimiento que refirió a la persona, conozca de lo actuado por este y pueda utilizar esta información para la atención continuada.</p> <p>La contra referencia no aplica en el ámbito interno, por cuanto el expediente de salud contiene el registro de atención de los diferentes profesionales de salud.</p> <p>Modificado de: CCSS (2012). Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Estadísticas en Salud. Agosto.</p>
Demanda	<p>El número de prestaciones que social y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.</p> <p>Puede subdividirse en la demanda expresada (equiparado con utilización) y demanda potencial. También puede ser subdividida en la demanda racional (exigencia que corresponde a necesidad) y demanda irracional (exigencia que no corresponde a necesidad) y por último, en demanda satisfecha y demanda insatisfecha que se refieren a la capacidad de los servicios de salud (oferta) de cubrir toda la demanda.</p> <p>OPS/OMS (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago de Chile.</p>
Desempeño	<p>“El grado en que un sistema alcanza sus objetivos”.</p> <p>Performance in: Hurst, J. and M. Jee-Hughes. (2001). Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 47, OECD Publishing.</p>
Determinantes	<p>Conjunto de factores individuales, familiares y comunitarios que determinan el</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 111 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


de la salud	<p>estado de salud de las personas.</p> <p>Los determinantes de la salud son múltiples e interrelacionados. Incluyen las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de atención de salud, las influencias comunitarias y soporte social, los factores individuales, preferencias en estilos de vida y los factores biológicos y genéticos.</p> <p>Modificado de OPS/OMS (2011). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC, 1996.</p> <p>OPS/OMS. Principios de la Epidemiología para el Control de las Enfermedades. Washington DC.</p>
Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS)	<p>Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Sector de Salud, en el Primer Nivel de Atención.</p> <p>Está integrado por un Médico General, un Auxiliar de Enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP). Se ubica en la Sede de EBAIS.</p>
Educación para la Salud	<p>“Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”.</p> <p>Modificado de OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>
Efectividad	<p>“Resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica.”</p> <p>Modificado de: OPS/OMS (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC.</p>
Eficiencia	<p>“La producción lograda a partir de unos recursos disponibles y las necesidades priorizadas de la población”.</p> <p>Modificado de: OPS/OMS (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC.</p>
Egreso hospitalario	<p>“el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital”.</p> <p>CCSS (2012), Área de Estadísticas de Salud.</p>
Equidad en salud	<p>“Se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales”.</p> <p>OPS/OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C..</p>
Equipo de Apoyo	<p>Constituye el recurso humano que tiene a cargo la prestación de servicios de salud en un Área de Salud, en el Primer Nivel de Atención.</p> <p>Realiza acciones de educación para la salud, supervisión técnico- asistencial, capacitación permanente y atención de casos referidos. Se ubica en la Sede de Área de Salud.</p>
Entorno saludable	<p>Ambiente que ofrece a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud.</p> <p>Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos de salud y las oportunidades para su empoderamiento.</p> <p>Modificado de: OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 112 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01


Escenario de Salud	<p>“El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar”</p> <p>OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.</p>
Espacio poblacional	<p>“Segmento geográfico poblacional al que debe servir el sistema de servicios de salud, se traduce en un espacio geográfico- poblacional con objetivos fundamentalmente comunes, los que determinan la naturaleza del segmento, frente a las que se identifican y priorizan necesidades sanitarias”</p> <p>OPS/OMS, CCSS (1997). Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.</p>
Especialidad	<p>Ramas de profesionales de la salud que se dedican al estudio, diagnóstico y tratamiento de grupos de enfermedades, áreas específicas del cuerpo humano, determinados grupos de edad o que utilizan determinada tecnología.</p> <p>Modificado de: CCSS (2012). Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José.</p>
Establecimiento de salud	<p>Unidad operativa que realiza procesos asistenciales y administrativos con la finalidad de responder a las necesidades de prestación de servicios de salud brindando intervenciones de salud, intramurales y/o extramurales.</p> <p>Se ubica, de acuerdo a su capacidad resolutiva y complejidad (recursos humanos, materiales y equipos), en un Nivel de Atención.</p>
Estilo de vida	<p>“es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.</p> <p>OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>
Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	<p>Conjunto de líneas de acción propuestas por la OMS para la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.</p> <p>https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file</p>
Evaluación	<p>“La valoración sistemática y objetiva de la relevancia, idoneidad, progreso, eficiencia, efectividad e impacto de un curso de acción, en relación a los objetivos y tomando en consideración los recursos e instalaciones que se han desplegado”.</p> <p>World Health Organization, Regional Office for Europe (1998). A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen.</p>
Evaluación de necesidades de salud	<p>“La aproximación sistemática para garantizar que los servicios de salud utilizan sus recursos para mejorar la salud de la población de la manera más eficiente”.</p> <p>Wright J, Williams R, Wilkinson JR. (1998) Health Needs Assessment- Development and importance of health needs assessment. BMJ 316:1310-1313. London.</p>
Evaluación de Tecnologías de Salud	<p>La evaluación sistemática de las propiedades, efectos y/ o los impactos de las tecnologías de salud.</p> <p>Puede abordar las consecuencias directas, previstas de las tecnologías, así como sus consecuencias indirectas, no deseadas. Su objetivo principal es brindar información para la formulación de políticas sobre el cuidado de la salud. Es llevada</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 113 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01


	<p>a cabo por grupos interdisciplinarios utilizando marcos analíticos explícitos utilizando una variedad de métodos.</p> <p>Modificado de: International Network of Agencies of Health Technology Assessment. (INAHTA) (2012). Health Technology Assessment (HTA) Glossary. http://www.inahta.net/ . Visitado abril 2013.</p>
Factor de riesgo	<p>“Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones”.</p> <p>OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>
Género	<p>“Se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres”.</p> <p>WHO (2013). Gender, Women and Health. Geneva.</p>
Gestión	<p>Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.</p> <p>ISO: 9000. Norma Internacional (2005). Traducción certificada. Términos y definiciones. p:10.</p>
Gestión clínica	<p>El más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas, procurando la mayor efectividad y eficiencia.</p> <p>Modificado de: OPS/OMS (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago de Chile.</p>
Hospital	<p>Establecimiento de atención de salud que cuenta con camas hospitalarias, personal y recursos tecnológicos clínicos, donde los pacientes pueden, si lo necesitan, permanecer internados y recibir atención de salud durante las 24 horas del día.</p>
Interculturalidad	<p>“El concepto involucra las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa”.</p> <p>OPS/OMS (1998). Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington D.C.</p>
Interdisciplinariedad	<p>El encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, las que mantienen sus aspectos teóricos o empíricos respectivos, conservan la especificidad de sus esquemas conceptuales, procedimientos científicos y el respeto mutuo de los objetivos y prácticas.</p> <p>Modificado de: Criado M y Barchietto AM (2005). Importancia del enfoque interdisciplinario en la evaluación forense del abuso sexual infantil. Cuadernos de Medicina Forense. Año 4, No. 2 (31-33). Buenos Aires.</p>
Internamiento	<p>Atención de salud destinada a la permanencia de los pacientes para observación, diagnóstico, recuperación y/ o tratamiento, con la participación de personal calificado en un hospital.</p> <p>Involucra la ocupación de una cama de dotación normal o de tránsito para pernoctar en el servicio de salud, la cual constituye el recurso físico principal de un hospital.</p>
Intervención de salud	<p>“Es una actividad realizada a una persona, o a una población, cuyo objetivo es mejorar, evaluar o modificar la salud, funcionamiento o condiciones de salud”.</p> <p>WHO (2012). International Classification of Health Interventions (ICHI). Alpha version. Geneva.</p>
Modelo de Atención	<p>Descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en un sistema de salud; especialmente aquellos que definen, condicionan o afectan la forma en que la sociedad desarrolla, organiza, distribuye y controla los recursos que destina a atender las necesidades de salud de las personas.</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 114 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		


Monitoreo	<p>“La vigilancia continua de una actividad para ayudar en su supervisión y para verificar que ésta procede de acuerdo con el plan. El seguimiento implica la definición de métodos para medir la actividad, el uso de recursos, y la respuesta a los servicios con criterios acordados”.</p> <p>World Health Organization, Regional Office for Europe (1998). A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen.</p>
Necesidad de salud	<p>“Conjunto de requerimientos para alcanzar el mayor nivel de salud posible”.</p> <p>Modificado de: Ministerio de Salud del Perú (2011). Modelo de Atención Integral de Salud.</p>
Niveles de Atención	<p>Combinaciones funcionales de servicios de acuerdo a su complejidad. Lo que distingue a un Nivel de otro es su capacidad tecnológica de resolución de necesidades y/o problemas de salud. Un Nivel de Atención responde a realidades de salud similares y está diseñado para enfrentar demandas equivalentes.</p> <p>Modificado de: Castellanos J. y Kisil, M (1981). Estructura de los Servicios de Atención Médica. Educ. Med. Salud, Vol 15, No. 3.</p>
Objetivos de Desarrollo Sostenibles	<p>Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030.</p> <p>www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/</p>
Oportunidades perdidas	<p>Toda circunstancia en que una persona acude a un establecimiento de salud y no recibe las intervenciones de prestación de servicios de salud que le corresponden de acuerdo con la normativa vigente, según sus condiciones de riesgo.</p> <p>Modificado de: OPS/OMS, CCSS (1997). Capacidad Resolutiva del Nivel II y III de Atención en Salud. El caso de Costa Rica. San José.</p>
Plan	<p>“El conjunto coordinado de directrices, acciones, metas y disposiciones que instrumenta un proceso para alcanzar objetivos predeterminados. El plan es un proceso dinámico que requiere de la interacción, así como de la coherencia y coordinación.”</p> <p>DCSS (2009). Plan de Compra de Servicios de Salud 2010- 2015.</p>
Prestación de Servicios de Salud	<p>“La forma en cómo los insumos son combinados en los Servicios de Salud para permitir la provisión de una serie de intervenciones o acciones de salud”.</p> <p>Health Service Delivery in: WHO (2001). Report of the Scientific Peer Group on Health Systems Performance Assessment. Geneva.</p>
Prevención de la enfermedad	<p>“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.</p> <p>OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.</p>
Prevención primaria	<p>Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales, predisponentes o condicionantes.</p> <p>OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>
Prevención secundaria	<p>Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo pero anterior al inicio de los signos y síntomas.</p> <p>Modificado de OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>
Prevención terciaria	<p>Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.</p> <p>Modificado de OPS/OMS (1996). Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC.</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 115 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


Proceso	<p>“Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan para transformar elementos de entrada en resultados”.</p> <p>Modificado de: CCSS, Dirección Sistemas Administrativos (2011). Taller Práctico “Mapa de Procesos”.</p>
Programa	<p>Forma de gestión para la implementación sistemática de intervenciones.</p> <p>Modificado de: CDC (1999). Framework for Program Evaluation in Public Health. Atlanta.</p>
Promoción de la salud	<p>“Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”. “La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.</p> <p>OMS (1998). Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra.</p>
Proyecto	<p>Un proceso con plazos concretos que consiste en un conjunto de actividades planificadas e interrelacionadas orientadas a lograr productos programáticos definidos.</p> <p>Modificado de: UNFPA (2004). Conjunto de Herramientas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Administrador de Programas. Herramienta Número 1: Glosario de términos de planificación, seguimiento y evaluación I.</p>
Quirófano	<p>Local acondicionado para hacer intervenciones quirúrgicas bajo anestesia.</p>
Recurso	<p>“Los insumos necesarios para que los sistemas de salud funcionen (recursos humanos y financieros, medicamentos, suministros y equipos, e infraestructura)”.</p> <p>World Health Organization Regional Office for Europe (1998). A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen.</p>
Red de Servicios de Salud en la CCSS	<p>“Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica.</p> <p>Asume la responsabilidad clínica y económica en el logro de unos resultados de salud a la población que sirve y está dispuesto permanentemente a la rendición de cuentas de forma transparente”</p> <p>CCSS (2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. Noviembre.</p>
Red de Servicios de Salud	<p>Conjunto de establecimientos de salud interrelacionados entre sí para atender las necesidades de Prestación de Salud de la población, en un espacio geográfico definido, asegurando la complementariedad, la provisión, integración y continuidad de servicios.</p>
Referencia externa	<p>Es la emitida por el profesional en salud de un establecimiento, para que el consultante sea atendido en otro centro.</p> <p>La referencia tiene como objetivo compartir información con los profesionales de salud del centro de referencia las razones que motivaron el traslado del caso y de lo actuado en el establecimiento que lo atendió.</p> <p>Modificado de: CCSS (2012). Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Estadísticas en Salud. Agosto.</p>
Referencia Interna (Interconsulta)	<p>Es la emitida por un profesional en salud de un establecimiento, para que el consultante sea atendido por otro profesional de distinta especialidad o disciplina del mismo establecimiento en cualquiera de sus Componentes (Consulta Externa, Atención de Urgencias o Internamiento).</p>

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 116 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

	Modificado de: CCSS (2012). Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Estadísticas en Salud. Agosto.
Rendición de cuentas	<p>“El resultado de un proceso que asegura que los actores de salud asuman la responsabilidad de lo que están obligados a hacer y se hacen responsables de sus acciones”.</p> <p>Accountability in: World Health Organization Regional Office for Europe (1998). A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen.</p>
Resultados de salud	<p>“Los aspectos de la salud que se derivan de las intervenciones provistas por el sistema de salud, las instalaciones y el personal que las recomiendan y las acciones de aquellos que son objeto de las intervenciones”.</p> <p>Health outcomes in: Starfield B (2001). Basic concepts in population health and health care. Journal of Epidemiology and Community Health; 55:452-454. doi:10.1136/jech.55.7.452.</p>
Salud	<p>“Es un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”</p> <p>La salud, tanto como la enfermedad, son el producto de complejas interacciones entre determinantes de la salud, que se dan en una población en un determinado espacio geográfico y momento histórico.</p> <p>OMS (1948). Constitución de la OMS. Ginebra.</p> <p>OPS/OMS (2011). Principios de la Epidemiología para el Control de las Enfermedades. Washington DC.</p>
Salud Pública	<p>“esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”.</p> <p>OPS/OMS (2002). La Salud Pública en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington DC.</p>
Sector Salud	<p>Conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar la salud de la población.</p> <p>CCSS (2013). Servicios de Salud de la CCSS. Gerencia Médica. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Febrero.</p>
Sector de Salud	Espacio- población adscrito a un Equipo Básico de Atención Integral en Salud del Primer Nivel de Atención.
Sede de Área de Salud	<p>La Sede de Área de Salud es el establecimiento de salud que tiene bajo su responsabilidad la prestación de servicios de salud del Primer Nivel de Atención en el espacio- población denominado Área de Salud.</p> <p>En la Sede de Área de Salud se ubica el recurso humano para la gestión-administración, constituyéndose en la unidad administrativa básica de la Institución.</p> <p>En esta Sede se ubica el Equipo de Apoyo.</p> <p>En la mayoría de casos, la Sede de EBAIS puede ser la Sede del Área de Salud.</p>
Sede de EBAIS	<p>La Sede de EBAIS es el establecimiento de salud en donde se prestan los servicios de salud esenciales del Sector de Salud.</p> <p>En la Sede de EBAIS se ubica el Equipo Básico de Atención Integral en Salud. Se clasifica de acuerdo al número de EBAIS que contiene.</p>
Servicio	<p>La dependencia destinada a funciones técnicas especializadas, por ejemplo: Farmacia, Laboratorio, Obstetricia, Cirugía.</p> <p>Debe contar con la dotación de recursos suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas.</p>


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 117 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
		CÓDIGO: PFPSS-E2-01

	<p>Modificado de CCSS (2012). Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José.</p>
Servicios de salud	<p>“El conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”.</p> <p>World Health Organization (2000). The World Health Report 2000: Health systems: improving performance. Geneva.</p>
Servicios de Salud Integrados y Centrados en las personas	<p>Enfoque de atención que adopta conscientemente las perspectivas de individuos, familias y comunidades y los ve como participantes y no sólo beneficiarios de un sistema de salud confiable, que responde a sus necesidades y preferencias de una manera humana y holística.</p> <p>World Health Organization 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.</p>
Servicios de salud personales	<p>“Se refiere a servicios de salud dirigidos al individuo. Incluye servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, gestión de la enfermedad, rehabilitación, cuidados paliativos, cuidados agudos y cuidados de largo plazo, entre otros”.</p> <p>OPS/OMS (2006). Análisis del Sector Salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas, lineamientos metodológicos. Edición especial No. 9. Washington, D.C., Febrero.</p>
Servicios de salud pública o no personales	<p>Se refiere a servicios de salud dirigidos a la población en general.</p> <p>Incluye el Análisis de Situación de Salud, la Vigilancia de la Salud, la promoción de la salud, la protección y saneamiento del medioambiente, la participación social, la preparación y respuesta a desastres y salud ocupacional, entre otros.</p> <p>Modificado de: OPS/OMS (2002). La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington, D.C.</p>
Servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento	<p>Servicios que brindan asistencia a los profesionales de la salud mediante acciones terapéuticas o procedimientos diagnósticos específicos para el estudio, resolución y abordaje de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas. Funcionan de forma dependiente de los otros Componentes de la Prestación.</p>
Sistema Nacional de Salud	<p>“conjunto de instituciones, servicios y programas orientados a lograr salud y bienestar para todos de forma racional, coherente e interactuante”.</p> <p>Ministerio de Salud (1989). Reglamento del Sistema Nacional de Salud. Gaceta 230 del 5 de noviembre.</p>
Sostenibilidad	<p>“La capacidad de satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la facultad de satisfacer las del futuro”.</p> <p>OPS/OMS (2005). Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC.</p>


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 118 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Bibliografía Consultada


1. Adams J et al (2008). La Asistencia Sanitaria en el 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios. IBM Global Business Services, Nueva York.
2. Alarcón A. et al (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd Chile; 131(9): 1061-1065.
3. A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez y J. Gené Badia (2014). Atención Primaria: Principios, Organización y Métodos en Medicina de Familia. Séptima edición. Elsevier, S.L. Barcelona, España.
4. Aller, V. et al. 2012. Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España.
5. Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Clasificación de las Áreas de Salud de acuerdo con su complejidad y propuesta a largo plazo. Aprobada en artículo 7 de la sesión N°8304, del 04 de diciembre de 2008.
6. Arias J, et al (2001). Generalidades Médico Quirúrgicas, Editorial Tebar. España:269.
7. Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia (2013). Sistema Canadiense de Triage para los Servicios de Emergencias. Capacitación CTAS. Manual del participante, San José.
8. Asociación Nacional de Empleados Públicos (ANEP) (2013). Manifiesto sobre las 10 medidas para salvar a la CCSS. Consultado en febrero 2013: www.anep.or.cr.
9. AUA (2011). An Overview of Ancillary Services. The essential resource for your practice. Health Policy Brief. USA, sep, XXI (9).
10. Bedregal P (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Rev Méd Chile; 130(11): 1287-1294.
11. Belkis. (2011.). Definiciones acerca del Riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana de Higiene, Epidemiología y Microbiología. 49(3)., 470-481.
12. Bitterman, R (2013). Is "Severe Pain" considered an emergency medical condition under EMTALA? ACEP.
13. Borrel C. et al (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. GacSanit; 18(1):2-6.
14. Carrillo R, Martínez J, Naranjo F, Sauma P (2011). Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS. San José.
15. Castillo, Jacqueline, Sánchez Rocío (2015). La carga de enfermedad en Costa Rica. CCSS, con información del IHME.
16. Castro Carlos, Sáenz Luis B (1998). La Reforma del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica. Ministerio de Planificación y Política Económica.
17. CCSS (1996). Reglamento del Seguro de Salud. N° 7082. (Actualizado 2003). San José.
18. CCSS, MS (1996). Manual de Funciones y Actividades del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención. San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 119 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01


19. CCSS (2000). Plan de Atención a la Salud de las Personas 2001-2006. San José.
20. CCSS (2002). Modelo de Cultura Organizacional. Dirección Desarrollo Organizacional.
21. CCSS, UCR (2003). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. CENDEISSS, SEP. San José.
22. CCSS (2003). Manual normativo de visita domiciliaria de Atención Primaria. Primer Nivel de Atención. DTSS. San José.
23. CCSS (2004). Manual de atención integral en salud de los(as) niños(as) en el escenario escolar: Componente de servicios. DDSS. San José.
24. CCSS (2004). Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Módulo Curso Gestión Local. CENDEISSS, CCSS, Universidad de Costa Rica/ Sistema de Estudios de Posgrado.
25. CCSS (2004). Modelo de Cultura Organizacional. Dirección Desarrollo Organizacional. San José.
26. CCSS (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José.
27. CCSS (2008). Perfil de complejidad por tipo de Área de Salud con visión de largo plazo. AAPS, DPSS. San José.
28. CCSS (2009). Programa académico de la Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación. CENDEISSS. San José.
29. CCSS (2009). Conjunto de Servicios a Contratar a Proveedores Externos. DGRRSS. DDSS. DCSS. DGRSSCS. San José.
30. CCSS (2009). Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en Red para la persona y su sistema familiar. DDSS. San José.
31. CCSS (2010). Plan de Compra 2010-2015. Dirección de Compra de Servicios de Salud.
32. CCSS (2012). Consideraciones para la Discusión del Modelo de Prestación de Servicios de Salud, Perspectiva de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo MFyC. San José.
33. CCSS (2012). Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS. Área Estadística en Salud.
34. CCSS (2012). Organización funcional de la disciplina de Nutrición en los tres Niveles de Atención. Coordinación Nacional de Nutrición. ARSDT. San José.
35. CCSS (2012). Modelo Funcional y Organizacional de los Servicios de Farmacia. Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos. ARSDT. San José.
36. CCSS (2012). Evaluación del desempeño de la Prestación de servicios de salud. Informe de resultados 2011. DCSS. San José.
37. CCSS (2012). Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el ámbito nacional con corte al 31 de diciembre del 2011. DPSS. San José.
38. CCSS (2012). Estudio de Complejidad Hospitalaria. Primera Etapa. Agrupación Hospitalaria Según Oferta Observada del 19 de abril al 11 de mayo del 2012. APSS, DPSS. San José.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 120 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

39. CCSS (2012). Organización Funcional de los Servicios de Laboratorio Clínico en los tres niveles de atención. Coordinación Nacional de Laboratorio Clínico. ARSDT. San José.
40. CCSS, Gerencia Médica (2013). Atención integral al usuario(a): Alta Programada y Servicios de apoyo en el marco de la atención y hospitalización domiciliar. Área Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
41. CCSS (2013). Reglamento Modalidad de Atención Integral de Medicina de Empresa. DDSS. San José.
42. CCSS (2013). Marco Referencial para el Desarrollo de la Revisión y Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. Grupo Conductor Modelo de Prestación. San José.
43. CCSS (2013). Procesos Estandarizados de los Servicios de Enfermería. Coordinación Nacional de Enfermería. ARSDT. San José.
44. CCSS (2014). Encuesta de satisfacción del usuario. Servicios de consulta externa y hospitalización 2012-2013.
45. CCSS (2013). Perfil de Proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. Equipo Técnico Intergerencial. Noviembre.
46. CCSS (2014). Análisis de Situación de la Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-V. Actualización y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS. Enero.
47. CCSS (2014). Programa Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud. Plan de Gestión. Abril.
48. CCSS (2014). Construyendo una agenda estratégica para el fortalecimiento de la equidad y la sostenibilidad del Seguro de Salud. Propuesta Programa FESSS. Noviembre.
49. CCSS (2014). La Carga de la Enfermedad y Esperanza de Vida Saludable-Costa Rica. Grupo Técnico Intergerencial, diciembre.
50. CCSS (2015). Cultura Institucional. Valores Institucionales en sitio en Internet www.ccss.sa.cr. Visitado en noviembre.
51. CCSS (2015). Plan Estratégico Institucional 2015-2018. Diciembre.
52. CCSS (2017). Metodología para la definición de los Espacio Población. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. San José.
53. CCSS. Equipo Técnico del Producto Gobierno de la Red, (2018). Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS. Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. San José.
54. CCSS-OPS. (2015). Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. San José, Costa Rica.: EDNASSS.
55. Carrillo R, Martínez J, Naranjo F, Sauma P (2011). Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS. San José. Pág. 45-46.
56. Castaño RA (2005). Centros de Excelencia: calidad, eficiencia y competitividad para la exportación de servicios. Vía Salud, 33:8-17.
57. Centro de Gestión Hospitalaria (2009). Centros de Excelencia y significancia estadística. Vía Salud; 49: 1-3.


	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 121 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

58. CEPAL (2015) Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y Objetivos de Desarrollo Sostenible. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Naciones Unidas.
59. Colegio de Médicos y Cirujanos (2012). Normativa de Tecnólogos en Ciencias Médicas autorizados por el Colegio de Médicos y Cirujanos. San José.
60. Consejo de Salubridad General (2012). Estándares para la Certificación de Hospitales. México D.F.
61. Continuity in: Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*; 327(7425): 1219–1221.
62. De Vito, Eduardo L. (2013). Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (Buenos Aires)*, 73(2), 187-190. Recuperado en 20 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018&lng=es&tlng=es.
63. Di Prete L. et al (2000). Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. 2ª Edición. USAID. Washington D.C.
64. Frente Nacional de Defensa de la Seguridad Social (FRENASS), Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense (BUSSCO), Frente Sindical de la CCSS (FIT-CSSS) (2014). Agenda Nacional Unitaria para el Rescate de la CCSS. San José.
65. Fundación Friedrich Ebert Stiftung (2014). La Caja que Queremos. San José, Costa Rica.
66. Gilmore M. The work of the nursing team in General Practice. Council for the education and training of healthy visitors. London: Clifton House, Euston RD, 1974.
67. Gobierno de Chile (2015). Orientaciones para la planificación y programación en red. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
68. Gómez J (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triage estructurado. *Emergencias*. Andorra; 18:156- 164.
69. Hurst J and Jee-Hughes M (2001). Performance Measurements and Performance Management in OECD Health Systems. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Paris.
70. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Centro Centroamericano de Población (CCP) (2014). Proyecciones de población al 2050.
71. Institute of Medicine (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academy Press. Washington DC.
72. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2013). La carga mundial de morbilidad: Generar evidencia, Orientar políticas.
73. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2015). Carga Global de la Enfermedad, Perfil Costa Rica, publicado en setiembre.
74. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2016). Global Burden of Disease 2015.
75. La Gaceta. DECRETO EJECUTIVO No.40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR. Creación de las comisiones de promoción de la salud. Gaceta 2 de noviembre de 2017, Alcance N° 263.
76. Marmot M (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England.
77. Ministerio de Salud de Brasil. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria. Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) : Manual

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 122 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

instructivo / Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Básica. – Brasilia: Ministerio da Salud, 2012.


78. Ministerio de Salud de Chile (2007). Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Santiago.
79. Ministerio de Salud de Costa Rica (2007). Norma para la Acreditación de Cuidados Paliativos y Control del Dolor. San José.
80. Ministerio de Salud Costa Rica (2010). Plan Nacional de Salud 2010-2021. San José.
81. Ministerio de Salud Costa Rica (2011). Política Nacional de Salud 2010-2021. San José.
82. Ministerio de Salud Costa Rica (2014). Diálogo Nacional para el fortalecimiento del Seguro de Salud costarricense en el contexto de la Salud Pública. San José.
83. Ministerio de Salud del Perú (2004). Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima.
84. Ministerio de Salud de Perú (2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. Julio.
85. Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009). Bloque Quirúrgico Estándares y Recomendaciones. Madrid.
86. Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010). Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid.
87. National Health Service (NHS) (2002). Health Needs Assessment Toolkit. Mid Hampshire.
88. National Health Service (NHS) (2005). Health Needs Assessment A Practical Guide. London.
89. National Health Service (NHS) England (2014). Emergency and urgent care services.
90. OECD (2012). Integrating service delivery: why, for who, and how? Social Policy Division. Draft Discussion paper. Paris.
91. OMS (2008). La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca. Informe Mundial de la Salud. Ginebra.
92. OMS (2009). Subsanan las Desigualdades en una Generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.
93. OMS. Preguntas y respuestas en línea Agosto de 2016.
En: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>. Revisado el 20 de junio de 2018.
94. OPS/OMS. (1978). En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
Revisado el 18 de junio de 2018.
95. OPS/OMS (2001). Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas, Washington DC.
96. OPS/OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D.C.
97. OPS/OMS (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington D.C.
98. OPS/OMS (2008). Agenda de Salud para Las Américas 2008- 2017. Washington DC.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 123 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

99. OPS/OMS (2008). Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas.
100. OPS/OMS (2008). "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.
101. OPS/OMS (2009). Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington D.C.
102. OPS/OMS (2009). Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. Resolución CD49.R22. Consejo Directivo. Reunión 49, Sesión 61 del Comité Regional. Washington DC.
103. OPS/OMS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.
104. OPS/OMS (2010). Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica.
105. OPS/OMS (2011). Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Módulo Uno. Segunda edición revisada. Washington D.C.
106. OPS/OMS (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago.
107. OPS/OMS (2012). Evolución y tendencias futuras del hospital. Granada.
108. OPS/OMS (2012). Propuesta preliminar del COT. Modelo de atención -8/1/12. Documento borrador.
109. OPS/OMS (2012). Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC. Componente Salud. Suiza.
110. OPS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53º Consejo Directivo 66º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. EUA
111. OPS (2016). Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes integradas de servicios de salud (RISS). Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España.
112. Perry MC (2011). Approach to the patient with cancer. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier:chap 182
113. Poder Ejecutivo (1971). Reglamento General de Hospitales Nacionales. Nº1743-SPPS. Alcance 71, La Gaceta 143, MS. San José.
114. Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 15(4)., 1-10.
115. Terraza, R. et al. 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit vol.20 no.6. Consorci Hospitalaria de Catalunya. Barcelona, España.
116. Troncoso V (2011). Evaluación preoperatoria. Rev. Med. Clin. Condes; 22(3) 340-349.
117. Unidad Preparatoria del Proyecto de Reforma del Sector Salud (1993). Propuesta de Readequación del Modelo de Atención. Informe final. San José.
118. Universidad de Santiago (2001). La Palma: El escenario de la intervención Comunitaria. En Revista de Psicología. Chile.
119. Vargas, I et al. (2003). Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud para Médicos Generales. 1 ed. San José, Costa Rica.




120. WHO (2007). Strengthening Health Systems to improve Health outcomes. Geneva.
121. WHO (2007). Western Pacific Region. People- centered Health Care. A Policy Framework. Geneva.
122. WHO (2008). Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief. Geneva.
123. WHO (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva.
124. WHO (2013). Family of International Classifications Network Annual Meeting 2013. The growing tree of Functioning Interventions within ICHI. China.
125. WHO (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO/HIS/SDS/2015.6.
126. WHO-FIC (2012). Public Health Interventions in ICHI. Newsletter. The Netherlands; 10(1)1-20.
127. Wright J, Williams R, Wilkinson JR (1998). Health Needs Assessment- Development and importance of health needs assessment. BMJ; 316:1310-1313.
128. Wright J (1998). Epidemiological issues in health needs assessment. BMJ; 316(7141): 1379-82.

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 125 de 128
	MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1

Anexo 1. Reconocimientos

Autoridades Institucionales	Unidad
Fernando Llorca Castro (2017- 2018) María del R. Sáenz Madrigal (2015- 2017)	Presidencia Ejecutiva
Rolando Barrantes Muñoz	Comisión Salud de la Junta Directiva
Mario Devandas Brenes	Comisión Salud de la Junta Directiva
Óscar R. Fallas Camacho	Coordinador, Comisión Salud de la Junta Directiva
María E. Villalta Bonilla	Gerencia Médica, Comisión Salud de la Junta Directiva
Equipo Director del Proyecto	
María del R. Sánchez Montero	Juan Antonio Sancho Chacón
Rodolfo Morera Herrera	Orietta Moraga Guevara
Oscar Villegas Del Carpio	Laura Esquivel Jiménez
Elizabeth Gairaud Garro	Abel A. Reyes Guzman
Juan Carlos Martínez Hernández	Warren Arce Barrantes
Danny Garbanzo Alfaro	Christopher Martínez Calvo
Colaboraron en el análisis de situación de la prestación de servicios de salud, 2013.	
Marianela Hernández Garita	Jeannette Quirós Pérez
José M. Molina Granados	Noelia Santamaría Santamaría
Giovanna Mora Mata	Bernny Villarreal Cortés
Juan C. Morera Guido	Xinia Zeledón Brenes
Leonardo Orozco Saborío	
Aportaron comentarios para la revisión técnica del documento borrador, mayo 2014.	
Norma Ayala Díaz	Heilen Díaz Gutiérrez
Mario León Barth	Sergio Gómez Rodríguez
Róger Ballesteros Harley	Claudio Arce Ramírez
Luis B. Sáenz Delgado	Ana J. Güell Durán
Róger Muñoz Díaz	
Participaron en la elaboración de la propuesta de Redes. 2013.	
Rocío Sánchez Montero	Kattia Herrera Fernández
Francisco Pérez Gutiérrez	Ana Guzmán Hidalgo
Zeirith Rojas Cerna	Rodolfo D. Martínez Jiménez
Xenia Sancho Mora	Víctor Rugama Madriz
Marcela Chavarría Barrantes	Sergio Chacón Marín
Hilda Oreamuno Ramos	
Colaboraron en el análisis de situación de la propuesta de Redes.	

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 126 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1 CÓDIGO: PFPSS-E2-01


Jacqueline Castillo Rivas	Miriam León Solís
Ana L. Solís Guevara	Susana López Delgado
Arlette Centeno Barrantes	
Aportaron información relevante para la propuesta de Redes.	
Luis B. Sáenz Delgado	Manuel Rodríguez Arce
Luis F. Campos Montes	José M. Zamora Moreira
Sergio Gómez Rodríguez	Carmen Loaiza Madriz
Shirley López Carmona	Armando Villalobos Castañeda
Susan Peraza Solano	Daniel Quesada Rodríguez
Kattia V. Rodríguez Arce	Marylene Quesada Quesada
Dinorah Garro Herrera	Ana P. Salas Chacón
Gabriela Murillo Jenkins	Mario Mora Ulloa
Gustavo Picado Chacón	Hugo Chacón Ramírez
María E. Villalta Bonilla	Adelaida Mata Solano
Róger Ballesterero Harley	Stella Bolaños Varela
Luis Rivera Cordero	Ana J. Güell Durán
Rey F. Jiménez Carvajal	Marjorie F. Castro Sirias
Sergio Chacón Marín	

Aportaron elementos sustantivos para el diagnóstico y construcción de la propuesta de Redes, 77 funcionarios representantes de los tres niveles administrativos institucionales, mediante talleres de consulta realizados el 13 y 14 de agosto de 2013, desarrollados conjuntamente con Hernán Luque y Ricardo Fábrega, consultores de OPS/OMS.

Colaboraron en asesoría técnica para el desarrollo de la propuesta de Redes.	
Julián Pérez Gil (Banco Mundial)	Dov Chernichovsky
Fernando Montenegro Torres (Banco Mundial)	Mario Cruz Peñate (OPS/OMS)
Alexo Esperato (Banco Mundial)	

Aportaron comentarios y discusiones para el desarrollo de los talleres de validación del documento de fortalecimiento de la prestación, 185 funcionarios institucionales que representan a los tres Niveles de Atención y de Gestión de todas las Regiones de Salud de la CCSS, en mayo del 2015.

Colaboraron en el diseño metodológico, conducción y sistematización de la información de los talleres de validación del documento ajustado a la prueba de campo, en mayo 2015.	
Mariana Calvo Brenes	Juan C. Martínez Hernández
Kemly Camacho Jiménez	Kattia V. Rodríguez Arce
Katherine Marín Mora	Lizeth Vega Valverde
Sergio Herrera Zúñiga	Mario Cruz Peñate (OPS/OMS) apoyo económico
Julián Pérez Gil (Banco Mundial)	

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 127 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	VERSIÓN: 3.1	CÓDIGO: PFPSS-E2-01

Colaboraron en el desarrollo de la metodología para identificar necesidades de prestación de servicios de salud.

Grettel Rojas Vargas	Guillermo Kivers Brunel
Carlos Cascante Castro	Yiressi Ramírez Hidalgo
Juan O. Gil Ng	Ana C. Moya Wolfe
Tania Vargas Casal	Mario Cruz Peñate (OPS/OMS)
Leslie Vargas Vásquez	Enrique Pérez Flores (OPS/OMS)
Alonso Navarro Conejo	

Colaboraron en el desarrollo de la metodología de clasificación de la población según riesgos.

German Núñez Venegas	Carla Alfaro Fajardo
Francisco Ortiz Vargas	Jimmy Ampié Guzmán
Johnny Herrera Romero	Alejandro Vargas Calderón
Hazel Mena Moya	Lorena Barrantes Fernández

Colaboraron en el desarrollo de la metodología para definición de los espacios – población.

Julet Edwards Loban	Andrea Pereira Cartín
Marvin Cervantes Loaiza	Alexander Mora Duarte
Luis Víquez Bogantes	Luis Rodríguez Flores
Gonzalo Mena Selles	Griselda Navarrete Medina

Colaboraron en el desarrollo del instrumento de programación para la prestación de servicios de salud.

Jason Calvo Rojas	Celia Gentilini Vega
Fabián Carballo Ortiz	Melba Layne Pearse
José A. Castro Granados	Maykol Villarreal Baltodano

Colaboraron en el desarrollo de la identificación de brechas.


Victoria Villalobos Segura	Mauricio Noguera Porras
Marta On Centeno	María de los A. Benavides Alvarado
Raymond Bertý Vílchez	Lilliana Villalobos Rodríguez
Roxana Castillo Mc Gregor	Tatiana Blandón Otárola
Tania Ching Chang	

Colaboraron en el desarrollo del programa de información y comunicación dirigido a la población general, las organizaciones que interactúan con los servicios de salud y al personal de salud.

María del C. Chacón Castillo	Orietta Moraga Guevara
Martín Gómez Torres	Virginia Venegas Villalobos
Carolina Dennis Rodolfo	María I. Solís Ramírez
Ricardo Guevara Salas	Elvia Solís Córdoba
Lidia Martínez Martínez	

Colaboraron en el desarrollo de las estrategias para el cumplimiento del buen trato en la prestación de servicios de salud.

Cindy Núñez Quiel	Eva Monge Obando
-------------------	------------------

	PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Página 128 de 128
		FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2019
MARCO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		VERSIÓN: 3.1
CÓDIGO: PFPSS-E2-01		

Kendry Cruz Ávalos	Marylene Quesada Quesada
Sugey Vásquez Rodríguez	Diana Muñoz Carvajal
Emilia Arias Rueda	
Colaboraron en la definición de la reorganización funcional de los componentes de la prestación con enfoque de Red.	
Carlos Carnegie Gouldbourne	Eduardo Sutherland Mc Kenzie
Julieta Casco Manjarrez	Jeisen Casasola Reid
Daihann Powell Davis	Andy Chamorro Camacho
Oscar Weathly Williamson	Danisha Sterling Smith
Karen Casasola Contreras	Luis G. Ramírez Salas
Ana Elena Alfaro Ramírez	Lisette Vega Valverde
Deyanira Quesada Ruiz	Fressia Rodríguez Bonilla
Alfred Graze Saborío	Geizel Zúñiga Vargas
Colaboraron en el desarrollo de la sistematizaron de prácticas innovadoras de atención y en el desarrollo del programa de capacitación y educación continua para Equipos de Salud.	
Yorleny Quesada Bolaños	Henry Villegas Navarro
Nelly Astorga Cruz	Santiago Herrera López
Silvia Chavarría Díaz	Adelaida Mata Solano
Marjorie Castro Sirias	Stella Bolaños Varela (Consultora independiente)
Lindsay Guevara Araya	Marjorie Garro Montoya
Heileen Sánchez Solano	Mónica Soto Morera
Colaboraron en el desarrollo de la conformación, organización, funcionamiento de la Red y mecanismos de coordinación asistencial. 2017	
Maritza Hernández Sánchez	Roberto Cervantes Barrantes
Juan A. Ugalde Muñoz	Luis C. Androvetto Solórzano
Wilman Rojas Molina	Iliana Musa Mirabal
Gustavo Zeledón Donzo	Pedro González Morera
Colaboraron en el desarrollo de la propuesta de modificaciones normativas relacionadas con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.	
Silene Aguilar Orias	Diana Leiva Vargas
Herbert Archer Rojas	Diana Pereira Obando
Zimri Campos Quesada	José M. Sánchez Araya
Marco Espinoza Quesada	
Colaboraron en el desarrollo de la propuesta de asignación de recursos.	
Sergio Gómez Rodríguez	Claudio Arce Ramírez
Colaboraron en la revisión final	
Mario Cruz Peñate	Consultor OPS Costa Rica