

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

Primera
Unidad Modular

El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades

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

Universidad de Costa Rica
Vicerrectoría de Acción Social
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública



2004

Autoría de contenidos

Rossana García González

Tabla de Contenido

6	Objetivo general de la Primera Unidad Modular
7	Presentación de la Primera Unidad Modular
8	I. Sistema, Sector Salud y Sistema Nacional de Salud
8	A. Definiciones
11	II. Creación e Integración del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud
11	A. Sector Salud
13	B. Propósitos del Sistema Nacional de Salud
14	C. Funciones del Sistema Nacional de Salud
15	D. Objetivo del Sistema Nacional de Salud
17	III. La Seguridad Social en Costa Rica
17	A. El Sistema de Seguridad Social
19	B. El Seguro Social Obligatorio
21	C. Tipos de Aseguramiento
22	D. Financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social
24	IV. Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social
24	A. Niveles administrativos
26	B. Niveles de atención
28	V. Modelo readecuado de salud en el primer nivel de atención
28	A. Crisis del modelo
29	B. Objetivo general del modelo de atención
29	C. Principios del modelo de atención
30	D. Características del modelo de atención
34	VI. Organización para la atención en el primer nivel de atención
34	A. Áreas de salud
35	B. Sectores de salud y EBAIS
36	C. Oferta básica de servicios de salud en el primer nivel de atención
36	D. Oferta básica de servicios de salud
39	VII. Otras modalidades de atención en salud
39	A. Servicios del sector público
39	B. Servicios del sector privado
40	C. Los del sector mixto
44	VIII. El modelo de asignación de recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social
44	A. Justificación del cambio
45	B. Nuevo modelo de asignación de recursos
46	C. Separación de funciones
46	D. Responsabilidad de las partes
47	E. Introducción de la función gerencial

48	F. Definición de objetivos específicos para cada centro o establecimiento de salud
48	G. Los compromisos de gestión
50	IX. Ejercicios de auto-evaluación para el estudiante
64	X. Respuestas a los ejercicios de auto-evaluación
79	Bibliografía

Claves

**Objetivo
específico**

O

Ejemplo

Ej.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl

Objetivo general de la Primera Unidad Modular

Identificar el ámbito de acción de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el reconocimiento de la integración, los propósitos, los objetivos, la estructura y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, a fin de comprender su importancia, principalmente en el primer nivel de atención

Presentación de la Primera Unidad Modular

El propósito de esta unidad modular es describir los principios y características del Sistema Nacional de Salud para que los técnicos conozcan y analicen los elementos y el ámbito de acción de éste; así como del modelo de atención de salud en el primer nivel

Se plantean los siguientes aspectos:

Un primer grupo de contenidos, se refiere al concepto de Sistema Nacional de Salud, Sector Salud y Sistema Nacional de salud. Aportar elementos para la comprensión del funcionamiento del Sector Salud y su ubicación dentro del Sistema Nacional de Salud.

Un segundo grupo de contenidos apunta a describir las modalidades de atención vigentes en Costa Rica y así ubicar el ámbito de acción de la C.C.S.S. dentro de estas modalidades.

Un tercer grupo de contenidos, se refiere a la descripción del modelo readecuado de atención, describiendo causas de la crisis del modelo y su repercusión en la reorientación de los servicios, sobre todo en el primer nivel de atención.

Por último, se describen aspectos centrales que conducen a cambios en la asignación de recursos y su repercusión en el primer nivel de atención.

La importancia de los contenidos de esta primer unidad modular consiste en que los miembros del equipo de salud recojan elementos para discutir y aclarar aspectos en relación a la reorientación de los servicios, principalmente el primer nivel de atención.

I. SISTEMA, SECTOR SALUD Y SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Analizar los conceptos: sistema, Sector Salud y Sistema Nacional de Salud

A. DEFINICIONES

En la 22ª edición del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, la palabra *sistema* se define como:

Sistema

Conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente, entrelazados entre sí. Conjunto de cosas que, relacionadas entre sí ordenadamente, contribuyen a determinado objeto”

Entre las definiciones anteriores se pueden destacar como expresiones claves las siguientes:

- a. Conjunto de
- b. Entrelazadas o relacionadas entre sí
- c. Objeto

Todos los sistemas cuentan con tres elementos esenciales:

Elementos esenciales de un sistema

?? Insumos
?? Procesos
?? Resultados

Si se aplican las palabras clave identificadas en las definiciones, a los elementos esenciales de los sistemas se advierte que:

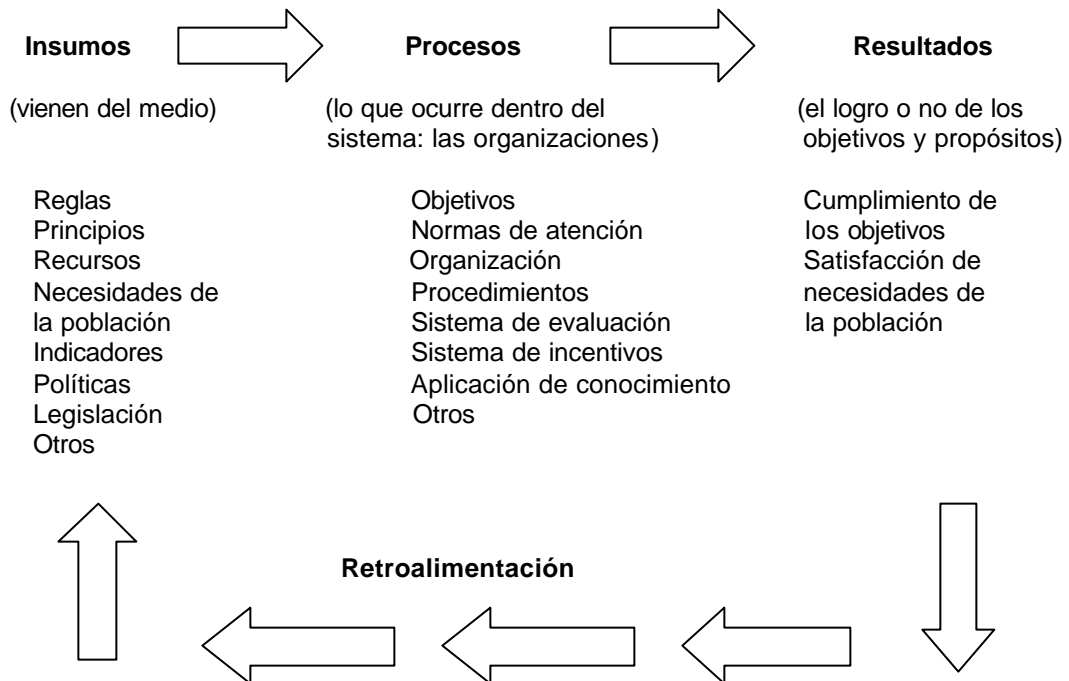
Res.

Los insumos son el conjunto de ...(reglas, principios, recursos...)

Los procesos son los mecanismos mediante los cuales los insumos que entran al sistema se entrelazan o relacionan entre sí

Los resultados son los objetivos alcanzados por el sistema

Esquema básico de un sistema



Desde hace años se viene hablando de sistemas de salud y el término se aplica indistintamente a las más variadas situaciones. En algunos casos, se designa como sistema de salud a pequeñas estructuras administrativas destinadas a ciertos objetivos específicos de salud y, en otros, se pretende institucionalizar el sistema por medio de un contenido estructural rígido.

Por otro lado, con mucha frecuencia, los términos Sector Salud y Sistema Nacional de Salud son tratados como sinónimos; sin embargo, existe una diferencia conceptual de fondo que debe tenerse en consideración, debido a las implicaciones que tiene, sobre todo a la luz del concepto de salud del que se ha apropiado nuestro país, a partir de la reforma impulsada en los años noventa, en la que se reconoce que la salud es un producto social y no solamente el resultado del quehacer de las instituciones reconocidas tradicionalmente como de salud.

**Sector
Salud**

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

**Sistema
Nacional
de Salud**

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

Concl

Sobre la base de las concepciones se entiende que el Sistema Nacional de Salud está integrado por el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades, sean éstas instituciones del sector salud o de otros sectores

II. CREACIÓN E INTEGRACIÓN DEL SECTOR SALUD Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Relacionar la integración, el propósito, las funciones, los objetivos, la estructura y el funcionamiento del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica.

A. SECTOR SALUD

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

Según el decreto mencionado, el Sector Salud está integrado por las siguientes instituciones:

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

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

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

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

**Integración
del
Sistema
Nacional de
Salud**

Ministerio de Salud (M.S.)

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

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

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A)

Universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud

Servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas

Municipalidades

Comunidades

Como puede apreciarse, en este decreto no se incluyen al Ministerio de Planificación y Política Económica ni al Ministerio de la Presidencia, pero, con base en el concepto de la producción social de la salud, en el documento de Reestructuración del Ministerio de Salud, aprobado el 09 de febrero de 1998, se consideran conceptualmente parte del Sistema Nacional de Salud todas las

instituciones, públicas y privadas, del sector salud y de otros sectores, y los grupos comunales que con sus acciones y programas afectan, directa o indirectamente, la salud de la población, al ser considerados actores sociales de la salud.

Integración del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud

Integran al Sector Salud aquellas instituciones del Estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud, mientras que el Sistema Nacional de Salud incluye la totalidad de los elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud y el bienestar de la población

Concl

Sobre la base del anterior análisis se entiende que el Sistema Nacional de Salud está integrado por el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades, sean éstas instituciones del Sector Salud o de otros sectores.

B. PROPÓSITOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

Propósitos específicos del Sistema Nacional de Salud

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

C. FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

Funciones del Sistema Nacional de Salud

- a.** Propender a la reducción de las muertes prevenibles y evitables, las enfermedades y a la disminución de la discapacidad y contribuir al desarrollo de la capacidad física y mental de la población
- b.** Intensificar la promoción y el apoyo a las organizaciones y la participación comunitaria
- c.** Desconcentrar administrativamente e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de salud
- d.** Desarrollar y fortalecer los subsistemas de prestación de servicios de salud, seguro de salud y salud ocupacional, atención al ambiente, participación comunitaria, información, planeación, normatividad, vigilancia epidemiológica, financiera, recursos humanos, suministros, transporte, ingeniería y mantenimiento e investigaciones
- e.** Identificar necesidades de recursos, funciones alternas de financiamiento y desarrollo de programas para la captación y utilización racional de los recursos financieros del sistema

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

D. OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

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

Los objetivos generales de los integrantes del Sistema son:

1. Ministerio de Salud (M.S.)

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

2. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

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

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

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

4. Acueductos y Alcantarillados (A y A)

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

5. Universidades e institutos del área de la salud

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

6. Servicios de salud privados

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

7. Municipalidades

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

8. Comunidades

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

III. LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA



Analizar los componentes principales de la seguridad social en Costa Rica, a fin de establecer sus perspectivas y alcances

A. EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

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

1. Prestaciones en salud

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

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

- ?? Accidentes laborales
- ?? Enfermedades ocupacionales
- ?? Accidentes de tránsito

b. La Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el Seguro de Enfermedad y Maternidad¹, cubre las siguientes prestaciones:

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

2. Prestaciones económicas

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

¹ El Seguro de Enfermedad y Maternidad es un **seguro de salud** pero mantiene el nombre con el que fue creado cuando el concepto del proceso salud – enfermedad que se manejaba era el biológico

a. Las pensiones

Mediante esta área se garantiza un ingreso económico a los (as) trabajadores (as) que han culminado su vida laboral activa. Las pensiones están a cargo de varias instituciones públicas.

Ej

Caja Costarricense de Seguro Social
Magisterio Nacional
Ministerio de Hacienda
Sistema bancario nacional (pensiones complementarias)

b. Los subsidios

Se otorgan con la finalidad de auxiliar a los grupos de población bajo circunstancias especiales, como:

Ej

Muerte del jefe de familia, accidentes y enfermedades ocupacionales y accidentes de tránsito

Estas prestaciones están bajo la responsabilidad de dos instituciones:

Caja Costarricense de Seguro Social
Instituto Nacional de Seguros

3. Prestaciones sociales

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

Ej

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

B. EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO

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

**CCSS y
seguros
sociales**

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

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

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

**Ley No. 17
1943
Art. 2**

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

**Ley No. 17
1943
Art. 3**

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

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

El Seguro Social Obligatorio consta de:

Seguro de Enfermedad y Maternidad (seguro de salud)
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (pensiones)

Concl.

La seguridad social le garantiza a la población la satisfacción de sus necesidades básicas. De esta forma, constituye uno de los más importantes pilares para la redistribución del ingreso nacional. Así contribuye a la equidad y justicia social

C. REGÍMENES DE ASEGURAMIENTO

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

1. Asegurados (as) directos

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

2. Asegurados (as) por el seguro estudiantil

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

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

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

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

4. No asegurados que pagan directamente su seguro

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

D. FINANCIAMIENTO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

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

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

1. Porcentaje de los aportes

Los porcentajes de los aportes se calculan de la siguiente manera:

- ?? De los trabajadores: el 8,0% de sus salarios totales
- ?? De los patronos: el 14,0% de los salarios de sus trabajadores (as)
- ?? Del Estado: el 0,55% del monto de los salarios de todos los trabajadores (as)

2. Financiamiento de los aportes

Por otro lado, para financiar las prestaciones que se otorgan a los (as) pensionados (as) en los diferentes regímenes que operan en el país, las cuotas se calculan así:

- ?? Para los (as) pensionados (as): el 4,5% de sus pensiones
- ?? Para el régimen que otorga la pensión: el 7,75% del monto de las pensiones que paga a las personas cubiertas
- ?? Para el Estado: el 0,5% del monto de las pensiones de todos (as) los (as) pensionados (as) cubiertos por el Seguro

IV. ORGANIZACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



Identificar la organización y el ámbito de acción de la Caja Costarricense de Seguro Social.

A. NIVELES ADMINISTRATIVOS

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

1. Nivel central o nacional

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

Estructura del nivel central

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

2. Nivel regional

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

Estructura del nivel regional

7 direcciones regionales médicas

5 direcciones regionales financieras

3 Nivel local

Le corresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional. Además, se formulan y ejecutan proyectos locales que responden a particularidades del área de atracción y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese nivel.

Este se encuentra conformado por todos los establecimientos en los que se realizan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación y rehabilitación de la salud de las personas, o sea por los servicios de salud, los cuales se detallan a continuación:

Estructura del nivel local

?? Hospitales nacionales especializados

?? Hospitales nacionales generales

?? Hospitales regionales

?? Hospitales periféricos

?? Áreas de salud

?? Sectores de salud con sus Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.)

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

B. NIVELES DE ATENCIÓN

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

1. Primer nivel de atención

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

Ei.

Los establecimientos de la C.C.S.S. típicos de este nivel de atención son los puestos y los centros de salud, las clínicas tipo I, II y III, así como la consulta de medicina general de las clínicas tipo IV y de los hospitales periféricos y regionales

2. Segundo nivel de atención

Brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades

**Especialidades
básicas de
segundo nivel
de atención**

?? Medicina Interna
?? Pediatría
?? Ginecoobstetricia
?? Psiquiatría
?? Cirugía General

Subespecialidades básicas del segundo nivel de atención

- ?? Neonatología
- ?? Otorrinolaringología
- ?? Ortopedia
- ?? Cardiología
- ?? Dermatología
- ?? Oftalmología
- ?? Otras (según el perfil epidemiológico de la población)

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

3. Tercer nivel de atención

Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades:

Subespecialidades del tercer nivel de atención

- ?? Alergología
- ?? Urología
- ?? Vascular Periférico
- ?? Hematología
- ?? Nefrología
- ?? Infectología
- ?? Neurología
- ?? Fisiatría

Adicionalmente, en este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización. Los establecimientos típicos de este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.

V. MODELO READECUADO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Analizar los contenidos del modelo readecuado de atención en el primer nivel de atención

A. CRISIS DEL MODELO

Durante los años ochenta, en Costa Rica, se evidenció una crisis del modelo de atención de salud en relación con la respuesta que estaba dando a las demandas y necesidades de la población en ese campo. Entre las principales causas de la crisis se señalaron:

Causas de la crisis del modelo de atención

- ??Duplicidad de funciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ??Enfoque biologista en la atención.
- ??Fragmentación y falta de continuidad en la atención.
- ??Administración y planificación de los servicios de salud centralizados.
- ??Subutilización e inadecuada distribución de los recursos.
- ??Tendencia al aumento de costos y a la inequidad.
- ??Planificación basada en la libre demanda por parte de los (as) usuarios (as).
- ??Insatisfacción de usuarios (as) y prestatarios (as) de los servicios.
- ??Limitada participación social

Si bien es cierto, el modelo involucra a los tres niveles de atención, el primero fue ampliamente readecuado y es a ese nivel al que nos referiremos a continuación.

B. OBJETIVO GENERAL DEL MODELO DE ATENCIÓN

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

C. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN

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

1. Universalidad

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

2. Solidaridad

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

3. Equidad

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

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

D. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN

Las características del modelo de atención se sustentan en las experiencias positivas del país logradas a partir de la década de los años setenta, cuando se implementó la estrategia de Atención Primaria, razón por la cual la retoma y la fortalece mediante las siguientes características:

1. Atención integral e integrada

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

Características de la atención integral

??Realiza acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación

??Las acciones van dirigidas a las personas según los riesgos y oportunidades específicos de los diferentes grupos de edad: niños (as), adolescentes, mujeres, adultos (as) y adultos (as) mayores

??Reconoce la distribución heterogénea y desigual de las condiciones de vida de los individuos y de los diversos grupos sociales

??Contempla acciones dirigidas a las personas, a las familias y a las comunidades

??Incorpora actividades para mantener y mejorar la salud de las personas, así como para preservar y mejorar el ambiente en el que éstas viven, trabajan, estudian y se recrean

??El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y, concretamente, al sub-sistema de servicios de salud pero, según la complejidad del problema de salud que presenten las personas, mediante el sistema de referencia y contrareferencia se garantiza el acceso al segundo y al tercer nivel de atención

Características de la atención integrada

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

Concl

Con base en lo anterior, queda claro que, la atención integral y la integralidad, características de este modelo de atención, no son exclusivas de los servicios de salud ni de la CCSS, sino que requieren de la participación activa de los individuos y de los otros grupos e instituciones de la sociedad, tanto del sector salud como de otros sectores.

2. Continuidad de la atención

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

Equipos de salud del primer nivel *

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

3. Participación social

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

* En el apartado siguiente se caracterizan los equipos de apoyo en relación con los E.B.A.I.S.

**Áreas específicas
de la participación
social**

?? El autocuidado de la salud

?? La ejecución de actividades

?? La gestión de los servicios de salud y otros

4. Trabajo en equipo

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

5. Mejoramiento de la calidad

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

6. Otras características son:

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

VI. ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Identificar la estructura y contenido de la atención de la salud.

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

A. ÁREAS DE SALUD

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

Áreas de Salud

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

Equipos de apoyo

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

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

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

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

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

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

- 1 médico (a) general
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 asistente técnico de atención primaria en salud (A.T.A.P.S.)

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

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

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

D. OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

Abarca los siguientes aspectos:

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

2. Atención integral del (la) adolescente

Abarca los siguientes aspectos:

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

3. Atención integral de la mujer

Abarca los siguientes aspectos:

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

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

Abarca los siguientes aspectos:

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

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

Abarca los siguientes aspectos:

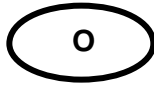
- ?? Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo
- ?? Detección y control de enfermedades crónicas (principalmente hipertensión arterial y Diabetes Mellitus)
- ?? Atención odontológica
- ?? Atención de la enfermedad
- ?? Rehabilitación básica

Res.

Como puede apreciarse, el énfasis de las actividades que se incluyen dentro de la oferta básica de servicios son de prevención y éstos se entregan, como se había mencionado anteriormente, en las modalidades intramuros (a nivel de la consulta externa) y extramuros (domicilio, escuelas, centros de trabajo, centros de recreación) Adicionalmente, se entiende que los E.B.A.I.S. promueven y participan en proyectos de promoción de la salud orientados a mejorar las condiciones de vida de la población para lo que coordinan con los diferentes actores sociales de sus sectores y áreas de salud, tanto del sector público como del privado y con grupos organizados de la comunidad.

VII. OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

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



Valorar las otras modalidades existentes en materia de atención de la salud

A. SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO

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

B. SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO

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

1. Sector privado con fines de lucro

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

2. Sector privado sin fines de lucro

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

C. LOS DEL SECTOR MIXTO

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

Dentro de la modalidad de sector mixto se encuentran las siguientes iniciativas:

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

1. Sistema médico de empresa

Este sistema se estableció en el año 1974 y surgió como una alternativa opcional de atención en la cual el patrono, por su cuenta, proporciona en sus propias instalaciones la consulta médica a sus empleados y la CCSS otorga a los asegurados atendidos bajo esta modalidad, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos.

La Caja brinda esos servicios en la clínica que se encuentre más cerca de la empresa y a ésta se le denomina clínica adscrita. Este sistema funciona únicamente para servicios ambulatorios.

2. Sistema de medicina mixta

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

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

3. Sistema de cooperativas

Este sistema surgió en el año 1988 como una respuesta que sostiene que, bajo la administración de una cooperativa, es posible solucionar los problemas administrativos que se presentan en los establecimientos de la CCSS que funcionan con el modelo tradicional de atención ambulatoria.

El sistema consiste en

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

Hasta la fecha, bajo este sistema se encuentran funcionando las siguientes cooperativas:

Cooperativas Sistema Mixto

- ??COOPESALUD R.L., cubre la población del distrito de Pavas
- ??COOPESAIN, R.L., cubre la población del cantón de Tibás
- ??COOPESANA R.L., cubre la población del cantón de Santa Ana
- ??COOPESIBA R.L., cubre la población de los cantones de Barba, San Pablo y San Isidro de Heredia

4. Sistema de libre elección médica

Ayuda económica

Este sistema se inició en el año 1992 y consiste en el derecho a una ayuda económica que la CCSS concede a los (as) asegurados (as) que lo deseen, bajo su única responsabilidad, para recurrir a los servicios de salud privados, a someterse a los procedimientos quirúrgicos, de especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica autorice.

Monto de ayuda económica

Entre las especialidades de la consulta externa que la institución ha aprobado están: oftalmología, otorrinolaringología, urología, oncología y hemato-oncología.

El monto que la CCSS le da a los (as) asegurados (as) que opten por esta modalidad representa un porcentaje del costo total del servicio y ese porcentaje también lo define la institución.

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

a. Compra de servicios a terceros

Esta modalidad se inició en nuestro país durante la década de los noventa, inmediatamente después de la contratación de la primera cooperativa de salud. Mediante este sistema, la CCSS le compra servicios de salud especializados al sector privado, incluyendo a las cooperativas, en aquellas áreas donde se demuestre que existe limitación institucional para atender la demanda.

**b. Servicios
comprados**

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

VIII. EL MODELO DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



Valorar el sistema de asignación de recursos de la CCSS.

A. JUSTIFICACIÓN DEL CAMBIO

1. Durante la década de los años 90 y, como parte de la Reforma del Sector Salud impulsada en el país durante esos años, la Caja Costarricense de Seguro Social decidió cambiar el sistema de asignación de recursos financieros que venía implementado debido, principalmente, a:
 - ?? El aumento de los costos de los servicios de salud que brinda, sobre todo los hospitalarios
 - ?? Los bajos niveles de eficiencia en la producción de esos servicios
 - ?? La insatisfacción de los (as) prestatarios (as) y de los usuarios (as) de la institución
2. Para ello, se reconoció la necesidad de impulsar modificaciones radicales en la organización, orientadas a que la institución fuera:
 - ?? Menos monolítica
 - ?? Más empresarial
 - ?? Menos basada en procedimientos administrativos
 - ?? Más orientada a los (as) usuarios (as)
 - ?? Mayor nivel de competencia entre los prestadores de los servicios y los financiadores

B. NUEVO MODELO DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El cambio del modelo consiste en pasar de la asignación de recursos financieros a los establecimientos de salud de la institución con base en los presupuestos históricos, hacia un sistema de pago y negociación regido por una lógica contractual

1. Propósitos del nuevo modelo

Persigue con este cambio contribuir a mejorar la salud de la población con los recursos disponibles

2. Características del nuevo modelo

a) Establece una separación de funciones al interior de la misma institución entre:

El financiamiento de los servicios de salud

La compra de los servicios de salud

La prestación de los servicios de salud

b) Introduce la función gerencial.

c) Define objetivos específicos para cada centro o establecimiento de salud

d) Utiliza el compromiso de gestión como un instrumento para:

e) Vincula las actividades con los recursos y traslada el riesgo al prestador de los servicios

C. SEPARACIÓN DE FUNCIONES

La separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios, implicó crear una nueva función en la institución: la de compra.

Según este esquema, la Gerencia Financiera de la Caja se responsabiliza de la función de financiamiento, la Gerencia Médica de la de compra y los establecimientos de salud de la de provisión.

Concl

Por tanto, el nivel central de la Caja asume las funciones de financiamiento y compra, mientras que el nivel local la de prestador.

El objetivo del financiador – comprador, del nivel central, consiste en lograr la máxima cantidad y calidad de servicios para la población mediante intervenciones y servicios costo-efectivas, mientras que el objetivo que persigue el prestador, o sea, los establecimientos de salud, es el de cumplir con los compromisos adquiridos con el mínimo esfuerzo.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

1. Responsabilidad del financiador-comprador (nivel central)

- ?? Definir la población a cubrir con los servicios de salud
- ?? Definir la estrategia de compra
- ?? Establecer los criterios de asignación de recursos
- ?? Contratar a los prestadores
- ?? Realizar el control y la evaluación del uso de los recursos

2. Responsabilidad del prestador (nivel local: servicios de salud)

- ?? Brindar los servicios de salud a la población
- ?? Gestionar los recursos humanos y materiales
- ?? Realizar la gestión económico-financiera
- ?? Controlar la calidad de los servicios
- ?? Realizar control y evaluación

E. INTRODUCCIÓN DE LA FUNCIÓN GERENCIAL

La función gerencial dentro del nuevo modelo de asignación de recursos de la Caja consiste en desconcentrar en los (as) funcionarios (as) de los establecimientos prestadores de los servicios de salud, la autoridad y la responsabilidad para tomar decisiones técnicas y administrativas, por lo que éstos participan en un proceso de negociación con los (as) funcionarios (as) del nivel central (compradores – financiadores) en la fijación de los objetivos y metas de su servicio de salud, así como en la asignación de los recursos para el cumplimiento de éstos

Concl

Mediante la introducción de esta característica en el modelo lo que se busca es aumentar la eficiencia de la institución al acercar la toma de decisiones al lugar en que los servicios se prestan

F. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA CADA CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Antes de la implementación de este modelo, el nivel central de la Caja fijaba objetivos similares para todos los establecimientos de salud de la institución y del sector privado que contrataba (Cooperativas de Salud, por ejemplo), sin tomar en cuenta las particularidades del entorno o las características propias de los servicios.

En el nuevo modelo de asignación de recursos, los objetivos de los establecimientos se fijan tomando en cuenta el perfil de salud de las comunidades en las que éstos se prestan, así como aspectos propios de los establecimientos tales como: cantidad y calidad del personal, equipamiento, accesibilidad geográfica de la población.

De lo anterior se desprende que, a partir de la introducción de esta característica al modelo de asignación de recursos, el nivel central (comprador – financiador) le fija objetivos específicos a cada establecimiento de salud, y la claridad y oportunidad en la fijación de éstos depende, en gran medida, de la participación activa y bien fundamentada de sus (as) funcionarios (as).

Concl

La introducción de objetivos de salud específicos facilita y hace más eficaces los sistemas de evaluación y control, así como la planificación estratégica, y aumenta la eficiencia con la que los recursos de la institución son utilizados

G. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN

El compromiso de gestión es el instrumento que se utiliza en el nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la Caja, para vincular las actividades que se realizan en los establecimientos en los que se prestan los servicios de salud (prestadores), ya sean éstos de la institución o del sector privado contratados por la Caja, con los recursos asignados por el financiador (nivel central: Gerencia Financiera).

Mediante este mecanismo, se traslada el riesgo de la eficiencia, oportunidad y eficacia de la utilización de los recursos, del nivel central al nivel local ya que, al suscribir estos convenios, los prestadores o proveedores de los servicios de salud se comprometen a cumplir con los objetivos y metas que pactan con el comprador (nivel central: Gerencia Médica)

Concl

Los compromisos de gestión son instrumentos mediante los cuales el nivel central de la CCSS (comprador y financiador) define, negociando con el nivel local (prestador), los objetivos y metas que se van a alcanzar con los recursos que se asignan a cada establecimiento.

De lo anterior se deduce que los compromisos de gestión son un medio que utiliza la institución para cumplir con su fin o misión que radica en brindar servicios integrales de salud a la población, con calidad, eficiencia y eficacia.

IX. EJERCICIOS DE AUTO-EVALUACIÓN PARA EL ESTUDIANTE

Apartado I: Sistema, Sector Salud y Sistema Nacional de Salud

Apartado II: Creación e integración del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica

1. Pareo

Relacione cada uno de los elementos de la columna A con los términos de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B	
a.	Sector Salud	()	Atención integral de la población, producción social de la salud y utilización racional de los recursos, a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos
b.	Propósito del S.N.S.	()	Conjunto de cosas que, ordenadamente relacionadas entre sí, contribuyen a determinado objeto.
c.	Sistema	()	Conjunto de instituciones del Estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud
d.	Objetivo del S.N.S.	()	Preservar, mantener y mejorar la salud de la población
e.	Sistema Nacional de Salud (S.N.S.)	()	Conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades

2. Completar

Según lo establecido en el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-S del 15 de febrero de 1983, las instituciones que forman parte del Sector Salud de Costa Rica son:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____
- f. _____
- g. _____

3. Desarrollo

Explique la diferencia entre sector salud y sistema nacional de salud

4. Pareo

Relacione los objetivos de la columna A con las instituciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B	
a.	Ofrecer servicios a la comunidad que promuevan el desarrollo integral de los cantones	()	Servicios de salud privados
b.	Prestar servicios de salud a toda la población y otorgar protección económica y social a la población asegurada y a la de escasos recursos	()	Universidades e institutos del área de la salud
c.	Ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud	()	I.N.S.
d.	Brindar servicios de atención integral de la salud	()	CCSS
e.	Proteger a la población trabajadora, otorgando asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación, en caso de accidentes o enfermedades laborales	()	Ministerio de Salud
f.	Formar y capacitar a profesionales y técnicos en el área de la salud y participar en investigaciones y proyectos de acción social en el ámbito de la salud	()	A y A
g.	Prestar servicios relacionados con suministro de agua segura para el consumo humano, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos y normar los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas	()	Municipalidades

Apartado III: La Seguridad Social en Costa Rica

1. Falso o verdadero

Al inicio de cada afirmación, anote una F si es falsa y una V si es verdadera

- () La seguridad social es sinónimo de seguros de salud
- () El sistema de seguridad social en Costa Rica está conformado por tres componentes que son: prestaciones sanitarias, prestaciones sociales y prestaciones económicas
- () La Caja Costarricense de Seguro Social se financia mediante un sistema tripartito conformado por aportes de los trabajadores, los patronos y el Estado
- () El Seguro Social obligatorio comprende solamente los riesgos de enfermedad y maternidad
- () En nuestro país, la institución que está a cargo de las pensiones es la CCSS
- () La CCSS y el Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.) son las instituciones que, en nuestro país, administran los seguros de salud de la seguridad social
- () Las prestaciones sociales del sistema de seguridad social de Costa Rica están a cargo de varias instituciones públicas como el I.M.A.S., el PANI y la Oficina de Control de Asignaciones Familiares
- () En el sistema tripartito de financiamiento de la CCSS, el Estado es el que aporta la mayor parte de los recursos

2. Pareo

Relacione cada uno de los elementos de la columna A con los afirmaciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

	Columna A		Columna B
a.	Prestaciones económicas	()	Están a cargo del I.N.S. y de la CCSS y a los seguros que cubren este tipo de prestaciones se les conoce como seguros de salud.
b.	Subsidios	()	Financia los programas C.E.N. – C.I.N.A.I. y Comedores Escolares, además otorga pensiones a grupos marginales
c.	Prestaciones sociales	()	I.M.A.S., Patronato Nacional de la Infancia, Fondo de Asignaciones Familiares
d.	Prestaciones en salud	()	Seguro de Enfermedad y Maternidad (E y M) y Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M.)
e.	Oficina de Control de Asignaciones Familiares	()	Se otorgan con la finalidad de auxiliar a los grupos de población bajo circunstancias especiales
f.	Programa C.E.N. –C.I.N.A.I.	()	Financiado con recursos del Fondo de Asignaciones Familiares
g.	Seguro Social Obligatorio	()	Pensiones y subsidios

3. Completar

a. El Instituto Mixto de Ayuda Social brinda las siguientes prestaciones sociales:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

b. El Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.) brinda servicios de salud en los siguientes casos:

1. _____
2. _____
3. _____

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

d. La Caja Costarricense de Seguro Social fue creada para

e. El régimen de asegurados directos de la CCSS incluye a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

f. El Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS cubre, además de los (as) asegurados (as) los siguientes familiares:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Apartado IV: Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social

1. Desarrollo

Conteste:

¿Con qué finalidad la CCSS se organiza en niveles administrativos?

2. Completar

La CCSS se organiza en tres niveles administrativos que son:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

3. Completar

Con la finalidad de atender las necesidades y los problemas de salud de la población según su complejidad, el nivel local de la CCSS se organiza en tres niveles de atención que son:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

4. Pareo

Relacione cada uno de los elementos de la columna A con los términos de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B	
a.	Tercer nivel de atención	()	Función eminentemente política, normativa, controladora y financiera
b.	Nivel local de la CCSS	()	Servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad
c.	Primer nivel de atención	()	Equipos de apoyo y equipos básicos de atención integral en salud (E.B.A.I.S.)
d.	Nivel central de la CCSS	()	Red de servicios de salud de diferente complejidad (sedes de E.B.A.I.S., clínicas, hospitales)
e.	Recursos humanos asignados a las áreas de salud	()	Servicios ambulatorios y de especialización de mayor complejidad, así como servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización

Apartado V: Modelo readecuado de atención en el primer nivel de atención

Apartado VI: Organización para la atención en el primer nivel

1. Completar

Tres de las causas por las que, en nuestro país, se hizo necesario readecuar el modelo de atención en salud fueron:

a. _____

b. _____

c. _____

2. Completar

Los principales principios del modelo de atención en salud costarricense son:

a. _____

b. _____

c. _____

3. Escogencia múltiple

Marque con X solo una de las alternativas

a. Las áreas de salud se subdividen en:

- E.B.A.I.S.
- Sectores de salud
- Sedes de E.B.A.I.S.
- Equipos de apoyo
- Todas las anteriores

b. Los recursos humanos en salud que la CCSS asigna al primer nivel de atención son:

- Médicos (as), auxiliares de enfermería y A.T.A.P.S.
- Psicólogos y sociólogos
- Administradores (as) y encargados (as) de registros de salud (REDES)
- Médico (a) de familia, odontólogo (a), farmacéutico (a), microbiólogo (a), enfermero (a), trabajador (a) social, nutricionista
- La primera y la cuarta alternativa
- Todas las anteriores

d. Son características del modelo readecuado de atención:

- Participación social, énfasis en curación, continuidad de la atención
- Universalidad, solidaridad y equidad
- Mejoramiento de la calidad, atención integral e integrada, trabajo en equipo
- Ninguna de las anteriores
- Todas las anteriores

4. Pareo

Relacione los principios del modelo readecuado de atención enunciados en la columna A con las definiciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B
a. Equidad	<input type="checkbox"/>	Las personas cotizan al seguro social según sus posibilidades económicas para un fondo común en el cual las personas que más cotizan permiten que los servicios de salud se brinden a la población que no cuenta con recursos económicos para pagar
b. Universalidad	<input type="checkbox"/>	El Sistema Nacional de Salud cubre a todas las personas con sus servicios de atención a las personas y al ambiente
c. Solidaridad	<input type="checkbox"/>	Propicia la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención para iguales necesidades de los (as) usuarios (as), reduciendo las desigualdades existentes entre los diferentes niveles de salud de la población

Apartado VII: Otras modalidades de atención en salud

1. Pareo

Relacione cada uno de los sistemas de servicios de salud enunciados en la columna A, con las descripciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

	Columna A		Columna B
a.	Sistema médico de	()	La CCSS les asigna la empresa infraestructura, el equipamiento y un presupuesto anual
b.	Sistema de libre médica	()	La CCSS compra servicios elección al sector privado en aquellas áreas donde se demuestre limitación institucional para atender la demanda
c.	Sistema de medicina mixta	()	El patrono, por su cuenta, proporciona en sus instalaciones la consulta médica y la CCSS otorga a los asegurados los servicios de diagnóstico y farmacia
d.	Sistema de cooperativas de salud	()	La CCSS proporciona una ayuda económica a los asegurados que recurren a los servicios de salud privados que, con antelación, autorice la Gerencia Médica
e.	Compra de servicios a terceros	()	Los asegurados (as) contratan por cuenta propia los servicios de consulta externa y reciben los servicios de apoyo y de farmacia de la CCSS

Apartado VIII: Modelo de asignación de recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social

1. Completar

La Caja Costarricense de Seguro Social decidió cambiar el sistema de asignación de recursos financieros que venía implementado debido, principalmente, a:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

2. Escogencia múltiple

Marque con X solo una de las alternativas

- a. Con el nuevo modelo de asignación de recursos financieros, la CCSS busca convertirse en una organización:
 - Menos monolítica, menos empresarial, más basada en procedimientos administrativos
 - Más orientada a los prestatarios de los servicios
 - Más empresarial y menos basada en procedimientos administrativos
 - Ninguna de las anteriores
 - Todas las anteriores

- b. La CCSS utiliza el nuevo modelo de asignación de recursos financieros en:
 - Los hospitales de la CCSS
 - Las Áreas de Salud de la CCSS
 - Los servicios de salud de la CCSS y los servicios de salud privados que contrata la institución
 - Las clínicas de la CCSS
 - Ninguna de las anteriores
 - Todas las anteriores

c. A partir de la implementación del nuevo modelo de asignación de recursos financieros, en la CCSS las funciones se separaron en:

- Comprador y proveedor
- Evaluador, proveedor y comprador
- Comprador, financiador y proveedor
- Financiador, supervisor y proveedor
- Ninguna de las anteriores
- Todas las anteriores

3. Desarrollo

Conteste:

a. ¿En qué consiste el cambio del modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS?

b. ¿Cuál es el propósito que se persigue alcanzar con el cambio del modelo de asignación de recursos financieros?

c. Las características del nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS son:

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

d. Explique qué es el compromiso de gestión

4. Falso o verdadero

Al inicio de cada afirmación, anote una F si es falsa y una V si es verdadera

- () La separación de funciones al interior de la CCSS implica que la Gerencia Financiera se responsabilice del financiamiento de los servicios, la Gerencia Médica de la compra y red de establecimientos de salud de la provisión de los servicios
- () La función de financiamiento es una responsabilidad del nivel central de la CCSS, la de compra del nivel regional y la de provisión del nivel local
- () El nuevo modelo de asignación de recursos de la CCSS son los compromisos de gestión
- () Con la introducción de la función gerencial se pretende aumentar la eficiencia de la institución concentrando la toma de decisiones en el nivel central
- () En el nuevo modelo de asignación de recursos, los objetivos de los establecimientos se fijan tomando en cuenta el perfil de salud de las comunidades en las que éstos se prestan, así como aspectos propios de los establecimientos tales como: cantidad y calidad del personal, equipamiento, accesibilidad geográfica de la población
- () La misión de la CCSS consiste en cumplir con los compromisos de gestión

X. RESPUESTAS A LOS EJERCICIOS DE AUTO-EVALUACIÓN

Apartado I: Sistema, sector salud y sistema nacional de salud

Apartado II: Creación e integración del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica

1. Pareo

Relacione cada uno de los elementos de la columna A con los términos de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B
a. Sector Salud	(d)	Atención integral de la población, producción social de la salud y utilización racional de los recursos, a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos
b. Propósito del S.N.S.	(c)	Conjunto de cosas que, ordenadamente relacionadas entre sí, contribuyen a determinado objeto.
c. Sistema	(a)	Conjunto de instituciones del Estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud
d. Objetivos del S.N.S.	(b)	Preservar, mantener y mejorar la salud de la población
e. Sistema Nacional de Salud (S.N.S.)	(e)	Conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades

2. Completar

Según lo establecido en el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-S del 15 de febrero de 1983, las instituciones que forman parte del Sector Salud de Costa Rica son:

- a. **Ministerio de Salud**
- b. **Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN)**
- c. **Ministerio de la Presidencia**
- d. **Acueductos y Alcantarillados**
- e. **Caja Costarricense de Seguro Social**
- f. **Instituto Nacional de Seguros**
- g. **Universidad de Costa Rica**

3. Desarrollo

Explique la diferencia entre sector salud y sistema nacional de salud

El *sector salud* está integrado solo por aquellas instituciones del Estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud, mientras que el *sistema nacional de salud* incluye la totalidad de los elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población

4. Pareo

Relacione los objetivos de la columna A con las instituciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B	
a.	Ofrecer servicios a la comunidad que promuevan el desarrollo integral de los cantones	(d)	Servicios de salud privados
b.	Prestar servicios de salud a toda la población y otorgar protección económica y social a la población asegurada y a la de escasos recursos	(f)	Universidades e institutos del área de la salud
c.	Ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en la producción social de la salud	(e)	I.N.S.
d.	Brindar servicios de atención integral de la salud	(b)	CCSS
e.	Proteger a la población trabajadora, otorgando asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación, en caso de accidentes o enfermedades laborales	(c)	Ministerio de Salud
f.	Formar y capacitar a profesionales y técnicos en el área de la salud y participar en investigaciones y proyectos de acción social en el ámbito de la salud	(g)	A y A
g.	Prestar servicios relacionados con suministro de agua segura para el consumo humano, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos y normar los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas	(a)	Municipalidades

Apartado III: La Seguridad Social en Costa Rica

1. Falso o verdadero

Al inicio de cada afirmación, anote una F si es falsa y una V si es verdadera

- (F) La seguridad social es sinónimo de seguros de salud
- (V) El sistema de seguridad social en Costa Rica está conformado por tres componentes que son: prestaciones económicas, prestaciones sociales y prestaciones de salud
- (V) La Caja Costarricense de Seguro Social se financia mediante un sistema tripartito conformado por aportes de los trabajadores, los patronos y el Estado
- (F) El Seguro Social obligatorio comprende solamente los riesgos de enfermedad y maternidad
- (F) En nuestro país, la institución que está a cargo de las pensiones es la CCSS
- (V) La CCSS y el Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.) son las instituciones que, en nuestro país, administran los seguros de salud de la seguridad social
- (V) Las prestaciones sociales del sistema de seguridad social de Costa Rica están a cargo de varias instituciones públicas como el I.M.A.S., el PANI y la Oficina de Control de Asignaciones Familiares
- (F) En el sistema tripartito de financiamiento de la CCSS, el Estado es el que aporta la mayor parte de los recursos

2. Pareo

Relacione cada uno de los elementos de la columna A con los afirmaciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

	Columna A		Columna B
a.	Prestaciones económicas	(d)	Están a cargo del I.N.S. y de la CCSS y a los seguros que cubren este tipo de prestaciones se les conoce como seguros de salud.
b.	Subsidios	(e)	Financia los programas C.E.N. – C.I.N.A.I. y Comedores Escolares, además otorga pensiones a grupos margina-les
c.	Prestaciones sociales	(c)	I.M.A.S., Patronato Nacional de la Infancia, Fondo de Asignaciones Familiares
d.	Prestaciones en salud	(g)	Seguro de Enfermedad y Maternidad (E y M) y Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M.)
e.	Oficina de Control de Asigna- ciones Familiares	(b)	Se otorgan con la finalidad de auxiliar a los grupos de po- blación bajo circunstancias especiales
f.	Programa C.E.N. –C.I.N.A.I.	(f)	Financiado con recursos del Fondo de Asignaciones Familiares
g.	Seguro Social Obligatorio	(a)	Pensiones y subsidios

3. Completar

- a. El Instituto Mixto de Ayuda Social brinda las siguientes prestaciones sociales:
1. Vivienda
 2. Alimentación
 3. Aporte económico para centros de atención de adultos mayores
 4. Aporte económico para hogares comunitarios
- b. El Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.) brinda servicios de salud en los siguientes casos:
1. Accidentes laborales
 2. Enfermedades ocupacionales
 3. Accidentes de tránsito
- c. La Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el Seguro de Enfermedad y Maternidad, cubre las siguientes prestaciones:
1. Asistencia médica general, especial y quirúrgica
 2. Asistencia hospitalaria
 3. Servicio de farmacia
 4. Servicio de odontología
 5. Subsidio en dinero para los asegurados (as) directos
 6. Cuota de sepelio
 7. Prestaciones sociales
- d. La Caja Costarricense de Seguro Social fue creada para:

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

En el artículo 2 de esa ley, conocida como *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social* se establece que “el Seguro Social Obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudeidad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro (...), siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional”

- e. El régimen de asegurados directos de la CCSS incluye a:
 - 1. Asalariados (as)
 - 2. Trabajadores independientes
 - 3. Voluntarios (as)
 - 4. Por cuenta del Estado
 - 5. Asegurados (as) por convenios específicos
 - 6. Pensionados por el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte
 - 7. Pensionados por el Régimen No Contributivo
 - 8. Pensionados por Regímenes Especiales

- f. El Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS cubre, además de los (as) asegurados (as) los siguientes familiares:
 - 1. Cónyuge o compañero (a)
 - 2. Hijos (as) menores de 18 años
 - 3. Hijos (as) hasta los 25 años de edad que estén estudiando
 - 4. Hijos (as) con algún tipo de minusvalía sin límite de edad
 - 5. Ambos padres

Apartado IV: Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social

1. Desarrollo

Conteste:

¿Con qué finalidad la CCSS se organiza en niveles administrativos?

Con la finalidad de facilitar la ejecución de sus actividades y la coordinación a su interior

2. Completar

La CCSS se organiza en tres niveles administrativos que son:

- a. Nivel central
- b. Nivel regional
- c. Nivel local

3. Completar

Con la finalidad de atender las necesidades y los problemas de salud de la población según su complejidad, el nivel local de la CCSS se organiza en tres niveles de atención que son:

- a. Primer nivel
- b. Segundo nivel
- c. Tercer nivel

4. Pareo

Relacione cada uno de los elementos de la columna A con los términos de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A		Columna B
a. Tercer nivel de atención	(d)	Función eminentemente política, normativa, controladora y financiera
b. Nivel local de la CCSS	(c)	Servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad
c. Primer nivel de atención	(e)	Equipos de apoyo y equipos básicos de atención integral en salud (E.B.A.I.S.)
d. Nivel central de la CCSS	(b)	Red de servicios de salud de diferente complejidad (sedes de E.B.A.I.S., clínicas, hospitales)
e. Recursos humanos asignados a las áreas de salud	(a)	Servicios ambulatorios y de especialización de mayor complejidad, así como servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización

Apartado V: Modelo readecuado de atención en el primer nivel de atención

Apartado VI: Organización para la atención en el primer nivel

1. Completar

Tres de las causas por las que, en nuestro país, se hizo necesario readecuar el modelo de atención en salud fueron:

- a. Duplicidad de funciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- b. Enfoque biologista en la atención
- c. Fragmentación y falta de continuidad en la atención

2. Completar

Los principales principios del modelo de atención en salud costarricense son:

- a. Universalidad
- b. Solidaridad
- c. Equidad

3. Escogencia múltiple

Marque con X solo una de las alternativas

- a. Las áreas de salud se subdividen en:
 - () E.B.A.I.S.
 - (**X**) Sectores de salud
 - () Sedes de E.B.A.I.S.
 - () Equipos de apoyo
 - () Todas las anteriores

- b. Los recursos humanos en salud que la CCSS asigna al primer nivel de atención son:
- Médicos (as), auxiliares de enfermería y A.T.A.P.S.
 - Psicólogos y sociólogos
 - Administradores (as) y encargados (as) de registros de salud (REDES)
 - Médico (a) de familia, odontólogo (a), farmacéutico (a), microbiólogo (a), enfermero (a), trabajador (a) social, nutricionista
 - La primera y la cuarta alternativa
 - Todas las anteriores
- d. Son características del modelo readecuado de atención:
- Participación social, énfasis en curación, continuidad de la atención
 - Universalidad, solidaridad y equidad
 - Mejoramiento de la calidad, atención integral e integrada, trabajo en equipo
 - Ninguna de las anteriores
 - Todas las anteriores

4. Pareo

Relacione los principios del modelo readecuado de atención enunciados en la columna A con las definiciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A

Columna B

- | | |
|------------------|---|
| a. Equidad | (c) Las personas cotizan al seguro social según sus posibilidades económicas para un fondo común en el cual las personas que más cotizan permiten que los servicios de salud se brinden a la población que no cuenta con recursos económicos para pagar |
| b. Universalidad | (b) El Sistema Nacional de Salud cubre a todas las personas con sus servicios de atención a las personas y al ambiente |
| c. Solidaridad | (a) Propicia la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención para iguales necesidades de los (as) usuarios (as), reduciendo las desigualdades existentes entre los diferentes niveles de salud de la población |

Apartado VII: Otras modalidades de atención en salud

1. Pareo

Relacione cada uno de los sistemas de servicios de salud enunciados en la columna A, con las descripciones de la columna B. Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a cada uno de ellos

Columna A	Columna B
a. Sistema médico de	(d) La CCSS les asigna la empresa infraestructura, el equipamiento y un presupuesto anual
b. Sistema de libre elección médica	(e) La CCSS compra servicios al sector privado en aquellas áreas donde se demuestre limitación institucional para atender la demanda
c. Sistema de medicina mixta	(a) El patrono, por su cuenta, proporciona en sus instalaciones la consulta médica y la CCSS otorga a los asegurados los servicios de diagnóstico y farmacia
d. Sistema de cooperativas de salud	(b) La CCSS proporciona una ayuda económica a los asegurados que recurren a los servicios de salud privados que, con antelación, autorice la Gerencia Médica
e. Compra de servicios a terceros	(c) Los asegurados (as) contratan por cuenta propia los servicios de consulta externa y reciben los servicios de apoyo y de farmacia de la CCSS

Apartado VIII: Modelo de asignación de recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social

1. Completar

La Caja Costarricense de Seguro Social decidió cambiar el sistema de asignación de recursos financieros que venía implementado debido, principalmente, a:

- a. El aumento de los costos de los servicios de salud que brinda, sobre todo los hospitalarios
- b. Los bajos niveles de eficiencia en la producción de esos servicios
- c. La insatisfacción de los (as) prestatarios (as) y de los usuarios (as) de la institución

2. Escogencia múltiple

Marque con X solo una de las alternativas

- a. Con el nuevo modelo de asignación de recursos financieros, la CCSS busca convertirse en una organización:
 - () Menos monolítica, menos empresarial, más basada en procedimientos administrativos
 - () Más orientada a los prestatarios de los servicios
 - (**X**) Más empresarial y menos basada en procedimientos administrativos
 - () Ninguna de las anteriores
 - () Todas las anteriores

- b. La CCSS utiliza el nuevo modelo de asignación de recursos financieros en:
 - () Los hospitales de la CCSS
 - () Las Áreas de Salud de la CCSS
 - () Los servicios de salud de la CCSS y los servicios de salud privados que contrata la institución
 - () Las clínicas de la CCSS
 - () Ninguna de las anteriores
 - (**X**) Todas las anteriores

- c. A partir de la implementación del nuevo modelo de asignación de recursos financieros, en la CCSS las funciones se separaron en:
- Comprador y proveedor
 - Evaluador, proveedor y comprador
 - Comprador, financiador y proveedor
 - Financiador, supervisor y proveedor
 - Ninguna de las anteriores
 - Todas las anteriores

3. Desarrollo

Conteste:

- a. ¿En qué consiste el cambio del modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS?

El cambio del modelo consiste en pasar de la asignación de recursos financieros a los establecimientos de salud de la institución con base en los presupuestos históricos, hacia un sistema de pago y negociación regido por una lógica contractual

- b. ¿Cuál es el propósito que se persigue alcanzar con el cambio del modelo de asignación de recursos financieros?

El propósito que se persigue alcanzar con este cambio es contribuir a mejorar la salud de la población con los recursos disponibles

- c. Las características del nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS son:

1. Se establece una separación de funciones al interior de la misma institución entre el financiamiento, la compra y la prestación de los servicios de salud
2. Se introduce la función gerencial
3. Se definen objetivos específicos para cada centro o establecimiento de salud
4. Utiliza el compromiso de gestión como su instrumento

d. Explique qué es el compromiso de gestión

El compromiso de gestión es el instrumento que se utiliza en el nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la Caja, para vincular las actividades que se realizan en los establecimientos en los que se prestan los servicios de salud (prestadores), ya sean éstos de la institución o del sector privado contratados por la Caja, con los recursos asignados por el financiador (nivel central: Gerencia Financiera)

4. Falso o verdadero

Al inicio de cada afirmación, anote una F si es falsa y una V si es verdadera

- (V) La separación de funciones al interior de la CCSS implica que la Gerencia Financiera se responsabilice del financiamiento de los servicios, la Gerencia Médica de la compra y red de establecimientos de salud de la provisión de los servicios
- (F) La función de financiamiento es una responsabilidad del nivel central de la CCSS, la de compra del nivel regional y la de provisión del nivel local
- (F) El nuevo modelo de asignación de recursos de la CCSS son los compromisos de gestión
- (F) Con la introducción de la función gerencial se pretende aumentar la eficiencia de la institución concentrando la toma de decisiones en el nivel central
- (V) En el nuevo modelo de asignación de recursos, los objetivos de los establecimientos se fijan tomando en cuenta el perfil de salud de las comunidades en las que éstos se prestan, así como aspectos propios de los establecimientos tales como: cantidad y calidad del personal, equipamiento, accesibilidad geográfica de la población
- (F) La misión de la CCSS consiste en cumplir con los compromisos de gestión

Bibliografía

Ayala, N., Carvajal, X., Cercone, J., Arce, C. Módulo Uno: Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización Caja Costarricense de Seguro Social. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS). San José, Costa Rica. 1999.

Castillo, A., Salas, A. Módulo Uno: Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS). San José, Costa Rica. 2003.

La Gaceta, Diario Oficial. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. La Uruca, San José, Costa Rica. Jueves 16 de enero, 2003.

Carvajal, X. Sistema y Modelos de Atención en Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José, Costa Rica. 1998.