

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN:
“EL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN DE HOSPITALES Y CLÍNICAS DE
LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL Y SUS IMPLICACIONES
SOBRE EL SECTOR LABORAL”**

Alumno:
Juan Carlos Brenes Retana
Diciembre, 2002

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre Clara Luz Retana Quirós, la motivación más importante de mi vida. A mi padre Carlos Manuel Brenes Solano, de quien aprendí a no desfallecer por más difícil que sea el presente. A mi Dios, quien siempre me acompaña y cuida.

INTRODUCCIÓN	4
Capítulo I: Prestaciones Asistenciales en Costa Rica	12
. <i>Sección I: Evolución en la organización de las prestaciones asistenciales: de la constitución de los seguros sociales hasta el primer préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo.</i>	13
.. 1) Primer Periodo de Evolución: De la constitución de los seguros sociales a la Ley de Traspaso de Hospitales.	13
.. 2) Segundo Periodo de Evolución: De la Ley de Traspaso de Hospitales al Primer Préstamo con el BID.	17
.. 3) Tercer periodo de evolución: la implementación del modelo readecuado; de 1993 hasta la fecha.	26
. <i>Sección II: Regulaciones legales del ámbito laboral imperantes en la Caja Costarricense de Seguro Social antes del proceso de desconcentración.</i>	33
.. 2.1 Disposiciones legales.	34
.. 2.2 Disposiciones Reglamentarias	42
.. 2.3 La aplicación del Título VII, Capítulo III, del Código de Trabajo en la CCSS en la CCSS	45
Capítulo II: Implementación de un nuevo proceso de reforma del Sector Salud.	55
. <i>Sección I: Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas como instrumento base de la nueva reforma.</i>	56
.. 2.1 Principales disposiciones de la Ley 7852.	58
.. 2.2 Reglamento de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social.	63
.. 2.3) Plan Estratégico Corporativo	68
. <i>Sección II: El proceso de desconcentración y las relaciones laborales en la CCSS</i>	83
.. 2.1 Flexibilidad Laboral	83
.. 2.2 La colisión entre diferentes normas jurídicas	97
.. 2.3 Creación de diferentes condiciones de trabajo	101
.. 2.4 El movimiento sindical ante el proceso de desconcentración.	104
CONCLUSIÓN	110
BIBLIOGRAFÍA	113
. <i>ANEXOS</i>	117

INTRODUCCIÓN

La protección de los integrantes de una sociedad frente a situaciones consideradas capaces de generar grandes desequilibrios, constituye uno de los factores recurrentes en los últimos cien años, ya que en etapas previas la forma por excelencia utilizada para afrontar necesidades de este tipo consistió en la “caridad”.

Factores como la atención en salud, la pérdida de ingresos como consecuencia de la enfermedad, los accidentes en el trabajo y sus consecuencias tanto en lo físico como en lo económico así como, el sostenimiento de las personas cuando por motivos de edad carezcan de capacidad para participar en los procesos productivos, resumen los principales desequilibrios y que históricamente se sintetizan en el siguiente panorama:

“Al comienzo de este siglo, pocos trabajadores tenían la seguridad de una pensión de vejez. En los países desarrollados, la mayoría de esos trabajadores fallecían pronto o trabajaban hasta bien avanzados la década de los 60 años de edad, pasaban su breve periodo de jubilación con sus hijos y luego fallecían al llegar a los 70 años de edad. Ser anciano significaba, en general, ser pobre. Estar discapacitado significaba que la pobreza comenzaba pronto. Sobrevivir al sostén de familia que percibía los ingresos implicaba que la pobreza duraría más tiempo. La falta de ayuda de los hijos suponía la dependencia de la caridad o una ayuda pública mínima. Para los países en desarrollo y los países de ingresos medios, la situación era mucho peor. Los ingresos estaban muy cerca del nivel de subsistencia y la capacidad de los hijos para ayudar a los padres era menor: los fallecimientos se producían antes y la vida era desagradable, violenta y corta. Pero, hacia finales de este siglo, las cosas iban a modificarse radicalmente...”¹.

El cambio radical ocurría con la creación de un instrumento para enfrentar las situaciones de desequilibrio en una sociedad: los seguros sociales, con los cuales surge el concepto de **riesgo social** para simbolizar aquellos hechos en una sociedad frente a los cuales la persona requiere protección, siendo el seguro social el medio para recibir la atención requerida.

¹ GILLION (Colin), Desarrollo y Reforma de las Pensiones de la Seguridad Social: El enfoque de la Oficina Internacional del Trabajo, www.finteramericana.org/sisprevi/documentos, pág. 1.

Uno de los pasos fundamentales en la evolución de los seguros sociales fue aportado por el Canciller de Hierro en Alemania, Otto Von Bismark, quien planteó la creación de un sistema de protección contra la enfermedad (1883), Accidentes de Trabajo (1884), Invalidez y Vejez (1889). Característica esencial de este sistema lo es la obligatoriedad en su aplicación y el financiamiento proveniente de contribuciones por parte del empleador, trabajadores y en ocasiones, aportes del Estado¹.

Las limitaciones en la cobertura de la población en el sistema alemán, producto de la forma de financiamiento, son corregidas en el modelo inglés basado en el informe de William Beveridge al Gobierno Británico, quien planteó una forma diferente de financiamiento, básicamente por medio de impuestos, situación que permitió la extensión de los programas a la mayor cantidad posible de la población y en con ello, el advenimiento del principio de universalidad².

Paulatinamente los sistemas de protección de la población frente a los riesgos sociales se fueron extendiendo, primer en el ámbito europeo y posteriormente en Latinoamérica, mostrando como característica relevante una combinación de los modelos alemán e inglés, fomentándose una conjunción de los principios básicos de los seguros sociales: obligatoriedad, cotización, universalidad, solidaridad.

La difusión de los seguros sociales planteó el reto de uniformar principios básicos de esta forma de protección, recurriéndose al Derecho Internacional, de ahí el surgimiento de un proceso conocido como “internacionalización de la Seguridad Social”, consistente en la emisión de instrumentos de Derecho Internacional aplicables a la materia, y dentro de los que se encuentran:

- La Carta del Atlántico, suscrita por Roosevelt y Churchill (1941)

¹ FUNDACIÓN INTERAMERICANA, La Previsión y su Historia, www.fintearmericana.org/historia, pág.3.

² FUNDACIÓN INTERAMERICANA, *Ibid*, pág. 4.

- Declaración de Filadelfia (1944), Convenios 12 ,13, 24, 25, 97, 143, 102, 103, 159, todos producto de la acción de la Oficina Internacional del Trabajo.
- Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948)
- Carta Social Europea (1961)
- Convenio Europeo de Seguridad Social (1972)

Como parte de los aportes importantes en la internacionalización de los seguros sociales, se encuentra el Convenio 102 de la OIT, que permitió uniformidad las situaciones **mínimas** consideradas de riesgo social:

- Asistencia médica preventiva o curativa.
- Prestaciones monetarias de enfermedad.
- Prestaciones de desempleo.
- Prestaciones de vejez.
- Prestaciones en caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.
- Prestaciones familiares.
- Prestaciones de maternidad.
- Prestaciones de invalidez.
- Prestaciones de sobrevivientes

El fenómeno de la internacionalización generó dos efectos de importancia: perfilar la seguridad social como un derecho humano, descartándose completamente con ello la teoría de la caridad y por otra parte, evolucionar del concepto de seguros sociales a seguridad social, entendiendo por este último todo un sistema de prestaciones para protección de la población, dentro del cual los seguros sociales constituyen sólo una parte.

Costa Rica accede al sistema de seguros sociales en el año 1941, siendo elevado en 1949 a rango constitucional, en el artículo 73 que dispone.

“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.

La administración y el gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma, denominada Caja Costarricense de Seguro Social.

No podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas a las que motivaron su creación, los fondos y las reservas de los seguros sociales”.

El sistema de seguros sociales implementado en nuestro país muestra evidencias claras de la fusión de los sistemas inglés y alemán: el principio de obligatoriedad y la contribución tripartita son legados del esquema ideado por el “*Canciller de Hierro*”, mientras el principio de Universalidad y la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social como administrador exclusivo de los seguros sociales, denotan la herencia del sistema inglés.

Desde su surgimiento los seguros sociales en Costa Rica, muestran un proceso de consolidación creciente, favorecido por el advenimiento del Estado Social de Derecho que permitió la presencia de la Caja Costarricense de Seguro Social en una doble función: recaudadora y prestadora. Esta presencia adquirió una importancia especial en la cobertura de los riesgos atinentes a la enfermedad, es decir, las prestaciones médico asistenciales, donde la referida institución se convirtió sino en el único, sí en el principal prestador y el de mayor capacidad de nuestro país.

Las prestaciones en salud con presencia directa del Estado, implicaron una fuerte generación de empleo en la CCSS, que mientras persistió la teoría del Estado Social de Derecho no enfrentó mayor cuestionamiento. Sin embargo, la sociedad mundial enfrenta un proceso de cambio enfocado desde la perspectiva de la integración. Este proceso conocido bajo la denominación de “Globalización”,

implica el resurgimiento de ideas liberales como sustento del desarrollo de las naciones.

Pese a las discusiones efectuadas en el ámbito internacional sobre los efectos negativos de las medidas de corte liberalizador, en la actualidad el proceso se presenta como irreversible¹. En este sentido el término globalización, utilizado como expresión de fenómeno concerniente al mundo entero, hoy nos muestra como también se refiere a la penetración de sus consecuencias en todos los ámbitos de la vida social.

La implementación de un nuevo esquema de desarrollo conlleva la reformulación de preceptos e instituciones consolidadas bajo el modelo anterior, y entre ellos encontramos fundamentalmente un claro debilitamiento del Estado Social de Derecho, tal y como lo sintetiza VALVERDE ROJAS:

“En ese planteamiento, el ataque al Estado Social se acompaña del ataque a limitaciones que el Estado pone al libre movimiento del capital, y se disfraza de ataque al Estado como tal. Se promueve el dominio del mercado, que aparece ahora como organizador de la sociedad. El Estado aparece como causante de la crisis, y su transformación como eje fundamental de los cambios que permitirían superar dicha crisis. De haber sido el centro del desarrollo en las décadas anteriores, el Estado ha pasado a ser considerado ineficiente, distorsionador y generador de desequilibrios”².

Costa Rica no ha escapado a los efectos de la integración, y con ello el cuestionamiento del papel del Estado en nuestra sociedad. Las Cartas de Intenciones suscritas con el Fondo Monetario Internacional en los años 1987 y 1989, contienen compromisos encaminados hacia reducción del tamaño del

¹ “La mundialización ha triunfado ya. La economía mundial está más estrechamente integrada que nunca: la planificación y el control estatal están cediendo rápidamente el paso a las fuerzas del mercado como mecanismo de asignación de los recursos, y la concepción liberal de la política social y de la gestión de la economía se aceptan hoy unánimemente en círculos intelectuales. Ha cambiado, pues, en forma radical el contexto en el que se debaten hoy el empleo, la desigualdad de los ingresos y la pobreza”. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, El empleo en el Mundo, Ginebra, 1995, Primera Edición, pág. 77.

² VALVERDE ROJAS (José Manuel), La Movilidad Laboral al Descubierta, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, 1993, pág. 22.

Estado para efectos de disminuir su participación en actividades consideradas como ajenas a su función, especialmente aquellas de corte económico¹.

Las relaciones laborales también fueron objeto de una nueva dimensión, cuyo principal impacto consistió en el desarrollo de teorías sobre adaptación de condiciones de trabajo a las necesidades de la producción, resumido en la expresión “Flexibilidad Laboral”:

“... bien se pueden utilizar estos términos como sinónimos de desregulación y precarización del contrato de trabajo, o, por el contrario como un proceso de adaptación del sistema de relaciones laborales a los nuevos condicionamientos que impone la realidad”².

No obstante lo anterior, el contexto de las regulaciones en materia de condiciones de trabajo en el caso costarricense, muestran un nivel de complejidad especial, ante las limitaciones a la negociación colectiva introducidas por la Sala Constitucional en su jurisprudencia sobre el tema.

El contexto nacional e internacional dominado por una nueva visión sobre el papel del Estado en la sociedad, con consecuencias muy evidentes sobre el trabajador, todo unido a la implementación de un nuevo modelo de gestión de las

¹ Las principales medidas de la reforma del Estado son las siguientes:

- a) “ Una reforma arancelaria que racionaliza su estructura, disminuye su tasa promedio y reduce relativamente la protección sobre la producción para el mercado doméstico.
- b) Un realineamiento de precios relativos, con énfasis en la regulación de un tipo de cambio real elevado vía minidevaluaciones y en tarifas públicas no subsidiadas. Se eliminaron también subsidios a la producción de granos básicos y se redujo la actividad regulatoria en la formación de precios.
- c) Una modificación del sistema de incentivos para promover las exportaciones no tradicionales a países no centroamericanos. Incluyó la ampliación de exenciones tributarias y promovió un mayor uso de CATS y de créditos de exportación. Adicionalmente, se creó una base institucional – con entidades públicas y privadas – para la promoción de exportaciones y penetración de mercados externos.
- d) Una disminución de la intervención reguladora sobre el sistema financiero.
- e) Una reestructuración del sector público que abarcó la privatización de 35 empresas públicas y el saneamiento financiero de las restantes, la racionalización del sistema de seguridad social – sin desmantelarlo, vía mejoras en su eficiencia – la reducción gradual del empleo público, y sucesivos intentos para corregir el déficit fiscal. Para esto último, se descansó también en un aumento de la carga tributaria.
- f) Una negociación exitosa de los intereses y deuda externa impagos, que brinda el espacio necesario en término de divisas”. INSTITUTO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS LABORALES, Reestructuración y Regulación Institucional del Mercado de Trabajo en América Latina, Ginebra, 1991, pág. 22.

² SAPPIA (Jorge), Empleo y Flexibilidad Laboral, Buenos Aires, Editorial Astrea, 1996, pág. 8.

prestaciones asistenciales del seguro de enfermedad en la Caja Costarricense del Seguro Social, genera un cuestionamiento sobre el impacto que este cambio a lo interno de la citada institución, está provocando sobre sus trabajadores y las motivaciones existentes detrás de las diferentes acciones implementadas. Por ello, el objetivo central del presente estudio es el siguiente:

“Analizar las causas y el impacto del proceso de desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social sobre el ámbito de las relaciones laborales en esta institución”.

La consecución de este gran objetivo, requiere la atención de una serie de acciones sintetizadas en los objetivos específicos:

- Desarrollar las principales características de los modelos de gestión de las prestaciones asistenciales del seguro de enfermedad, así como las causas que determinaron la variación del modelo imperante.
- Describir el esquema jurídico de regulación de las condiciones de trabajo de los funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- Analizar la existencia de medidas de flexibilización de las relaciones laborales en el seno de la Caja Costarricense de Seguro Social y los fundamentos de las mismas.
- Describir las principales características de los procesos de negociación colectiva.

El cumplimiento de todos los objetivos planteados en el presente trabajo final, se atiende mediante dos capítulos. El primero de ellos se encuentra dedicado a la descripción de lo que podríamos denominar el “modelo de gestión tradicional de las prestaciones asistenciales en nuestro país”, tema abordado en la sección primera, mientras la sección segunda se dedica a mostrar el esquema de relaciones laborales implementado al amparo de este “modelo tradicional”.

Por su parte, el capítulo segundo se encuentra constituido igualmente por dos secciones. En la primera ellas, exponemos las principales características y regulaciones del proceso de desconcentración de clínicas y hospitales, mientras la

sección segunda aborda lo que en nuestro criterio representa, las implicaciones más relevantes generadas por dicho proceso en el ámbito de las relaciones laborales.

La desconcentración de hospitales y clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social y sus implicaciones sobre los trabajadores, constituye un tema de gran actualidad, nos referimos a un proceso cuya implementación aún no culmina, y por ende genera una serie de aspectos de relevancia para análisis jurídicos. Es decir, nos encontramos frente a un proceso de cambio donde la valoración final de los resultados obtenidos no se puede formular en este momento. De ahí que en ningún momento pretendamos establecer si la gestión del seguro de enfermedad con base proveedores de servicios desconcentrados fue una propuesta acertada. Para los efectos de la investigación desarrollada, ello marcó limitaciones en torno a la información, pues la bibliografía disponible específicamente sobre este tema es sumamente limitada. De ahí, que el documento elaborado parte del desarrollo de principios generales aplicados a un caso específico.

Capítulo I: Prestaciones Asistenciales en Costa Rica

El régimen jurídico de las prestaciones asistenciales en nuestro país ha pasado por diversos periodos de evolución, donde los mismos fueron organizados en búsqueda de dos aspectos fundamentales: cobertura de la población e igualdad en las prestaciones suministradas. Este desarrollo en la estructura administrativa que rodea al seguro de enfermedad se determina a continuación.

. **Sección I: Evolución en la organización de las prestaciones asistenciales: de la constitución de los seguros sociales hasta el primer préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo.**

Desde el propio surgimiento de los seguros sociales en nuestro país en la década de los cuarenta hasta la actualidad, la Caja Costarricense de Seguro Social ha mostrado una evolución en su estructuración de grandes consecuencias en el desarrollo de los aspectos laborales, de ahí la importancia de referirnos a los principales periodos de esta evolución.

.. **1) Primer Periodo de Evolución: De la constitución de los seguros sociales a la Ley de Traspaso de Hospitales.**

El texto mismo de remisión del proyecto de creación de los seguros sociales en el mes de julio de 1941, por parte del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, comenzó a perfilar un sistema de administración para el seguro de enfermedad. El problema de morbilidad producto de difíciles condiciones fisiológicas en la población asalariada constituía en ese momento uno de los retos principales en materia de salud.

Para afrontar los factores relativos a la morbilidad, la estructura administrativa presentaba dos componentes esenciales: por un lado las organizaciones de beneficencia y por otro, la Secretaría de Salubridad. Las

necesidades de unificar técnicamente la actuación de ambos grupos fue uno de los planteamientos más relevantes por parte del Dr. Calderón Guardia en la exposición de motivos del proyecto de seguros sociales. En este sentido, el referido texto indica:

“Acogemos, pues, el criterio más avanzado en la materia porque consideramos que los problemas sanitarios están íntimamente ligados a los económicos y el Seguro Social es la institución más adecuada para su solución, ya que tendrá a su cargo la protección de la salud no sólo del asalariado sino también de su familia. Romper esa necesaria unidad sería incurrir en un error técnico.

El nuevo organismo contará con las siguientes unidades: Madre y Niño, Epidemiología, Cancerológica y Sanitaria. Dividiendo técnicamente la acción contra la enfermedad pero manteniendo una conveniente unidad entre todos estos organismos, se logra realizar en forma más amplia y científica la verdadera lucha contra la enfermedad”¹.

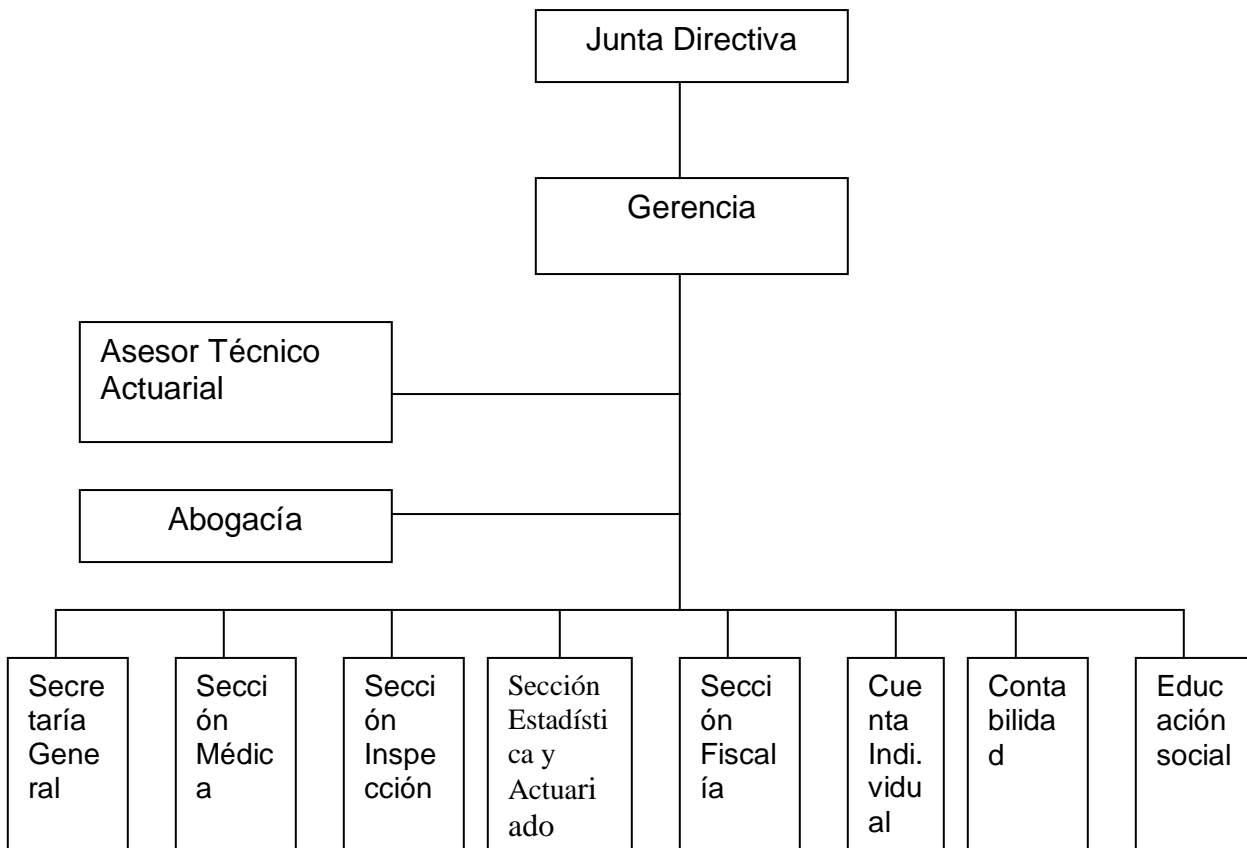
La estructura administrativa creada pretendía ser la respuesta, según lo plantea el Dr. Calderón Guardia, a tres objetivos básicos del seguro de enfermedad: curación de la enfermedad, reparación de sus consecuencias económicas y creación de un régimen de medicina preventiva². Al amparo de la

¹ CALDERÓN GUARDIA (Rafael Ángel), Discurso de presentación del proyecto de creación de los seguros sociales ante el Congreso, San José, 1941.

² La organización y fines de la seguridad social específicamente en lo atinente al seguro de enfermedad conllevan la aplicación de una tesis sobre el manejo de la salud que encuentra claras manifestaciones en el propio texto de presentación elaborado por el Dr. Calderón Guardia: la salud pública, o bien como lo denominaría posteriormente Edgar Mohs las acciones relativas a la salud colectiva, se encontrarán reservadas al órgano Ministerial producto de la responsabilidad del Estado en esta materia, mientras que la atención de los casos individuales tanto a nivel curativo como preventivo, serán responsabilidad del seguro de enfermedad administrado por la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta posición encuentra sustento en los preceptos del Convenio 102 de la OIT ratificado por nuestro país, que en su artículo 7 dispone: “Todo miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo, de conformidad con los artículos siguientes de esta parte”.

filosofía primigenia que amparó la creación de los seguros sociales, la organización administrativa en 1942¹ presentó la siguiente estructura:

**Caja Costarricense del Seguro Social
Estructura Administrativa vigente en 1942**



La evolución de la estructura administrativa de la Caja Costarricense del Seguro Social, constituye un factor de importancia al momento de analizar el tipo de gestión del seguro de enfermedad. En el organigrama ideado en el año 1942 destaca la poca existencia de órganos encargados directamente de brindar las prestaciones asistenciales, situación que para el año 1970 mostrará una perspectiva totalmente diferente, donde los órganos administrativos tuvieron un

¹ CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, Curso Nacional de Seguridad Social, San José, 1971, pág. 152.

notable incremento, pero al mismo tiempo se consolidó una estructura donde la institución atiende directamente centros asistenciales, demarcándose de esta forma una característica esencial en la forma de gestión del seguro de salud, de influencia fundamental en el ámbito de las relaciones laborales.

Uno de los aspectos esenciales en la estructura presentada por la Caja Costarricense del Seguro Social para el año 1970, es el alto grado de centralización, producto de la gran cantidad de órganos dependientes de la Gerencia Médica.

Independientemente de los aspectos relativos a la organización estructural de la CCSS, nuestro país en el periodo comprendido entre 1942 y 1970 experimentó un mejoramiento de diversos factores relativos a la salud. La esperanza de vida al nacer se incrementó de 45.41 años en 1942, a 66.40 en 1970. La mortalidad también presentó cambios significativos. Así en los grupos de niños menores de 5 años, la misma evolucionó de un 70.48% en 1942, a un 17.01% en 1970. Para las edades entre 5 y 19 años pasó de 4.77% en 1942, a 0.90% en 1970. Por su parte, entre los 20 y los 59 años la mortalidad en 1942 era del 10.68% mientras en 1970 presentó un nivel del 4.25%. El único grupo que no tuvo un desarrollo favorable en las tasas de mortalidad fue el de las personas mayores de los 60 años, cuyos porcentajes en 1942 eran del 52.57%, mientras en 1970 se incrementó a un 56.34%¹.

¹ CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, Tasas Centrales de Mortalidad y Esperanza de Vida a edades seleccionadas, Observatorio Demográfico, Programa Centroamericano de Población, www.opr.princeton.edu/populi/observa/series/serie2.htm, 2002.

En forma paralela al mejoramiento de índices de salud en la población, el seguro social en sí mismo experimentó un crecimiento en la cobertura de la población pasando de un 8% en el año 1950, a un 39% por ciento de la población en el año 1970¹.

Aún cuando el seguro social así como los índices de la salud en la población mostraron un crecimiento bastante positivo en un periodo de 28 años (1942-1970), para los comienzos de la década de los setenta la situación no era satisfactoria. Uno de los retos principales consistía en alcanzar la universalización de los seguros sociales acordada mediante reforma constitucional en el año 1977², frente al cual uno de los grandes obstáculos consistía precisamente en la estructura centralista de la Caja Costarricense del Seguro Social, planteándose cada vez con más intensidad la necesidad de regionalizar los servicios, tema objeto de estudio en el segundo periodo de evolución.

.. 2) Segundo Periodo de Evolución: De la Ley de Traspaso de Hospitales al Primer Préstamo con el BID.

Bajo la premisa de una organización de las prestaciones en salud capaz de abordar los diferentes factores relacionados con la universalización de los seguros sociales, en el año 1970 se inició en el plenario legislativo la discusión del proyecto de ley para autorizar el traspaso de hospitales y clínicas a la CCSS. Temas como el tipo de servicio a brindar, la regionalización y la gradualidad del

¹ *Ibidem.*

² Las consecuencias de la aprobación de la reforma al artículo 177 de la Constitución Política fueron sintetizadas por Miranda Gutiérrez en los siguientes términos: “*Al crearse una responsabilidad directa del Estado en la Salud, se creó también toda una apertura hacia las fuentes de financiamiento y las formas de gasto, hacia la prestación de servicios y la atención de la salud como derecho del ciudadano como tal y no como privilegio de un grupo determinado*”. MIRANDA GUTIERREZ (Guido), La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica, San José, Caja Costarricense del Seguro Social, primera edición, 1988, pág. 121.

proceso fueron abordados en las discusiones legislativas. De importancia resulta destacar la posición asumida por las autoridades de la CCSS por ser la institución directamente afectada. Sus planteamientos ante la Asamblea Legislativa fueron realizados en dos formas: mediante texto escrito y en audiencia oral ante la Comisión de Asuntos Sociales.

En el documento remitido a la comisión legislativa encargada de dictaminar el proyecto de traspaso de los hospitales, la CCSS insistió en la necesidad de evitar la duplicidad de funciones y evolucionar en forma paulatina en el proceso con la finalidad de no afectar la estabilidad financiera del seguro¹.

En la audiencia oral ante la Comisión de Asuntos Sociales, la delegación de la Caja Costarricense de Seguro Social integrada por los miembros de Junta Directiva: Lic. Danilo Jiménez Vega, Dr. Alfonso Carro Zúñiga, Dr. Víctor Manuel Hernández Asch, Dr. Jaime Gutiérrez Góngora, Lic. Rafael Ángel Calderón Fournier, don José Joaquín Coto y Dr. Roberto Ortiz Brenes, reiteró y profundizó la necesidad de un sistema integral de atención complementado con la gradualidad del proceso, pero al mismo tiempo fijó el principio fundamental de la reforma en los siguientes términos:

¹ *“Es una realidad que la Caja ha venido haciendo esfuerzos ingentes por crear unidades asistenciales, por preparar profesionales en ciencias médicas y por dotar al país de una medicina eficiente y moderna. También es una realidad que Costa Rica debe, dados sus escasos recursos económicos y humanos, evitar cualquier duplicidad de costosos sistemas de atención médica. Es por eso que considera que debe aprovechar al máximo los hospitales existentes y al ir universalizando los seguros sociales, incorporarlos con las remodelaciones que requieran, a un sistema de asistencia médica. Esos esfuerzos también obligan a pensar en la integración del seguro de riesgos profesionales, que simplemente por razones de antecedentes históricos, están confiados al Instituto Nacional de Seguros. Incluyen las reformas propuestas por la Caja, la necesidad de que ese sistema de seguros, tan ligado a los que administra, al punto de que sus diferencias son motivo de quejas y de injusticias para la población trabajadora, se le traspasen en forma gradual y paulatina, conforme se vayan cumpliendo los programas de universalización y absorbiendo las instalaciones hospitalarias existentes en el país.”*, ASAMBLEA LEGISLATIVA, Expediente de discusión: Proyecto de ley de traspaso de hospitales, 1970, pág. 182.

“La atención de la salud es un derecho de la población y el Estado tiene la responsabilidad de que sea igual para todos, nosotros consideramos que este es un principio sano y humano y que a la vez es correcto.

Se debe atender en la medida de lo posible a todos los costarricenses, sean cubiertos por el Seguro Social o sean atendidos por otras instituciones o si el Seguro Social va asumiendo esos otros sectores de la población que no son susceptibles de ser asegurados porque no están sometidos a una relación laboral y es obvio que deben señalarse las rentas específicas necesarias para que la institución, sea la Caja o cualquier otra pueda atender en condiciones de igualdad la salud del asegurado y del no asegurado; sobre todo si tomamos en cuenta que el no asegurado en un 15% viene a constituir la clase indigente o sea clase de gente que no puede por sus propios medios atender las necesidades en salud”¹.

Uno de los elementos fundamentales planteados durante la audiencia a los personeros de la Caja Costarricense del Seguro Social, consistió en la exposición efectuada por el Lic. Carro Zúñiga, quien destacó tres valores fundamentales en la propuesta reforma: igualdad en la atención de la salud para todos, servicios de salud integrales, es decir comprensivos de prevención, curación y rehabilitación y finalmente, la regionalización de los servicios como medio para garantizar tanto universalización como una distribución racional de los recursos².

Los análisis vertidos por los representantes de la CCSS fueron incluidos en un texto alternativo al proyecto remitido por el Poder Ejecutivo, recibiendo por parte de la Comisión de Asuntos Sociales dictamen afirmativo de mayoría en el mes de junio de 1973.

¹ *Ibid*, pág. 173.

² *“Esto me parece un principio sano y correcto desde el punto de vista de que no deben de concentrarse las instituciones de atención de la salud de los costarricenses en la Meseta Central o en las grandes ciudades, descuidando lamentablemente las zonas rurales en donde precisamente los costarricenses están enfrentados a mayores retos a su salud, de manera que con esta regionalización se hace una distribución racional de los recursos disponibles para la mejor atención de la salud de todos los costarricenses, tanto los que viven en las ciudades como los que viven en el campo”*, *Ibid*, pág. 174.

En el plenario legislativo, las discusiones principales giraron en torno a la obligatoriedad de realizar el traspaso de hospitales, ya que diputados como Longino Soto Pacheco consideraban que la redacción propuesta en ese momento llevaría a una quiebra del sistema de seguridad social. Esta posición rindió sus frutos al aprobarse una reforma al texto primero del proyecto propuesto. Finalmente en el mes de setiembre del año 1973 se aprobó la Ley No. 5349, cuyo artículo 1 dispone:

“Artículo 1: Para efectos de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, cuya administración se ha confiado a la Caja Costarricense del Seguro Social, así como para el logro de un sistema integral de la salud, el Ministerio de Salubridad Pública, las Juntas de Protección Social y los Patronatos a cargo de instituciones médico asistenciales, traspasarán a la Caja las instituciones que de ellos dependan. La Caja queda facultada para recibir dichas instituciones, de acuerdo a su ley, reglamentos y programas de extensión o universalización.

Estos traspasos se realizarán cuando lo solicite la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social y sólo podrán realizarse a petición expresa de la Caja, quien podrá solicitarlos en forma individual.

Los centros médico-asistenciales que dependan de la Junta de Protección Social de San José, se traspasarán cuando se haya efectuado el traspaso de los demás centros del país, salvo que se llegue al acuerdo de hacerlo por parte de ambas instituciones, con participación del Ministerio de Salubridad Pública, o que no haya otros centros susceptibles de ser traspasados.

La Caja Costarricense de Seguro Social no podrá aceptar ningún traspaso mientras no se le fijen las rentas suficientes para atender el servicio médico a los no asegurados”.

Con la aprobación del texto de autorización de traspaso de hospitales y demás centros atención médica a la Caja Costarricense de Seguro Social, esta institución sufrirá un cambio estructural fundamental al incrementarse notablemente el número centros asistenciales, situación que ejerció una influencia

fundamental en la evolución de los aspectos laborales, tal y como se analizará con posterioridad.

El traspaso de los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, se inició en medio de un sector salud caracterizado por los siguientes aspectos:

1. *“El desequilibrio en la atención médica entre zonas urbanas y rurales, específicamente entre el Área Metropolitana de San José y el resto del país;*
2. *La falta de coordinación entre los distintos organismos e instituciones establecidos para las prestaciones médicas y de la planificación en el campo de la salud;*
3. *La prevalencia de la medicina curativa en detrimento de la medicina preventiva;*
4. *La preparación académica inadecuada para preparar al médico que necesita el país”¹.*

Al asumir el ente encargado de la administración de los seguros sociales la dirección de los centros encargados de la atención asistencial, resulta necesario implementar una organización capaz de garantizar la solución de las deficiencias detectadas, así como permitir el adecuado cumplimiento de los objetivos del citado seguro.

Aún cuando los objetivos trazados con el traslado de los Hospitales a la Administración exclusiva de la Caja Costarricense de Seguro Social eran de gran importancia, durante el decenio de los ochenta y buena parte de los noventa, el cumplimiento de los mismos se vio limitado como consecuencia de los procesos de crisis y reorganización a los cuales se vio sometido el Estado costarricense.

TREJOS (Juan Diego), sintetiza esta coyuntura en los siguientes términos:

¹ BRENES BLANCO (Adelina), La Consulta Externa y la Función del Trabajador Social en las Clínicas Periféricas de la Caja Costarricense del Seguro Social, Tesis de Grado para optar por el grado de Licenciada en Trabajo Social, San José, 1974, pág. 30.

“En 1973 se dicta la Ley General de Salud y la Ley de Traspaso de los Hospitales a la CCSS. Con anterioridad a 1977 los hospitales estaban administrados por instituciones del Estado (Ministerio de Salud), de beneficencia (Junta de Protección Social –JPS-) y por el sector privado (Compañías Bananeras) se traspasan a la CCSS. En el contexto de la estructuración del Sistema Nacional de Salud, en ese año la CCSS asumió la administración de todos los hospitales públicos (aunque en la práctica el traspaso se completó en el año de 1984, con el traspaso del Hospital de Valverde Vega.

(...)

La crisis económica de inicios de los ochenta genera un fuerte desequilibrio financiero al sector salud en momentos que se necesitaban consolidar las transformaciones institucionales, sobre todo en la CCSS. Esta institución en el lustro previo había recibido 27 hospitales para su administración y con el proceso de universalización había incrementado la cobertura de la población atendida en un 60%. Para esta institución, la crisis produjo una reducción de ingresos reales por la recesión y el aumento de la morosidad especialmente por parte del Estado y el aumento de la demanda por sus servicios. Para el MS, la crisis se tradujo en una contracción de los recursos reales por la reducción de los ingresos fiscales reales y la necesidad de reducir el déficit público”¹.

Resultaría imposible poder comprender el sentido de los procesos de traslado de hospitales y clínicas a la Caja Costarricense de Seguro Social, si antes no se entendiera una división básica prevalente en ese momento en el sector salud entre la acción preventiva y la curativa. La primera de ellas constituía una labor asignada al Ministerio de Salud, mientras la acción curativa era responsabilidad exclusiva de la CCSS². Por consiguiente, la estructuración de la

¹ TREJOS (Juan Diego), *Op. Cit.* Pág. 42.

² Esta división fue objeto de diversas críticas por considerarla obsoleta, destacando al respecto el criterio del Dr. Edgar Mosh: “... la separación entre medicina preventiva y curativa, tal como se da en Costa Rica, es una separación arbitraria y obsoleta, por no tomar en cuenta criterios funcionales, o sea, principalmente el criterio de la medicina dirigida al individuo y la medicina colectiva. Las instituciones actuales reflejan en gran medida esta división arbitraria, ya que lo que se llama asistencia y la Caja de Seguro Social se encargan de curar enfermos, mientras salubridad es responsable de la prevención. Pero esta separación resulta improcedente e ilógica, porque la medicina preventiva en cuanto fomento de la salud (poner vacunas, dar educación sanitaria, cuidar de la madre embarazada), es una actividad dirigida al individuo, razón por la cual debería pasarse

CCSS estaba enfocada a garantizar una cobertura universal del seguro de enfermedad, en su perspectiva curativa y no preventiva.

La separación entre acción preventiva y curativa obligó durante el periodo de evolución en estudio, a desarrollar diferentes esfuerzos con la finalidad de lograr una integración de esfuerzos y servicios entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, como el convenio firmado en el año 1984 entre el Dr. Jaramillo Antillón, Ministro de Salud y el entonces Presidente Ejecutivo de la CCSS, Dr. Guido Miranda¹.

Aspectos a resaltar del convenio suscrito en el año 1984, son la definición de funciones preventivas a cargo del Ministerio y las asistenciales competencia de la CCSS. Además, en el capítulo 4 se efectuó todo un desarrollo sobre los niveles de atención en la prestación de los servicios, con un primer nivel dirigido a la implementación de acciones dentro del ámbito del hogar. El segundo nivel correspondería a las acciones de los puestos de salud a cargo del Ministerio, con la finalidad de cumplir con los programas de salud rural o comunitaria.

Ya para el tercer nivel la responsabilidad principal correspondió a la CCSS, ubicándose en él unidades de atención ambulatoria con profesionales en medicina general, odontología, laboratorio clínico, farmacia y enfermería. El cuarto nivel pasó a ser responsabilidad de la CCSS y correspondió a los hospitales de apoyo

a aquellas instituciones que prestan asistencia médica que también es realizada individualmente; además que razones económicas, considerando el efecto costo beneficio, abogan por esa medida. De esta manera quedaría al Ministerio de Salubridad Pública todo lo que atañe al control del medio ambiente y otros programas de protección de la salud colectiva...". MOSH (Edgar), citado por BRENES BLANCO (Adelina), Op. Cit., pág. 47. Este tipo de posición tendrá una influencia trascendental en la reforma promovida en la década de los noventa.

¹ MIRANDA GUTIÉRREZ (Guido), La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, 1988, pág. 183.

con especialidades básicas en medicina, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría, quienes atenderían el área geográfica de su adscripción. Dentro de este nivel se ubicaron los hospitales regionales para la atención de patologías complejas.

Finalmente en el quinto nivel se clasificaron los hospitales nacionales y especializados, como los órganos de mayor complejidad, desempeñando tareas en la asistencia, docencia e investigación, ubicados en el área metropolitana. Al final esta organización se puede sintetizar en tres niveles de atención: nivel primario encargado de las acciones promoción y prevención en materia de salud, así como determinadas acciones curativas básicas; el nivel secundario encargado de brindar respaldo al nivel primario en acciones de alta complejidad y, por último, el tercer nivel a cargo de las acciones curativas y de rehabilitación del mayor nivel de complejidad¹.

En forma paralela a la organización en niveles de atención, la estructura administrativa se jerarquizó en tres niveles: local, regional y central. El ámbito local era el responsable de la ejecución de las acciones en salud. El nivel Regional (representado por la figura de las Direcciones Regionales), constituía un enlace entre el nivel central y el local, para efectos de permitir una mejor ejecución de las

¹ TREJOS (Juan Diego) brinda una serie de razones por las cuales este tipo de divisiones fueron completamente inoperantes: “La integración de servicios de la CCSS y el MS en el ámbito local es la estrategia seguida para racionalizar el uso de los recursos financieros y humanos y mejorar por este medio la eficiencia interna. No obstante, esta integración fue más formal que real, y aunque en algunos casos llegaron a compartir el mismo local, cada institución mantuvo su estructura jerárquica y en esa dirección las duplicaciones continuaron. A su vez, por el mayor poder económico de la CCSS tendió a prevalecer el enfoque curativo de esta institución contra el enfoque promocional y previsional del MS, aunque la CCSS también se vio obligada, en la práctica, a ir asumiendo paulatinamente los costos no personales de la atención primaria”, Op. Cit., pág. 44

políticas, encargándose básicamente del asesoramiento y la supervisión. Finalmente al nivel central le correspondía el dictado de las políticas en salud¹.

La organización brindada al seguro de enfermedad administrado por la CCSS, presentó dos aspectos de relevancia: el alto de nivel de centralización, ya que prácticamente todo dependía del nivel central y la limitación a la implementación de acciones reparadoras de la salud, producto de la división entre prevención y curación.

Al amparo del sistema organizativo implementado en la CCSS a partir de la década de los setenta, los indicadores del seguro de enfermedad y maternidad, presentaron la evolución que se detalla a continuación:

Cuadro No. 1 . Cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad

Tipo de Aseguramiento	1970	1975	1980	1985	1990
Total de Asegurados (miles)	816,1	1.172,1	1.729,3	2.150,0	2.485,1
% de la población nacional	47,1	59,6	75,7	81,3	82,0

Fuente: MIDEPLAN, Cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad, www.mideplan.go.cr/sides/social/05-01.htm.

Pese a los logros obtenidos con la implementación de la estructura organizativa de la CCSS, este sistema para la década de los noventa sería fuente

¹ CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, Gerencia de Modernización, 1998, pág. 13.

de diversas críticas que propiciarían un nuevo cambio¹, el cual en nuestro criterio representa el tercer estadio en la evolución administrativa del ente administrador de los seguros sociales.

.. **3) Tercer periodo de evolución: la implementación del modelo readecuado; de 1993 hasta la fecha.**

El modelo administrativo basado en tres niveles; central, local y regional, recibió diversos cuestionamientos al considerarse que presentaba las siguientes debilidades:

***Administración y planificación centralizada.*

**Deficiencias en la Administración, la presupuestación, la gestión y la evaluación local, regional y nacional.*

**Baja efectividad en el logro de metas cualitativas como por ejemplo, la ganancia en años de vida, ingresos hospitalarios evitables y sobreutilización de los servicios especializados y de apoyo.*

**Pocas posibilidades de escogencia por parte del usuario.*

**Tendencia al incremento de costos y a la inequidad.*

**Ausencia de un sistema de garantía de calidad.*

**Subutilización e inadecuada distribución de los recursos humanos, físicos y tecnológicos.*

**Insatisfacción del usuario y prestatario.*

**Deshumanización de la atención.*

**Planificación basada principalmente en la libre demanda.*

**Enfoque biólogo de la atención.*

¹ En la práctica esta premisa funcionó con un desequilibrio económico: la CCSS disponía de recursos para atender la parte curativa, sin embargo el Ministerio de Salud no gozaba de esta posibilidad. Esta situación quedó evidenciada en las palabras del Dr. Luis Asís ante la Comisión de Asuntos Económicos: *“No puede, de ninguna manera, en estos momentos de la medicina moderna, conceptualizarse un hospital aislado del resto de la red de servicios. Y por qué digo esto? Porque precisamente, dada la cercanía del Hospital de Alajuela a veinte kilómetros de San José, con el congestionamiento que han tenido los hospitales del área metropolitana, precisamente por haberse debilitado los puestos y centros de salud que no tienen los suficientes recursos, y que con el préstamo y la integración de servicios lo podrán tener, permitirá fortalecerse los programas de atención primaria de la salud, que resolvería más del sesenta por ciento de la consulta externa que actualmente abarrotan y crece la demanda de servicios en todas las salas de emergencia ...”* (Asamblea Legislativa, Expediente 11740, pág. 8.)

**Limitada participación social.*

**Deficiente coordinación intra e interinstitucional.*

**Inadecuado sistema de información”¹.*

La problemática general en la prestación de servicios de salud, incluyendo los brindados por la CCSS y el Ministerio de Salud, comenzó a ser objeto de análisis y cuestionamientos desde la perspectiva de reforma del Estado. Bajo esta premisa en el mes de junio de 1993, el entonces Ministro de Hacienda presentó ante la Asamblea Legislativa el “*Proyecto de Ley para la Aprobación de los Contratos de Préstamo entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica*”. Más allá de los aspectos relativos a los contratos de préstamo por \$42 millones en total, lo trascendental de dicho proyecto se centra en el destino de los fondos, que serían utilizados para la reestructuración del sector salud, en los términos fijados en la exposición de motivos:

“El Estado Costarricense, ha sido objeto de diferentes programas de ajuste y modernización que surgen con el propósito de armonizar el desarrollo económico y social, con la organización y gestión de los sectores público y privado.

Estos procesos se orientan a fortalecer la democracia costarricense y la democratización de la economía, mediante los postulados de descentralización, regionalización y sectorización del desarrollo, los cuales están contenidos y especificados en el Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994. En este plan se prioriza el Programa de Reforma del Estado Costarricense dentro del cual se inscribe el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, que está orientado a aumentar la eficiencia administrativa, eliminar duplicidades de programas, servicios y presupuestos, reducir los gastos superfluos o duplicados, mejorar el uso de los recursos humanos enfatizando el criterio social en la prestación del servicio, ampliar la cobertura, reducir las ineficiencias en la prestación de servicios a sectores desfavorecidos, modificar y flexibilizar las formas de intervención de las instituciones en la administración

¹ CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, *Op. Cit.*, pág. 18.

y gestión mediante la adopción de modelos alternativos en la producción de bienes, así como la atención y prestación de servicios”¹.

La eliminación de duplicidades y el ahorro de recursos implicaba para los efectos de los contratos de préstamo con el BID, el traslado de toda la actividad asistencial preventiva de manos del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social, tema planteado en la década de los sesenta por diversas personalidades como el Dr. Edgar Mosh. El proyecto de marras fue objeto de análisis en la Comisión de Asuntos Económicos de la Asamblea Legislativa, en donde la mayor cantidad de comentarios se refirieron a la división entre actividad preventiva y curativa. Como ejemplo de estas posiciones, el Dr. Luis Asís manifestó ante la Comisión Legislativa:

“En primer lugar, la función rectora del Ministerio de Salud. La Ley Orgánica del Ministerio de Salud y la Ley General de Salud, en su título único, capítulo primero, establece muy claramente que, la rectoría de los servicios de salud del país le corresponde al Ministerio de Salud. Esta ley se promulgó en el año 1973 y por múltiples razones, desde hace veinte años de promulgación de la Ley, no se ha podido ejercer la función rectora; y lo que ha sucedido es que se han suscrito convenios en los últimos cuatro, seis años, de 1987 a 1993 en que el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social prestaría los servicios a la totalidad de la población costarricense, estableciendo – y ésta es la importancia y la gran diferencia en este proyecto- una dicotomía, una división entre las fracciones de medicina preventiva y de promoción de la salud que estarían a cargo del Ministerio de Salud y la atención ambulatoria y hospitalaria, a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Esta dicotomía y esta división de responsabilidades, ha hecho, definitivamente, que existan en muchas localidades del país, duplicidades de servicios que aumentan los costos e impiden

¹ MENDEZ MATA (Rodolfo), Exposición de Motivos del Proyecto de Ley para la Aprobación de los Contratos de Préstamo entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica, Asamblea Legislativa, Expediente Legislativo, San José, 1993, pág. 3.

una accesibilidad y disponibilidad en los servicios, en forma adecuada y equitativa para la población costarricense.

Dejando de lado al Ministerio, aparte de los aspectos anteriores mencionados, lo que corresponde a salud del ambiente humano que es muy importante y cada día está tomando más importancia en todos los trastornos ecológicos, los programas de nutrición y los programas de promoción social. Y la Caja Costarricense de Seguro Social se haría cargo, en forma gradual, paulatina, en cuatro años, de la atención a la totalidad de las personas; en la red de servicios que actualmente tiene la Caja, más la red de servicios de puestos y centros de salud que se estarían trasladando paulatinamente a la Caja Costarricense de Seguro Social”¹.

Otro de los elementos objeto de referencia en la comisión, como justificante de la reforma propuesta, consistió en la atención brindada, aspectos en los cuales el Dr. Roberto Galva, expresó:

“La consulta que se da actualmente es la tradicional, es una consulta masificada –ustedes lo han leído, todos ustedes han experimentado lo que es la consulta del Seguro Social- y se ha perdido la integridad del ser humano, se ha fragmentado. Es decir, el otorrino le ve las orejas; el gastroenterólogo le ve el estómago, el intestino y el del corazón le ve el corazón. Pero se ha perdido el concepto integral del ser humano, en su aspecto biosicosocial; y es precisamente lo que nosotros queremos retomar ahora, con la readecuación del modelo.

Ustedes saben que dentro de la reforma del sector salud, existe un segmento que se llama la readecuación del modelo y es, precisamente, esta readecuación del modelo lo que va a devolverle al costarricense una atención más personalizada, más humanizada y de más alta calidad. Pero para hacer esta readecuación del modelo se necesita establecer la red de servicios de la que habló el Dr. Asís; es necesario fortalecer la medicina de atención primaria, llevarle el servicio cada vez más cerca de las comunidades; hacer que las comunidades no tengan que desplazarse a grandes distancias para ir a pedir una consulta, una cita que se les va negar porque ya los que

¹ Intervención del Dr. Luis Asís ante la Comisión de Asuntos Económicos, Expediente 11740, pág. 10.

*viven más cerca llegaron primero; y entonces, hay un enorme rechazo de pacientes que se quedan sin la atención necesaria*¹.

Las posiciones sostenidas en cuanto a duplicidad de funciones y la necesidad de mejorar la atención, permitieron finalmente la aprobación del proyecto de ley relativo a los préstamos con el BID en el mes de noviembre del año 1993². El traslado de la actividad preventiva a manos de la CCSS se consignó en el artículo 7 que dispone:

“Autorízase a la Caja Costarricense de Seguro Social traspasar los programas del Ministerio de Salud, actualmente asignados a la atención preventiva de la salud de las personas, con base en las disposiciones de las Leyes Nos. 5349 del 24 de setiembre de 1973 y 5541 del 10 de julio de 1974, con el propósito de continuar con el proceso de universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad, cuya administración ha sido confiada a la citada institución.

La Caja Costarricense de Seguro Social asumirá los servicios asistenciales y preventivos de la salud, para lograr su fortalecimiento, su administración y la prestación integral de ellos.

Una de las consecuencias en el ámbito laboral de fundir actividad preventiva y curativa en manos de la CCSS fue el traslado de los profesionales que laboraban en el Ministerio de Salud a la CCSS, con el consecuente respeto de los derechos adquiridos, situación regulada en el transitorio primero de la ley de marras.

Para efectos de la ejecución de la reforma aprobada, se planteó una reestructuración en la prestación de los servicios por parte de la Caja

¹ Intervención del Dr. Roberto Galva ante la Comisión de Asuntos Económicos, Expediente 11740, pág. 11.

² La aprobación de esta ley permitió adaptar las prestaciones asistenciales en nuestro país a los requerimientos establecidos en la Parte II, artículos 7 y 8 del Convenio 102 de la OIT, independientemente que la fusión entre acción preventiva y curativa fue planteada para efectos de resolver un problema económico del Estado costarricense.

Costarricense de Seguro Social, partiendo para ello del concepto “*Atención Integral*”, que procura la atención del individuo no solo en consideración de un padecimiento específico, sino fundamentalmente dentro de un ambiente psicosocial que influye en el proceso salud-enfermedad¹.

La implementación del modelo de atención integral conlleva, al igual que en modelo anterior, la creación de tres niveles de atención, aunque con características diferentes². En primer lugar, los tres niveles son responsabilidad exclusiva de la CCSS, a diferencia de la estructuración anterior que implicaba una responsabilidad compartida con el Ministerio de Salud.

El primer nivel, se organiza mediante una división en Regiones, Áreas de Salud³ y Sectores. Las áreas de salud son unidades geográficas administradas por una Dirección Local⁴ e integradas por sectores con promedio de población de aproximadamente 4000 personas. En cada sector se ubica un Equipo Básico de Atención Integral (EBAIS)⁵. En un segundo nivel se ubican ciertas clínicas y

¹ CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, *Op. Cit.*, pág. 23.

² En el ámbito doctrinal los niveles organizativos de las prestaciones asistenciales se resumen en dos; el primer nivel de atención constituye una puerta obligada de acceso al sistema de salud con la finalidad de evitar un ingreso indiscriminado de personas a las actividades más especializadas, el cual se encuentra a cargo de un profesional con especialidad en Medicina Familiar o General, mientras el segundo nivel son las prestaciones asistenciales de mayor grado de especialidad. FREIRE (José Manuel), *La Organización de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social*, en: *Seguridad Social Configuración y Desarrollo Internacional*, sp. Este tipo de organización ideada para garantizar un uso eficiente de los recursos, presenta algunas debilidades en el caso costarricense, toda vez que el primer nivel se encuentra a cargo de profesionales en medicina general sin ninguna especialidad generándose un elevado número de referencias.

³ Esta división con idénticas connotaciones se encuentra creada en el caso de España. Ver FREIRE (José Manuel), *Ibid.* sp.

⁴ Podría llegar a pensarse que el Arrea de Salud guarda similitud con las Direcciones Regionales creadas al amparo de la estructura administrativa anterior, sin embargo las primeras procuran poner énfasis en el tema de las áreas geográficas a diferencia de las segundas ideadas básicamente con un enfoque de jerarquía respecto determinados centros de salud.

⁵ Órgano encado de la atención integral de un determinado grupo poblacional. Por atención integral se entiende “... concepción de la salud como un proceso de construcción social, y por lo tanto debe tomar en consideración los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los

hospitales periféricos encargados de brindar apoyo al primer nivel en algunas especialidades de mayor complejidad. Finalmente, el tercer nivel corresponderá a los servicios de mayor nivel de especialización y complejidad.

El modelo de atención integral basado en la constitución de EBAIS, no se encuentra totalmente implementado pues están pendientes en la actualidad aproximadamente 100 EBAIS para alcanzar el total de 950 requeridos para garantizar la existencia de 1 EBAIS por cada 4000 habitantes.

La organización del seguro de enfermedad, basado en un dominio de la presencia estatal, limitaron las formas alternativas de brindar las prestaciones asistenciales a las siguientes áreas¹:

- a) Medicina de empresa: sistema creado en el año 1974, basado en la contratación del profesional por parte de la respectiva empresa y la cobertura de servicios de apoyo como medicamentos y exámenes, por parte de la CCSS.
- b) Medicina Mixta: Surgida en la década de los ochenta, consiste en el pago en forma privada de la consulta por parte del paciente, mientras la CCSS suministra los medicamentos y exámenes. En caso de requerirse una atención más especializada, el profesional en medicina mixta podrá efectuar la respectiva referencia.

ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial y otros, de los diferentes grupos sociales”. La atención integral genera la obligación de efectuar labores a nivel familiar, comunitario, establecimientos educativos y laborales. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL y MINISTERIO DE SALUD, Funciones y Actividades del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención, San José, 1996, pág. 7.

¹ CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL y OTROS, Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Costa Rica: Avances y Perspectivas, San José, 2001, pág. 63.

- c) Cooperativa en Salud: implica la suscripción de contratos con cooperativas para que estas asuman la prestación integral de un servicio, donde destacan los casos de COOPESALUD, COOPESANA y COOPESIBA.

La evolución en la organización del seguro de enfermedad, especialmente desde la aprobación de la Ley de Traspaso de Hospitales y Clínicas en la década de los setentas hasta la entrada en vigencia de la Ley de Desconcentración de Hospitales, permitió el desarrollo de un esquema de relaciones laborales en el ámbito de la CCSS, marcado por diversos factores de importancia, los cuales serán desarrollados en la sección siguiente.

Sección II: Regulaciones legales del ámbito laboral imperantes en la Caja Costarricense de Seguro Social antes del proceso de desconcentración.

Una de las consecuencias inmediatas del traslado de hospitales y clínicas a la CCSS autorizado en la década de los setenta, fue el incremento en el número de funcionarios al servicio de esta institución, cuya evolución se detalla a continuación:

CUADRO NÚMERO 2. RECURSOS HUMANOS EN SERVICIOS DE SALUD

Según: Grupo ocupacional
Período: 1980, 1985, 1990-2000

GRUPO OCUPACIONAL	1980	1985	1990	1991
<i>Profesionales en salud colegiados</i>				
Médicos ^{1/}	n.d	2.201	2.961	3.093
Odontólogos	446	841	1.116	1.164
Farmacéuticos	653	792	980	1.005
Microbiólogos ^{2/}	552	688	794	817

Habitantes por médico ^{3/}	n.d.	1.200	1.018	998
-------------------------------------	------	-------	-------	-----

Funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social

Total	20.108	22.754	25.855	25.599
-------	--------	--------	--------	--------

Profesionales en salud

Total	3.153	3.940	4.694	4.800
--------------	-------	-------	-------	-------

Médicos	1.551	2.063	2.518	2.532
---------	-------	-------	-------	-------

Odontólogos	144	162	206	188
-------------	-----	-----	-----	-----

Farmacéuticos	120	171	198	204
---------------	-----	-----	-----	-----

Microbiólogos	192	297	318	351
---------------	-----	-----	-----	-----

Enfermeras	1.065	1.214	1.372	1.476
------------	-------	-------	-------	-------

Otros profesionales	81	33	82	49
---------------------	----	----	----	----

Otros funcionarios

Técnicos y auxiliares	6946	7.380	8.177	8.064
-----------------------	------	-------	-------	-------

Servicios Generales y Administrativos ^{4/}	10.009	11.434	12.984	12.735
---	--------	--------	--------	--------

% de profesionales en salud contratados por la CCSS ^{5/}

Médicos	n.d.	93,7	85,0	81,9
---------	------	------	------	------

Odontólogos	32,3	19,3	18,5	16,2
-------------	------	------	------	------

Farmacéuticos	18,4	21,6	20,2	20,3
---------------	------	------	------	------

Microbiólogos	34,7	43,1	40,0	42,9
---------------	------	------	------	------

FUENTE: Caja Costarricense del Seguro Social. Dirección Actuarial, Anuarios Estadísticos.

La variedad de sectores laborales generó en forma paralela, una gran variedad en los esquemas utilizados para regular las relaciones laborales, tanto en contenido como nivel jurídico jerárquico, siendo importante efectuar una diferenciación de los instrumentos jurídicos utilizados para regular relaciones laborales según grupos profesionales.

.. 2.1 Disposiciones legales.

En la historia de la CCSS los sectores de profesionales en ciencias médicas han ostentado una especial condición al momento de la emisión de

regulaciones jurídicas en el campo laboral, al punto de lograr la aprobación de instrumentos de rango legal en esta materia.

Pese a los contenidos del artículo 191 y 192 de la Constitución Política que asignan la regulación de las condiciones de trabajo del Estado y sus instituciones a un Estatuto, no todos los sectores labores de la CCSS se encuentran cubiertos por una disposición estatutaria, alternativa limitada a los profesionales en Medicina, Microbiología y Enfermería.

En el caso de medicina y microbiología, los Estatutos creados comparten una serie de características respecto al proceso de surgimiento: a) en ambos casos los respectivos colegios profesionales desempeñaron un papel activo en la confección e impulso de los respectivos proyectos, b) el componente salarial marcó las discusiones de ambos textos y c) la influencia ejercida en su elaboración por la reciente aprobación de la Ley de Traspaso de Hospitales y Clínicas.

La discusión legislativa sobre el Estatuto de Servicios Médicos inició en el año 1965, previa presentación por parte del Ministerio de Gobernación. Dicho instrumento implicaba quebrar el sistema jurídico imperante hasta ese momento en la CCSS en la regulación de condiciones de trabajo por medio de instrumentos de carácter reglamentario, constituyendo este el primer cuestionamiento formulado por autoridades institucionales en la consulta formulada por el órgano legislativo¹.

¹ *“Nuestra institución tiene serias dudas sobre la constitucionalidad de una ley que viene a regular la administración de un sector importante de su personal, sustituyendo un sistema que hasta el momento había funcionado con fundamento en el ejercicio de la potestad reglamentaria que le otorga el inciso f) artículo 14 de su Ley Constitutiva y en las facultades de gobierno y administración propias que establece el artículo 73 de la Constitución Política. Todas las normas*

Sin embargo la discusión jurídica en torno al tema relación estatutaria-autonomía de administración y gobierno, no se presentó al analizar el proyecto de marras ya que el punto fundamental lo constituyó la creación de un sistema salarial diferenciado para los profesionales en medicina, lo cual fue defendido por representantes de la Unión Médica Nacional, con base en los siguientes aspectos:

“A través del desarrollo del seguro social, vale decir el médico se ha venido identificando con el seguro social, porque lo considera justo, porque lo considera necesario. Conforme la medicina ha ido avanzando en su técnica ya sea para el diagnóstico o para el tratamiento se ha ido haciendo más cara, más difícil de adquirir por la gente de escasos recursos. Los medicamentos actuales son altamente costosos, los exámenes de laboratorio cada vez más numerosos conforme avanzan las investigaciones y más caros también. Todo esto ha hecho que nosotros los médicos aun con menoscabo de su libertad de ejercicio profesional de que sea precisamente a través de un sistema de seguridad social la forma más justa y más lógica para dar medicina lo más aceptable posible a la mayoría de la población. Es con esta convicción que nosotros los médicos también creímos, tal vez ingenuamente que se nos querría hacer justicia reajustando nuestras condiciones de vida, las condiciones de trabajo, nuestras condiciones de salario, sin embargo no ha sido así (...)”¹.

La implementación de un salario diferente para los profesionales en medicina implicaba la creación de nuevo escalafón, hecho justificado a partir de la necesidad de evitar una competencia desleal entre las instituciones autónomas y el Gobierno Central, toda vez que las primeras basadas en su mejor condición

que rigen los salarios, ascensos, calificaciones, remociones, etc. Del personal de una institución, son actos típicos de acción administrativa que caen dentro de las facultades de gestión autónomas de una institución como la Caja, que tiene su “statuts” jurídico en este sentido definido claramente por la Constitución Política. Desde este punto de vista, considerábamos más conveniente, en el ánimo de no oponer obstáculos insalvables a la tramitación de este asunto, que la reglamentación en los mismos términos que contempla el proyecto en comentario, la llevara a cabo la institución a través de un acto de decisión de su Junta Directiva y no por medio de un decreto legislativo”. Oficio dirigido por el entonces gerente de la CCSS, Rodrigo Fournier Guevara a la Comisión de Asuntos Sociales, 12 de noviembre de 1965.

¹ Intervención del representante de la Unión Médica Nacional ante la Comisión de Asuntos Social a raíz de la discusión del Proyecto de Estatuto en Servicios Médicos, Asamblea Legislativa, expediente 2456, 1965.

económica ofrecían condiciones salariales más atractivas en comparación con el Gobierno Central, afectando de esta manera la contratación de personal¹. El aspecto salarial del médico llegó a monopolizar a tal punto el trámite legislativo del Estatuto de Servicios Médicos, en detrimento de las implicaciones reales de un sistema estatutario, que la Comisión de Asuntos Sociales rindió dictamen unánime de mayoría basándose en estos criterios².

Bajo los criterios de una justa revisión de las condiciones salariales del profesional en medicina, en el mes de abril de 1966 se aprobó finalmente el Estatuto de Servicios Médicos, cuerpo normativo que rompió con la tradicional estructura jurídica de relaciones laborales en la CCSS. Marcado por su origen altamente economicista, el Estatuto de Servicios Médicos omitió muchos de los aspectos que en una estricta técnica legislativa implicaba la creación de un instrumento de esta naturaleza³; de esta manera el Estatuto creado para regular

¹ “El establecimiento del Escalafón, (...) es la estandarización de todo lo concerniente a la labor del médico, pero no a una sola institución, sino a todas las instituciones. Se evitaría fundamentalmente lo que sucede ahora que por una competencia, que se ha calificado en algunos aspectos de desleal, entre institución e institución, que una valiéndose del poderío económico le sustraiga los funcionarios mejores hacia ella porque les pague mejor (...) Que se pueda intercambiar funcionarios de un lado por otro, sin que necesariamente sea la misma en que trabaja”. Ver *Ibidem*.

² “Por otra parte, la socialización progresiva de la medicina, de acuerdo a la legislación nacional vigente y en respuesta a los costos crecientes de la medicina curativa hace imperativo que a los médicos se les ofrezca una carrera bien definida a través de las instituciones que ocupan sus servicios, porque la ley de oferta y demanda de la profesión liberal va desapareciendo rápidamente, al incorporarse bajo los regímenes de Seguridad Social, grupos de población que ahora requieren servicios médicos privados. Ante este futuro incierto, al médico debe proporcionársele un ambiente aceptable y necesario para el delicado desempeño de sus funciones. Es indispensable también crear el estímulo económico adecuado para aquellas actividades médicas que por razones de su especialidad, tal como el médico sanitarista, o el de salud pública, le significa hacer abandono del tratamiento individual del paciente, para ejercer una medicina de anonimato, de carácter básicamente preventivo y que proyectada a grandes masas de población de acuerdo a nuestros índices de morbilidad, significa la medicina del futuro del país”. Asamblea Legislativa, Dictamen Unánime: Expediente 2456, pág. 33.

³ En el caso de España, el Tribunal Constitucional definió los contenidos esenciales de un Estatuto en los siguientes términos: “Es este desde luego un ámbito cuyos contornos no puede definirse en abstracto y a priori, pero en el que ha de entenderse comprendida, en principio, la normación relativa a la adquisición y pérdida de la condición de funcionarios, a las condiciones de promoción

las relaciones entre el Estado y los profesionales en medicina centró sus regulaciones en cuatro aspectos:

- El régimen de concursos combinando pruebas escritas con prácticas y en donde el puesto se asigna con base en criterios de mayor puntaje, con excepción de los puestos de Jefatura a quienes se les eximió de las pruebas mencionadas, rigiéndose por un sistema de ternas.
- Creación del escalafón de puestos con un detalle de las funciones atinentes a cada puesto.
- Disposiciones atinentes al campo salarial.
- Establecimiento del Tribunal de Escalafón Médico Nacional como el órgano competente de dirimir conflictos en la aplicación del Estatuto, destacando la integración del mismo, que no se encuentra reservada al Estado en su totalidad, pues incorpora representantes del Colegio de Médicos y de una de las organizaciones sindicales existentes en ese momento: la Unión Médica Nacional.

Un origen similar al del Estatuto de Servicios Médicos presentó la emisión del Estatuto de Servicios de Microbiología y Química Clínica, cuya discusión y aprobación aconteció en el año 1973. Nuevamente el tema de las consecuencias económicas que sobre los profesionales en Microbiología y Química Clínica,

en la carrera administrativa y a las situaciones que en ésta puedan darse, a los derechos y deberes y responsabilidad de los funcionarios y a su régimen disciplinario, así como a la creación e integración, en su caso, de cuerpos y escalas funcionariales y al modo de provisión de puestos de trabajo al servicio de la Administración Pública". Tribunal Constitucional Español, 99/87. Un estudio comparativo con el Estatuto del Servicio Civil, permite poner en evidencia como muchos de los factores técnicos de un estatuto se encuentran contenidos en el mismo, lo cual no acontece en igual medida con las normas estatutarias emitidas en medicina y microbiología.

generó el proceso de universalización de los seguros sociales, se manifestó como el factor fundamental para la formulación del proyecto, lo cual se encuentra presente desde la exposición de motivos del mismo:

“Debemos partir de un hecho real, la estatización de la medicina en Costa Rica, que en su fundamento más puro, constituye una gran conquista de nuestro pueblo, pues tiene como fin poner al alcance de todo ciudadano la protección que le ofrece el alto grado de desarrollo logrado por estas ciencias.

Al institucionalizarse las ciencias médicas y entre ellas la Microbiología y Química Clínica, han surgido situaciones nuevas, las que lógicamente deben regularse en la forma más apropiada, siendo esto, motivo para la presentación de esta ley.

(...) Dado el carácter de la instrumentación y metodología de las ciencias de laboratorio clínico, por la elaboración cada día más perfeccionada de aparatos e implementos que usa el Microbiólogo Químico Clínico, ocurre el costo de los análisis y procesos de laboratorio sea muy elevado, por lo que las personas que requieren tales servicios, usan casi exclusivamente el que le brindan las diversas instituciones hospitalarias y de salud.

Por esta causa, el Microbiólogo, es el profesional que ha sido más afectado por este proceso social, al tener reducido a un mínimo las posibilidades de poder ejercer su profesión en el campo de la actividad privada, por lo que su retribución económica será la que pueda obtener de un salario, con la que ocurre en la actualidad de que éstos son muy bajos y diferentes según la institución de que se trate. Por otra parte, la dinámica de las ciencias exige a estos profesionales una dedicación total a sus actividades y un esfuerzo intelectual severo y continuado para mantener al día los conocimientos que deberá ofrecer a sus conciudadanos”¹.

Al igual que lo acontecido con el Estatuto de Servicios Médicos, las observaciones de mayor relevancia jurídica provienen de la CCSS, especialmente por el otorgamiento de competencias a órganos ajenos a la institución para influir directamente en la determinación de condiciones de trabajo, lo cual se podía

¹ Asamblea Legislativa, Expediente No.5237, pág. 22.

considerar lesivo de la autonomía de la institución¹. No obstante esta situación, los factores económicos ejercerán una influencia fundamental en la tramitación del proyecto de estatuto².

Bajo las premisas de la justicia económica para un sector profesional afectado por la universalización de los seguros sociales, en el mes de enero de 1974 se publicó la Ley No. 5462 “Estatuto de Servicios de Microbiología y Química Clínica”, cuyo contenido está determinado por las bases que caracterizaron su aprobación: la regulación salarial. En un fenómeno prácticamente coincidente con lo ocurrido con el Estatuto de Servicios Médicos, en el caso de Microbiología, el texto legal se basó en la creación del escalafón profesional, un Tribunal Especializado para dirimir conflictos y la materia salarial.

La utilización de instrumentos de rango legal para determinar condiciones salariales en la CCSS, llegó a su punto culminante con la discusión y aprobación de la Ley 6836, “*Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas*”, en el año 1982. Esta ley fue resultado de una huelga cuya finalización implicó la suscripción de un acuerdo con el Presidente de la República tendiente a crear un

¹ “El artículo 12º. Resulta igualmente contrario a la Constitución Política ya que supone aceptar la ingerencia de un Colegio Profesional en la organización y administración de personal dentro de dependencias de la Caja, excluyendo de hecho al patrono”. *Ibid*, pág. 25

² En el dictamen de afirmativo de la Comisión de Asuntos Sociales, la importancia del tema económico resalta en las siguientes apreciaciones: “ (...) Por esta causa, el Microbiólogo-Químico Clínico es el profesional que ha sido más afectado por este proceso social al tener reducido a un mínimo las posibilidades de poder ejercer su profesión en el campo de la actividad privada, por lo que su retribución económica será la que pueda obtener de un salario, con la que ocurre en la actualidad de que estos son muy bajos y diferentes según la institución de que se trate”. Ver Expediente Número 5237, pág. 52.

instrumento de carácter legal para regular el salario e incentivos de todos los profesionales en ciencias médicas¹.

La ley 6836 sustituyó las disposiciones contenidas en los Estatutos de Medicina y Microbiología en el campo salarial fijando una nueva base de cálculo que implicó la obligación de mantener una diferencia porcentual entre el salario de los profesionales en ciencias médicas y el nivel salarial del Gobierno Central. En forma complementaria se idearon una serie de incentivos según las actividades desempeñadas por el profesional.

Independientemente de los motivos de surgimiento de los Estatutos en Medicina y Microbiología, así como la Ley 6836, en el ámbito de las relaciones laborales estos instrumentos conllevan la creación de dos tipos de funcionarios: un primer grupo cuyas condiciones de trabajo se encontraban determinadas parcialmente por disposiciones de carácter Estatutario, así como otras de rango legal, y un segundo grupo (mayoría de trabajadores institucionales), cuyas condiciones de trabajo son establecidas en normas de carácter reglamentario y otras producto de negociaciones colectivas.

La determinación de cuáles funcionarios se encuentran cubiertos por disposiciones estatutarias o bien normas legales, no se basa en factores de tipo

¹ “Como recuerdan los señores diputados, la última huelga de los médicos concluyó en lo que se conoce con nombre de acuerdo conciliatorio firmado el 7 de julio de 1982, entre la Comisión Negociadora de Gobierno y Sindicatos de Profesionales en Ciencias Médicas. En el artículo 10 de ese acuerdo conciliatorio, se dice textualmente: “El gobierno de la República, conviene en que si en un plazo máximo de cuatro meses, las leyes generales del profesional en ciencias médicas, no han sido promulgadas, se emitirá la ley que establece los incentivos que aquí se convienen”. Intervención del diputado Ferreto Seguro a raíz de la discusión de la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, Asamblea Legislativa, Exp. No. 9459, pág. 32.

jurídico, por el contrario, son el resultado de luchas gremiales impulsadas básicamente por el mejoramiento de condiciones salariales.

El acceso de ciertos grupos a disposiciones de carácter estatutario y legal les permitió gozar de mejores beneficios de carácter salarial, respecto de aquellos que carecen de este tipo de instrumento¹. Por otra parte, en materia de concursos permitió disponer una estructura ya definida previamente por el legislador y desarrollada posteriormente vía reglamentaria, impidiendo de esta manera conflictos internos generados por la emisión de instrumentos jurídicos en estas áreas de carácter exclusivamente institucional².

.. **2.2 Disposiciones Reglamentarias**

El nivel reglamentario constituye una de las áreas más vastas de regulación laboral en la CCSS, resultando imposible pretender abarcar la totalidad de instrumentos emitidos por lo que realizaremos referencias a algunos de los de mayor importancia.

Una de las consecuencias de la emisión de Estatutos con una base estrictamente económica, sin respaldo de todas las implicaciones de la emisión de un instrumento denominado “*Estatuto*”, consistió en la generación de gran cantidad de vacíos normativos para regular los múltiples aspectos abarcados por una relación laboral en la CCSS, los cuales deben ser llenados por la institución mediante diversas disposiciones normativas. En el caso de los sectores de

¹ Entrevista practicada al Ingeniero René Escalante González, Gerente Administrativo de la Caja Costarricense de Seguro Social, el día 21 de octubre del 2002.

² Como ejemplo específico de esta situación podemos mencionar el desarrollo en la actualidad de un proceso de negociación entre autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social y un grupo de profesionales en Odontología apoyados por el Colegio de Cirujanos Dentistas, en torno al reglamento de concursos en esta profesión emitido por la institución.

trabajadores no cubiertos por normas estatutarias la regulación íntegra de sus condiciones de trabajo se efectúa por medio de normas reglamentarias.

Las disposiciones jurídicas de mayor importancia en el ámbito de las relaciones laborales en la CCSS se pueden sintetizar en los siguientes grupos:

- Reglamento Interior de Trabajo: contiene regulaciones en torno a tipo de contratos de trabajo, deberes de los trabajadores y los tipos de sanciones a aplicar.
- Normativa de Relaciones Laborales¹: Aprobada por la Junta Directiva en el año 1998, contiene disposiciones en materia sindical, permisos, vacaciones, procedimiento disciplinario, interinos y órganos de participación de los trabajadores como las Comisiones Locales de Relaciones Laborales y la Junta Nacional de Relaciones Labores.

La normativa es uno de los instrumentos más utilizados en el ámbito de la CCSS para regular relaciones con los trabajadores, recurriéndose a la misma para determinar condiciones de trabajo para sectores específicos de trabajadores tales como enfermería, auxiliares de enfermería y asistentes de pacientes².

- Disposiciones diversas sobre jornada extraordinaria, dentro de los que destacan el reglamento para el pago de disponibilidad y el instructivo para el cálculo y pago de jornada extraordinaria.

¹ Este documento implica una revisión del texto que con el mismo nombre entró en vigencia en el año 1994, que al mismo tiempo era una sustitución del Laudo Arbitral vigente hasta el año 1993.

² Una de las razones del surgimiento de instrumentos denominados "normativa", consiste en la utilización de los mismos para incorporar disposiciones emitidas al amparo del Laudo Arbitral o bien, negociaciones colectivas efectuadas en el seno de la institución.

- Reglamentos en materia de concursos: Esta normativa regula únicamente la implementación de concursos, de cuyo ámbito de aplicación se excluyen microbiólogos y médicos, al tener disposiciones especiales con carácter estatutario. Sectores como Farmacia y Odontología cuentan con disposiciones de este tipo.

En criterio del autor del presente estudio, la estructuración separada de las condiciones de trabajo en funcionarios cuyas condiciones de trabajo se determinan aunque sea parcialmente por un Estatuto y, por otro lado, funcionarios cuyas condiciones de trabajo se regulan en su integridad por instrumentos de rango reglamentario implica una violación de los numerales 33, 191 y 192 de la Constitución Política en perjuicio de estos últimos, pues se les margina del instrumento normativo designado por el constituyente para regular condiciones de trabajo sin ningún criterio jurídico, pese a ostentar la condición de trabajadores e incluso en algunos casos, como por ejemplo Odontología y Farmacia, del mismo nivel profesional de aquellos que sí se cuentan con un Estatuto.

De la aprobación y puesta en vigencia de instrumentos como el Reglamento Interior de Trabajo, se desprende la denominación del Contrato de Trabajo por Tiempo Indefinido como el instrumento principal para regular las condiciones de trabajo de los funcionarios de la CCSS, mientras el contrato a plazo fijo se crea con un carácter excepcional¹. Al amparo de esta normativa, aproximadamente el

¹ “Artículo 14: El contrato individual de trabajo puede estipularse, de acuerdo con las necesidades de la Institución, en cualquiera de las siguientes modalidades:

- a) Por Tiempo Indeterminado: Cuando el trabajador preste sus servicios en labores permanentes de las que formen el objeto de la institución. Este será el tipo de contrato general por excelencia.

90% de las contrataciones en la CCSS, obedecen a un esquema propio de Contratación por Tiempo Indefinido¹.

El esquema de condiciones laborales desarrollado, se complementa con el surgimiento de instrumentos emitidos al amparo del Capítulo III del Código de Trabajo atinente al procedimiento para la resolución de conflictos de carácter económico social.

.. **2.3 La aplicación del Título VII, Capítulo III, del Código de Trabajo en la CCSS en la CCSS**

Una de las principales manifestaciones de la aplicación de los procedimientos para la resolución de los conflictos económico sociales en la CCSS lo constituyó la existencia de un Laudo Arbitral, cuya vigencia se extendió del año 1990 hasta 1993. Este instrumento se caracterizó por ser de aplicación general para todos los trabajadores institucionales y contener regulaciones en materia de jornadas de trabajo, descansos semanales, salarios, reconocimiento de antigüedad, licencias, derechos laborales, carrera administrativa, sistema de ascensos, concursos, estabilidad laboral, procedimiento disciplinario, aspectos sindicales, etc.

La estructuración de las regulaciones en materia de relaciones laborales, comenzó a experimentar un fuerte proceso de cambio a partir del desarrollo de

-
- b) A tiempo fijo: Cuando el trabajador conviene en prestar sus servicios por un periodo determinado, cuya iniciación y terminación se conocen previamente. Este tipo de contrato se usará en los casos de sustituciones por suspensión del contrato de trabajo del titular de un puesto, o para la realización de trabajos que aunque puedan considerarse dentro del objetivo propio de la Institución son eventuales desde el punto de vista de la urgencia con que tienen que ser realizados (...). En ningún caso este tipo de contrato podrá convenirse por más de un año en perjuicio del trabajador, de acuerdo con lo que dispone el Código de Trabajo.

- c) Para obra determinada: (...)"

¹ CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Costa Rica: Avances y Perspectivas, Op. Cit., pág. 61.

procesos de negociación colectiva. Al margen de la jurisprudencia constitucional sobre la limitación de la negociación colectiva en el ámbito del sector público, este constituye un fenómeno de constante implementación en la CCSS. En este sentido, las resoluciones de la Sala Constitucional no conllevaron la desaparición de la negociación en el ámbito institucional, simplemente una variación en la estrategia de la negociación.

Aproximadamente hasta los años 1993, las negociaciones colectivas desarrolladas en la CCSS culminaban con la suscripción de documentos reflejo del proceso de negociación, de validez jurídica propia y por tanto, de aplicación directa. Los cuestionamientos generados por la Sala Constitucional a la negociación colectiva en el sector público¹, generaron la evolución hacia un tipo de negociación donde pese a la existencia de convenios reflejo de la negociación, el mismo conlleva la creación o modificación de disposiciones normativas emitidas en forma unilateral por la CCSS. La aplicación jurídica deriva no del instrumento negociado, sino del instrumento jurídico emitido en forma unilateral por la CCSS, cuya modificación o creación se negoció entre ambas partes².

¹ El voto más representativo en esta área es el número 1696-92 que dispone: “Se declaran inconstitucionales los artículos 375 (parte segunda) y 504 a 542 del Código de Trabajo, por violación a los artículos 191 y 192 de la Constitución Política, respecto de las Administraciones Públicas con régimen de empleo de naturaleza pública, cual es el caso del Instituto de Desarrollo Agrario. 2.- Se declaran inconstitucionales los artículos 405 a 411 y 532 del Código de Trabajo (este último en cuanto contempla la posibilidad de un fallo en conciencia, no sujeto a las Leyes, Reglamentos y Directrices gubernamentales), respecto de las administraciones públicas, no sujetas legalmente a un régimen de empleo. 3.- Esta declaración tiene efecto declarativo y retroactivo a la fecha de vigencia de las normas declaradas inconstitucionales, sin perjuicio de los derechos adquiridos de buena fe al amparo de “Laudos” dictados en firme, todo por el plazo en ellos determinados”. Aún cuando en votos posteriores, el órgano constitucional presenta una apertura hacia la negociación colectiva en el sector público (voto 4453-2000), la posición prevalente es la de restricción.

² Un ejemplo claro de lo que Mario Blanco denominó Negociación Colectiva de Facto: “... *la negativa a la suscripción formal del principal instrumento del Derecho Laboral Colectivo, ha dado*

Como parte de las negociaciones colectivas desarrolladas en forma previa al año 1993, se encuentra la suscripción en forma separada de Arreglos Conciliatorios con el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense del Seguro Social e Instituciones Afines (SIPROCIMECA) y la Unión Médica Nacional en el año febrero y noviembre del año 1992, respectivamente.

Los Arreglos Conciliatorios implantados en la CCSS tienen diversos aspectos de importancia. En primer lugar, los mismos presentan las características de una Convención Colectiva de conformidad con los parámetros fijados en el artículo 58 del Código de Trabajo, sin embargo, reciben la denominación de Arreglo Conciliatorio por no contar ninguna de las organizaciones sindicales con el porcentaje de afiliados requerido en el Capítulo III del referido Código, para suscribir este instrumento.

En segundo lugar, la figura del Arreglo Conciliatorio no encuentra regulación normativa en el Código de Trabajo como un instrumento legal para definir las condiciones de trabajo en una empresa o institución, por cuanto el único procedimiento de conciliación regulado en este cuerpo normativo, conlleva la necesaria participación del Juez de Trabajo, lo cual no aconteció en el caso de los instrumentos suscritos por la CCSS con las organizaciones sindicales.

De esta manera, la figura jurídica más acorde a los convenios conciliatorios existentes en la CCSS lo es el Arreglo Directo sin embargo existen dos diferencias

lugar al surgimiento y fortalecimiento de una negociación colectiva directa, no siempre reglamentada, que en ocasiones es disfrazada o bien disminuida, pero negociación al fin y al cabo. Este hecho ha marcado claramente una tendencia hacia la participación de los trabajadores en la determinación de las condiciones de trabajo en el sector público costarricense” BLANCO VADO (Mario), La Negociación Colectiva de Facto en la Administración Pública, San José, pág. 78.

de relevancia: a- El arreglo directo implica la participación de un Comité Permanente de Trabajadores mientras que en el caso de las negociaciones celebradas en la CCSS se efectuó con organizaciones sindicales y b- El Arreglo Directo requiere presentación y homologación al Ministerio de Trabajo¹, lo cual no aconteció en el caso de los referidos Arreglos.

La ausencia de una figura jurídica aplicable directamente a los Arreglos Conciliatorios, generó como consecuencia la inexistencia de una homologación por autoridad judicial o administrativa, tal y como ocurre con todos los instrumentos de esta naturaleza regulados en el Código de Trabajo e igualmente limita la posibilidad de definir los efectos legales de este instrumento.

El texto del numeral 62 de la Constitución Política asigna el carácter de ley profesional a las Convenciones Colectivas. En nuestro criterio la asignación de efectos generales a dichas convenciones respecto de cada contrato de trabajo nace precisamente del carácter de ley profesional. Por ello el incumplimiento de una disposición consagrada con el carácter de ley profesional legitima al afectado para recurrir directamente ante el órgano jurisdiccional a exigir el respeto de la convención colectiva. Sin embargo, en el caso de aquellos convenios no regulados en el ordenamiento jurídico costarricense, los mismos asumen un carácter contractual², y en tal condición implican compromisos entre las partes

¹ Código de Trabajo, artículos 504 y 505.

² En el ámbito doctrinal existe una profunda discusión sobre la condición jurídica de convenios ajenos a los regulados en el ordenamiento jurídico. ALONSO OLEA y CASAS BAAMONDE señalan al respecto: "Ahora bien, la limitación de la eficacia de estos convenios a los representados por los negociadores no constituye una imposibilidad esencial u ontológica para que tales convenios procedan a una regulación de condiciones de trabajo de virtual afectación general. La facultad jurídica de regulación de condiciones de trabajo, consustancial al ejercicio del derecho de negociación colectiva, y el natural proceso expansivo de su eficacia, aunque por vía distinta a la de

suscribientes cuya extensión a los representados no obedece a la naturaleza en sí del instrumento, sino de las previsiones que en ese sentido se adopten en el propio convenio. Igualmente el incumplimiento de un convenio de esta naturaleza se regiría fundamentalmente por principios de responsabilidad contractual.

Aún cuando consideramos que los Arreglos Conciliatorios se encuentran en la hipótesis prevista en el punto anterior, este constituye un tema que hasta el momento no ha sido objeto de discusión en sede judicial. Por el contrario, los órganos jurisdiccionales se limitan a aplicar directamente las normas de estos instrumentos en casos concretos tal y como ocurrió con la Sala Segunda en el voto número 227-2000¹, de las 10:25 horas del 18 de febrero del 2000 y la Sala Constitucional en el voto número 5025-93² de las 11:25 horas del 8 de octubre de 1993.

su concesión ex lege, justifican esa regulación de proyección general que, por lo demás, es de esencia a toda regulación convencional colectiva, con independencia de la extensión personal, general o limitada, de sus efectos”, Derecho del Trabajo, Decimoctava Edición, Editorial Civitas, Madrid, 2000, pág. 919. Por su parte, RODRÍGUEZ PIÑERO Y BRAVO FERRER expresa: “La Constitución consagra y garantiza un solo convenio colectivo con eficacia vinculante, aquel que el legislador establezca. Pero el marco legal vigente, al desarrollar el precepto constitucional, no ha excluido la posibilidad de otras manifestaciones de la autonomía colectiva no reconocidas legalmente, fuera de los cauces legales, en tanto que no sean obstáculo para éstos, ni supongan tampoco una lesión del derecho de libertad sindical. Pero este ejercicio de autonomía, al margen de la ley, es sólo eso, un ejercicio de autonomía contractual en el marco de libertad que el ordenamiento en cada momento reconozca”. RODRÍGUEZ PIÑERO (Miguel), Negociación Colectiva y Constitución, en: Antología del Curso de Negociación Colectiva, Universidad Estatal a Distancia, San José, 2001, pág. 32.

¹ “El punto fundamental a dilucidar, es si los profesionales de la salud, que se someten al régimen de disponibilidad, según lo regulado en el artículo 65 del Arreglo Conciliatorio suscrito entre la demandada y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas, tienen por variado o no el porcentaje de pago adicional, que supone dicho régimen especial para atender los casos de emergencia, con la reforma del tanto por ciento establecido para los Médicos G-2. El artículo citado textualmente dispone (...) De dicho texto normativo se infiere claramente el establecimiento convencional, entre patrón y sindicato, de un índice, para la determinación del porcentaje a pagar, por concepto de disponibilidad...”

² “A pesar de que en el fondo todos los casos responden a la violación de un mismo derecho fundamental, para determinar los efectos de la eventual declaratoria con lugar del recurso, deben distinguirse las situaciones concretas de los recurrentes. Así, en cuanto a la modalidad en que laboran como interinos presentan dos circunstancias: la de funcionarios laborando interinamente

En tercer lugar, la suscripción de Arreglos Conciliatorios en forma separada con SIPROCIMECA y la Unión Médica Nacional presenta una serie de aspectos de importancia desde el punto de vista jurídico laboral. En primer lugar ambas organizaciones cuentan entre sus afiliados al mismo tipo de afiliados (los médicos¹), en segundo lugar los Arreglos Conciliatorios cubren a todo el sector profesional independientemente del Sindicato de su afiliación² y finalmente, la totalidad de los textos guardan disposiciones bastantes similares. En síntesis, la suscripción de ambos textos puede considerarse como una trasgresión del principio de la paz laboral³.

En cuanto a los contenidos, ambos Arreglos Conciliatorios tienen disposiciones en materia de Libertad Sindical, Vacaciones, estabilidad laboral, procedimiento disciplinario, capacitación, jornadas y horarios, número de pacientes a atender. De estos preceptos destacan lo referente a los pacientes por hora y horarios, ya que en el primer caso se fijan el número máximo de pacientes

en una plaza que tiene en propiedad otro profesional y la de interinos nombrados en una plaza vacante. Por otra parte, debe también recordarse que la normativa que regula el nombramiento de los recurrentes es distinta, pues existe por una parte, el caso de la recurrente amparada al Estatuto de Microbiólogos Químicos y por otro lado, los coadyudantes, regidos por el Estatuto de Servicios Médicos y el Arreglo Conciliatorio entre la C.C.S.S. y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas”.

¹ Sin embargo SIPROCIMECA incluye también profesionales en Microbiología, Farmacia, Odontología y Psicología, a diferencia de la Unión Médica Nacional que se limita exclusivamente al sector de médicos.

² Artículo 2 del Arreglo conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA: “*El presente arreglo establece las condiciones de trabajo que regirán en la Caja para los Profesionales en Ciencias Médicas en su respectiva área de trabajo (Médicos y Cirujanos, Microbiólogos, Químicos Clínicos, Farmacéuticos, Odontólogos y Psicólogos Generales y Clínicos)*”.

³ Este principio de estrecha relación con la cláusula de paz determina: “*La cláusula de paz alude a la prohibición o impedimento que pesa sobre las partes signatarias de un convenio colectivo de recurrir a cualquier tipo de contienda o conflicto colectivo para obtener o exigir nuevos logros respecto a las relaciones reguladas por el convenio. Específicamente, implica la renuncia, o más precisamente, la autolimitación del ejercicio del derecho de huelga y toda otra forma de lucha económica como el cierre o “lock out”, el boicot, u otros medios semejantes*”. ANUAR FRANCÉS, La Cláusula de Paz en los Convenios Colectivos de Trabajo, pág. 160.

a ser atendidos por los profesionales¹, mientras en el segundo se limita la posibilidad de efectuar cambios de horario al establecerse como requisito el contar con el consentimiento del trabajador afectado². Con estas normas se alcanzó una limitación al ejercicio del “*ius variandi*” por parte del patrono en dos áreas fundamentales: funciones y horarios de trabajo.

Con la suscripción de los Arreglos Conciliatorios, la desaparición del Laudo Arbitral y la proliferación de instrumentos denominados como “*Normativas*”, la regulaciones sobre condiciones laborales vienen a sufrir un nuevo fraccionamiento, el cual podemos clasificar en dos aspectos:

- Un primer fraccionamiento se presenta en los instrumentos jurídicos utilizados para normar las condiciones laborales, en donde podemos encontrar tres clases de funcionarios:
 - a) Funcionarios cuyas condiciones de trabajo se determinan por Estatutos, Reglamentos internos de la CCSS e instrumentos colectivos. Ejemplo de esta situación son los profesionales en medicina y microbiología.

¹ “Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA, Artículo 41: *A todos los profesionales médicos se les programará el mismo número de pacientes por hora, independientemente del área geográfica de trabajo o del centro de salud en que realizan sus funciones.*

El médico asistente en medicina general que labora en consulta externa atenderá cinco pacientes por hora durante su jornada de trabajo. Es entendido que un paciente “nuevo” equivale a dos “subsecuente”.

Los médicos asistentes especialistas contratados como dentro de su especialidad, atenderán cuatro pacientes por hora en consulta externa; cuatro subsecuentes, o en caso “nuevo” y dos “subsecuentes”.

² “Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA: Artículo 33: (...) Sin el consentimiento del profesional no se podrá fraccionar la jornada, ni variarse el horario ...”

- b) Funcionarios con condiciones de trabajo reguladas en reglamentos internos de la CCSS e instrumentos colectivos, como por ejemplo los profesionales en Farmacia y Odontología.
 - c) Funcionarios con condiciones de trabajo reguladas básicamente por normativa interna de la CCSS, tal es el caso de algunos sectores administrativos y profesionales en nutrición.
- El segundo fraccionamiento se genera en los beneficios, al poder encontrar sectores con mejores beneficios que otros. Con la suscripción de los Arreglos Conciliatorios, SIPROCIMECA y la Unión Médica lograron la constitución de una Comisión Paritaria para cada Sindicato, encargada de conocer y resolver asuntos de índole no disciplinaria, materia que el resto de trabajadores y organizaciones deben tramitar por medio de las Comisiones y la Junta Nacional de Relaciones Laborales, entidades estas últimas a las cuales también pueden acudir las organizaciones participantes de la Comisiones Paritaria. Además, los arreglos conciliatorios establecieron condiciones más favorables para los suscribientes en materia de permisos sindicales, así como limitaciones al ejercicio del ius variandi, en comparación con los articulados de la Normativa de Relaciones Laborales.

Como consecuencia de la jurisprudencia constitucional en materia de negociación colectiva, los Arreglos Conciliatorios sufrieron una serie de cuestionamientos principalmente por parte de la Dirección Jurídica de la Caja Costarricense del Seguro Social, hasta que en el año 2001, la Sala Segunda

emitió el voto número 425-2001, de las 10:10 horas del 1 de agosto del 2001, en donde sostuvo la falta de vigencia de estos instrumentos, primer antecedente judicial específico en el caso de los Arreglos Conciliatorios suscritos por la citada institución¹.

Las divergencias generadas sobre la vigencia de los Arreglos Conciliatorios generaron un proceso de negociación, de aproximadamente tres años de duración y que a la fecha de preparación del presente texto no se encuentra culminado, tendiente a convertir las disposiciones de estos instrumentos colectivos, en un cuerpo de emisión unilateral por parte de la CCSS². Esto generaría un nuevo cambio en las relaciones laborales, al pasar la división de funcionarios, según los cuerpos normativos que regulan sus condiciones de trabajo de tres a dos grupos:

¹ “ (...) por lo que se estimó aplicable el artículo 28 del Arreglo Conciliatorio, suscrito entre la institución demandada y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas (SIPROCIMECA) el 25 de febrero de 1992, considerándose que, el demandante, adquirió a su amparo el derecho a la remuneración, por recargo de funciones, en los términos allí expresamente establecidos. Sin embargo, de los autos desprende que la reestructuración interna que originó el alegado recargo de funciones, no tuvo lugar sino hasta el mes de noviembre de 1994 (...), momento para el cual ya había perdido toda vigencia jurídica, dicho Arreglo Conciliatorio...” . Sala Segunda, voto número 425-2001, de las 10:10 horas del 1 de agosto del 2001.

² Las negociaciones en torno del Arreglo Conciliatorio tuvieron un nuevo impulso producto del voto número 2001-425, de las 10:10 horas del 1 de agosto del 2001, en el cual la Sala Segunda consideró con fundamento en el voto número 1696-92, la falta de vigencia del Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA, lo cual constituía el primer antecedente judicial relativo específicamente a los instrumentos colectivos suscritos por la CCSS. Una de las reacciones producto del voto de la Sala Segunda fue la presentación por parte de SIPROCIMECA de una queja en contra del Gobierno de Costa Rica ante la OIT, cuyo Comité de Libertad Sindical señaló al respecto: “... El Comité expresa su profunda preocupación ante la situación existente en lo que respecta al derecho de negociación colectiva en el sector público que viola en forma grave el Convenio núm. 98 y expresa la firme esperanza de que esta cuestión podrá ser resuelta una vez que la Asamblea Legislativa ratifique los Convenios núm. 151 y 154 de la OIT. El Comité subraya el principio según el cual “es imperativo que la legislación reconozca explícita y claramente a través de las disposiciones particulares el derecho de las organizaciones de empleados y funcionarios públicos que no ejerzan actividades propias de la administración del Estado de concluir convenciones colectivas...”. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 327º Informe del Comité de Libertad Sindical, caso número 2104, Ginebra, 2002, pág. 167. Al momento de confeccionar el presente estudio el Convenio 151 de la OIT cuenta con dictamen afirmativo de la Comisión de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa, encontrándose pendiente su traslado al Plenario Legislativo, mientras el Convenio 154 está en archivo.

- a) Sectores con condiciones de trabajo reguladas en Estatutos, otros instrumentos de rango legal y normativa interna de la CCSS.
- b) Trabajadores cuyas condiciones de trabajo se determinan básicamente en instrumentos internos de la CCSS.

La negociaciones generadas en torno a los Arreglos Conciliatorios, no constituyen más que un ejemplo, de los múltiples existentes en la CCSS, sobre el nuevo ámbito de la negociación colectiva en la institución, la cual por definirlo de una manera pasa de ser una negociación con tutela jurídica a una negociación de hecho. Como parte de este proceso se pueden citar las negociaciones efectuadas para establecer un nuevo reglamento en disponibilidades, así como la creación del Fondo para la Estabilidad Laboral y la Paz Social, cuyo reglamento publicado en la Gaceta del 8 de junio del presente año, fue el resultado de un proceso previo de negociación¹.

El esquema de relaciones laborales descrito a la largo de este breve apartado será objeto de nuevos planteamientos con la puesta en marcha de una reforma del sector salud, cuya máxima consecuencia jurídica, la constituirá la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, así como el respectivo reglamento.

¹ El cinco de junio del 2002, autoridades de la CCSS suscribieron con las organizaciones sindicales un Acta de Entendimiento, que contempla la creación del Fondo de Estabilidad Laboral y Garantía Social: “ *Se adjunta a esta Acta de Entendimiento, el Reglamento del Fondo de Estabilidad Laboral y Garantía Social con las modificaciones acordadas por ambas partes*”.

Capítulo II: Implementación de un nuevo proceso de reforma del Sector Salud.

La reelaboración del seguro de enfermedad basado en la conjunción entre actividad curativa y preventiva, será sometido a una nueva dimensión con el advenimiento de la desconcentración de Hospitales y Clínicas en la CCSS, el cual conlleva en forma paralela de una redefinición de los aspectos laborales en el ámbito institucional.

. **Sección I: Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas como instrumento base de la nueva reforma.**

El sistema de organización imperante en la Caja Costarricense del Seguro Social, durante prácticamente sesenta años, basado en un centralismo en la toma de decisiones, será replanteado a partir de la aprobación de la Ley de Desconcentración de Hospitales.

En el mes de octubre de 1998, el plenario legislativo inició el conocimiento y discusión del entonces Proyecto de Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social. Aún cuando el antecedente inmediato de esta iniciativa se remonta al proyecto del Lic. Alberto Cañas, tendiente al establecimiento de la descentralización de los hospitales y clínicas de la CCSS, ambos proyectos generaban consecuencias jurídicas totalmente diferentes.

Mientras la descentralización implicaba crear un ente totalmente independiente, con personería jurídica propia para la toma de decisiones y su ejecución, la desconcentración permite mantener una relación jerárquica respecto del órgano desconcentrado¹. En el campo doctrinal, existen diversos estudios en

¹ La Sala Constitucional en el voto número 6240-93, de las 14:00 horas del 23 de noviembre de 1993, deslindó los límites entre descentralización y desconcentración al indicar: “*Del análisis de*

torno a la descentralización y su distinción de figuras de cierta similitud como la desconcentración. En este sentido ORTIZ ORTIZ sintetiza los análisis en torno a estas dos figuras al expresar:

“El beneficiario de la desconcentración es un órgano, no un ente, aunque tenga competencia también exclusiva. En esto radica su principal diferencia respecto de la descentralización: hemos visto que la misma supone no sólo competencia exclusiva sino también personalidad jurídica en el centro descentralizado. El titular de la competencia exclusiva que se descentraliza es otro ente distinto del Estado, no un órgano inferior de éste. De dicha diferencia fundamental derivan las demás entre ambos fenómenos. La principal radica en la relación que corre entre ente y órgano desconcentrado y entre Estado y ente menor.

El órgano desconcentrado está sometido a jerarquía, lo que quiere decir a órdenes del superior jerárquico. El mayor grado de libertad que ostenta, en relación con un subordinado común, radica en que sus actos agotan la vía administrativa, sin posibilidad de recurso al superior; pero éste puede, en todo caso, cursar órdenes, instrucciones y circulares que limiten la discrecionalidad del inferior en el uso de su competencia exclusiva, aunque no pueda sustituirlo en su gestión.

El ente descentralizado no está sometido a órdenes ni instrucciones en el desempeño de su competencia exclusiva”¹.

Un aspecto jurídico de vital naturaleza para el proyecto conocido en el plenario legislativo, fue objeto de análisis muy limitados en la Asamblea. Los

estos elementos y de las potestades que se le confieren, tanto en el artículo 4, como en los 5.ch) y 5.i) del Proyecto, se concluye que, aunque sería un órgano desconcentrado de la Administración Central, dentro del MÍRENEM, sin embargo, se le dota de una serie de potestades tales que equivalen a una autonomía administrativa casi plena, que inevitablemente comporta el otorgamiento de una personería jurídica incompatible con su condición subalterna. En este sentido, es necesario señalar que, con la creación de la Dirección General, se pretende configurar una institución con el régimen jurídico propio de un ente descentralizado – con capacidad contractual, autonomía financiera y presupuestaria, patrimonio propio, etc.: bajo la cobertura de un órgano desconcentrado, que por su naturaleza no podría contar, a lo sumo, más que con una personalidad jurídica meramente instrumental...Dicho de otra manera, si el legislador opta por desconcentrar un órgano de la Cartera de Gobierno, no puede dotarlo de personalidad jurídica propia e independiente de ésta, en los términos de la administración descentralizada, en tanto el titular de la cartera integra con el Presidente de la República, el órgano constitucional “Poder Ejecutivo”, que es su jerarca necesario; salvo que el legislador opte por crear una verdadera institución descentralizada y autónoma, la cual, en todo caso, requerirá para su creación una ley aprobada por votación no menor de dos tercios del total de los miembros de la Asamblea Legislativa”.

¹ ORTIZ ORTIZ (Eduardo), Tesis de Derecho Administrativo, Vol I, Stradtman, San José, 1998, pág, 314.

propios proponentes del texto, aún cuando reconocían la influencia ejercida por la propuesta de don Alberto Cañas, indicaron la conveniencia de iniciar con la desconcentración, como un paso previo de un posible proceso futuro de descentralización¹. La necesidad de iniciar con el proceso de desconcentración, como una eventual etapa previa a un proceso más evolucionado fue sintetizada por el diputado Villalobos Barahona en los siguientes términos:

“Pienso que queda claro que esta no es una ley de descentralización, una cosa es descentralización, otra cosa es desconcentración, con este proyecto de ley nosotros fijamos el norte, pensamos que lo importante aquí era empezar con algo más sencillo, empezar hablando de desconcentrar los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social”².

El debate legislativo no brinda mayores elementos de discusión, cuya publicación bajo la Ley No. 7852 se dio en la gaceta del 24 de diciembre de 1998, salvo el rescate de la relación fijada entre el proceso de desconcentración y una mejor gestión de los recursos disponibles por la CCSS, resultando conveniente analizar los contenidos concretos de la citada ley.

.. **2.1 Principales disposiciones de la Ley 7852.**

La Ley 7852, se compone en su totalidad de 10 artículos dedicados a la regulación del proceso de desconcentración³ y creación de las Juntas de Salud.

¹ La exposición de motivos del proyecto de marras indica: “Debemos hacer notar que el proyecto se enunciaba como “**descentralización político-administrativa de los hospitales**” y llegamos a la conclusión de que lo que pretendemos con esta iniciativa es una “**desconcentración**” para un mejor manejo presupuestario y que sean los propios hospitales y, eventualmente, las clínicas los que establezcan sus prioridades presupuestarias”. Asamblea Legislativa, Exp. No.13400, pág.3, San José, 1998.

² Asamblea Legislativa, Exp. 13400, Op. Cit., pág. 41

³ Según interpretación efectuada por la Sala Constitucional en el voto número 2002-6383, de las 15:26 horas del 26 de junio del 2002, esta desconcentración no implica la concesión de las competencias propias de la Caja Costarricense de Seguro Social en sujetos propios de derecho privado. Al respecto dispuso en el referido voto: “ Ni la Ley 7852 ni su reglamento autorizan a la

Aún cuando la desconcentración como instituto jurídico encuentra desarrollo en la Ley General de Administración Pública, la Ley 7852 dispone una serie de particularidades en el caso de la CCSS, sintetizadas en los artículos 6, 7 y 8 del texto de marras:

“Artículo 6: *La Caja podrá organizar los hospitales y las clínicas como órganos desconcentrados, mediante la suscripción de un compromiso de gestión entre la Institución y los centros de salud. Asimismo, determinará el grado de gestión que regule las relaciones interorgánicas y ese compromiso con los centros de salud.*

Artículo 7: *Los hospitales y las clínicas gozarán de personalidad jurídica instrumental en el manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicable, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión.*

Artículo 8: *El ejercicio de las competencias propias de la personalidad jurídica instrumental por los hospitales y las clínicas, quedará sujeto a la suscripción y vigencia del compromiso de gestión aludido en los artículos 6 y 7 de la presente ley.”*

En tanto la figura de la Desconcentración regulada en el numeral 83 de la Ley General de Administración Pública, señala como requisito para la misma, el otorgamiento mediante ley o reglamento, la Ley 7852 introduce un nuevo elemento: el compromiso de gestión.

El contrato o compromiso de gestión constituye un factor aplicado en diversos regímenes de seguridad social, con la finalidad de lograr una mejor utilización de los recursos disponibles, mediante la consecución en metas en la gestión de la atención de los asegurados. Al conllevar la suscripción de un compromiso entre un órgano y el ente del cual forma parte, podría pensarse en el

C.C.S.S., sea en forma expresa o tácita, a desconcentrar su competencia en cabeza de sujetos de derecho privado”.

surgimiento de una relación contractual, pero al encontrarnos ante un único ente, se descarta el término contrato y se recurre a la expresión “*compromiso de gestión*”¹.

Con excepción de lo concerniente a la suscripción del compromiso de gestión como requisito ineludible para el otorgamiento de la desconcentración, la aplicación de este instituto se regirá por lo demás por las disposiciones de la Ley General de Administración Pública, que en su artículo 83 dispone:

“Artículo 83. -

1. Todo órgano distinto del jerarca estará plenamente subordinado a éste y al superior jerárquico inmediato, salvo desconcentración operada por ley o por reglamento.

2. La desconcentración mínima se dará cuando el superior no pueda:

a) Avocar competencias del inferior; y

b) Revisar o sustituir la conducta del inferior, de oficio o a instancia de parte.

3. La desconcentración será máxima cuando el inferior esté sustraído además, a ordenes, instrucciones o circulares del superior.

4. La imposibilidad de revisar o sustituir la conducta del inferior hará presumir la potestad de avocar la misma y a la inversa

5. Las normas que crean la desconcentración mínima serán de aplicación restrictiva en contra de la competencia del órgano desconcentrado y las que crean la desconcentración máxima serán de aplicación extensiva en su favor”.

La Procuraduría General de la República en diversos dictámenes analizó la aplicación de la desconcentración. En este sentido, en el dictamen número C-010-1999, del 12 de enero de 1999, indicó:

¹ José Manuel Freire al analizar las nuevas tendencias en la gestión de prestaciones asistenciales en forma directa por parte del Estado, fijó como una de las medidas implementadas en diversos países: “*Financiar los hospitales a través de un presupuesto global basado en compromisos explícitos y pactados a nivel de actividad cuantificados (contratos de gestión o Contratos-Programa, entre el financiador/SS y el centro) sobre cuyo cumplimiento ha de responder el equipo gestor.*”, La Organización de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, en Seguridad Social. Configuración y Desarrollo Internacional, sp.

“La esencia de la desconcentración es la competencia para resolver en forma definitiva, ejerciendo en nombre propio y no a nombre y cuenta de otra oficina, la correspondiente competencia. Poder de decisión que, sin embargo, no es incompatible con una potestad directiva, con la existencia de recursos de alzada u otra manifestación de la tutela jurídica y material. En consecuencia, la desconcentración de competencias no es incompatible con la existencia de recursos administrativos ante el superior, que agoten la vía administrativa. Estos aspectos son considerados por la doctrina como características fundamentales de la desconcentración. Así, Gallego Anabitarte afirma:

“La desconcentración de competencias es compatible con una tutela jurídica y material completa que se expresa en la facultad que tiene el órgano que desconcentra de fijar criterios y dictar instrucciones que deberá cumplir el órgano-sujeto que ejerza competencias desconcentradas. 6. La desconcentración no sólo no es incompatible, sino que exige la posibilidad de que el órgano superior controle al órgano inferior desconcentrado, por medio de la facultad de resolver los recursos de alzada que se interpongan contra las resoluciones del órgano desconcentrado (tutela jurídica y material)”. Alfredo, GALLEGO ANABITARTE: Transferencia y Descentralización; Delegación y desconcentración; mandato y gestión o encomienda”. Revista de Administración Pública, N. 122, mayo- agosto 1990, pp. 56-57.

Otra de las características de la desconcentración, como bien se señala en el dictamen, es su carácter parcial. En efecto, la desconcentración substrahe de la esfera de decisión del superior Jerárquico un conjunto de materias y el poder de decidir sobre ellas. En tanto que alteración de la jerarquía administrativa, la norma que desconcentra debe delimitar el ámbito de la materia desconcentrada y por ende, precisar cuáles son los poderes y deberes que se asignan al órgano desconcentrado. Esa delimitación implicará, por otra parte, que en los ámbitos no incluidos o concernidos por la norma que desconcentra, el inferior continúa sometido plenamente a la relación jerárquica”.

Por su parte en el dictamen C-159-96 de 25 de setiembre de 1996, la citada

Procuraduría expresó:

“Esta atribución se funda en la necesidad de especializar ciertos órganos en materias específicas, de manera que se satisfagan en mejor forma los cometidos públicos. Desde esa perspectiva, desconcentrar es especializar funcionalmente

determinados órganos, sin que se desliguen orgánicamente tales competencias de la estructura originaria. Por otra parte, la atribución de esa competencia quiebra los principios normales en orden a la relación de jerarquía. En primer término, el jerarca deviene incompetente para emitir los actos relativos a la materia desconcentrada. Esa incompetencia no es, sin embargo, absoluta. La norma que desconcentra delimita la materia desconcentrada así como los poderes conferidos al órgano inferior. Pero en los demás aspectos de su actividad, este órgano permanece sometido a la relación de jerarquía. Consecuentemente, el jerarca ejercita sus poderes normales respecto de los ámbitos no desconcentrados. De allí que la norma que desconcentra deba establecer hasta dónde llega la desconcentración, qué poderes conserva el jerarca respecto de lo desconcentrado".

Los criterios de la Procuraduría General de la República en la interpretación de la desconcentración en los términos regulados en la Ley General de Administración Pública, nos llevan a concluir que el artículo 83 de esta disposición normativa no implica conferir implícitamente todas las facultades reguladas en dicho texto, siendo competencia del texto jurídico que otorga la desconcentración, definir cuáles de estas facultades se confieren al órgano concentrado y bajo qué límites. Mientras la LGAP designa en la ley o el reglamento esta regulación, en el caso de la CCSS corresponderá en primera instancia al compromiso de gestión, sin detrimento de la aprobación en este sentido de otros instrumentos por parte de la Junta Directiva.

En nuestro criterio la vinculación efectuada por el legislador costarricense de un instrumento utilizado en el ámbito internacional para promover una mejor administración de los recursos de las prestaciones sanitarias como ocurre con el compromiso de gestión, con la implementación de un instituto propio del Derecho Administrativo como la desconcentración, responde a la necesidad de garantizar la utilización de este instrumento en aras de permitir una mejor utilización de los

recursos de la seguridad social¹. Ahora bien, al conservar la desconcentración una importante vinculación con disposiciones internas resulta de importancia analizar instrumentos emanados de la Junta Directiva de la CCSS, de aplicación directa al proceso de desconcentración y con implicaciones a nivel del manejo de las relaciones laborales.

.. **2.2 Reglamento de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social.**

En el año 2001, la Junta Directiva de la CCSS aprobó la reglamentación relativa al proceso de desconcentración en esta institución. Los artículos de esta normativa reiteran el compromiso de gestión como un instrumento que en primer término define las metas y compromisos que en materia de gestión de los servicios el órgano se compromete a alcanzar, y en segundo lugar, el medio delimitador de las competencias de los órganos desconcentrados².

¹ Esta posición encuentra respaldo en los criterios de autoridades institucionales, como el caso del Lic. Guillermo Abarca Agüero, Subgerente Corporativo de Recursos Humanos, que en entrevista efectuada el día 16 de setiembre del 2002 indicó: “El compromiso de gestión se convierte en una herramienta gerencial mediante la cual el ente financiador comprador le establece a aquellos la forma de como le va a trasladar financiamiento, presupuesto, la forma de en que le va a comprar servicios y por otra parte, el ente proveedor asume sus compromisos de gestión en materia de prestaciones asistenciales. Se asignan presupuestos, recursos contra unidades medibles desde el punto de vista gerencial. Se considera por parte de la Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva y Gerencias de División que el proceso de desconcentración no debe tener marcha atrás, pero como hay muy buenos resultados en el tema de los compromisos de gestión, resulta necesario incorporarlos formalmente como un vínculo de la Administración Central con los proveedores de servicios para que se continúe con ese ejercicio gerencial”.

² Reglamento de Desconcentración, artículo 1: “La Junta Directiva de la Caja podrá organizar sus hospitales, clínicas y áreas de salud, como órganos desconcentrados de la Institución, de conformidad con la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja, Ley # 7852 del 30 de noviembre de 1998, su Ley Constitutiva, la legislación administrativa aplicable a la Institución y el presente Reglamento. La desconcentración en la Caja podrá incluir el reconocimiento de personalidad jurídica instrumental al órgano desconcentrado. La desconcentración deberá ser acordada por la Junta Directiva de forma específica para cada órgano, y se formalizará mediante la suscripción de un compromiso de gestión, o de Adendum al mismo, en el que se establecerán las condiciones individuales que regularán, respecto de la desconcentración que se opere, entre otros:

Uno de los aspectos fundamentales del Reglamento de Desconcentración, consiste en la tendencia a definir la suscripción de compromisos de gestión como un proceso de negociación y compra de servicios por parte de la institución a las unidades desconcentradas, a las cuales se les brinda la característica de proveedores de servicios, tendencia visible en los textos de los artículos 15 y 16 de reglamento de marras:

“Artículo 15: Corresponde a las Gerencias de División Médica y Administrativa, en el ámbito de sus competencias y en nombre de la institución, asumir el rol de compra y negociación de los compromisos de gestión con las unidades desconcentradas.

En todo caso, el acuerdo deberá tomar en cuenta la viabilidad financiera institucional, la correcta asignación de los recursos para la atención de los problemas y necesidades de salud de la población, y la calidad del proceso de atención brindado, definidos en el objeto de compra del Compromiso de Gestión.

La evaluación de las Unidades Desconcentradas, corresponderá a los órganos competentes que haya determinado la Junta Directiva de la Institución.

Artículo 16: En el proceso de negociación del Compromiso de Gestión deberán participar, al menos, los siguientes funcionarios:

a) El Director del Órgano Desconcentrado;

-
- 1) Las competencias de autonomía presupuestaria, de contratación administrativa, de manejo de sus recursos humanos y de demás competencias que son transferidas o delegadas al órgano y los límites de su ejercicio.
 - 2) Las relaciones del órgano desconcentrado con los órganos centrales superiores de la Institución, las que se darán por medio de su Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva, las Gerencias de División, la Auditoría Interna, el CENDEISSS, la Superintendencia y las Direcciones Regionales en sus respectivos ámbitos de competencia vigentes. Las relaciones con el resto de órganos institucionales serán establecidas por Reglamento debidamente aprobado por la Junta Directiva.
 - 3) Cualquier delegación de funciones que se realice hacia el centro o área de salud desconcentrados, así como los límites de esas delegaciones.
 - 4) Los objetivos, obligaciones y metas que se compromete a cumplir el órgano desconcentrado durante el plazo de vigencia del compromiso.
 - 5) Las obligaciones que asumen los órganos centrales de la Caja frente al Hospital, Clínica o Arrea de Salud Desconcentrados.
 - 6) Los instrumentos y procedimientos de verificación y evaluación del cumplimiento de dichos compromisos, y de los resultados de la gestión del órgano”.

- b) *Un representante de la Gerencia Médica;*
- c) *Un representante de la Gerencia Administrativa.*

El primero en representación del proveedor de servicios y los dos últimos, en su carácter de compradores de la Caja Costarricense del Seguro Social. En cualquier caso, se deberá garantizar el cumplimiento de las normas y de los objetivos institucionales para la prestación de los servicios de salud. No podrán convenirse disposiciones por encima de los montos presupuestarios asignados al órgano desconcentrado o en violación de la política presupuestaria institucional. No tendrá ningún valor la cláusula que lo contradiga o que lo implique ...”

La definición del proceso de suscripción del compromiso de gestión como un proceso de compra y negociación, le brinda a este instrumento características contractuales¹. Esta situación se relaciona con las características que en el ámbito interno se le procuran asignar al proceso de desconcentración, aún cuando las mismas no sean compatibles con la intención del legislador al momento de discutir y aprobar el texto de la Ley 7852. La asignación de caracteres propios de una relación contractual a la desconcentración en la CCSS, se identifica con una separación entre el responsable del financiamiento y el oferente de los servicios:

“El proceso de reforma del sector salud muestra avances muy importantes en áreas estratégicas: calidad, mejoramiento del nivel y composición de la inversión, reducción de la infección intra hospitalaria, la equidad y la participación social. Sin embargo, aún existen áreas donde los avances son modestos, principalmente el componente de asignación de recursos y la consolidación de la separación de funciones entre el comprador, financiador y proveedores, asimismo en la introducción de ciertos grados de

¹ La importancia de esta situación fue analizada en las sesiones de Junta Directiva en las que se discutió el Reglamento de Desconcentración de Hospitales, en donde el entonces Presidente Ejecutivo expresó: *“En cuanto al rol de compra (...) se hizo mérito a los que ha sido el lenguaje propio. Rol de compra es que hay un proveedor y un comprador. Entonces, ellos tienen que pensar desde el punto de vista de los servicios que quieren comprar, que le quieren exigir al proveedor. El comprador piensa desde la perspectiva de los servicios que el proveedor le va a dar a cambio del dinero. Es por ello que se ha planteado como rol de compra Lo que queremos es que todas las Gerencias del nivel central se sientan que son compradoras; hay dos negociadoras, pero son compradoras y tienen que ir a obtener la mayor cantidad de beneficios. Las instancias centrales tienen que defender a la Caja frente a los proveedores”*. Caja Costarricense del Seguro Social, Sesión de Junta Directiva número 7391 del 25 de noviembre de 1999.

libertad de elección del usuario prestador de servicios de salud, y fundamentalmente en el diseño del rol de asegurador público de la CCSS”¹.

Al final, el enfoque segregacionista entre financiadores y proveedores de los servicios, manifestado en una visión contractualista de los compromisos de gestión, ponen en evidencia una base ideológica consistente en perfilar la CCSS como una caja compradora de servicios en un doble ámbito: a nivel interno los órganos desconcentrados se convierten en proveedores de servicios cuyo medio de adquisición lo constituye el compromiso de gestión, mientras en el ámbito externo se recurre a la tercerización de servicios, cuyo respaldo jurídico se brinda en el artículo 38 del Reglamento de Desconcentración:

“La compra de servicios médicos u hospitalarios deberá ser justificada previamente ante la Gerencia de División Médica, quien deberá evaluarla de conformidad con la política institucional y darle seguimiento oportuno en caso de autorizarla, a efecto de que no se introduzcan distorsiones o ineficiencias a los servicios que se ofrecen a los asegurados o a los objetivos de la Caja. La Gerencia deberá resolver la solicitud en un plazo máximo de un mes calendario. En caso de no pronunciarse en el plazo indicado, se entenderá aprobada la gestión. En todo caso, deberá respetarse el sentido del artículo 69 de la Ley Constitutiva de la Caja y el Reglamento de Compra de Servicios, que apruebe la Junta Directiva de la Institución”.

De esta manera un proceso definido por el legislador como el mecanismo idóneo para mejorar la utilización de los recursos públicos en salud, pasa por un filtro institucional en donde el término eficiencia se vincula no solo a la consecución de metas en los servicios con los recursos asignados, sino también con la separación de los responsables del financiamiento y los prestadores de los

¹ ARCE RAMÍREZ (Claudio) y SÁNCHEZ ARGUEDAS (Juan Carlos), Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense del Seguro Social, San José, 2001, pág. 3.

servicios, para finalmente llegar a un punto donde la eficiencia conlleva competencia¹.

En nuestro criterio, la visión del legislador con el proceso de desconcentración vinculado a la suscripción de compromisos como mecanismo para promover la eficiencia, se encuentra ligado a la consecución de metas y objetivos con los presupuestos asignados y nunca a realizar una separación a lo interno de la institución que limitara a la CCSS a servir de simple compradora de servicios internos y externos.

Finalmente dentro de las disposiciones de mayor importancia para los efectos del presente estudio, lo constituyen los artículos 20 y 26 del Reglamento de Desconcentración cuyas versiones originales establecían:

“Artículo 20: Corresponderá a los hospitales, clínicas o áreas de salud desconcentrados, la gestión de los recursos humanos de las dependencias o unidades a su cargo. El ejercicio de las anteriores competencias deberá darse de conformidad con lo que establezcan las disposiciones legales y reglamentarias aplicables en esta materia, con las limitaciones que específicamente acuerde la Institución, en el correspondiente Compromiso de Gestión o Adendum celebrado al efecto. En este sentido, son atribuciones del órgano desconcentrado en la gestión y la administración de los recursos humanos a su cargo:

a) Definir y establecer modalidades alternativas de contratación de recursos humanos aplicables al sistema de empleo público o de contratación administrativa de servicios: nuevos esquemas de flexibilización de condiciones laborales y de modalidades de

¹ La introducción de competencia en los servicios de salud como un medio para alcanzar la eficiencia fue analizada por el Gerente de Modernización de la CCSS, Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas al indicar: “Los análisis realizados demuestran en forma contundente que el sector salud, tenía amplias opciones para mejorar la eficiencia (técnica y administrativa) de los recursos del Seguro de Salud. Una medida que ha probado ser efectiva es introducir cierto nivel de competencia en el sector (valor del dinero) con el objeto de modificar el comportamiento y desempeño de los proveedores de servicios de salud”. ARCE RAMÍREZ (Claudio) y SÁNCHEZ ARGUEDAS (Juan Carlos), Op. Cit., pág. 5. Como un complemento de los resultados obtenidos con la implementación de los compromisos de gestión, se aporta como anexo la evaluación de estos instrumentos correspondientes al año 2001.

pago, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente y sin perjuicio de los derechos adquiridos (...).

Artículo 26: El órgano desconcentrado podrá definir, cuando las necesidades de los servicios lo demanden, la variación de las condiciones laborales contenidas en los contratados individuales y colectivos de trabajo, relacionadas con la modificación de horarios, jornadas, labores o prestación y lugar de trabajo, siempre que dichas variaciones no resulten arbitrarias, antojadizas o produzcan grave perjuicio a derechos de los servidores (as) involucrados (as), y se ajusten a las disposiciones legales vigentes sobre el ius variandi”.

En el caso concreto del artículo 20, el mismo fue objeto de una reforma en la sesión de Junta Directiva número 7476 del 7 de setiembre del año 2000, en los siguientes términos:

“a) Definir y establecer modalidades alternativas de contratación de recursos humanos aplicables al sistema de empleo público o de contratación administrativa de servicios; de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente y sin perjuicio de los derechos adquiridos”.

Las disposiciones de la Ley de desconcentración y el respectivo reglamento, encontrarán un complemento final en el Plan Estratégico Corporativo, en el cual se delimitarán las metas y objetivos a alcanzar por la CCSS.

.. 2.3) Plan Estratégico Corporativo

Uno de los primeros instrumentos emanados en el seno de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el que se denota la implementación de un proceso de cambio es el Plan Estratégico Corporativo¹ (en adelante PEC),

¹ La utilización del término “Corporativo”, causó gran controversia entre los sectores sociales, especialmente los sindicales, al ser considerado el mismo desde el punto de vista jurídico, que implica la creación de un ente corporativo, es decir, la conformación de una estructura jerárquica en cuya cúspide existiría un órgano administrativo y en la base sectores revestidos del carácter de asociados, lo que se consideró contrario a la condición de institución autónoma de la Caja Costarricense del Seguro Social. Para los defensores de este instrumento, la palabra “Corporativo” es utilizada en una acepción económica y no jurídica, con la intención de asimilar la administración de la institución con la administración de una empresa.

documento conocido por la Junta Directiva en la sesión número 7435 del 27 de abril del 2000 y aprobado en la sesión número 7438 del 4 de mayo del 2000.

La definición del Plan Estratégico Corporativo en términos jurídicos no implica su asimilación con un cuerpo de normas, organizado en artículos, ya que el mismo básicamente pretende definir los objetivos y metas a alcanzar por la institución en áreas catalogadas como estratégicas, tales como recursos humanos, formas de prestación de los servicios, participación de los sectores sociales, etc., sin entrar a realizar regulaciones jurídicas en cada materia. En síntesis, constituye una definición, con carácter general, de los objetivos y metas que deben ser alcanzados por los diferentes centros de trabajo¹.

La idea principal que inspiró la emisión de un documento de esta naturaleza consistió en organizar el trabajo de la CCSS bajo los principios propios de una empresa², con la pretensión de ubicar todo esta definición de objetivos en el contexto de la desconcentración de las unidades prestadoras de servicios que en ese momento se encontraba en una fase inicial.

Más allá del aporte que realiza el Plan Estratégico Corporativo en la definición de los objetivos, este documento se constituye en el reflejo principal del

¹ Desde un punto de vista jurídico podríamos indicar que la misión del Plan Estratégico Corporativo, es brindar contenido expreso a las disposiciones del artículo 131 inciso 2) de la Ley General de Administración Pública, que establece: *“Los fines principales del acto serán fijados por el ordenamiento; sin embargo, la ausencia de ley que indique los fines principales no creará discrecionalidad del administrador al respecto y el juez deberá determinarlos con vista de los otros elementos del acto y del resto del ordenamiento”*. De esta manera, el directivo de la CCSS optó por determinar en forma expresa, fines específicos a alcanzar en la prestación del servicio público, pero también en la emisión de actos administrativos por parte de las autoridades competentes.

² En la sesión número 7435 del 27 de abril del 2000, el Presidente Ejecutivo, Dr. Rodolfo Piza Rocafort expresó: *“Indica que es un trabajo de más de un año, en el cual se desea ver a la Institución como una misma entidad, o sea, como una entidad corporativa, no como principios de la administración, no en el sentido de Musolini sino en el sentido de empresario, de empresa pública. Se quiere ver como una empresa que tiene que mirar y pensar a largo plazo”*.

proceso de cambio al que sería sometida la institución y la filosofía que inspiró a los propulsores del mismo. Esta filosofía será al final de cuentas la responsable de la introducción de cambios sustanciales en las diferentes áreas, frente al trabajador y la sociedad, del quehacer institucional.

Precisamente, al momento de destacar los factores ideológicos base del proceso de reforma en la CCSS y que se reflejan en el Plan Estratégico Corporativo, al presentarse la discusión en torno a este último documento en el seno de la Junta Directiva, se realizaron aseveraciones del siguiente tipo:

“Considera el ingeniero Peralta Volio, con todo respeto, que en el Plan en consideración lo que se ha hecho es hacer un monolito, si ve la misión que está puesta ahí. No es la misión y la visión de la Caja. Es la visión y la misión de cada una de las células individuales, llámese hospitales, etc. –anota-. Ahí es donde está la diferencia. ¿Cuál es el objetivo de la Caja?. Volver a las bases. El objetivo de la Caja es dar salud y pensiones y hay que ponerlo en la misión y en la visión. Cómo lo va a dar es otra cuestión. Es decir, se va a dar comprando servicios interna y externamente a las unidades. Es un cambio fundamental que lo ha dicho; tiene seis años de estarlo repitiendo... En el caso de la Caja me importa el nombre porque la Caja filosóficamente es una caja recolectora y a su vez pagadora”¹.

La concepción de la Caja Costarricense del Seguro Social como una Caja recolectora y pagadora, conlleva una variación de la perspectiva que orientó la reforma de la década de los setenta, donde se consideraba fundamental garantizar la universalización de las prestaciones sanitarias en iguales condiciones para toda la población², hecho inalcanzable si los servicios ofrecidos seguían dependiendo de la iniciativa privada. En esta nueva dimensión donde se define el

¹ Intervención del directivo Peralta Volio con ocasión de la discusión del Plan Estratégico Corporativo, sesión de Junta Directiva número 7435, del 27 de abril del 2000.

² Ver al respecto infra, pág 14.

papel de la institución como prestadora de los servicios públicos de salud, el eje fundamental consiste en brindar el servicio, mientras la igualdad de condiciones pareciera asumirse con un carácter implícito dentro de este esquema.

Asimismo, la perspectiva ideológica orientada hacia un esquema mixto en la prestación de los servicios de salud, producto de la participación conjunta de la iniciativa pública y privada, constituye la llave para la diversificación de los esquemas de relaciones laborales existentes en el seno de la CCSS, pues una de las características más relevantes generadas en el ámbito laboral producto de la definición de la prestación de servicios de salud como un asunto esencialmente público (con la finalidad de garantizar prestaciones sanitarias en igualdad de condiciones de acceso y calidad a la población), fue el enmarcar las relaciones laborales entre los empleados de la CCSS y la institución bajo el ámbito del Derecho Administrativo. Al procurarse fomentar la participación de sectores privados en la gestión del servicio de salud, las relaciones laborales se orientarían hacia una configuración mixta; por un lado sectores regidos por el principio jurídico de Relación Estatutaria con todas sus consecuencias y, por lado, un sector creciente de trabajadores regulados en el ámbito laboral por preceptos del Código del Trabajo¹.

¹ Una consecuencia idéntica, aunque su implicación era sobre el total de los trabajadores, generaba la aprobación de los proyectos de ley en el área de telecomunicaciones, sin embargo, en el caso de la Caja Costarricense del Seguro Social, tal y como se verá más adelante, este proceso se generó en instrumentos normativos de rango inferior a la ley y con la característica de ser disposiciones de la Junta Directiva, lo que en buena parte limitó a las organizaciones sociales contrarias a este tipo de políticas, al momento de definir sus estrategias. Estas semejanzas con el proceso enfrentado en el ICE, llevó a algunos sectores sindicales a denominar la reforma en la CCSS como el “*Combo Salud*”.

En el ámbito de los contenidos propios del Plan Estratégico Corporativo, este contiene una primera parte de definición de la misión-visión institucional partiendo de una serie de principios filosóficos considerados como fundamentales dentro de un régimen de seguridad social. En un segundo apartado, se determinan las funciones básicas del ente descentralizado, a partir de cuya base se desarrollaron una serie de áreas consideradas como estratégicas, con objetivos a ser alcanzados por todas las unidades.

En el campo de los principios filosóficos orientadores de la actuación de la CCSS, la misma se sintetiza en los siguientes puntos:

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

- *El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad y equidad.*
- *El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso de excelencia en el trabajo de los funcionarios de la Institución.*
- *La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.*
- *La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.*
- *La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.*
- *El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.*
- *La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa”¹.*

¹ Caja Costarricense del Seguro Social, Plan Estratégico Corporativo, 2000, pág. 24.

La enumeración anteriormente realizada, para un lector ajeno a la realidad de la Caja Costarricense del Seguro Social, estaría revestida por características de generalidad, que por tanto impiden una aplicación concreta. Sin embargo, cada punto obedece a una necesidad concreta existente en el quehacer institucional cuya solución es motivo de diversas discusiones. La inclusión dentro de la misión institucional del concepto de salud integral, responde a la nueva visión orientadora de los servicios de salud que procura brindar atención al sujeto no únicamente frente al padecimiento o enfermedad sino, ante todo, ubicándolo en todo su entorno socioeconómico, afectando directamente sus condiciones de salud. Una manifestación concreta de esta nueva forma de entender el término salud implica la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS).

El respeto a las personas introduce el análisis de temas como la relación médico-paciente, los derechos del paciente y fundamentalmente, la discusión sobre el sistema de docencia imperante en la institución en este momento, conocido bajo la modalidad de “*Hospital Universitario*”¹, cuya falta de control se traduce en dos consecuencias que afectan directamente al asegurado; por un lado la realización de las llamadas “*pasadas de visita*” (control médico de los pacientes hospitalizados), por parte de profesionales acompañados por grupos de más de 20 estudiantes, quienes incluso como parte de su instrucción deben efectuar actos médicos de diagnóstico sobre el paciente y por otro lado, la asignación de

¹ Esta forma de desarrollo de la actividad educativa implica la presencia del estudiante en los propios centros de prestaciones sanitarias, en donde bajo la supervisión de profesionales colaboran en la ejecución de actos médicos. En la actualidad la CCSS dispone de dos tipos de actividades bajo la modalidad del Hospital Universitario; en primer lugar, el interno universitario, es decir estudiante de último año de la carrera quien debe cumplir con un año de práctica en los Hospitales para obtener el título de Licenciado en Medicina y en segundo lugar, el médico residente, profesional graduado, que se encuentra cursando una especialidad, con una duración promedio de cuatro años.

funciones propias de profesionales especialistas a médicos residentes o internos universitarios.

En cuanto al fomento de principios éticos, este tema guarda una estrecha relación con el combate de la corrupción en el sistema, ejemplo de lo cual consiste no solamente las denuncias en torno al tema de los llamados biombos, sino también el creciente cuestionamiento por el incorrecto ejercicio de la profesión, ante denuncias sobre Mala Práctica Profesional.

Por su parte, la introducción de la capacitación continua implica una revisión de la labor cumplida hasta el momento por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), uno de los órganos más cuestionados en el ámbito institucional pues los programas de capacitación no se encuentran dirigidos a la totalidad de los trabajadores, al existir grandes sectores totalmente ayunos de esta materia, como por ejemplo el caso de los trabajadores de las zonas rurales.

Por otra parte, la sostenibilidad financiera alude planteamientos en torno a la evasión en el pago de las cuotas en el sector privado, la deuda del Gobierno Central y la incorporación de sectores ajenos a la seguridad social, como el caso de los profesionales liberales y todo el sector informal. Finalmente el desarrollo de la investigación genera implicaciones en el campo de la bioética y la realización de experimentos con medicamentos en los pacientes, aspecto donde la opinión pública se encuentra totalmente ayuna de información.

Partiendo de la misión-visión definida en el PEC, se establece como funciones esenciales de la CCSS el aseguramiento, financiación, planificación,

compra y provisión, base que lleva a considerar como áreas estratégicas los siguientes campos:

- Sostenibilidad
- Contratación Interna y Externa de Servicios
- Provisión Interna y Externa de Servicios
- Capital Humano
- Desconcentración
- Investigación y Desarrollo
- Servicio al Cliente
- Participación ciudadana y social
- Vinculación de la CCSS con las políticas nacionales de desarrollo.

En cada una de las áreas definidas como estratégicas, el PEC regula cuáles son las metas a cumplir. En materia de sostenibilidad el objetivo general se concentra en garantizar el financiamiento económico en el mediano y largo plazo, cuyo logro se plantea mediante la consecución de objetivos específicos como:

- Desarrollo de una política económica financiera.
- Extensión de la Cobertura contributiva.
- Disminución de los índices de evasión.
- Reducción de la morosidad.

- Maximización de la rentabilidad de las inversiones financieras con un nivel de riesgo aceptable.
- Desarrollo de un plan de inversiones.
- Definir y delimitar los servicios asegurables.
- Implementación de un sistema centralizado de cuotas¹.

Dos de las áreas con relación directa con el campo de los Recursos Humanos son la contratación de servicios y el capital humano, por lo que nos centraremos en su descripción dados los objetivos de la presente investigación. En el primer caso, el PEC plantea como objetivo general la prestación de los diferentes servicios, mediante contratación de servicios y otros mecanismos, de acuerdo con las posibilidades financieras y las metas institucionales, estableciendo como objetivos específicos:

- Definición de la cartera de productos y servicios por adquirir.
- Precalificación y selección de los proveedores internos y externos según el nivel de complejidad.
- Desarrollo de la capacidad de negociación y contratación.
- Evaluación de la contratación en la oferta y demanda de servicios.
- Definición de la estrategia de asignación de los recursos financieros a las unidades proveedoras².

¹ Caja Costarricense del Seguro Social, Plan Estratégico Corporativo, Op. Cit., pág. 28.

² Caja Costarricense del Seguro Social, Plan Estratégico Corporativo, Ibíd., pág. 29.

En el esquema de la compra de servicios internos y externos, sobresale la colocación en un mismo nivel de los servicios proveídos internamente con los externos, sin llegar a establecer una prioridad en los sectores institucionales. Consecuentemente la asignación de recursos a uno u otro sector dependerían de factores como calidad, eficiencia y oportunidad, situación con un claro respaldo en la filosofía del documento de concebir una Caja “*recaudadora y pagadora*”.

En el área del capital humano el PEC pretende un desarrollo de los recursos disponibles, mediante acciones como las siguientes:

- Definición y ejecución a nivel desconcentrado, de una política de gestión de los recursos humanos en reclutamiento, selección, acreditación, formas de contratación, formación, capacitación y educación continua.
- Identificar y potenciar el personal clave como agentes de cambio.
- Adecuar los perfiles funcionales a los nuevos requerimientos de la institución, fomentando la polifuncionalidad.
- Establecimiento de mecanismos de compensación e incentivos, basados en la evaluación del desempeño, haciendo énfasis en los resultados, calidad, producción y satisfacción del cliente.
- Regulación de mecanismos de participación de los recursos humanos en la implementación de los objetivos de la Corporación.

- Establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones formadoras del capital humano¹.

Los objetivos institucionales en materia de contratación de servicios y capital humano, permiten delimitar líneas sobre el desarrollo futuro de las condiciones laborales en el seno de la CCSS. En este sentido, la flexibilización de las relaciones laborales constituye el principal norte que se divisa², mediante dos mecanismos básicos: tercerización³ y adaptación constante de los funcionarios institucionales a los requerimientos de los servicios, especialmente en tres áreas fundamentales: formas de contratación, ingresos y funciones.

La tercerización como tal implica una forma de flexibilización, por cuanto los trabajadores de servicios contratados a terceros, se regirán por disposiciones propias del Código de Trabajo, eludiéndose de esta forma los límites y restricciones impuestas por el Derecho Administrativo en la regulación de las

¹ Caja Costarricense del Seguro Social, Plan Estratégico Corporativo, Op. Cit., pág. 32.

² El presente apartado se limita a indicar la existencia de evidencia teórica sobre este tema. Lo relativo a las manifestaciones prácticas de este fenómeno será objeto de estudio en la sección siguiente.

³ La tercerización de relaciones laborales es un mecanismo que va más allá de la mera flexibilización de relaciones laborales, el mismo obedece a una concepción del papel del Estado, en donde frente a una época histórica marcada por un modelo de desarrollo basado en la alta participación del Estado, se propugna por una nueva visión de su funcionamiento, alejada de toda participación en las acciones del mundo económico y social. Diversos autores sintetizan esta nueva concepción del desarrollo, al indicar: *“Consecuentemente con ello apareció un nuevo modelo de acumulación fundado en un proceso de centralización del poder económico y en la desaparición del Estado bienestar. Globalización de la economía, apertura del comercio internacional, incorporación de tecnología, crecimiento de desempleo, interdependencia de la producción y el comercio entre todos los países del mundo con predominio de los más fuertes sobre los más débiles, son algunos de los nuevos elementos que conforman el espectáculo que ofrecen hoy las relaciones de producción.”* (SAPPIA Jorge, Empleo y Flexibilidad laboral: leyes 24.465., 24.467 y sus reglamentaciones, Buenos Aires, 1996, pág. 12). El PEC no escapa a esta visión del Estado al relacionar la asignación de los recursos con factores como la evaluación de la oferta y demanda de servicios.

condiciones de trabajo. Por consiguiente, la asignación de servicios a terceros le permite a la CCSS por un lado, desprenderse de las diversas responsabilidades generadas por la condición de patrono, mientras por otro lado, le resultaría factible establecer exigencias en la prestación de los servicios que en el ámbito de las relaciones de empleo público se encuentran limitados, especialmente si se considera el factor producción, uno de los elementos centrales del PEC.

En lo relativo al capital humano contratado bajo relación laboral, las modificaciones propuestas, ponen en evidencia el fomento de condiciones laborales caracterizadas por la flexibilidad. En cuanto a formas de contratación, el PEC se queda en un enunciado genérico insuficiente para establecer en este ámbito una tendencia hacia la flexibilización, sin embargo en el caso de los ingresos y las funciones la situación es totalmente diferente. La adopción de esquemas donde existe una relación directa entre salario y producción, constituye una de las propuestas de los sectores flexibilizadores con la finalidad de evitar la generación de derechos adquiridos en los trabajadores, de obligatoria cancelación en todo momento. De igual forma, la polifuncionalidad es uno de los instrumentos de reiterado análisis al momento de considerar la implementación de políticas flexibilizadoras¹.

¹ Aún cuando en esta aproximación inicial al tema de la flexibilidad se pueden detectar tendencias en el PEC hacia esta corriente, debe tenerse en cuenta que los principales estudios doctrinales en este campo, hacen énfasis en el sector privado. De esta manera, la flexibilidad de los salarios guarda una estrecha relación con el tema de los costos de producción de una empresa para efectos de competir en una economía globalizada, mientras que la polifuncionalidad se enmarca en el contexto de la utilización de tecnologías innovadoras. Al respecto se puede consultar ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO, Flexibilidad y Mercado de Trabajo, Informe Técnico, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1987, pág. 186 y siguiente. En consecuencia se debe tener cuidado al asignar características flexibilizadoras a instrumentos del sector público ya que los supuestos y objetivos pueden ser totalmente diferentes.

De los dos mecanismos definidos en el PEC, capaces de generar un cambio esencial en los mecanismos de relaciones laborales –tercerización y flexibilización de condiciones imperantes-, al momento de la aprobación del citado documento el de más fácil implementación consistía la tercerización, cuyo principal cuestionamiento era la determinación de la posibilidad institucional de delegar la prestación de servicios médicos a terceros, tema abordado mediante una consulta a la Procuraduría General de la República. Este órgano en la opinión jurídica número O. J.-032-2001, del 5 de abril del 2001 avaló el mecanismo de compra de servicios en la CCSS, al concluir: “*De acuerdo con el Derecho de la Constitución la CCSS puede gestionar en forma indirecta los servicios de salud con la prestación de terceros*”.

El segundo mecanismo de importancia para efectos de las relaciones laborales, como lo es la flexibilización de condiciones de trabajo imperantes, se encuentra revestida de un camino mucho más complicado, al requerirse la modificación de instrumentos normativos con la consecuente lucha de los sectores sindicales, sin embargo, la tercerización o también llamada compra de servicios, sería objeto de negociaciones y acuerdos con una parte de las organizaciones sociales¹.

La mayor dificultad en un inicio para enfrentar las autoridades institucionales en la implementación de los contenidos del PEC, era la necesidad de introducir modificaciones en diversos instrumentos, proceso previamente

¹ Ver al respecto, *supra*, pág. 97.

conocido por los responsables de la ejecución de estas medidas, quienes sostenían:

“El PEC contiene estrategias que se pueden implementar inmediatamente mediante la definición de políticas institucionales desde el nivel central, para ser aplicadas en el nivel local; e igualmente estrategias que demandan cambios estructurales cuyos procesos deben desarrollarse gradualmente y analizarse en diferentes auditorios, para posteriormente tomar la decisión desde el nivel superior y luego ser implementadas”¹.

La toma de decisiones en un nivel superior y la implementación de cambios estructurales, se encuentran íntimamente relacionadas con la aprobación de cambios en los instrumentos jurídicos vigentes en la institución, cuyo primer impulso estuvo en la aprobación del Reglamento a la Ley de Desconcentración de Hospitales, objeto de análisis en apartados anteriores.

Un punto final de importancia en los planteamientos del PEC es el desarrollo de todo el proceso de cambio descrito en el contexto de la desconcentración, materia objeto de definición mediante un objetivo general como lo es la dotación de la mayor autonomía a los establecimientos de salud, planteándose para ello como objetivos específicos los siguientes puntos:

- Reorganización del nivel central y regional.
- Fortalecimiento de las unidades de producción de servicios.
- Desregular la institución.
- Transferir competencias, recursos, riesgos y responsabilidades.

¹ Oficio del Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas, Gerente de División de Modernización y Desarrollo, número G.M.D. 465-01, del 27 de febrero del 2001.

La desregulación como un objetivo a alcanzar en el proceso de desconcentración no recibe mayor tratamiento en el PEC, situación base para poder definir la existencia de una nueva característica flexibilizadora en las condiciones de trabajo, o por el contrario, al igual que con el término “*Corporación*”, considerar la utilización de la palabra en una acepción diferente al campo jurídico.

Independientemente de las limitaciones del Plan Estratégico Corporativo por su generalidad, el mismo constituye un instrumento esencial al momento de analizar el proceso de reforma de la CCSS, especialmente en los ámbitos ideológico-filosófico. La redefinición de esta institución en términos de empresa, su contextualización como una “*caja recaudadora y pagadora*”, así como la apertura a la gestión de servicios médicos por parte del sector privado, colocado en una situación de igualdad respecto al “*proveedor público*” (centros médicos asistenciales de la seguridad social), nos perfilan un enfoque de la seguridad social, en el área de las prestaciones médicas sanitarias, según ideales de una economía de mercado, donde el Estado restringe su participación en áreas económicas.

Objetivos de servicios de mejor calidad y universalización de las coberturas, sirven de respaldo a los procesos de cambio promovidos bajo determinados fines ideológicos¹. En el campo laboral, la consecuencia inmediata es la definición de nuevos esquemas de relaciones laborales, que ya en un nivel primigenio, revelan un tinte flexibilizador, sin pretender brindar una connotación negativa de esta

¹ Antes que fundamento, surge la inquietud si estamos mejor ante un pretexto.

palabra en forma previa a precisar sus alcances y consecuencias para los trabajadores.

Desarrollados los principales instrumentos jurídicos aplicables al último proceso de reforma implementado en la CCSS, corresponde analizar el impacto de todo este contexto normativo en el ámbito de las relaciones laborales.

. **Sección II: El proceso de desconcentración y las relaciones laborales en la CCSS**

Los efectos de la desconcentración en materia de relaciones laborales pueden ser abordados en nuestro criterio, en una triple dimensión: flexibilidad laboral, confrontación de instrumentos jurídicos de diferente naturaleza y el papel de las organizaciones sindicales en este nuevo contexto.

.. **2.1 Flexibilidad Laboral**

La introducción de modificaciones a las condiciones de trabajo imperantes en la CCSS durante más de dos décadas, constituye un aspecto de importancia en el enfoque sostenido a partir de la desconcentración hospitalaria. Una situación perfilada en el Plan Estratégico Corporativo como una idea general de búsqueda de condiciones de trabajo diferentes a las tradicionalmente conocidas, encontrará concreción en instrumentos jurídicos como el Reglamento de Desconcentración, así como la creación de puestos con perfiles distintos a los tradicionalmente implementados, situación objeto de análisis desde la perspectiva de la flexibilidad laboral en dos estadios fundamentales: flexibilidad al ingreso y flexibilidad durante el transcurso de la relación laboral.

... **2.1.1 Flexibilidad al ingreso: Tercerización de Servicios**

Una nueva perspectiva en el ingreso a la función de prestador de servicios asistenciales conlleva la emisión de normas el artículo 20 del Reglamento de Desconcentración, misma que en un inicio reconocía expresamente la pretensión de implementar medidas flexibilizadoras en las condiciones de trabajo, al incluir la frase “*nuevos esquemas de flexibilización de condiciones laborales y modalidades de pago*”.

La expresión anteriormente citada fue suprimida mediante una reforma posterior, sin embargo, ello no implica la desaparición del instituto como tal. La definición y establecimiento de formas alternativas de contratación implica en sí flexibilidad laboral en el sentido técnico jurídico de este término, por ello la reforma aprobada en Junta Directiva no suprime el reconocimiento jurídico de la flexibilidad laboral, pues aún cuando no se señale expresamente este término en el contenido del articulado, los efectos son los mismos.

Más allá de una discusión en torno a la existencia o no de flexibilización laboral en la CCSS, desde nuestra perspectiva es de mayor importancia determinar las formas que la misma puede revestir en la institución. La definición original del artículo 20 aprobado en Junta Directiva, implicaba la posibilidad de introducción de medidas flexibilizadoras en todos los componentes del contrato de trabajo, mientras el texto reformado se limita a la creación de modalidades alternativas de contratación, aspecto que podría interpretarse como reservado exclusivamente al tipo de contrato utilizado.

Constituyendo el Contrato de Trabajo por Tiempo Indefinido la forma normal de contratación en la CCSS¹, por definición expresa del Reglamento Interior de Trabajo, debemos entender en consecuencia, que las formas alternativas estarían referidas a este tipo de contrato. Dentro de este esquema, contrataciones vía servicios profesionales así como la implementación de formas de tercerización, son instrumentos muy recurridos al momento de ejercer medidas flexibilizadoras.

De las dos formas alternativas de contratación presentadas, la tercerización muestra una mayor incidencia en el ámbito de la CCSS. Con fundamento en la Ley de Contratación Administrativa, Reglamento de Desconcentración de Hospitales y Reglamento de Compra de Servicios Especializados por medio de terceros, la CCSS inició un proceso de tercerización de sus servicios, con la siguiente evolución:

CUADRO No. 3. EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS A TERCEROS POR PARTE DE LA CCSS²

AÑO	2001	2002	2003
Porcentaje de Centros Externos	2.3%	3.7%	4.4%

Para el año 2002, los servicios externos de la CCSS representaban un total de 11066 millones de colones ubicados en tres sectores diferenciados: a- Universidades estatales, b- Cooperativas y c- Empresa privada producto de la

¹ Más del 90% de los trabajadores se encuentran cubiertos bajo esta modalidad de contratación. CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL Y OTROS, Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Costa Rica: Avances y Perspectivas, Op. Cit., pág. 61.

² CCSS, La función de Compra de Servicios de Salud, Gerencia Administrativa, San José, 2002, sp.

adjudicación efectuada vía licitación pública, lo cual ocurrió en el caso específico de ASEMECO¹. Estos sistemas de prestación de servicios asistenciales cubren aproximadamente mil quinientos trabajadores al servicio de estos entes².

Al momento de establecer la motivación para la contratación de servicios a terceros, los planteamientos efectuados en el desarrollo del Plan Estratégico Corporativo³, revelaban la existencia de una discusión filosófica de fondo en torno al papel que debe cumplir la Caja Costarricense de Seguro Social en la Administración y Gobierno de los Seguros Sociales, sea como prestador o bien como mero comprador, sin embargo, autoridades institucionales justificaron este proceder en otras razones:

Esta compra de servicios responde a aspectos coyunturales de nuestra institución. Sin embargo, en esta coyuntura histórica, la Caja producto del proceso de reforma, ha venido introduciendo una serie de servicios. Al ampliar la cobertura de servicios requería recursos especialmente humanos. Ante restricciones en el crecimiento de empleo público en los últimos 17 años, la Caja no tuvo otra salida que buscar formas alternativas de contratación mediante terceros”⁴.

La ubicación conceptual de la flexibilidad laboral en la CCSS dependerá de la justificación que al respecto se asuma. Si partimos de la discusión filosófica sobre el papel de la citada institución en la administración de los seguros sociales, la referida flexibilidad será un objetivo central en el tanto dominen las tesis que procuren reservar la participación institucional a la simple compra de servicios, mientras que tendrán el carácter de efecto y no causa, si utilizamos como fuente

¹ Estos sectores brindan básicamente servicios propios de un primer nivel de atención, sin embargo, en algunos casos se cobertura limitada en servicios especializados.

² Entrevista efectuada al Ing. René Escalante González.

³ Ver al respecto *infra*, pág. 64 y siguientes.

⁴ Entrevista al Lic. Guillermo Abarca Agüero, Subdirector Corporativo de Recursos Humanos, Caja Costarricense de Seguro Social.

de análisis los requerimientos del nuevo modelo de prestación en salud en el contexto de una restricción total al crecimiento del empleo en el Estado¹. No obstante lo anterior, los factores ideológicos muestran un cambio en el ámbito de la Junta Directiva:

“La presente Administración y Junta Directiva han reiterado su compromiso por recuperar toda aquellas labores sustanciales a la prestación de la salud en forma gradual, se visualiza una directriz del más alto nivel institucional de manera que gradualmente los servicios cedidos a terceros sean nuevamente absorbidos por la institución”².

A diferencia de las contrataciones de servicios a terceros donde la flexibilidad laboral admite discusiones sobre su carácter principal o accesorio, resulta incuestionable el carácter de flexibilidad normativa en las formas de contratación, contenida en disposiciones como el artículo 20 del Reglamento de Desconcentración de Hospitales y Clínicas, donde el objetivo directo consiste en afectar el esquema tradicional de uno de los componentes de las condiciones de trabajo: la modalidad de contratación. Sin embargo en la actualidad la introducción

¹ En nuestro criterio el Plan Estratégico Corporativo por sus contenidos y las discusiones generadas en Junta Directiva en torno al mismo, presenta un predominio del primer factor, mientras las contrataciones con las Universidades muestran una base mayoritaria en el segundo carácter citado.

² Entrevista al Lic. Guillermo Abarca Agüero. El giro ideológico en la concepción de las contrataciones a terceros se muestra en acciones concretas como el acuerdo de Junta Directiva que deja sin efecto la carta de intenciones suscrita con la Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica, para la administración del futuro Hospital de Heredia. Debe tenerse muy en cuenta la importancia de considerar los motivos de la tercerización al momento de referirse a aspectos como la flexibilidad laboral es establecida expresamente por PLA RODRÍGUEZ al indicar: “Pero pensamos que si se llega a plantear en serio el verdadero problema – si existe o no relación de dependencia – los factores que hacen verosímil y razonable la descentralización pueden jugar un papel importante de la cuestión”. PLA RODRÍGUEZ, Américo, *Op. Cit.*, pág. 381. Por otra parte, la gradualidad en la absorción de los servicios prestados por medio de terceros implica no solo el establecimiento de infraestructura institucional para estos efectos, sino también la posibilidad de una mejor utilización de la ya disponible. En este sentido, según información suministrada por el Dr. Julio Mora Calvo, miembro del Comité Ejecutivo Nacional de S.I.P.R.O.C.I.M.E.C.A, existe la posibilidad en el laboratorio del Hospital San Juan de Dios de asumir con la capacidad instalada actualmente, los servicios de laboratorio contratados a terceros para efectos de la atención de los requerimientos de los EBAIS.

de corrientes flexibilizadoras en las formas de contratación no ha logrado consolidarse como tendencia clara, por el contrario las formas tradicionales de contratación continúan dominando la práctica institucional.

Tanto la tercerización de servicios como los contenidos del numeral 20 del Reglamento de Desconcentración, implican *flexibilizar los mecanismos de ingreso al trabajo* en la CCSS. En forma complementaria a las perspectivas ideológicas y los requerimientos de servicio público en la implementación de un nuevo modelo de atención, existe un elemento de gran importancia que debe incorporarse en nuestro criterio, como fundamento de las acciones de flexibilización laboral: la CCSS a través de los distintos instrumentos emitidos con la finalidad de regular las condiciones de trabajo, sean de naturaleza autónoma o heterónoma generó una serie de concesiones que limitaron ampliamente las posibilidades de la institución de modificar las condiciones de trabajo recurriendo a los principios del *ius variandi*¹; este proceso elevó los niveles de rigidez en las regulaciones de las relaciones laborales², presentándose la necesidad de esquema alternativos como forma de evitar las rigideces generadas.

Con el advenimiento del proceso de desconcentración vinculado con la suscripción de compromisos de gestión, encaminados entre otros aspectos a un

¹ Recordemos al respecto los límites introducidos al número máximo de pacientes en la atención médica, la prohibición de modificar unilateralmente los horarios de trabajo, etc., establecidos en los Arreglos Conciliatorios.

² Este fenómeno y sus consecuencias fue analizado por el Lic. Guillermo Abarca Agüero en los siguientes términos: "Hoy en día, siglo XXI, también comenzamos a observar cambios importantes en el comportamiento del mercado público laboral... si se da este cambio en el mercado público, producto entre otras cosas de la apertura de universidades públicas, necesariamente la forma de cómo se relaciona la CCSS con las organizaciones de trabajadores implica todo un replanteamiento. Estos factores si son indicios de la forma en la cual tendremos que manejar el tema de la negociación entre patrono y las organizaciones representantes de los trabajadores".

mejoramiento en la Administración de los recursos del seguro de enfermedad, la CCSS se vio sometida a un proceso de gran dinamismo contrario a un régimen de relaciones laborales caracterizado por los altos niveles de rigidez al cambio, siendo la tercerización de servicios y la norma del artículo 20 del Reglamento de Desconcentración alternativas emergentes frente a los niveles de rigidez alcanzados en la relación de empleo público.

Ahora bien, el dinamismo introducido por el proceso de desconcentración generó también presión para la introducción de modificaciones en las relaciones laborales en curso, planteándose el tema de la *flexibilidad laboral durante la ejecución del contrato de trabajo* y donde tenemos el ejemplo concreto de la jornada extraordinaria¹, lo cual procederemos a desarrollar a continuación.

... **2.2.2 Flexibilización durante la prestación laboral: el caso de la jornada extraordinaria.**

La CCSS en virtud de la necesidad de garantizar la continuidad del servicio público, tiene organizado diversas modalidades de jornada extraordinaria: guardias², disponibilidad³, horas extras¹ y recargo nocturno². El régimen de

¹ Otra posible medida de carácter flexibilizador consiste en el proyecto tendiente a cambiar la remuneración en el sistema de disponibilidades (modalidad de jornada extraordinaria) de monto fijo por acto médico. Sin embargo, en la actualidad esto constituye un proyecto que se pretende llevar a cabo en negociaciones conjuntas con las organizaciones sindicales cuyos afiliados se verían afectados por este cambio (S.I.P.R.O.C.I.M.E.C.A y Unión Médica Nacional). No obstante lo anterior, el Proyecto de Reglamento de Disponibilidades, que al momento de preparar el presente estudio se encuentra en discusión en la Junta Directiva de la CCSS, contempla un transito para la creación de una comisión encargada de la elaboración de una propuesta en este sentido.

² El profesional debe permanecer en el centro de trabajo desde la finalización de la jornada ordinaria de trabajo y hasta el inicio de la nueva jornada ordinaria de trabajo al día siguiente. CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, Instructivo para la Confección, Trámite y Cálculo de Tiempo Extraordinario, San José, Dirección de Recursos Humanos, 1989, pág. 18.

³ Régimen aplicable a los profesionales especialistas; finalizada la jornada ordinaria se debe permanecer en un radio máximo de distancia del centro de trabajo (25 Km en la actualidad), con la obligación de presentarse al mismo en caso de ser llamado para efectos de atender emergencias médicas.

jornadas en la institución presenta un alto nivel de injerencia de plazas en horario diurno, que ante limitaciones para la creación de nuevas plazas provenientes en su momento de la Autoridad Presupuestaria, y la imposibilidad de modificar horarios de trabajo sin el consentimiento del profesional afectado con fundamento en los Arreglos Conciliatorios, llevó a una consolidación en la implementación de las diversas modalidades de jornada extraordinaria, a tal punto, que la propia Sala Segunda en el voto número 236-97, de las 9:30 horas del 15 de octubre de 1997³, negó el carácter de jornada extraordinaria a las guardias:

Ahora bien, con el advenimiento de los compromisos de gestión, uno de los aspectos que exige una revisión desde la perspectiva de la administración de los recursos, consiste en las cantidades dedicadas a cubrir jornada extraordinaria, cuyos montos se detallan a continuación:

CUADRO No. 4. CCSS: TOTAL DE GASTOS EN JORNADA EXTRAORDINARIA PERIODO 1995-1999

MODALIDAD LABORADA	1995	1996	1997	1998	1999

¹ Corresponde al concepto tradicional de jornada extraordinaria basado en la cancelación por las horas adicionales laboradas por el trabajador a partir de la finalización de la jornada ordinaria de trabajo. En este caso la obligación del trabajador es únicamente permanecer en el centro de trabajo el tiempo requerido para atender la situación especial, a diferencia de la guardia y la disponibilidad que generan la obligación de permanecer en el mismo hasta el día siguiente.

² Horas extras canceladas a los trabajadores de la jornada mixta y nocturna. CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, Instructivo para la Confección Trámite y Cálculo de Tiempo Extraordinario, Op. Cit., pág. 18.

³ "... la Caja Costarricense de Seguro Social, en uso de sus facultades y con la orientación propia del servicio de quién busca satisfacer las demandas de los usuarios de sus servicios, y el actor, convinieron en que, el segundo, trabajara bajo la modalidad de guardias de permanencia, una jornada adicional (pagadas como jornada extraordinaria), una vez concluida la jornada común y según la programación al efecto realizada, con el objeto de colaborar en la atención de las emergencias médicas. Esa mutación en las condiciones iniciales de la relación, originadas por el acto respectivo, concedió a su favor el derecho de participar en el rol de las guardias de permanencia, en la atención de las necesidades permanentes, incorporándolas así a sus funciones". Este constituye el primer antecedente judicial en esta materia.

Tiempo Extraordinario	2,520.78	2,648.52	2,868.56	3,415.99	4,158.61
Recargo Nocturno	1,368.89	1,666.31	1,922.16	2,239.87	2,635.62
Guardias Médicas	1,421.11	1,566.79	1,794.39	2,133.14	3,434.70
Disponibilidades Médicas	990.54	1,166.36	1,334.58	1,421.14	1,709.93
Días Feriados	368.53	439.88	394.98	439.53	525.68
Guardias Médicos Residentes	789.81	838.25	927.06	1,036.09	1,432.70
Extras Corrientes Médicos	343.69	394.96	496.96	562.58	738.78
Extras por Disponibilidad	233.72	274.59	299.44	300.26	312.47
TOTALES	8,072.07	8,995.66	10,038.12	11,548.51	14,948.48

FUENTE: CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, www.ccss.sa.cr, rhumanos/rh009k.htm.

Como alternativas para la disminución del pago de jornada extraordinaria, la CCSS implementó dos figuras de corte flexibilizador de las relaciones labores: creación de plazas de jornada rotativo, pago de horas laboradas por encima de los límites de la jornada ordinaria mediante la acumulación de días libres en lugar de dinero efectivo y estudio de reformas al sistema de remuneración en

modalidades de jornada extraordinaria como las disponibilidades, a efectos de procurar implementar sistemas basados en el pago por acto médico en sustitución de remuneraciones fijas.

En cuanto a la creación de plazas con horario rotativo, genera la obligación del funcionario de laborar en los tres turnos disponibles en la institución: primer turno (7:00 a.m. a 4:00 p.m.), segundo turno (por lo general el mismo se extiende de 2:00 p.m. a 10:00 p.m.) y tercer turno (10:00 p.m. a 7:00 a.m.). Para efectos de ejecutar esta medida, en los contratos mismos suscritos con los trabajadores se consigna en el aparte horario “*rotativo*”. Más aún los códigos en propiedad al momento de la publicación del concurso señalan como parte de las condiciones de la plaza su carácter de horario rotativo.

La utilización del concepto de horario rotativo para denominar la obligación del trabajador de laborar en los diversos turnos disponibles en la CCSS, constituyen en nuestro criterio y desde un punto de vista estrictamente jurídico un error, por cuanto el horario así regulado conlleva una variación unilateral de la jornada de trabajo, pues el funcionario así contratado debe laborar los límites máximos de la jornada existente para el respectivo turno de trabajo. La diferenciación en el presente caso de modificación de horario y jornada de trabajo resulta de importancia para efectos de determinar los límites en el ejercicio del *ius variandi*¹. Mediante la figura de las plazas de horario rotativo la CCSS se atribuye

¹ Según el criterio de Manuel Alonso Olea y Maria Emilia Casas Baamonde entendemos por *ius variandi* “... la facultad de modalizar la ejecución del contrato cuando es de duración larga o indefinida, para ir adaptando sus prestaciones a las necesidades mudables del trabajo que debe ser prestado, a los cambios estructurales y organizativos de la empresa, a los tecnológicos y a los cambios o perfeccionamientos en la cualificación profesional del trabajador (...) reconoce ampliamente al autorizar al empresario con toda amplitud la modificación no sustancial de las

la potestad de modificar sin el consentimiento del trabajador uno de los elementos esenciales del Contrato de Trabajo como lo es la jornada de trabajo, situación que conlleva un ejercicio ilegítimo del ius variandi, en el tanto se aplique sobre los contratos de trabajo en curso en forma previa a la emisión de la norma.

Por su parte, en cuanto a las relaciones laborales iniciadas con posterioridad a la aprobación del articulado del Reglamento de Desconcentración e incluso los puestos otorgados en propiedad, mientras la jornada rotativa se defina como un requisito del puesto en forma previa al inicio de la relación laboral o al nombramiento en propiedad, no existiría un ius variandi abusivo. No obstante lo anterior, partiendo de la concepción del contrato de trabajo como un contrato de

condiciones de trabajo, que el trabajador está obligado a aceptar de buena fe, adaptándose a un cambio sin el cual su prestación deviene inútil". Derecho del Trabajo, Decimoctava edición, Editorial Civitas, Madrid, 2000, pág. 372. Aún cuando en diversos ordenamientos se admite la posibilidad de modificar condiciones sustanciales del contrato de trabajo al amparo del ius variandi, en Costa Rica esta posibilidad se encuentra reservada para las condiciones no sustanciales, tal y como lo resolvió la Sala Segunda en el voto 244 de las 9:50 horas del 17 de agosto de 1994: "Nuestra jurisprudencia, al pronunciarse en relación con las alteraciones relativas al tiempo de la prestación, ha diferenciado los casos en que hay modificación horaria, es decir, la distribución de las horas de servicio, a aquellos en que se varía la jornada de trabajo, indiciéndose directamente sobre el número de horas trabajadas, o cambiándola. En relación con los cambios de horario la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que por sí solos no involucran una modificación sustancial del contrato de trabajo y por ende son permitidos (...), Situación contraria se da con relación a la alteración de la jornada de trabajo, pues la Sala Segunda de la Corte Suprema de Justicia, ha considerado que sí causa perjuicios serios al trabajador".

adhesión, una cláusula de este tipo podría llegar a ser nula¹ de resultar lesiva de los principios de racionalidad² y proporcionalidad³.

En cuanto al pago de jornada extraordinaria mediante días libres, el mismo tiene fundamento en el Acuerdo de la sesión de Junta Directiva número 7408, del 27 de enero del 2000, donde se acordó realizar una reducción de las jornadas institucionales a 44 la diurna, 38 la mixta y 32 la nocturna. Sin embargo, en aquellos supuestos en que el trabajador deba laborar las cuatro horas de la reducción contemplada en el acuerdo de la Junta, expresamente se regula la **NO-CONSIDERACIÓN DE LAS MISMAS COMO JORNADA EXTRAORDINARIA Y SE PROCEDERÁ A LA CANCELACIÓN MEDIANTE LA ACUMULACIÓN DE DÍAS LIBRES.**

Para los efectos del presente estudio, la disposición de la Junta Directiva sobre reducción de jornada, a parte de presentar un contenido claramente flexibilizador de las relaciones laborales, al efectuar un aflojamiento del concepto de jornada extraordinaria en la CCSS, mediante la exclusión expresa del mismo de casos concretos, con el objetivo de regular formas menos onerosas de pago al mismo, recurre a una afectación de los contenidos de normas de mayor rango,

¹ La nulidad parcial del contrato de trabajo resulta de la aplicación directa del Principio de Continuidad, analizado por Plá Rodríguez en los siguientes términos: "... Como se comprende, todas estas estipulaciones contrarias a normas inderogables son sancionadas de la manera más enérgica: con la nulidad.

Ello podría tener como consecuencia la nulidad de muchos contratos de trabajo, viciados con cláusulas nulas que generalmente afectan los aspectos sustanciales de la relación.

Pero la tendencia a la conservación del contrato lleva a que el contrato permanezca, sustituyéndose la cláusula nula por otra conforme a la norma que aquella cláusula había infringido. Y ello aunque la cláusula nula se refiera a elementos tan importantes de la relación, como la remuneración que deba pagarse, en el caso de que hubieran estipulado salarios inferiores a los mínimos". PLA RODRÍGUEZ, Américo, Op. Cit., pág. 237.

²

³ Un ejemplo de esta situación lo constituye en nuestro criterio rotaciones constantes en los turnos de trabajo que afecten gravemente la salud e incluso la estabilidad personal del trabajador.

establecidas incluso en un capítulo de nuestra Constitución Política, sellado por el constituyente con la denominación de “*derechos irrenunciables*”¹.

En cuanto a la creación de formas de remuneración basadas en la actuación concreta y no en montos fijos, como se pretende implementar en el caso de las disponibilidades, esta medida aún no ha sido implementada contándose al respecto únicamente con un transitorio en el Reglamento Único de Disponibilidades, aprobado por la Junta Directiva en el mes de octubre del presente año, donde se conforma una comisión CCSS-organizaciones sindicales encargada de preparar el respectivo texto.

Al margen de los cuestionamientos que podamos formular en torno a la creación de institutos como las plazas de horarios rotativos y el pago de jornada extraordinaria con tiempo libre, resulta importante considerar la fuente de implementación de estas medidas. Mientras en el primer caso nos referimos a la flexibilización normativa heterónoma, la flexibilización en el pago de jornada extraordinaria con días libres parte de un origen autónomo, producto de la negociación celebrada entre la CCSS y un grupo de organizaciones sindicales, rubricada con la suscripción de un acuerdo en este sentido.

La determinación de la fuente de la flexibilización de las condiciones de trabajo es fundamental al momento de establecer el motivo de dicha medida, objetivo esencial del presente análisis, ya que mientras las flexibilizaciones de

¹ De conformidad con el artículo 58 de la Constitución Política el trabajo en horas extraordinarias deberá ser remunerado con un cincuenta por ciento más de los sueldos o salarios estipulados. Por su parte, el numeral 139 del Código de Trabajo establece como jornada de extraordinaria el trabajo efectivo cumplido por encima de los límites máximos de las jornadas dispuestas en dicho Código o bien, de los límites establecidos por acuerdo entre partes, supuesto en el cual se debe cancelar conforme lo dispone el numeral 58 constitucional.

corte heterónimo pueden encontrar fundamento exclusivo en intereses institucionales¹, la flexibilización acordada mediante instrumentos autónomos implica una conjunción de objetivos patronales y obreros.

La introducción de disposiciones flexibilizadoras en las relaciones laborales, no constituye un tema cerrado en la CCSS, pues aún se plantea la necesidad de efectuar, por parte de las autoridades institucionales, una discusión sobre este tema:

“Cuando hablamos de flexibilización debe entenderse desde mi punto de vista que los aspectos de flexibilización laboral deberán incorporarse en la legislación siempre y cuando al trabajador se le garanticen algunos aspectos importantes en el esquema de empleo público, tales como la estabilidad laboral.

Me parece que resulta necesario abrir un tema con el asunto de los horarios laborales, en el tanto sea tema concertado, de manera que se le permita a la organización una mayor flexibilidad en los horarios laborales, quiero decir buscar formas diferentes de como los trabajadores ingresan a la prestación de los servicios en horarios más allá de los tenidos convencionalmente en los últimos 60 años. Un segundo tema de discusión lo serían las jornadas de trabajo”².

Las razones justificantes de la necesidad de entrar a discutir medidas flexibilizadoras de las relaciones laborales, consisten básicamente en factores concernientes a la dinámica de las prestaciones en salud:

“¿Por qué?, si una gran cantidad de trabajadores, llámese población económica activa en el país, generalmente su horario de trabajo viene concluyendo alrededor de las cinco de la tarde, por qué a esas horas los servicios de salud de este país no tienen una respuesta adecuada a esos horarios no

¹ Partiendo de un cambio en la concepción ideológica en cuanto a la compra de servicios a terceros que deja de lado la visión institución como Caja compradora, dichos intereses pasan en adelante a ser en nuestro criterio las exigencias del nuevo modelo de salud, lo cual en nuestro criterio es uno de los motivos por los cuales se presente hasta la fecha ningún indicio de *flexibilización en los mecanismos de finalización de la relación laboral.*

² Entrevista efectuada al Lic. Guillermo Abarca Agüero.

tradicionales, a eso me refiero... Al hablar de flexibilización laboral en la Caja debemos considerar dos aspectos: en primer lugar, las necesidades de una gran parte de la población económicamente activa de recibir atención en salud, lo que se dificulta por la existencia de los horarios tradicionales y en segundo lugar, el costo-beneficio producto de las necesidades productivas del país como un todo”¹.

Para algunos dirigentes de las organizaciones sindicales en la CCSS, el tema es visto con reservas, aún cuando no descartan la posibilidad de acudir a mesas de negociación sobre el mismo:

“ Vemos la flexibilidad laboral como una amenaza, por la interpretación que cada órgano desconcentrado le pueda dar. Este tema tendríamos que replantearlo y estamos dispuesto a ir a la mesa que corresponda, no lo veo mal en el tanto no riña con los derechos de los trabajadores. Flexibilizar las condiciones de trabajo en aras de una mejor prestación para la población no lo veo mal, pero si riñe con los derechos de los trabajadores nos opondremos”².

La desconcentración de Hospitales y Clínicas en el seno de la CCSS, al margen de generar un proceso de flexibilidad de las relaciones labores también ocasionó conflictos entre instrumentos jurídicos de diferente naturaleza en la regulación de las relaciones laborales, tal y como se procede a detallar.

.. 2. 2 La colisión entre diferentes normas jurídicas

La variación de condiciones de trabajo genera en algunos sectores profesionales de la Caja Costarricense de Seguro Social, cuyas condiciones laborales se encuentran determinadas en normas de origen heterónimo y autónomo, la colisión entre estos dos tipos de instrumentos en algunos supuestos. Concretamente nos referimos a las modificaciones de horario admitidas con fundamentos en los principios genéricos del ius variandi, así como también en el

¹ Ver Ibidem.

² Entrevista efectuada al señor Alvaro Salazar Morales, miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Empleados del Seguro Social, el día 19 de setiembre del 2002.

artículo 26 del Reglamento de Desconcentración, pero limitado expresamente para los sectores de profesionales en ciencias médicas al requerirse obligatoriamente el consentimiento del trabajador al amparo de disposiciones contenidas en los Arreglos Conciliatorios.

En una perspectiva laboral tradicional el conflicto entre normas encontraría solución recurriendo al principio de la norma más favorable¹. Sin embargo, la Sala Segunda en el voto número 394-96 de las 16:10 horas, del 11 de diciembre de 1996 determinó la inexistencia de conflicto normativo en los supuestos de normas cubiertas por la declaratoria de inconstitucionalidad al amparo del voto 1696-92 de la Sala Constitucional:

“Tampoco es atendible, el agravio que alude a la violación de aplicación de la norma más favorable –cláusula del Laudo Arbitral anulado, que el actor considera se incorporó a su contrato individual de trabajo-, porque para violentar dicho principio, se requiere de la coexistencia de por lo menos dos normas a aplicar en el tiempo, a una misma situación jurídica, optándose por la aplicación de la menos favorable, al caso concreto”.

En el caso concreto del Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA, se cuenta con un antecedente judicial según el cual carece de validez desde el año 1992, al amparo de las resoluciones constitucionales citadas, por lo que en aplicación del voto 394-96 de la Sala Segunda, no hay ningún conflicto jurídico. No

¹ PLÁ RODRÍGUEZ (Américo) expone en cuanto a este principio “En rigor (...), el problema no se debería plantear, ya que el hermetismo del orden jurídico debería tener el problema resuelto. En efecto, entre normas de distinto rango jerárquico habría que estimar aplicable la de carácter superior, y entre las de rango jerárquico igual, habría que hacer prevalecer la más recientemente promulgada.

Sin embargo, es precisamente la aplicación del propio principio de la norma más favorable la que convierte en cuestionable el supuesto y la que otorga carácter peculiar, en este punto, al derecho del trabajo.

No se aplicará la norma que corresponda conforme a un orden jerárquico predeterminado, sino que en cada caso se aplicará la norma más favorable al trabajador”, Los Principios del Derecho del Trabajo, Editorial de Palma, Tercera Edición, Buenos Aires, 1998, pág. 100.

obstante lo anterior, existen una serie de temas no abordados por la Sala Segunda en la resolución concerniente al Arreglo Conciliatorio de importancia al momento de estudiar este tema.

El análisis de la confrontación Arreglo Conciliatorio-Reglamento de Desconcentración, admite dos enfoques fundamentales. El primer enfoque parte de la consideración efectuada por la propia Sala Constitucional en el voto 1696-92, del respeto de los derechos adquiridos, cuestionándonos según los contenidos de un instrumento colectivo ¿cuáles cláusulas pueden considerarse como cubiertas por el régimen de los derechos adquiridos?. De conformidad con criterios de derecho colectivo, al amparo de la teoría de la incorporación, se pueden estimar como derechos adquiridos las cláusulas de carácter normativo independientemente de los cuestionamientos lanzados a este tipo de diferenciaciones.

La aplicación de la teoría de la incorporación al Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA, nos lleva asignarle características propias de cláusulas normativas a disposiciones de este instrumento en torno a la regulación del número de pacientes por hora y las limitaciones a la modificación unilateral de los horarios de trabajo, para brindarles el carácter de derechos adquiridos.

Resuelto el tema de los derechos adquiridos, quedaría pendiente el referirnos a los términos de las relaciones laborales iniciadas en forma posterior al voto 1696-92, fecha en la cual según la Sala Segunda perdieron vigencia los contenidos del Arreglo Conciliatorio. Aún cuando para estos funcionarios las normas del arreglo hubiesen perdido vigencia en forma previa al inicio de sus

respectivas relaciones laborales, debe tomarse en cuenta que la CCSS les aplicó en el ámbito de las condiciones de trabajo, los límites fijados por el citado Arreglo, constituyéndose así una costumbre¹ generadora de derechos a favor de cada funcionario. Aún para los defensores de la falta de aplicación de los convenios colectivos con base en la jurisprudencia constitucional sobre negociación colectiva en el sector público, la costumbre constituye dentro del Derecho Administrativo, un medio de integración del ordenamiento jurídico².

El segundo enfoque aplicable al tema del Arreglo Conciliatorio ante el panorama trazado por el Reglamento de Desconcentración, parte de la determinación de los efectos jurídicos del instrumento denominado “*Arreglo Conciliatorio*”.

Los efectos jurídicos del Arreglo Conciliatorio dependen en esencia, del tipo de documento suscrito entre la CCSS y las respectivas organizaciones sindicales. En el capítulo primero al momento de analizar este tema, quedó en evidencia como el ordenamiento jurídico costarricense le confiere el rango de ley profesional a las convenciones colectivas, sin embargo, los Arreglos Conciliatorios suscritos en el seno de la CCSS, no corresponden a ninguno de los mecanismos regulados

¹ La Sala Segunda en el voto número 75 de las 14:30 horas del 1 de abril de 1992, se refirió a la costumbre en los siguientes términos: “Es regla general del Derecho, recogida en el artículo 19 del Código citado, de que las convenciones deben interpretarse según la buena fe, la equidad, el uso, la costumbre o la ley. Consecuentemente, si la referida práctica tenía lugar como antecedente, con generación de derechos para los trabajadores, lo correcto es implementar la modificación en la forma expuesta (...) Decir que la norma escrita debe seguir reinando, es encasillar el Derecho Laboral en su consensualismo rígido...”

² Ley General de Administración Pública, artículo 7: “1. Las normas no escritas – como la costumbre, la jurisprudencia y, los principios generales de derecho – servirán para interpretar, integrar y delimitar el campo de aplicación del ordenamiento escrito y tendrá el rango de la norma que interpretan, integran o delimitan. 2. Cuando se trate de suplir la ausencia, y no la insuficiencia, de las disposiciones que regulan una materia, dichas fuentes tendrán rango de ley. 3. Las normas no escritas prevalecerán sobre las escritas de grado inferior”.

en el Título VII, Capítulo III del Código de Trabajo, para resolver los conflictos de carácter económico social.

La imposibilidad de ubicar los referidos Arreglos Conciliatorios en alguno de los preceptos regulados en el ordenamiento jurídico laboral costarricense llevan a considerar estos documentos como compromisos entre partes, sin carácter de ley profesional y, por tanto, todas las condiciones laborales desarrolladas con fundamento en los mismos, fueron el cumplimiento de obligaciones contractuales contraídas con las respectivas organizaciones sindicales. Por ello, dichas cláusulas mantienen vigencia en la medida que el respectivo contrato tenga vigencia, es decir, al perder esta condición, cesaron todos los efectos del respectivo convenio.

Establecidas las principales consideraciones jurídicas sobre la confrontación de diversos instrumentos en el marco del proceso de desconcentración, nos corresponde desarrollar otro de los efectos evidenciados en la implementación de esta forma de administrar uno de los componentes de la seguridad social: la generación de condiciones laborales diferentes en los respectivos centros desconcentrados.

.. 2. 3 Creación de diferentes condiciones de trabajo

Parte de los componentes básicos estudiados en el presente documento del proceso de desconcentración en la CCSS, es la potestad de los entes sometidos a este proceso, de administrar los respectivos recursos humanos, situación que al momento de implementarse está generando discusiones por el incumplimiento del principio de igualdad.

El ejemplo más claro existente hasta este momento sobre como la desconcentración ocasionó condiciones diferentes de trabajo se presentó en el transcurso del año 2002. De los grandes debates generados en el ámbito laboral en la CCSS, encontramos el traslado de profesionales y técnicos del Ministerio de Salud a la CCSS, con fundamento en la reforma de los servicios de salud, quienes tienen dentro de su salario un beneficio denominado “*retribución por riesgo*”, conocido también como peligrosidad.

La retribución por riesgo no era reconocida hasta el presente año a los trabajadores de la CCSS, sin embargo el 15 de febrero el Presidente Ejecutivo de la CCSS suscribió un acuerdo con la Unión Nacional de Empleados de la Caja (UNDECA), autorizando el pago de la retribución por riesgo a todos los trabajadores de laboratorios clínicos y control de calidad. Este acuerdo fue avalado por la Junta Directiva de la institución en la sesión número 7629 del 7 de marzo del 2002, en los siguientes términos:

“Conocida la información presentada por el señor Presidente Ejecutivo, la Junta Directiva acuerda: aprobar el Acta de Acuerdos suscrita entre las autoridades de la Caja, la Unión Nacional de Empleados de la Caja (UNDECA) y la Comisión de Trabajadores Clínicos y Control de Calidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, en relación con el reconocimiento del 5% a todos los trabajadores de los Laboratorios Clínicos y Control de Calidad, según los términos del documento que queda formando parte del expediente original de esta acta”.

El acuerdo de la Junta Directiva fue interpretado como concesión de este beneficio únicamente a los trabajadores técnicos, excluyéndose del mismo a los profesionales. No obstante, el Hospital San de Dios con fundamento en la desconcentración obtenida autorizó el pago de este beneficio a los profesionales,

creándose así una diferencia entre los profesionales de laboratorios clínicos y de control de calidad del referido centro hospitalario, respecto de los restantes funcionarios ubicados en centros de atención de este mismo tipo quienes carecen del mencionado beneficio.

Lo acontecido con el pago de la peligrosidad en el Hospital San Juan de Dios, trae a colación como entes de un mismo órgano, dedicados a las mismas actividades, con trabajadores del mismo nivel académico y regidos por un único perfil funcional disponen de condiciones laborales diferentes, plateándose el tema del respeto del principio de la igualdad constitucional¹.

Desde el ámbito de la CCSS la situación reviste especial importancia, toda vez que los beneficios laborales otorgados por centros de desconcentrados, con fundamento en las potestades conferidas, puede generar procesos de reclamo como los acontecidos en el caso de la retribución por riesgo, solicitando igualdad de condiciones, sobre todo considerando que en el caso de los profesionales en ciencias médicas, el artículo 40 del Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA consagra la igualdad de condiciones con independencia del centro de trabajo².

¹ Este constituye uno de los temas que para autoridades de la CCSS deben ser tratado con gran cuidado en el contexto de la desconcentración: “A pesar de la Ley de Desconcentración, o también para decirlo de otra forma, aún con la Ley de Desconcentración, la Caja debe mantener su criterio único como patrono, por lo tanto sería un contrasentido o desde mi punto de vista entraría en un aspecto de ilegalidad de que el mismo patrono esté otorgando retribuciones salariales en forma diferenciada en un lugar, un establecimiento de salud, cuando el puesto viene siendo prácticamente el mismo a lo interno de un único patrono. La Caja con la Ley de desconcentración sigue siendo por excelencia el patrono único”. Entrevista al Lic. Guillermo Abarca Agüero.

² Artículo 40: Las condiciones laborales del ejercicio profesional serán iguales en todo centro de trabajo, independientemente del área geográfica de que se trate”.

Ante la complejidad del panorama de las relaciones laborales en la CCSS frente al proceso de desconcentración, resulta de importancia el análisis de la posición de movimiento sindical y las diferentes acciones realizadas.

.. **2.4 El movimiento sindical ante el proceso de desconcentración.**

Las organizaciones sindicales en el seno de la CCSS, se caracterizan por su multiplicidad, sin embargo muchos son sindicatos pertenecientes a un centro de trabajo, reconociéndose como las más consolidadas a la Asociación de Empleados del Seguro Social (A.E.S.S.), Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense del Seguro Social e Instituciones Afines (S.I.P.R.O.C.I.M.E.C.A.), Unión Médica Nacional, Unión de Empleados de la Caja (U.N.D.E.C.A.), Sindicato de Auxiliares en Enfermería (SINAE) y Sindicato de Asistentes de Pacientes (SINASS).

La acción sindical ante el proceso de desconcentración¹ afrontó diferentes etapas. En un primer momento, se desarrolló un frente de oposición a la desconcentración mediante espacios en los medios de comunicación², lo cual se complementó con el ejercicio de acciones legales en contra del esquema jurídico base del proceso de desconcentración, como lo fue el establecimiento de una acción de inconstitucionalidad en contra de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas.

¹ Los efectos que para el movimiento sindical representó el proceso de desconcentración se basa principalmente en interpretaciones diferentes sobre normativa en torno a las condiciones de trabajo: "Nos creó muchos incendios porque muchos conflictos han surgidos de interpretación efectuados por los órganos desconcentrados de directrices emanadas de la Presidencia Ejecutiva, Junta Directiva y Gerencias". Entrevista al señor Alvaro Salazar Morales.

² Pese a estas acciones la crítica generada al proceso desconcentración estuvo rodeado de mucho desconocimiento sobre el proceso de cambio. En este sentido, el señor Alvaro Salazar Morales sostiene: "*Como un conjunto las organizaciones sindicales no tenían una clara expectativa de lo que la desconcentración iba a ser*".

En un segundo estado, muchas de las organizaciones sindicales mencionadas en el inicio del presente apartado, en forma conjunta con otras formas organizativas de la sociedad civil como el Grupo Soberanía y el Consejo de Defensa de la Institucionalidad, se agruparon en una estructura de hecho existente en el seno de la CCSS denominada Frente de Organizaciones Sociales del Sector Salud (F.O.S.S.S.), iniciando un proceso de protestas en contra de la implementación del proceso de desconcentración, basado en la oposición a las compras de servicios a terceros y la introducción de medidas flexibilizadoras de las relaciones labores.

Como consecuencia de las protestas efectuadas, se instauró un proceso de negociación en la sede de la Conferencia Episcopal, con la finalidad de obtener la intermediación de la Iglesia Católica¹. Después de un proceso de aproximadamente ocho meses de negociación, que incluso generó rupturas en el seno de movimiento sindical, ante la separación de la mesa de negociación de organizaciones como UNDECA y SINASS, el 29 de octubre del 2001, se suscribió un acta de acuerdos, que recibió el aval de la Junta Directiva en la sesión 7597, del 8 de noviembre del 2001.

Desde el punto de vista jurídico el Acta de Acuerdos del mes de octubre del 2001 plantea una serie de observaciones de interés. En primer lugar, representa un nuevo ejemplo de negociación colectiva de hecho en el seno de la Administración Pública, independientemente de la jurisprudencia de la Sala

¹ La instauración de este proceso de negociación fue analizada dentro de este contexto: “Las demandas del movimiento sindical tuvieron su eco. Nos retaron a efectuar un guión sobre los temas en salud, esto nos ayudó a ver que el movimiento sindical podría aportar algo en este sentido, como por ejemplo liberar a la Caja de la Autoridad Presupuestaria, establecer límites a la compra de servicios, etc.”. Entrevista efectuada al señor Alvaro Salazar Morales.

Constitucional en este tema. En segundo lugar, el instrumento generado no reúne los requisitos necesarios para tener el rango de ley profesional, tanto por el procedimiento para su suscripción como por sus contenidos que en muchos aspectos excede de la mera regulación de condiciones laborales, en consecuencia, se trata de un instrumento generador de obligaciones entre las partes suscribientes pero sin afectar directamente los contratos de trabajo, esto último se presentará una vez que la Junta Directiva apruebe las reformas reglamentarias acordadas en el documento en el torno al ámbito laboral.

En materia de contenidos el documento suscrito el 29 de octubre se estructura en siete partes, destinadas a desarrollar acuerdos sobre autonomía institucional, principios de la seguridad social, reformas al sistema de invalidez, vejez y muerte, inversiones en salud, compra de servicios a terceros, planificación institucional, modelos de gestión, reforma del instrumento y vigencia del mismo.

En el ámbito laboral, los acuerdos más importantes consisten en la reforma al reglamento de desconcentración y de compra de servicios a terceros, disponiendo esta actividad como excepcional en el supuesto de procedimientos necesarios para salvaguardar la vida y la salud de los pacientes, careciendo la institución de las condiciones para prestar el servicio directamente, pero con la obligación paralela de implementar las acciones necesarias que permitan esto último¹.

¹ El artículo respectivo dispone: “La compra de servicios médicos o de salud a terceras deberá, en todo caso, ser temporal, excepcional y contar con la previa declaratoria de inviabilidad, de conformidad con el Reglamento de Compra de Servicios Médicos Especializados por medio de Terceros.

Otra de las reformas de importancia es a los artículos 20 y 26 del Reglamento de Desconcentración¹, para regular las formas alternativas de

Previamente, deberá diagnosticarse el requerimiento del servicio para resguardar, de la mejor forma, la vida o la salud de los pacientes. De inmediato, la Junta Directiva, a propuesta de la Gerencia Médica y en el menor plazo posible, deberá adoptar las medidas ejecutivas y de planificación que aseguren la prestación del servicio por parte de la institución, en condiciones de eficiencia, calidad y oportunidad. Será responsabilidad del Director del centro de trabajo respectivo, ejecutar las medidas acordadas por la Junta Directiva, para asegurar la prestación del servicio por parte de la CCSS.

Toda prórroga de estas contrataciones deberá contar con la debida justificación técnica y la respectiva rendición de cuentas sobre lo contratado, así como del avance en el cumplimiento de las medidas de planificación y prestación de los servicios por parte de la Institución. Constituye falta grave, la existencia de negligencia o falta de previsión en el planeamiento y ejecución de las medidas necesarias para garantizar la prestación a nivel institucional, de aquellos servicios contratados a terceros, por los funcionarios encargados de la elaboración, aprobación y ejecución de las citadas acciones. Ante la evidencia de elementos suficientes sobre la posible existencia de negligencia o falta de previsión, se deberán instaurar los procedimientos administrativos requeridos. La Auditoría Interna y la Superintendencia General de Servicios de Salud, deberán fiscalizar todos aquellos servicios médicos y de salud que terceros proveedores brinden a la Caja o a sus asegurados, independientemente de la modalidad y el procedimiento utilizado por la Institución para proveer el servicio”. Acta de Acuerdos CCSS-FOSSS, pág. 11.

¹ “Artículo 20: Corresponderá a los hospitales, clínicas o áreas de salud desconcentrados, la gestión de los recursos humanos de las dependencias o unidades a su cargo. El ejercicio de las anteriores competencias deberá darse de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales y reglamentarias aplicables en esta materia, con las limitaciones que específicamente acuerde la institución, en el correspondiente Compromiso de Gestión o Adendum celebrado al efecto. En este sentido, son atribuciones del órgano desconcentrado en la gestión y administración de los recursos humanos a su cargo:

- a) Desarrollar, implementar y aprobar el proceso de contratación de recursos humanos de conformidad con el ordenamiento jurídico y el régimen de empleo público, respetando los derechos adquiridos de los trabajadores. La determinación de la forma y procedimiento de contratación se regirán por lo dispuesto en el artículo 12 y siguientes del Reglamento Interior de Trabajo (relativo al contratado de trabajo por tiempo indefinido como forma de contratación por excelencia en la CCSS).

Excepcionalmente, se podrá contratar recursos humanos mediante formas alternativas a las dispuestas en el Reglamento Interior de Trabajo y en respeto a lo regulado en la Legislación Laboral Costarricense, en caso de necesidades urgentes, perentorias y por un periodo definido no mayor de un año. Ante esta hipótesis, el Director General deberá valorar la transitoriedad o no del puesto contratado antes del vencimiento del mismo, desarrollará las acciones necesarias para el otorgamiento del (los) código (s), según los procedimientos establecidos al respecto. Los trabajadores así contratados podrán ser considerados en el procedimiento de reclutamiento y selección para nuevos puestos de trabajo.

Artículo 26: El órgano desconcentrado podrá definir, cuando las necesidades de los servicios lo demanden, la variación de las condiciones laborales contenidas en los contratos individuales y colectivos de trabajo, relacionados con la modificación de horarios, labores o prestación y lugar de trabajo, siempre que dichas variaciones no resulten arbitrarias, antojadizas o produzcan grave perjuicio a derechos de los servidores (as), y se ajusten a las disposiciones legales vigentes sobre el ius variandi.

La modificación de condiciones de trabajo, dentro de los límites contenidos por el ius variandi, requiere bajo pena de nulidad, la motivación en el caso concreto de las necesidades del servicio público que justifican dicha alteración. Todo cambio en las condiciones de trabajo, deberá respetar

contratación como excepcionales, las cuales no pueden superar el plazo de un año, en cuyo término la institución debe tener creado el respectivo código. Mediante este acuerdo también se planteó la eliminación de la disposición que permitía la variación unilateral de la jornada de trabajo-. Al momento de confeccionar el presente estudio todas las reformas anteriores ya habían sido aprobadas en los respectivos reglamentos por parte de la Junta Directiva.

Otro de los acuerdos de importancia, consiste en el compromiso de crecimiento anual de plazas, en un porcentaje no menor a un 2% del total de la planilla, y finalmente el reconocimiento efectuado en el documento de la importancia de continuar con el proceso de desconcentración:

“La CCSS deberá realizar las acciones necesarias para asegurar la continuidad del proceso de desconcentración de los servicios de salud, otorgando los recursos financieros, tecnológicos y humanos necesarios para el logro de los objetivos planteados. No se podrán desarrollar formas de competencia entre los centros de atención que atenten contra la calidad de los servicios y los principios rectores de la seguridad social, fomentándose la cooperación entre los diferentes centros, como un medio para alcanzar los objetivos esenciales del Seguro de Salud”¹.

En la actualidad organizaciones sindicales y autoridades de la CCSS se encuentran en un proceso de conjunto de verificación en el cumplimiento de los acuerdos alcanzados. De esta manera el sector sindical logró por medio del

los límites y condiciones más favorables al trabajador dispuestos en otros instrumentos jurídicos de aplicación institucional.

Toda variación resultará de acatamiento obligatorio para el servidor (a) o servidor (as) involucrados (as), sin perjuicio de las acciones que establece la Normativa de Relaciones Laborales, para objetar la ejecución de actuaciones presumiblemente irregulares en su perjuicio.

Quedan a salvo aquellas situación de emergencia, derivadas de estado de necesidad, fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otra de carácter extraordinario, en que la Caja disponga la habilitación de servicios para superar la situación emergente, en condiciones que requieren variar transitoriamente las condiciones contractuales de sus servidores; sin perjuicio del reconocimiento económico que en derecho corresponda. Ver Ibid, pág. 32.

¹ Acta de Acuerdos CCSS-FOSSS, parágrafo 5.3, San José, 2001, pág. 33.

proceso de negociación desarrollado en el año 2001, poner un límite jurídico a las medidas de flexibilización laboral consecuentes con el proceso de desconcentración¹.

¹ El cambio de mentalidad sindical sobre el proceso de desconcentración lo sintetiza el señor Alvaro Salazar Morales en las siguientes expresiones: "Para el movimiento sindical consolidado de la Caja la desconcentración es un aspecto propio del modelo actual de la Caja, sobre el que tenemos que caminar y depurar".

CONCLUSIÓN

Las prestaciones asistenciales como parte integrante de la seguridad social costarricense se encuentran en una fase de transición. La implementación de un nuevo modelo de gestión de los servicios generó todo un cambio en la estructura institucional.

Los instrumentos jurídicos son el medio de materialización de la nueva perspectiva de los referidos servicios asistenciales. De esta manera, disposiciones de rango legal y reglamentario contextualizan un proceso de cambio cuya evaluación definitiva resulta aún prematura de formular hasta tanto no se logre culminar la implementación de un proceso que combina autonomía de los órganos internos, con la eficiencia en el manejo de los recursos asignados.

Los cambios introducidos, producto de una evolución de más de 10 años convirtieron al seguro de enfermedad en un Sistema Nacional de Salud urgido de resolver el tema de la extensión real de los beneficios y obligaciones, la igualdad y equidad en las prestaciones recibidas, así como la eficiencia en el manejo de los recursos. Estas son las modificaciones de mayor importancia en el ámbito de seguridad social y se ubican en un contexto dominado por planteamientos ideológicos de corte liberal en torno a la reforma integral del Estado.

Por consiguiente, las transformaciones impulsadas en la gestión de las prestaciones asistenciales, combinan componentes de carácter ideológico con los requerimientos del nuevo modelo. Esta situación dificulta la determinación con exactitud de las motivaciones de las medidas implementadas, lo cual se complica

aún más ante la existencia de posiciones a lo interno de la institución, que frente a un mismo tema, reflejan estas dos visiones diferenciadas.

Un ejemplo concreto de las diferentes motivaciones en la institución en cuanto a los cambios ejecutados, se presenta en el ámbito de la gestión de prestaciones asistenciales por medio de proveedores privados. Por un lado, para los defensores de las necesidades del nuevo modelo de atención, estas obedecían a la imposibilidad de contar con todos los recursos humanos requeridos por limitaciones provenientes de la Autoridad Presupuestaria, mientras para representantes de un modelo ideológico permeado por el Estado Liberal, dichas contrataciones procuran introducir la competencia en los servicios de salud o bien, estructurar a la Caja Costarricense del Seguro Social como una mera compradora de servicios.

Las relaciones laborales como un componente esencial de toda organización, no se encuentra ausente de implicaciones producto del nuevo modelo de atención. Entre ellas la más relevante lo es el tema de la flexibilidad laboral, cuyo principal foco es la materia de horarios y jornadas.

La explicación del ¿porqué? de la adopción de medidas flexibilizadoras de las condiciones de trabajo, se encuentran íntimamente ligada a las causas del proceso de reforma implementado. En este sentido, si nos ubicamos en una explicación basada en la implementación de un modelo de desarrollo según el Estado Liberal, las citadas acciones serán consecuencia directa de esta ideología. Por el contrario, si partimos de necesidades creadas por un nuevo modelo de

gestión, la flexibilidad de las condiciones de trabajo tendrán su motivación esencial en las referidas necesidades.

En criterio del suscrito, la Caja Costarricense de Seguro Social experimentó en los últimos 5 años una evolución en el pensamiento respecto de la reforma implementada, caracterizado por una primera etapa donde las visiones ideológicas de corte liberal dominaron la escena. Sin embargo, especialmente a partir del proceso de negociación efectuado entre la institución y diversas organizaciones sociales esta visión perdió terreno y se enfocaron los cambios con fundamento en los requerimientos del nuevo modelo.

Al margen de la flexibilidad laboral, encontramos aspectos de importancia como la generación de condiciones desiguales entre trabajadores en igualdad de situación. Esta problemática exige un replanteamiento de la desconcentración y sus límites, con la finalidad de mantener los beneficios laborales en un mismo nivel.

Finalmente la desconcentración trae a discusión la implementación de procesos de negociación colectiva en dos sentidos. En primer lugar, para poner en evidencia la necesidad de replantear una serie de beneficios otorgados con base en instrumentos colectivos suscritos en forma previa al surgimiento del nuevo modelo de gestión y, en segundo lugar, mostrar cómo independientemente de la jurisprudencia constitucional en la materia, constituye una actividad ordinaria en el ámbito de la CCSS, al resultar imposible ignorar los planteamientos de las organizaciones representantes de los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

BLANCO VADO (Mario), La negociación colectiva de ipso en la Administración Pública costarricense, Primera Edición, Editorial Juritexto, 1994.

BLANCO VADO (Mario), Las relaciones laborales en el marco de la Globalización Económica: los principios del Derecho Laboral, su regulación y sus tendencias, San José, 1996.

BOLAÑOS CÉSPEDES (Fernando), Estudios de Derechos Laboral Colectivo Costarricense, Primera Edición, Editorial Juricentro, San José, 2001.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Curso Nacional de Seguridad Social, Primera Edición, San José, 1971.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL y MINISTERIO DE SALUD, Observatorio de Recursos Humanos, San José, 2001.

CASCANTE CASTILLO (Germán Eduardo), Teorías Generales del Derecho del Trabajo, Primera Edición, Editorial Investigaciones Jurídicas, San José, 1990.

CHINCHILLA ROLDÁN (Fabián), Legislación Laboral, Segunda Edición, San José, 1995.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS LABORALES, Reestructuración y Regulación Institucional del Mercado de Trabajo en América Latina, Ginebra, 1996.

MIRANDA GUTIÉRREZ (Guido), La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica, Primera Edición, Caja Costarricense de Seguro Social, 1988.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, El empleo en el Mundo 1995: Un informe de la OIT, Primera Edición, Ginebra, 1995.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, Las Relaciones Laborales en las Reformas de la Salud y la Educación, Primera Edición, San José, 2000.

OLEA (Manuel Alonso) y CASAS BAAMONDE (María Emilia), Derecho del Trabajo, Decimoctava Edición, Editorial Civitas, Madrid, 2000.

ORTIZ ORTIZ (Eduardo), Tesis de Derecho Administrativo, Vol I, Editorial Stradtman, San José, 1998.

PÉREZ SÁINZ (Juan Pablo) y CORDERO (Allen), Globalización, Empleo y Políticas Laborales en América Central: Los nuevos retos del movimiento sindical, Primera Edición, 1996.

PLA RODRÍGUEZ (Américo), Los Principios del Derecho del Trabajo, Tercera Edición, Editorial Depalma, Buenos Aires, 1998.

SAPPIA (Jorge), Empleo y Flexibilidad Laboral, Primera Edición, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1996.

VALVERDE ROJAS (José Manuel), La Movilidad Laboral al Descubierta, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica, San José, 1993.

Tesis

BRENES BLANCO (Adelina), La consulta externa y la función del Trabajador Social en las Clínicas Periféricas de la Caja Costarricense de Seguro Social, Tesis de Grado para optar por el grado de Licenciada en Trabajo Social, San José, 1974.

Antologías

Antología del curso La Negociación Colectiva: De la Heteronomía a la Autonomía Colectiva, UNED, San José, 2001.

Antología del curso Seguridad Social, UNED, San José, 2001.

Antología del curso Función Pública, UNED, San José, 2001.

Folleto

ARCE RAMÍREZ (Claudio) y SÁNCHEZ ARGUEDAS (Juan Carlos), Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, 2001.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, Gerencia de Modernización, 1998.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Funciones y Actividades del Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención, San José, 1996.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Plan Estratégico Corporativo, San José, 2001.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 327º Informe del Comité de Libertad Sindical, Ginebra, 2002.

Artículos de Revista

ORTIZ ORTIZ (Eduardo), Convenciones Colectivas y Módulos Convencionales en la Administración Pública, en Ivstitia, San José, 1992.

Documentos de Internet

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, Tasas Centrales de Mortalidad y Esperanza de Vida a edades seleccionadas, Observatorio Demográfico, www.opr.princeton.edu/populi/observa/series/serie2.htm, 2002.

FUNDACIÓN INTERAMERICANA, La Previsión y su Historia, www.finteramericana.org/historia.

GILLION (Collin), Desarrollo y Reforma de las pensiones de la seguridad social: el enfoque de la Oficina Internacional del Trabajo, www.finteramericana.org/sisprevi/documentos.

MIDEPLAN, Cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad, www.mideplan.go.cr/sides/social/05-01.htm, 2002.

Expedientes Legislativos

Expediente de presentación y aprobación de la creación de los seguros sociales en Costa Rica, 1941.

Expediente legislativo de aprobación del traspaso de hospitales y clínicas a la Caja Costarricense de Seguro Social, 1970.

Expediente de Ley para la Aprobación de los Contratos de Préstamo entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica, 1993.

Expediente de Ley de Estatuto de Servicios Médicos.

Expediente de Ley de Estatuto de Servidores en Microbiología.

Expediente de Ley de Incentivos para los Profesionales en Ciencias Médicas.

Expediente de Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Normativa

Constitución Política de la República de Costa Rica, 7 de noviembre de 1949.

Ley General de Administración Pública, Ley No. 6227 del 2 de mayo de 1978.

Código de Trabajo, Ley No. 2 del 26 de agosto de 1943.

Estatuto de Servicios Médicos, Ley No. 3671 del 6 de mayo de 1976.

Estatuto de Servicios en Microbiología, Ley No. 5462 del 24 de enero de 1974.

Ley de Traspaso de Hospitales y Clínicas a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, Ley No. 6836 del 22 de diciembre de 1982.

Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Reglamento al Estatuto de Servicios Médicos.

Reglamento al Estatuto de Servicios en Microbiología.

Reglamento a la Ley de Desconcentración de Hospitales.

Reglamento Interior de Trabajo.

Normativa de Relaciones Laborales, 1998.

Arreglo Conciliatorio CCSS-SIPROCIMECA, 1992.

Arreglo Conciliatorio CCSS-Unión Médica Nacional, 1992.

Resoluciones Judiciales

Sala Constitucional, Voto número 1696-92 y voto número 4453-2000, voto número 6240-93, de las 14:00 horas del 23 de noviembre de 1993.

Sala Segunda, voto número 425-2001, de las 10:10 horas del 1 de agosto del 2001, voto número 236-97 de las 9:30 horas del 15 de octubre de 1997.

Sala Constitucional voto número 2002-6383, de las 15:26 horas del 26 de junio del 2002.

Dictámenes

Procuraduría General de la República, dictamen número c-010-1999, del 12 de enero de 1999.

Procuraduría General de la República, dictamen número c-159-96, del 25 de setiembre de 1996.

Entrevistas

Entrevista al Lic. Guillermo Abarca Agüero, Subgerente Corporativo de Recursos Humanos, setiembre del 2002.

Entrevista al señor Alvaro Salazar Morales, miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Empleados del Seguro Social, setiembre del 2002.

Entrevista al Ingeniero René Escalante González, Gerente Administrativo de la Caja Costarricense de Seguro Social, octubre del 2002.

. **ANEXO**



TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	5
2. Metodología	6
2.1 Recolección de los datos	6
2.2 Tamaños de muestra	7
2.3 Selección de la muestra de expedientes a revisar	7
2.4 Pruebas estadísticas	8
2.5 Porcentaje de Cumplimiento	8
2.6 Cobertura con calidad en la atención	9
3. Resultado de Áreas de Salud	10
3.1 Coberturas a nivel nacional	10
3.2 Coberturas de nivel regional	13
3.3 Coberturas por Programa	15
3.3.1 Programa de atención integral al niño (a)	15
3.3.2 Cobertura de Captación temprana de niños (as) menores de 28 días	15
3.3.3 Programa de atención de niños (as) menores de 1 año	16
3.3.4 Programa de atención de niños (as) de 1 a 6 años	18
3.3.5 Programa de atención escenario escolar	19
3.3.6 Vacunación	19
3.3.7 Programa de atención integral a los adolescentes	20
3.3.8 Programa de atención integral a la mujer	21
3.3.9 Atención prenatal	21
3.3.10 Citologías vaginales	23
3.3.11 Programa de atención integral del adulto	25
3.3.12 Programa de atención del paciente diabético	25
3.3.13 Programa de atención del paciente hipertensos	26



. 3.3.14 Tamizaje de Hipertensión Arterial	28
. 3.3.15 Programa de atención integral al adulto mayor	28
. 3.3.16 Tamizaje del adulto mayor de riesgo	28
. 3.3.17 Valoración del estado bucodental	29
. 3.4 Comportamiento de las entidades de Compra Externa de Servicios de Atención Integral en Salud	30
. _____	32
. _____	32
. 3.5 Gestión Local	32
. 3.5.1 Análisis situacional de salud	32
. _____	34
. 3.5.2 Morbilidad por causas principales	34
. _____	35
. 3.5.3 Plan estratégico	35
. 3.6 Promoción de la Salud	36
. 3.6.1 Escuela para Padres y Madres	37
. 3.6.2 Cobertura del Curso de Preparación Psicofísica para el Parto	37
. 3.6.3 Acciones grupales definidas en el Plan Estratégico, para adolescentes y adultos mayores	37
. 3.6.4 Participación Social	38
. _____	38
. 3.6.5 Ficha familiar	38
. 3.7 Calidad	38
. 3.7.1 Avances de los procesos de calidad	38
. 3.7.2 Encuesta de satisfacción del usuario	38
. 3.7.3 Estudio de las condiciones trazadoras	39
. 3.7.4 Análisis de mortalidad infantil	39
. _____	40
. _____	40
. 3.7.5 Expedientes nuevos	40
. 3.8 Segundo Nivel de Atención	40
4. Resultado de Hospitales	41
. 4.1 Análisis de la Producción Hospitalaria	41
. _____	41



. 4.1.1	<i>Análisis por hospital</i>	41
. 4.1.2	<i>Análisis por área de atención</i>	42
		43
. 4.1.3	<i>Análisis de la producción según nivel hospitalario y área de atención</i>	43
..		44
..		46
. 4.2	<i>Análisis de la Prestación de Servicios</i>	48
. 4.2.1	<i>Listas de espera en Consulta Externa y Cirugía Electiva</i>	48
		48
4.2.2	<i>Índices quirúrgicos</i>	52
. 4.2.2.1	<i>Índice operatorio</i>	52
. 4.2.2.2	<i>Índice de cesáreas</i>	54
. 4.2.2.3	<i>Índice de cirugía mayor ambulatoria</i>	55
. 4.2.3	<i>Infecciones intrahospitalarias</i>	56
. 4.2.4	<i>Red de servicios hospitalarios</i>	57
..		57
. 4.2.4.1	<i>Principales diagnósticos de cirugía electiva</i>	57
. 4.2.4.2	<i>Reingresos</i>	57
. 4.2.4.3	<i>Referencias y Contrareferencias</i>	58
. 4.3	<i>Análisis de la Gestión Interna</i>	58
. 4.3.1	<i>Sistema de información</i>	58
. 4.3.2	<i>Detección y atención de la Violencia Intrafamiliar</i>	59
. 4.3.3	<i>Mortalidad Materno – infantil</i>	59
. 4.3.3.1	<i>Mortalidad infantil</i>	59
		60
. 4.3.3.2	<i>Mortalidad materna</i>	60
		60
5.	Gestión Económica Financiera de Hospitales y Áreas de Salud, 2001	60
. 5.1.	<i>Distribución de recursos financieros en efectivo a través del Compromiso de Gestión</i>	61
. 5.3.	<i>Gasto per cápita en áreas de salud</i>	63
6.	Desconcentración Institucional	66
. 6.1	<i>Avances en desconcentración</i>	66
		67
. 6.2	<i>Análisis de Situación</i>	67



. 6.3 Acciones inmediatas _____	70
7. Área prioritaria de intervención _____	70
. _____	70
. 7.1 Readecuación y fortalecimiento del modelo de Atención en Salud _____	70
. _____	72
. 7.2 Sistema de información _____	72
. _____	73
. 7.3 Promoción de la Salud _____	73
7.4 Gestión local _____	75
. 7.5 Área Prioritaria de Intervención: vigilancia epidemiológica _____	76
. _____	76
. 7.6 Área Prioritaria de intervención: Segundo Nivel de Atención _____	76
. Áreas prioritarias – Áreas de Salud _____	77
. _____	78
. Áreas prioritarias – Hospitales _____	78
. Áreas prioritarias – Gestión Económica _____	80
. _____	81
. Áreas prioritarias - Desconcentración _____	81

1. Introducción

Con la evaluación de los Compromisos de Gestión se visualiza el grado de éxito alcanzado en cantidad y calidad de la prestación de los servicios de salud y se logra conocer además el alcance de los objetivos y metas predeterminados y definidos según los lineamientos institucionales no solo a nivel local, sino también a nivel regional y nacional.

El año 2001 es el segundo año en que se evalúan todas las unidades proveedoras de salud institucionales, un total de 125 centros distribuidos en 29 hospitales y 96 áreas de salud entre las que se encuentran 4 administradas por cooperativas y 2 por la Universidad de Costa Rica.

La incorporación de las unidades de salud al compromiso de gestión se ha dado en forma paulatina, pasando de 12 unidades en el año 1997 a un total de 125 establecimientos en el año 2001. El Compromiso de Gestión es un motor de cambio importante que ha creado una cultura de rendición de cuentas promoviendo la eficiencia y la calidad en la gestión pública, así como una cultura de autoevaluación al interior de cada establecimiento.

Por segundo año consecutivo se conoce el desempeño de los establecimientos de salud y de la institución como un todo, resultados que permiten direccionar la producción hacia las necesidades de salud de la población congruentemente con los objetivos y las políticas de salud, teniendo en cuenta también las políticas sociales y de desarrollo.

El avance en materia de desconcentración es también importante por el efecto positivo esperado en la obtención de las metas en salud contempladas en el Compromiso de Gestión. Al año 2001 se cuenta con un total de 15 centros desconcentrados (once hospitales y cuatro áreas de salud).

Este documento expone a nivel nacional y regional el quehacer institucional en salud integrando elementos de producción, coberturas y calidad de la atención, gestión económico financiera y acciones estratégicas a definir según las áreas prioritarias de intervención y acciones estratégicas .

2. Metodología

La evaluación de los Compromisos de Gestión del año 2001, al igual que en el año 2000 es un estudio de tipo transversal, en el que se recolecta información en el ámbito nacional (95 Áreas de Salud y 29 Hospitales) del alcance en los indicadores de salud pactados y de la prestación de los servicios de salud con el cumplimiento de los criterios establecidos en las Normas de Atención Integral en Salud.

En las Áreas de Salud la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de expedientes clínicos, para diferentes programas, a saber: atención integral del niño, atención integral del adolescente, atención integral de la mujer, atención integral del adulto y atención integral del adulto mayor. Asimismo, se realiza una revisión de las fichas familiares y de los expedientes nuevos abiertos durante el año 2001.

La evaluación en hospitales está basada en el cumplimiento de la producción pactada en Unidades de Producción Hospitalaria (UPH), en la evidencia documentada de los indicadores pactados y un módulo de revisión de expedientes para la verificación de la calidad en la atención del parto vaginal, parto por cesárea y recién nacidos con resucitación cardiopulmonar, en las 24 maternidades del país. Para algunos hospitales también se evalúan otras atenciones específicas como: el Examen del estado mental en pacientes de primera vez y valoración psiquiátrica de los pacientes en estancia prolongada en el Hospital Dr. Chacón Paut y la Consejería en Salud Reproductiva en el Hospital de las Mujeres.

2.1 Recolección de los datos

La recolección de los datos se llevó a cabo del 8 de enero al 1 de marzo del año 2002 y estuvo conducida por la Dirección de Compra de Servicios de Salud (D.C.S.S.).

En los hospitales el trabajo de campo estuvo a cargo de 7 grupos constituidos por funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, la Dirección de Sistemas Administrativos y el Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud. Por su parte, en las Áreas de Salud la recolección de la información estuvo a cargo de 11 grupos conformados por personal de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y funcionarios de las siete Direcciones Regionales de servicios médicos de la Institución.

Los evaluadores recibieron una capacitación previa, en la que se les instruyó sobre la metodología a seguir para la recolección de los datos, se les dio a conocer el compromiso de gestión del año 2001 con sus respectivas fichas técnicas, asimismo, se les capacitó en la forma de seleccionar la muestra de expediente a revisar y el uso de los instrumentos de muestreo. Finalmente, se les entregó el instructivo para la revisión de cada indicador a evaluar.

También consideró una práctica de campo en la que se hizo una revisión conjunta de expedientes clínicos. Además, durante la primera semana de trabajo de campo se realizaron evaluaciones

conjuntas entre los equipos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud y los evaluadores regionales con el propósito de estandarizar in situ criterios no previstos en la etapa presencial.

Para la recolección de los datos se ajustaron y modificaron los dos instrumentos desarrollados en Microsoft – Excel para la evaluación del año 2001, denominados: Instrumento de Evaluación de Hospitales (IEH) e Instrumento de Evaluación de Áreas de Salud (IEAS); los cuales permiten entregar un reporte preliminar al finalizar la visita al centro evaluado.

2.2 Tamaños de muestra

Para los hospitales el cálculo del tamaño de muestra se hizo a partir de un análisis de cada patología de los egresos hospitalarios del año 2001, reportados al Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud. Todos los muestreos se hicieron a partir de un tamaño de muestra mínimo de 68 expedientes, que corresponde a un nivel de confianza y margen de error aceptables, específicamente 90% de confianza y 10% de error.

En las Áreas de Salud, el número de sectores se determinó a partir de una muestra de tamaño 68. El tamaño final de la muestra, se calculó a partir del análisis de los resultados de las coberturas con calidad logradas en el año 2000, del total de sectores del área y del número de consultas de primera vez en el año en cada programa y sector.

En general, se revisaron un total de 50 785 expedientes clínicos. Además, en las áreas de salud se revisaron un total de 3 414 fichas familiares.

2.3 Selección de la muestra de expedientes a revisar

En los hospitales, los expedientes a revisar en cada muestreo se seleccionaron aleatoriamente del correspondiente listado de egresos hospitalarios reportado por el centro durante el año 2001.

En las Áreas de Salud, la selección de los expedientes se hizo utilizando el método denominado técnicamente “muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional”; seleccionando en una primera etapa, dos sectores a evaluar (uno concentrado y uno desconcentrado) y en una segunda etapa, la selección de expedientes por programa en cada sector.

La distribución de la muestra se hizo de manera proporcional al número de consultas de cada sector seleccionado y los expedientes a revisar se seleccionaron en forma sistemática del listado de consultas de primera vez por programa.

2.4 Pruebas estadísticas

Un aspecto importante a evaluar es si las diferencias observadas (incrementos o disminuciones) tienen significancia estadística, lo que indica que los cambios observados en los diferentes programas son reales y no se deben al azar.

Las pruebas estadísticas que se aplicaron para evaluar las diferencias son las conocidas pruebas t para muestras pareadas, esto porque se desea establecer si los cambios que se observan a nivel nacional y regional de un año a otro son reales.

2.5 Porcentaje de Cumplimiento

El porcentaje de cumplimiento se refiere al logro de las metas pactadas y se obtiene a partir del peso relativo o la ponderación asignada a cada indicador evaluado. El porcentaje de logro se obtiene de la comparación entre la cobertura pactada y la cobertura con calidad lograda.

La experiencia nos ha mostrado que en términos generales los hospitales pactan una producción basada en una proyección sobre la historia de su producción, por tanto alcanzar lo pactado les resultó muy fácil y no requieren esfuerzos adicionales o estrategias que permitan identificar e intervenir en las bolsas de ineficiencia. Conocedores de esto se sabe que la producción no va a variar grandemente de año a año y hemos preferido insistir en la calidad de ésta.

Con base en lo expuesto se definió para los hospitales, que el porcentaje de cumplimiento final de cada centro estaría conformado por un 25%, correspondiente al cumplimiento de la producción y un 75%, al cumplimiento de los indicadores pactados en el Compromiso de Gestión. La producción se evaluó de acuerdo a las actividades realizadas en las tres principales áreas de atención: hospitalización, consulta externa y urgencias.

Para facilitar la comparación de la producción hospitalaria es necesario homogenizar su unidad de medida. Para tal efecto se han construido las UPH, cada una de las cuales es equivalente a un día de estancia hospitalaria. La conversión de productos específicos a UPH, se realiza mediante la aplicación de estándares o ponderadores, los cuales responden a criterios de costo, planificación y productividad.

El volumen de producción de un centro equivale en el caso de hospitalización, al producto de la actividad realizada por el estándar pactado, según el nivel al que pertenece. Por otro lado, en el caso de la consulta externa y la atención de urgencias, equivale al producto de la actividad realizada por un estándar definido.



En las Áreas de Salud, el porcentaje de cumplimiento se obtiene del logro de los indicadores pactados y de las coberturas con calidad logradas, calculadas como el producto de la cobertura total y un índice de cumplimiento de normas o índice de calidad. La cobertura total o inicial se obtiene del cociente entre las consultas de primera vez y la población meta de cada programa. Asimismo, el índice de calidad se calcula a partir del cumplimiento de criterios pactados y definidos según las Normas de Atención Integral.

2.6 Cobertura con calidad en la atención

En Áreas de Salud la calidad de la atención se determina mediante el análisis de las coberturas con cumplimiento de Normas de Atención Integral (coberturas con calidad). Para determinar la cobertura con calidad se definieron los criterios mínimos de calidad en base a las normas y se determinó que deben ser cumplidos al 100%. El incumplimiento de alguno de los criterios castiga la calidad, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

En hospitales la calidad de la atención se determina mediante el análisis de las atenciones con cumplimiento de las normas de atención. Al igual que en Áreas de Salud, se definieron los criterios mínimos que deben darse en una atención y se determinó que deben ser cumplidos al 100%.



3. Resultado de Áreas de Salud

3.1 Coberturas a nivel nacional

En el ámbito nacional se constata que la Institución tiene una Cobertura Global a través de todos sus programas preventivos y curativos en el primer nivel de atención de un 52% para el año 2001, esto significa que más de la mitad de los usuarios del sistema acceden a los servicios básicos de salud, sin contar los que acceden directamente los otros niveles de atención.

Esto se ha medido a través de las consultas de primera vez durante el año 2001 de todos los programas sobre la base del censo de población del 2000 proyectada para el 2001.

Teniendo como base el total de la población de cada Area de Salud, las coberturas se convierten en un indicador de resultado que brinda un adecuado acercamiento para medir la eficacia de la atención brindada, ya que permite definir a cuanta población de la asignada, se esta cubriendo, con la oferta institucional definida, que es eminentemente preventiva. Esta información es muy importante ya que su función en el sistema es llegar a cubrir al 80- 85% de la población, si realmente se quiere impactar positivamente en la salud de la población, aun con el limitado margen de injerencia que sabemos tienen los servicios de salud en el logro de este objetivo social.

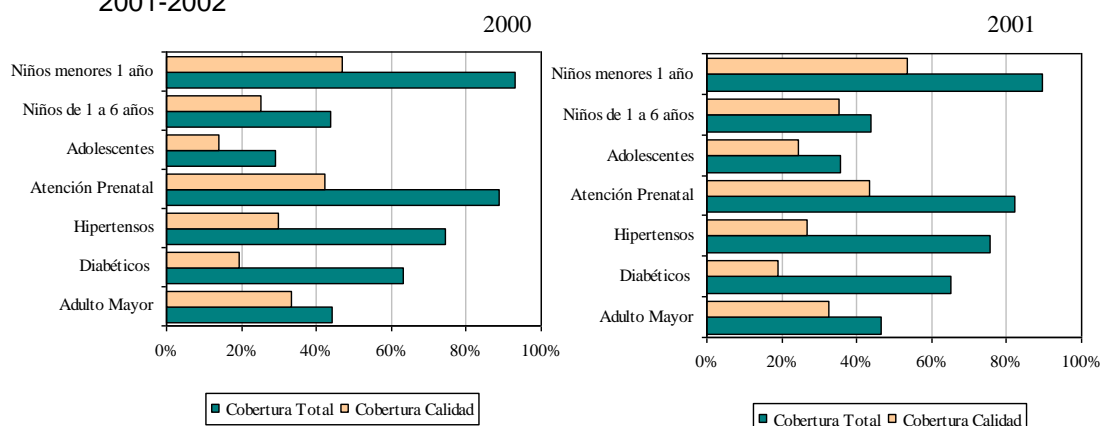
La experiencia desarrollada hasta el momento, muestra que conocer solo el dato de cantidad de personas cubiertas no es suficiente para poder inferir el efecto a esperar en la salud de la población, sino que debemos profundizar si esta atención es de calidad, es decir, si se cumplen las normas de atención definidas en forma sistemática a lo largo del ciclo de vida. La información actual no nos permite llegar tan lejos, pero si es posible ir construyendo una tendencia a partir del año 2000 del Programa de Atención Integral tanto en su dimensión cuantitativa como de cumplimiento de normas.

Una mirada al nivel nacional comparando el año 2000 y 2001 en los distintos programas evaluados, permite visualizar que en la mayoría hay un ligero aumento de las coberturas totales, los que tuvieron un leve descenso es el programa de menores de un año y prenatales, de las cuales solo la disminución en prenatales resultó estadísticamente significativa. En estos dos programas siguen persistiendo problemas de información, especialmente de sobre registro, que será comentado posteriormente para que el lector tome las precauciones necesarias al usar esta información, la aclaración viene en el sentido que este descenso probablemente se debe a una depuración de los registros de base, eliminando duplicaciones, mas que a una disminución real de personas atendidas.

Es importante destacar el aumento de cobertura en dos grupos que tradicionalmente eran poco atendidos en los servicios de salud como es el de 1 a 6 años y los adolescentes, para los cuales el aumento resultó significativo desde el punto de vista estadístico. Con respecto a la cobertura del adulto mayor es importante aclarar que la meta es cubrir al 100% en cuatro años (1999-2002), por lo que este dato se debe entender solo para el año 2001 lo que debe unirse a los tamizados en el 1999 Y 2000 y aún falta el 2002.

A pesar de estos pasos en la dirección correcta, sigue persistiendo una gran diferencia entre las coberturas totales y con calidad, situación que muestra que el nuevo enfoque de atención esta aún en proceso, probablemente se esté en una fase de internalización y apropiamiento pero que aún no se traduce en una practica consolidada, situación que aunada a otros limitaciones estructurales y de formación requieren un estudio mas profundo. Aún así, hay que destacar que las coberturas con calidad que disminuyeron, fueron mínimas, en cambio se ven aumentos más significativos en niños menores de un año, de 1 a 6 años y en adolescentes.

Gráfico 3.1
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención años 2001-2002



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000 - 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

En relación a los adultos, en donde se mide la atención de pacientes crónicos, Diabeticos e Hipertensos, la situación se vislumbra mas compleja, por un lado en el año 2001 se ve un leve aumento de la cobertura total en ambas entidades, en cambio existe una disminución importante en las coberturas con calidad.

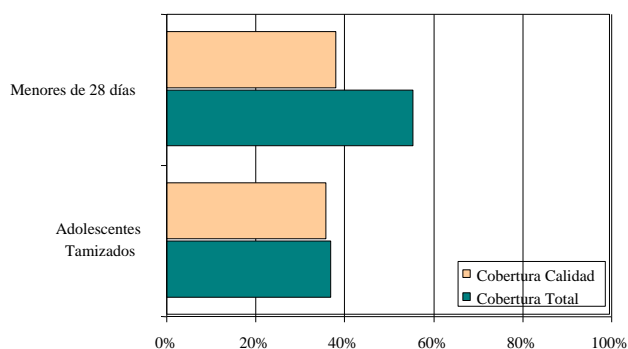
Esta es una tarea que hay que enfrentar fuertemente en el año 2002, ya que es la atención que presenta la tendencia mas preocupante, de ahí que los Equipos Técnicos responsables deberan buscar nuevas estrategias que permitan en el corto plazo revertir esta tendencia. En la actualidad se cuenta con una versión actualizada de las Guías de Detección y Atención en estas dos entidades, lo que puede ser un punto de partida para dar un nuevo impulso de sensibilización a los prestadores de servicios que los oriente en una mejor atención.

Las limitaciones en la atención de personas con enfermedades crónicas, parece mas preocupante a la luz de querer incentivar en el sistema la detección temprana de personas diabéticas e hipertensas, si no mejoramos la calidad de esta atención; ya que esto podría convertirse en un nuevo esfuerzo que probablemente no dara los frutos esperados.

Por otra parte, en el año 2001 se incorporaron dos indicadores como son: **Cobertura de niños menores de 28 días**, con el objeto de dar seguimiento mas preciso a la atención en este período que es crucial para una adecuada detección y atención oportuna en este grupo de edad y **Cobertura de adolescentes tamizados**, para lo cual se utiliza un instrumento para discriminar riesgo y orientar su atención según el grado de riesgo detectado.

Gráfico 3.2

Cobertura nacional total y con calidad de Niños menores de 28 días y adolescentes tamizados.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Los resultados que se muestran en el gráfico 3.2, indican que la cobertura de niños menores de 28 días es de 56%, es difícil calificar este dato ya que no tenemos historia de nivel nacional que nos permita contrastar y valorar si hemos avanzado, sin embargo, si relacionamos la cobertura de menores de un año que es de aproximadamente un 85%, es claro entender que al menos existe casi un 30% de niños que inician su control después de este periodo de edad tan importante, por lo que la meta al menos debería ser que todos los niños que se atiendan comiencen su control tempranamente. Al igual que la tendencia general vemos que en la aplicación de normas este grupo también tiene debilidades, llegando a tener una cobertura menor al 40%.

En relación a los adolescentes tamizados, se visualiza que es el indicador que desde su incorporación tiene la relación mas pareja entre cobertura total y con calidad, 37% de cobertura total y 36% de cobertura con calidad. Este porcentaje que podría verse como uno de los mas bajos en el concierto de coberturas, probablemente sea la mayor cobertura que se haya alcanzado en el país en este grupo de edad, ahora el reto es aumentarlo ya que en la actualidad se esta trabajando con población cautiva es decir adolescentes escolarizados, y solo el 60% estan escolarizados.

Captar a los no escolarizados es una tarea mucho mas difícil, pero muy necesaria ya que probablemente este sea el grupo de mayor riesgo. Sirva el comentario para ilustrar la importancia de la interrelación de las políticas sociales, el fomentar la permanencia de los adolescentes escolarizados en el sistema no solo les ofrece un mejor futuro en terminos laborales sino que tambien posibilita una atención en salud mas oportuna.

En síntesis, vemos que el año 2001 en general muestra un avance aunque sea leve tanto en las coberturas totales como en las con calidad, sin embargo persiste el desfase entre la cantidad de personas que se atienden y la cantidad a la que se atienden aplicando las normas, por lo que se deberá ser más innovador y agresivo tanto en el nivel central, regional y local para mejorar esta situación.

Un elemento final, necesario de destacar es que estas coberturas corresponden solo a la población atendida por los servicios de salud de la Caja y los contratados a terceros, pero no incluye la atención que se brinda en los modelos alternativos de la misma institución, como son Medicina Mixta y Medicina de Empresa y tampoco la atención privada. Es indispensable generar los mecanismos de coordinación que permita incorporar esta información y poder tener una mejor valoración de las coberturas de atención ya que esto se considera una ineficiencia de los sistemas de información que actualmente la institución desarrolla pues no se exigen ó utilizan los datos que generan estos dos subsistemas, y por ende no tenemos claridad de los niveles reales de cobertura de atención. Al igual que es imprescindible en este momento del proceso contar con un acercamiento del porcentaje de población que se atiende privadamente en forma exclusiva en diferentes tipo de atenciones, especialmente en lo relacionado con atención de niños, embarazadas, pacientes crónicos y toma de Papanicolau.

Solo de esta forma y contando con sistemas de información confiables, este gran esfuerzo institucional permitirá un mejor acercamiento a la prestación de servicios del primer nivel que se convierta en el insumo básico para reorientar los aspectos limitantes y dar un seguimiento adecuado a las atenciones definidas como prioritarias en el país.

El gran esfuerzo técnico y la enorme cantidad de recursos económicos destinados a atender esta apertura programática probablemente no tendrá el efecto esperado en la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades, en minimizar la aparición de complicaciones en las entidades crónicas, así como en mejorar la calidad de vida de estos grupos de edad; si no se logra equiparar las coberturas totales con las coberturas con calidad, o sea que a todos los ciudadanos que accedan a los servicios, estos sean brindados cumpliendo todos los criterios de atención técnica que plantea las respectivas normas de atención integral en salud.

3.2 Coberturas de nivel regional

El comportamiento de las Áreas de Salud según regiones, con respecto al Compromiso de Gestión, se puede representar en tres contenidos básicos: Coberturas de atención por programas, Gestión local, Promoción de la salud y Calidad.

Si se toman las coberturas como indicadores de resultados encontramos, que los programas del niño (atención integral al menor de un año), adolescentes y mujer (atención prenatal y Papanicolaou) alcanzaron un mayor avance en la mayoría de las regiones.

La Región Brunca, a mejorado la gestión interna en la calidad de la atención, pese a lo cual sigue presentándose como la región más postergada, esta



situación lleva a la siguiente interrogante ¿cuáles son los factores que están perpetuando esta condición?. Ahora bien, si estos resultados se relacionan con el cumplimiento del análisis de la situación de salud, la coherencia de este con el plan estratégico y el grado de avance de este último, como espacio aprovechable para determinar las limitaciones o debilidades de cada una de las Áreas de Salud, nos encontramos que esta región ocupa también la posición de menos cumplimiento.

A diferencia del caso anterior, la región Huetar Norte, según los resultados de la evaluación cumplió en su totalidad con los indicadores de gestión local, pero si se relaciona con el grado de accesibilidad y cobertura con calidad de los programas de atención integral, esta región presenta debilidades en el programa del niño (Captación Temprana, Atención Integral a niños entre 1 y 6 años), la mujer (prenatales y citologías) y adulto mayor (Diabetes mellitus)

Atención Prenatal, toma de citología vaginal, Diabetes Mellitus), que requieren de mayor mercado para aumentar la accesibilidad y además de los procesos de control interno para el cumplimiento de la calidad incluso comparándolo con el año anterior.

El caso de la región Huetar Atlántica es uno de los más llamativos, por haber aumentado, accesibilidad y calidad en la mayoría de las coberturas, hasta encontrarse entre las tres primeras regiones de mayor cumplimiento junto con las Regiones Central Sur y Pacífico Central. Los programas en donde aún tienen que esforzarse más son: Abordaje de Citologías Alteradas y Atención al Adulto Mayor, dos puntos críticos que en algún momento será conveniente para las Áreas de Salud de esta región retomar en su Análisis de Situación, indicador en el que tienen grandes debilidades y en el respectivo Plan Estratégico.

En las restantes regiones, se observa el esfuerzo por ir superando las coberturas, sobretodo en la atención con calidad, hecho que se evidencia en el un avance de las mismas con respecto al año anterior y comportándose de manera similar entre sí.

El trabajo que les espera a las regiones, debe estar encaminado cada vez más a delimitar sus debilidades o limitaciones, apoyados en la gestión interna y en la participación social, a esta última deben darle especial atención ya que solo dos regiones cumplen en la totalidad de sus áreas con la definición de problemas y necesidades con participación social. Con respecto al plan estratégico, solo una de las regiones (Huetar Norte) elabora el plan con participación social en la totalidad de sus Áreas, mientras que las regiones Central Sur y Chorotega son las que presentan menor porcentaje de participación social (62 % de sus Áreas de Salud). Lo que llama la atención, ya que la participación social se evalúa con solo que se presenten listados de los participantes de la comunidad con algún tipo de metodología en la priorización de necesidades, problemas y acciones de abordaje.

3.3 Coberturas por Programa

3.3.1 Programa de atención integral al niño (a)

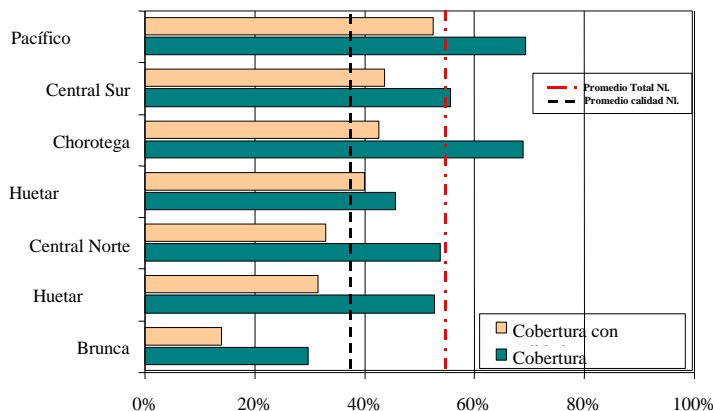
3.3.2 Cobertura de Captación temprana de niños (as) menores de 28 días

En este año se inició el cálculo de esta cobertura, para conocer el número de niños y niñas que acuden a los servicios e inician su control del crecimiento y desarrollo dentro de sus primeros 28 días de vida. Este control es sumamente importante dado que en él se pueden observar si ya se estableció una buena lactancia materna, realizar el tamizaje neonatal, controlar la aplicación de BCG además de realizar un examen físico completo y buscar signos neurológicos determinantes que nos aseguren un futuro buen desarrollo psicomotor.

Además el componente neonatal dentro de la tasa nacional de mortalidad infantil es alto (69% para el 2000), es por lo que en este periodo tendremos que incidir más en el conocimiento del grado de cumplimiento de los diferentes criterios de calidad dentro de esta cobertura, lo cual permitirá

Gráfico 3.3

Cobertura total y con calidad en niños menores de 28 día, según Región 200-2001



definir estrategias de intervención.

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cobertura total de niños menores de 28 días fue en el nivel nacional de 56%, lo que significa que más de la mitad de los niños y niñas en todo el país acuden a los servicios de salud que les brinda la Seguridad Social en sus primeros 28 días, traduciendo entonces de que existe ya cierta cultura de salud, pues tempranamente los padres y madres de familia acuden con sus hijos constituyendo esto una buena oportunidad de atención y de seguir trabajando el aumento en el tiempo este nivel de cobertura.

Las regiones que están por encima de este promedio nacional en coberturas totales son la Pacífico Central con un 70% y la Chorotega con un 69%, la Región que tuvo la cobertura menor fue la Brunca con un 30%.

De este 56 % de cobertura total se cumplió una cobertura con calidad de un 38%, lo que significa que a este porcentaje de niños se les realizó el cumplimiento de todos los siguientes criterios: verificación del tamizaje neonatal, valoración del desarrollo, del estado nutricional y del riesgo así como el cumplimiento de la vacunación respectiva.

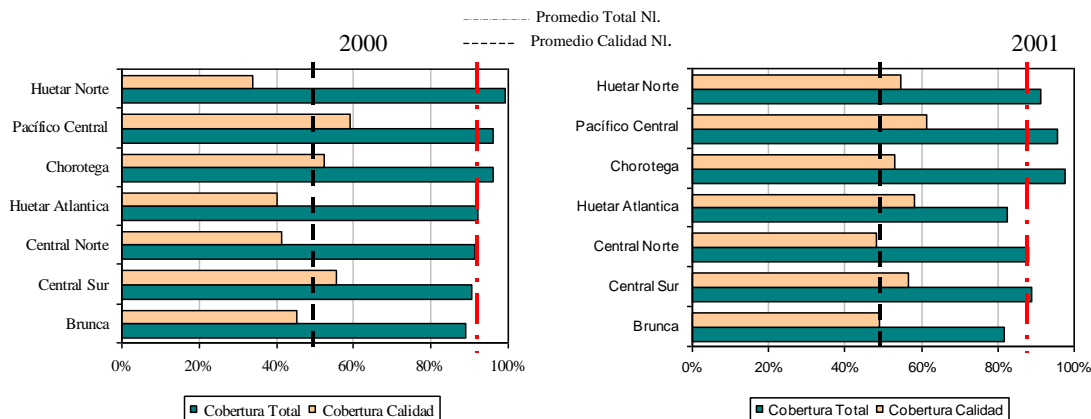
Las Regiones de Salud que se ubicaron por encima del promedio nacional en coberturas con calidad fueron la Pacífico Central, la Central Sur, la Chorotega y la Huetar Atlántica. Las que se encuentran por debajo del promedio nacional son la Central Norte, Huetar Norte y Brunca.

La Región que logró mayor cobertura con calidad es la Pacífico Central con un 53% y la que alcanzó el menor nivel fue la Brunca con 14 %.

En términos generales, todas las regiones cuentan con una cobertura total siempre mayor que la cobertura con calidad, lo que significa que debemos insistir en evitar duplicaciones del sistema de información y tener en cuenta la mayoría de los criterios técnicos que se tienen que cumplir en este grupo de edad de acuerdo a las normas de atención.

3.3.3 Programa de atención de niños (as) menores de 1 año

Gráfico 3. 4
Cobertura total y con calidad en la atención de niños menores de un año
según Región 2000-2001.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

En el año 2001 la cobertura total nacional en menores de una año fue de 90%, menor en 3 puntos porcentuales con respecto al 2000. Esto podría deberse a que se insistió mucho en el sobregistro presentado en ese año lo que motivó a insistir en evitar duplicaciones de los niños recién nacidos y sus respectivos números internos que se les asignan.

La mayoría de las regiones alcanza dicho promedio notándose casos extremos como la Chorotega, lo sobrepasa con un 97% y las regiones Brunca y Huetar Atlántica que están por debajo con un 81%.

Al referirnos a la cobertura con calidad notamos que se alcanzó un 53%, siete puntos porcentuales por encima del año 2000. Esto nos permite ver los esfuerzos realizados por las Áreas de Salud en el afán de brindar una atención con calidad a través del cumplimiento de los diversos criterios tales como la valoración del estado nutricional, del desarrollo psicomotor, del riesgo, concentración y la prescripción del hierro en forma preventiva señalados en las Normas Técnicas Nacionales de Atención Integral.

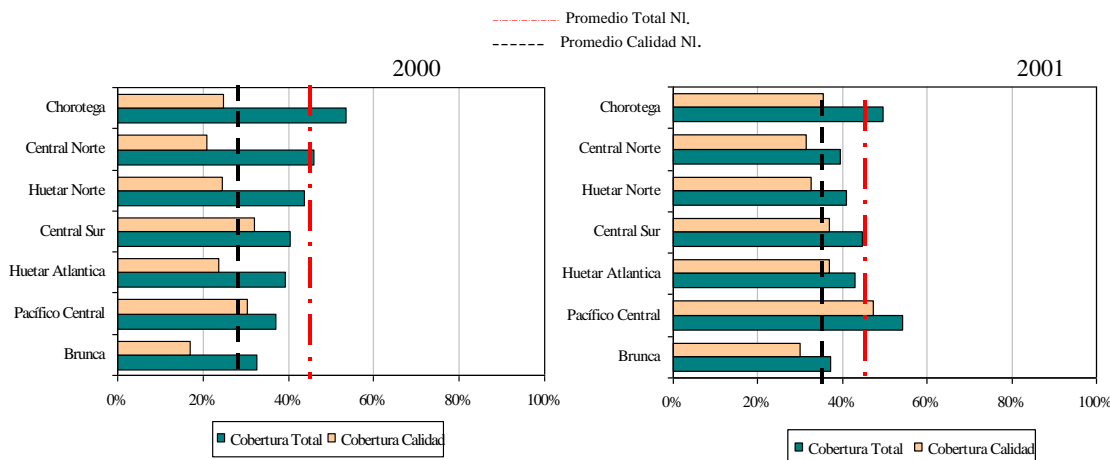
El comportamiento de las regiones fue el siguiente:

La Región Pacífico Central con un 61% seguida de la Región Huetar Atlántica con un 58%(encima del promedio nacional), la Región Brunca con un 49 % y la Central Norte con 48% (debajo del promedio nacional.) Cabe destacar que la Región Huetar Atlántica y la Región Huetar Norte avanzaron 15 puntos porcentuales sus respectivas coberturas con calidad, aumentos estadísticamente significativos, reconociéndoles este enorme esfuerzo que seguramente redundará en cambios positivos en la salud de sus poblaciones infantiles.

Los criterios técnicos en los cuales se aprecia mayor incumplimiento son la prescripción de hierro preventivo y la clasificación de riesgo.

3.3.4 Programa de atención de niños (as) de 1 a 6 años

Gráfico 3.5
Cobertura total y con calidad en la atención de niños de 1 a 6 años
según Región 2000- 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cobertura total Nacional de la población de niños menores de 7 años fue de 44% superior únicamente en un punto porcentual con respecto al año 2000. Cuando se observa el comportamiento de la Cobertura con calidad obtenida en el año 2001 notamos que fue de 35%, superior en 10 puntos porcentuales a la alcanzada en el 2000, lo que nos permite visualizar que al igual que en los menores de un año, el personal de salud de las diversas Áreas de Salud han desarrollado y logrado mayor cumplimiento de los criterios técnicos señalados en las Normas de Atención y además se ha fortalecido los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este grupo de edad, que se encuentra en una etapa de su desarrollo tan importante como es la época preescolar.

Al analizar este dato en el Nivel regional, apreciamos que la Región Pacífico Central obtuvo un 47%, la Región Central Sur y Huetar Atlántica un 37%, ubicándose por encima del promedio nacional siendo estos incrementos de un año a otro significativos desde el punto de vista estadístico, la Choroteга en el promedio también con un cambio significativo y las demás se encuentran por debajo del promedio siendo la de más baja cobertura la Región Brunca con un 30%.

Dadas las bajas coberturas en este grupo de edad y la indiscutible importancia y trascendencia del crecimiento y desarrollo en la primera infancia, principalmente en los tres primeros años de vida, lo cual se relaciona con que en estos años se completa en una buena medida del sistema nervioso central de la persona y que las alteraciones en el crecimiento y desarrollo desatendidas y atendidas de forma desfragmentada o discontinua pueden generar problemas irreversibles como deserción

escolar, retardo mental, trastornos de personalidad, y se propensa la delincuencia, violencia, la transmisión intergeneracional de la pobreza por lo que es claro que es más costo efectivo estas actividades en esas edades y no en etapas posteriores como la edad escolar o adolescencia

▪

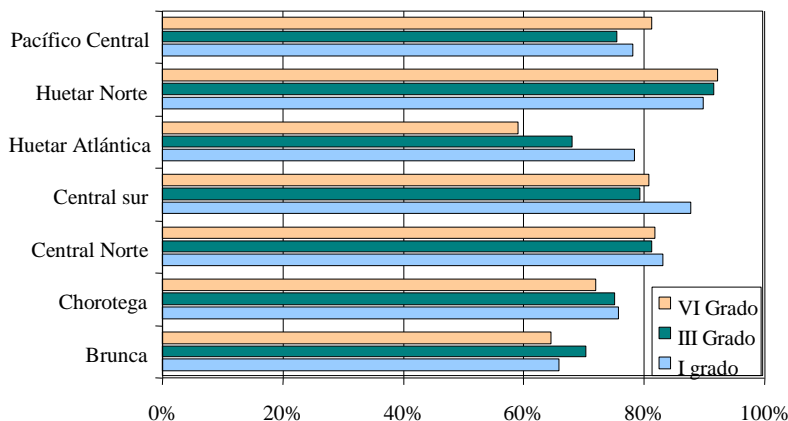
▪ **3.3.5 Programa de atención escenario escolar**

Se considera esta actividad de mucha importancia ya que genera una serie de beneficios para la población escolar pues parte de ella no visita los servicios brindados por el sistema de salud.

Para efectuar dicha atención existe coordinación entre el personal de salud y el de educación, propiciando la visita del personal del E.B.A.I.S. a las escuelas. Entre las actividades que se realizan están: valoración de agudeza visual y auditiva, estado nutricional, revisión del esquema de vacunas, además del chequeo médico completo. Aquellos que presentan alguna alteración de su estado de salud son referidos al E.B.A.I.S correspondiente y se les da su respectivo manejo. A nivel nacional la cobertura se ha superado poco a poco y para el año 2001 alcanzó un porcentaje del 78.8 %, a nivel regional todas superan el 65% destacándose la región Huetar Norte, Central Norte y Central Sur por realizar un gran esfuerzo y lograr coberturas mayores del 80%, la valoración obtenida entre el I-III-VI grado es muy similar en porcentaje logrado por cada región. En escolares se habla solo de cobertura total, ó sea el cumplimiento de las atenciones mencionadas y no se determina la calidad con que dichas actividades se realizan, lo que se evaluará posteriormente.

Gráfico 3.6

Cobertura inicial de niños (as) por grado escolar según Región 2001.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

▪ **3.3.6 Vacunación**

Las coberturas nacionales de vacunación medida a partir del cumplimiento de 3eras dosis en cada una de las Áreas de Salud nos muestra que para DPT se alcanzó un 90 %, para Polio 92%, para Hepatitis B 90%, Haemophilus Inf. 90% y para SRP un 91%.

Esto significa que el país mantiene coberturas útiles de vacunación en el nivel nacional y se tendría realmente que identificar los distritos y cantones donde existan coberturas inferiores para desarrollar estrategias particulares, como las jornadas de vacunación casa a casa, puestos de vacunación estratégicos etc.

Es de hacer notar que en comparación con el año, 2000 los niveles de cobertura descendieron unos puntos porcentuales aunque siempre manteniéndose en coberturas útiles, como mencionamos en el párrafo anterior; a excepción de la Polio que aumentó de 83% a 92 % en el 2001.

Al cotejar los niveles de cobertura de vacunación obtenidos en nuestra evaluación con los del Programa Ampliado de Inmunizaciones el cual se lleva en conjunto con el Ministerio de Salud encontramos los siguientes resultados:

....1.1.1.1 Vacuna Evaluación C.G. 2001 PAI-
CCSS_MS

	<i>Evaluación C.G. 2001</i>	<i>PAI-</i>
III DPT	90.43	90.72
III POLIO	92.18	92.28
HEPATITIS B	89.68	80.12
HEMOPHILLUS INF.	89.83	89.06
SRP	91.45	85.06

Lo que nos permite verificar que los valores obtenidos en nuestra evaluación tienen una alta consistencia con los del PAI interinstitucional, a excepción de los niveles obtenidos en Hepatitis B en la cual hubo un cambio del esquema de vacunación durante este año y en la cobertura de Sarampión Rubéola y Paperas en las que nosotros restamos las defunciones habidas durante el año. Es de hacer notar que este sistema es alimentado manualmente pues los esfuerzos institucionales no han podido concretar un sistema automatizado.

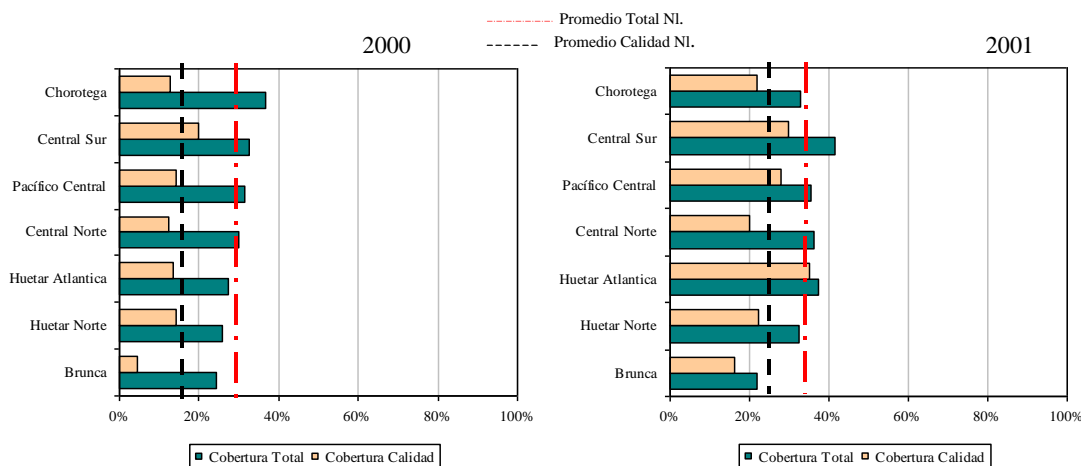
3.3.7 Programa de atención integral a los adolescentes

En los últimos años y con el advenimiento del nuevo modelo de atención en salud se ha variado el comportamiento y la prestación de los servicios de salud en la atención al adolescente, haciéndose más accesible y por ende con mayor demanda por este grupo poblacional. Podemos observar en el gráfico 3.7 que la población adolescente que asistió a los servicios de salud para el año 2000 se les brindó una cobertura con calidad de 12.3%, mientras que para el año 2001 dicha cobertura con calidad se duplicó al 24 %, esta cifra es un resultado satisfactorio ya que nos indica que las Áreas de Salud han podido poco a poco llegar con metodologías alternativas y otras estrategias a fortalecer la atención integral, a esta población de difícil acceso según su comportamiento histórico.

Entre los criterios de calidad que presentaron mayor dificultad en su cumplimiento en este programa fue el cálculo del IMC y su respectiva interpretación, además de la valoración del riesgo y el establecimiento de un plan de seguimiento que sea acorde con los factores identificados como de

riesgo. Esto es esencial ya que nos indica que estrategias plantea y que posibles soluciones se han de brindar a este grupo tan importante para la sociedad y el sector salud.

Gráfico 3.7
Cobertura total y con calidad en la atención de adolescentes según Región 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

3.3.8 Programa de atención integral a la mujer

3.3.9 Atención prenatal

La atención integral a la mujer ha sido un programa prioritario a través de los años en nuestro sistema de seguridad social, por esto se han fortalecido mucho todas las acciones para la atención integral, a la mujer destacando la atención prenatal como uno de los pilares de mayor impacto positivo sobre la salud materno infantil, por lo anterior la tendencia de promover una mejora en los canales de comunicación, accesibilidad del servicio, cobertura en la atención y calidad de la misma, se ha logrado al pasar de los años con la implementación de algunas políticas institucionales, y la participación responsable del personal de salud y el cliente externo.

La cobertura total en el nivel nacional de la atención prenatal para el año 2001 fue de 83% lo que representa cinco puntos porcentuales menos que el año 2000. esta situación puede obedecer a la depuración en los registros y detección de controles prenatales iniciados en el 2000, los cuales ya fueron parte de la muestra de ese año.

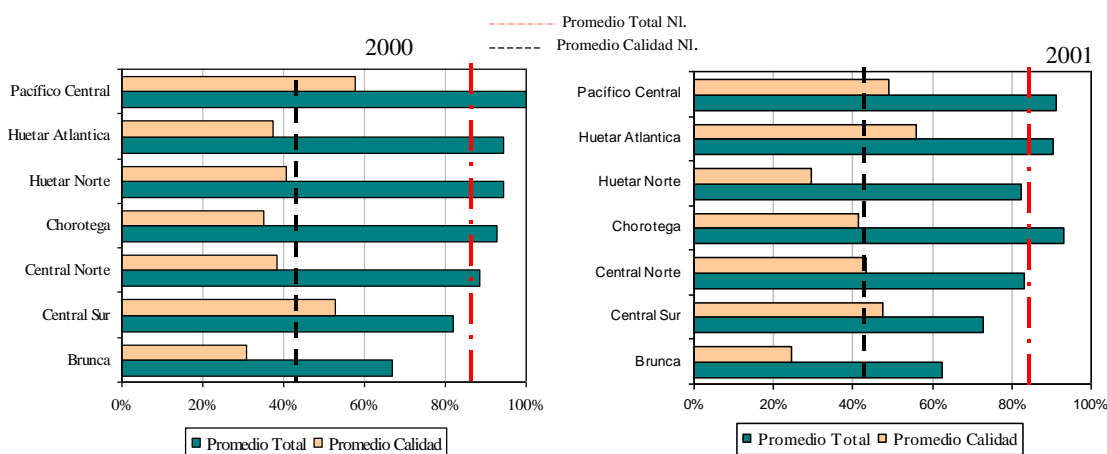
La cobertura con calidad en el nivel nacional fue de 43%, esta se encuentra un punto porcentual por arriba del 2000. Lo que nos habla del avance en el cumplimiento de los criterios de calidad que se exigen en la norma de atención y probablemente esto se refleje posteriormente de manera positiva en la morbilidad y mortalidad materna infantil.

Según el gráfico 3.8, 5 de 7 regiones elevan la cobertura con calidad con relación al año 2000, destacando la Huetar Atlántica con el único incremento estadísticamente significativo. El desconocimiento del cliente interno y externo de las actividades a realizar prenatal, hace que no se cumplan ciertos criterios de calidad como captación temprana (que asista antes de las 13 semanas) y la concentración de consultas.

La región Huetar Atlántica es la que muestra mayor nivel de cobertura con calidad con un 56%, luego la Pacífico Central con un 49% y la Central Sur con un 47%, estando esta por encima del promedio. La Central Norte en el promedio y las que se encuentran por debajo del promedio son la Chorotega 41%, Huetar Norte 30% y por último la Brunca con 25%

En la presente evaluación se pudo evidenciar la persistencia de problemas en el registro de casos sobre posibles duplicaciones esto generado por el sistema de información actual el cual no brinda las salidas acordes a las necesidades requeridas.

Gráfico 3.8
Cobertura total y con calidad en la atención prenatal según Región 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud



3.3.10 Citologías vaginales

La detección del cáncer cérvico uterino ha sido una prioridad en los últimos años por su elevado impacto social y económico en la población, es por esto que se han implementado estrategias para mejorar los niveles de cobertura y procurar el cumplimiento de los criterios de calidad para su abordaje ya que se debe de tener presente que un elevado porcentaje de los casos con un tratamiento y control adecuado disminuiría considerablemente la morbi-mortalidad de esta patología.

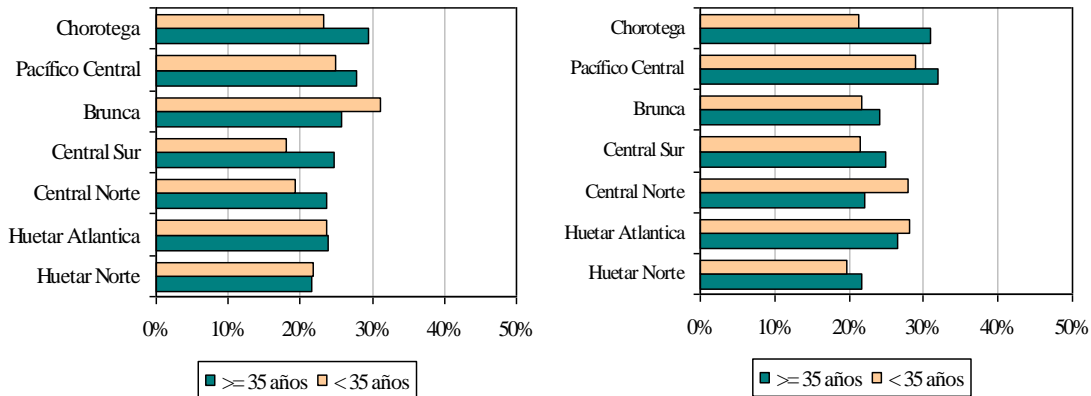
La toma de PAP para el año 2000 en el grupo poblacional de mujeres menores de 35 años correspondió al 22.% y para el año 2001 un 24% elevándose ligeramente en este grupo. En las mujeres mayores de 35 para el año 2000 y 2001 su comportamiento se ha mantenido alrededor del 25%, lo cual es preocupante ya que se han realizados esfuerzos considerables para poder elevar las coberturas. Hay que tener en cuenta que la norma técnica referente a la toma de citología en la mujer sana es cada 2 años, por lo que se negocia un máximo de 50% de cobertura.

Durante el año 2001 se realizaron un total de 216.614 citologías reportadas por las áreas de salud representando un 52% para mayores de 35 años y el restante 48% para menores de 35 años. Del total de citologías efectuadas solo el 2.5 % presentaron alguna alteración mayor o igual que displasia leve la cual requirió su envío a colposcopia o especialidad respectiva.

Según datos enviados por el laboratorio nacional de citologías se realizaron 277.577 tomas de Pap siendo mayor que el reporte de las áreas ya que se contempla la producción de hospitales, de este total el 3.45% se reportan alteradas, clasificándose de la siguiente manera; lesión bajo grado 82.7% moderado 22.8%, severa 4.5%, carcinoma in situ en un 2.7% y carcinoma invasor un 1.5%.

Gráfico 3.9

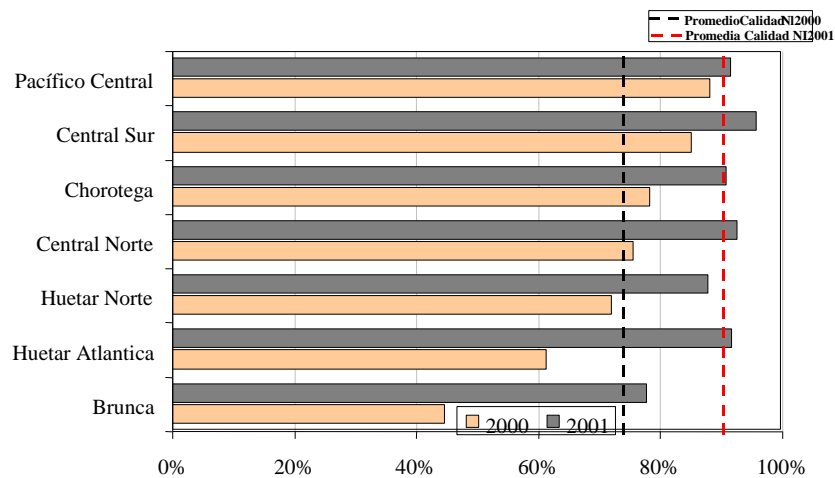
Cobertura de toma de citología vaginal en mujeres mayores y menores de 35



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

En lo referente a la calidad para el año 2000, se le proporcionó un manejo adecuado al 75.8% de los casos que lo ameritaron y para el 2001 el porcentaje de calidad es de 93% representando un significativo aumento del 17% , sinónimo del esfuerzo y atención que se le presta a este programa. A pesar de esto no hay que perder de vista que continuamos con un porcentaje de cobertura bajo ya que no llegamos al 50% esperable en un año. Aún así siempre es necesario hacer un alto en el camino e identificar los factores que influyen en esta cobertura y así replantear estrategias para elevar la captación, sin perder de vista la información de las citologías que son realizadas a través de medicina de empresa, medicina mixta y consulta privada y que no están consideradas en esta cobertura.

Gráfico 3.10
Porcentaje de las citologías vaginales alteradas con abordaje oportuno 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud



3.3.11 Programa de atención integral del adulto

Dos entidades crónicas de importante prevalencia y que se constituyen en patologías asociadas a las principales causas de morbimortalidad del país lo constituyen la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus, las cuales tienen gran impacto socio económico a nivel nacional.

La Hipertensión arterial continúa siendo un factor de riesgo mayor para enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, e insuficiencia cardíaca, las dos primeras significan las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes. Se describe "como uno de los más importantes factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular por lo que se deduce que a través de su intervención es posible impactar en la mortalidad por esta enfermedad¹". Con respecto a la diabetes mellitus quienes la padecen tienen una mortalidad de dos o cuatro veces mayor que las personas no diabéticas y son bien conocidas las secuelas si no se mantiene un adecuado control. Por esto en este grupo de edad, el compromiso de gestión enfatiza en la identificación y control de personas tanto hipertensas como diabéticas y orienta a los equipos de salud a mejorar coberturas en la atención de los pacientes hipertensos y diabéticos.

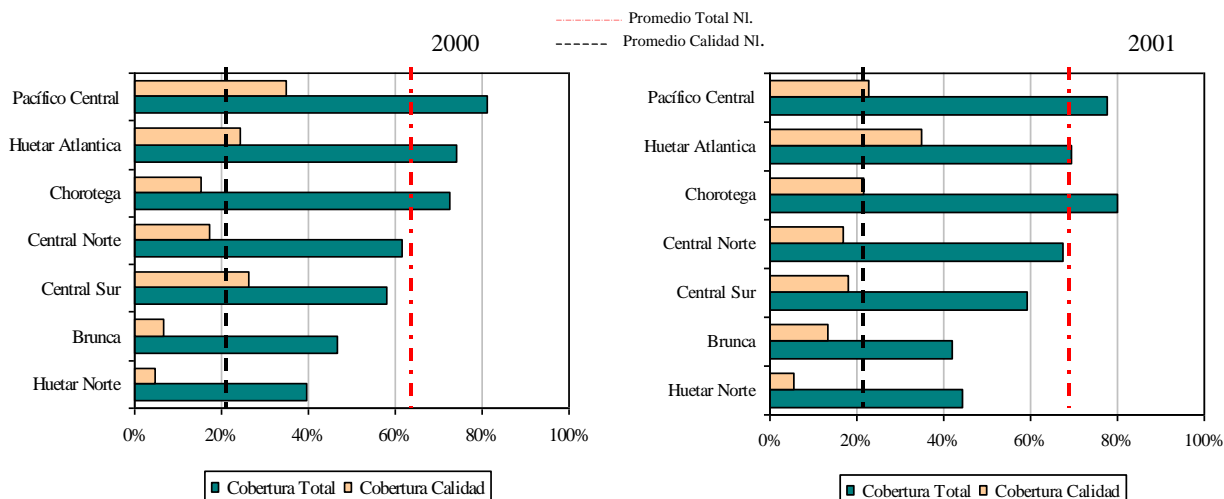
3.3.12 Programa de atención del paciente diabético

La cobertura nacional lograda en el año 2000 fue de 63% y para el año 2001 de 65%. Con respecto a la cobertura con calidad fue de 19.3% y 18.8% respectivamente, ambas coberturas como se observa, muy similares para los dos años. Para la cobertura con calidad estaba la expectativa de que fuera a superarse de manera significativa.

A nivel Regional se obtienen coberturas con calidad para el año 2001 que van de un 5.6% (Región Huetar Norte) a un 34.8% (Región Huetar Atlántica) rango que no difiere mucho con respecto al año anterior. En realidad no destaca ninguna Región en presentar un porcentaje significativo de cobertura con calidad ni aumento de esta en comparación con el año anterior. Esto a pesar del gran esfuerzo realizado en mejorar estas coberturas.

Gráfico 3.11
Cobertura total y con calidad de la atención del adulto diabético según
Región 2000-2001.

¹ CCSS, Gerencia de Modernización, PASP 2001-2006 pág. 97



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

El porcentaje del cumplimiento de criterios de calidad en la atención es bajo, incluso menor con respecto al año anterior, lo que representa que un significativo número de pacientes atendidos se les brinda la atención con calidad incompleta. Esta situación puede tener como consecuencia el que se presenten con mayor frecuencia complicaciones y por lo tanto no se mejore la calidad de vida de los pacientes diabéticos, no se incida en forma adecuada en la mortalidad de la enfermedad, redundando todo por lógica en mayores costos de atención, sin impacto en los indicadores mencionados.

Entre los criterios que limitan el cumplimiento de la calidad se encuentra la falta anotación del estado nutricional o la interpretación del Índice de Masa Corporal (IMC). Es imperativo que se cumpla, con la finalidad de identificar y dar seguimiento adecuado al estado nutricional en estos

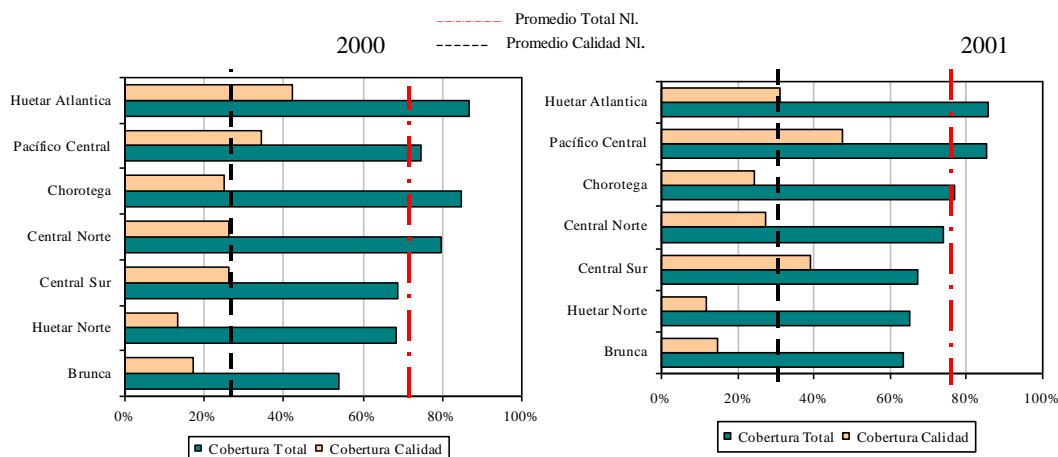
pacientes, así como el desarrollo del trabajo intersectorial para la promoción de una alimentación adecuada, ejercicio físico constante, deporte y salud mental, así como factores que están muy relacionado con la evolución de la enfermedad y aparición de complicaciones.

Otro criterio limitante es la falta de indicación de temas de educación, la cual en pacientes diabéticos es en general, visualizado como efectivo y económico, en la prevención de las complicaciones de la enfermedad. Un paciente informado y motivado es esencial en el manejo de la enfermedad y la reducción del riesgo de las complicaciones

3.3.13 Programa de atención del paciente hipertensos

La cobertura de pacientes hipertensos es de las más altas en el ámbito nacional, 75.5% para el año 2001 con discreto aumento de 1.5% con respecto al año 2000, cobertura que se ve disminuida al obtener el dato de cobertura con calidad, la cual es de 26.3%, menor (en 3.6%) con referencia a la cobertura con calidad obtenida en el año 2000.

Gráfico 3.12
Cobertura total y con calidad de la atención del adulto hipertenso según Región 2000-2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

A nivel de Regiones la cobertura con calidad no se desvía significativamente en ninguna de ellas, de manera positiva con relación a promedio nacional.

La Región Atlántica es la que logró la mayor cobertura total con un 86,7 y mayor cobertura con calidad, 42 % y prácticamente la única que presentó en esta cobertura un aumento de un 11%, al comparar año 2000 con el 2001

La Región Central Sur es la que presenta un mayor descenso en la cobertura siendo un 13%. En este programa de atención también se observa que el porcentaje en el cumplimiento de criterios de calidad en la atención es bajo y menor con respecto al año anterior, lo que representa entonces que un significativo número de pacientes atendidos no se les brinda la atención con calidad completa.

Esto redundará en posibles consecuencias para el usuario y el que se presenten con mayor frecuencia complicaciones y por lo tanto no se mejore la calidad de vida del paciente hipertenso y que no se incida en forma adecuada en la mortalidad natural de la enfermedad, hay que reiterar que la Hipertensión arterial continúa siendo un factor de riesgo mayor para enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, e insuficiencia cardiaca, las dos primeras significan las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes. Entonces redundará todo por lógica en mayores costos de atención.

Como en el caso de los diabéticos la falta de capacitación en el abordaje de ciertos criterios pareciera ser uno de los factores que más incide en estos resultados.

En el caso de la atención del usuario hipertenso aparecen como criterios que limitan mayormente la cobertura con calidad: la determinación del estado nutricional y la valoración de riesgo, ambos por demás muy importantes ya que esta entidad afecta principalmente a grupos de población tales como hombres, mujeres posmenopáusicas, personas de raza, personas con historia familiar de cardiopatía, las mujeres menores de 65 años, consumidores excesivos de sal, consumidores excesivos de proteínas, personas con sobre peso, sedentarias, diabéticas, dislipidémicas, alcohólicas, tabaquistas,

embarazadas. Se reitera la necesidad de desarrollar procesos de capacitación que permitan al equipo de salud mejorar sus capacidades para abordar estos criterios y así alcanzar un adecuado control de los pacientes hipertensos.

3.3.14 Tamizaje de Hipertensión Arterial

La Hipertensión arterial es una de las causas más frecuentes de consulta de morbilidad. Es importante determinar por qué es así, determinar si es debido a controles periódicos, a descompensación o aumento de incidencia.

El primer nivel de atención debe de realizar el tamizaje y la detección oportuna de la enfermedad o de los factores de riesgo para la enfermedad. Es el primer nivel donde detectada la enfermedad se debe priorizar su tratamiento. El tamizaje periódico está indicado en todas las personas mayores de 20 años¹ ya que la Hipertensión arterial es fácilmente detectable en forma temprana, y sobre la cual se puede intervenir lo que facilitaría la prevención y su control. Es una entidad susceptible de prevención fomentando cambios en hábitos alimentarios y de ejercicio, así como el control de hábitos de fumado y manejo del estrés.

En todas las consultas médicas que se brindan se pretende que prácticamente todos los usuarios mayores de 20 años se les tome la presión arterial. Se obtiene el dato de que a nivel nacional el 98.6% de los pacientes mayores de 20 años que asisten a los servicios de salud, se les toma la presión arterial de rutina para la posible detección y seguimiento.

3.3.15 Programa de atención integral al adulto mayor

3.3.16 Tamizaje del adulto mayor de riesgo

Cada vez más se destaca la importancia de trabajar de cerca con este grupo etario dada su enorme importancia debido a la magnitud de su crecimiento dentro de la pirámide poblacional y al tipo de problemática que presenta. En este sentido se han venido haciendo esfuerzos para identificar y priorizar a los adultos mayores con algún tipo de riesgo para planificar su abordaje y seguimiento.

Este plan viene desarrollándose desde 1999 tratando de alcanzar con el tamizaje a todos los adultos mayores en un plazo de 4 años, tamizando al 25% de esta población en cada año y a los que se clasifiquen de alto riesgo. La atención con calidad se basa en la elaboración e implementación de planes de seguimiento.

Es así como durante el año 2001 se logró una cobertura total de tamizaje en el nivel nacional de un 47% de adultos mayores, porcentaje que se va acumulando a lo logrado durante 1999 y 2000 (gráfico 3.15).

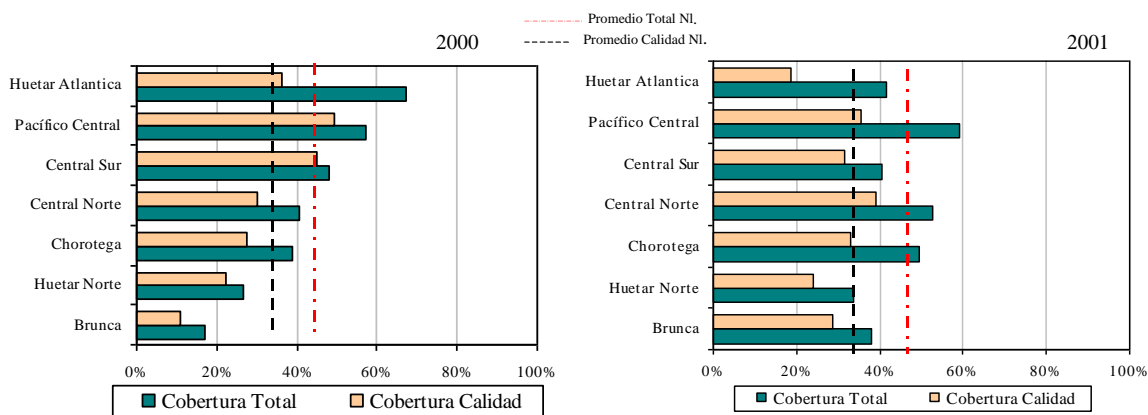
De este porcentaje se logró un 33% de cobertura con calidad, mediante el cumplimiento de la aplicación del Instrumento de detección y clasificación de riesgo en la comunidad y su respectivo Plan de Seguimiento según el tipo de riesgo identificado.

¹ CCSS, Gerencia de Modernización, PASP 2001-2006 pág 97

Las Regiones de Salud que avanzaron más en este año en cobertura total, fueron la Región Pacífico Central, la Central Norte y la Chorotega. La que menos avanzó fue la Huetar Norte.

Al respecto de la cobertura con calidad la Central Norte resulto la que obtuvo un mayor porcentaje.

Gráfico 3.15
Cobertura total y con calidad de la atención al adulto mayor según Región 2000- 2001

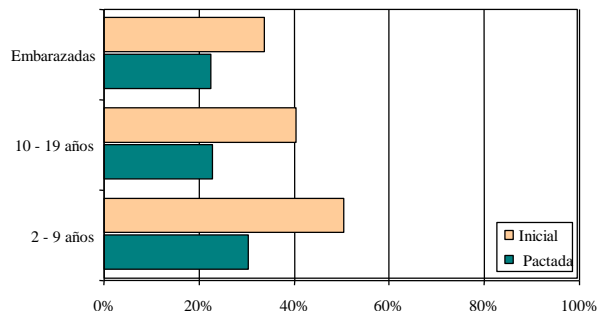


Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

3.3.17 Valoración del estado bucodental

Con el objetivo de determinar el estado de la condición bucodental de la población atendida por los servicios odontológicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, se identificarán acciones específicas y puntuales tales como: la valoración del estado de las piezas bucales 85 o 46, el grado de alteración de los planos cráneo faciales y el estado periodontal. Acciones que son pactadas con las diferentes Áreas de Salud y basadas en los reportes de valoración epidemiológica que llevan a cabo los odontólogos de las respectivas áreas. Se trata de estimular el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Odontología. Los porcentajes obtenidos en cobertura de atención preventiva a nivel nacional son el grupo 2-9 es de un 50.9%, en el grupo de 10-19 años es 40.8% y en el de embarazadas un 34% mostrando en términos generales el interés y empeño en fortalecer las acciones de tipo preventivo en la salud oral, como parte de la atención integral en salud.

Gráfico 3.14
Cobertura inicial y pactada para el programa de odontología según población grupo etario 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

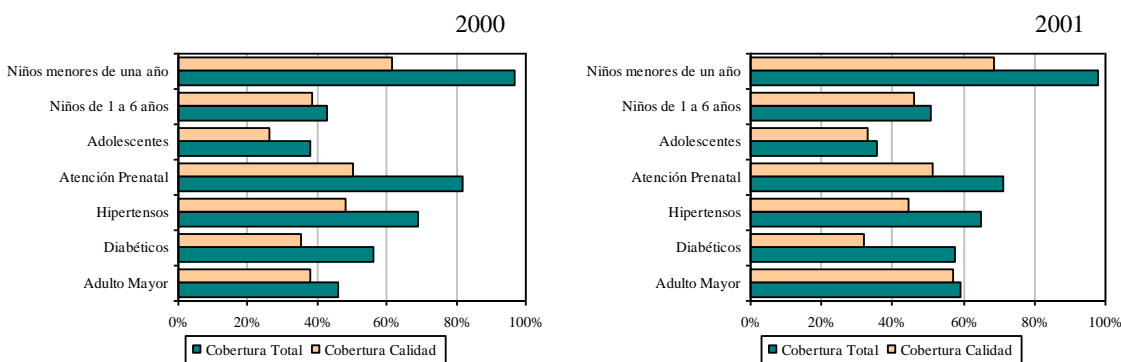
3.4 Comportamiento de las entidades de Compra Externa de Servicios de Atención Integral en Salud

Dado que la institución cuenta con Áreas de Salud que son gestionadas por entidades externas, se ha considerado pertinente mantener este análisis desagregado para estas entidades y así conocer su evolución en el tiempo, con relación a coberturas. Las áreas bajo esta modalidad siguen siendo casi las mismas del año 2000, a saber, Curridabat, Barva, Santa Ana, Pavas, San Pablo y Tibás, incorporándose en el 2001 San Pedro de Montes de Oca.

Los datos del año 2001 muestran que en las coberturas totales por programa existe una disminución en 4 de ellas) en relación al 2000, (En atención a adolescentes, prenatal, hipertensos y adulto mayor). Habría que excluir la del adulto mayor ya que como se ha venido indicando es acumulativa en cuatro años por lo que la de un año no se puede valorar en estos términos. La disminución más importante (10%) se ve en atención prenatal, situación que en este caso es menos probable que se deba a una limpieza de registros ya que estas entidades siempre han usado otros sistemas de información que han permitido eliminar los duplicados con mayor facilidad, sin embargo la mayor acuciosidad en este año en la revisión de estos registros puede tener también influencia.

Con respecto a las coberturas con calidad la mayor parte de los programas aumento los porcentajes de esta cobertura si comparamos el 2000 con el 2001, a excepción del programa de diabéticos que disminuyó en un 3% y de hipertensos en un 4%.

Gráfico 3.16
 Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención
 brindadas por entidades de compra externa(Cooperativas y UCR). 2000 y 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Por otra parte, se puede observar que se mantiene la tendencia en estas entidades de alcanzar coberturas muy parecidas a las nacionales, al igual que en el 2000, sin embargo preocupa que en programas como hipertensos y atención prenatal, la diferencia negativa con respecto al promedio nacional es un 3% mayor que en el 2000, lo que es comprensible dada la disminución de coberturas en estos dos programas, como se indicó anteriormente. Con respecto a la calidad también se mantiene la tendencia de mayor cumplimiento de las normas de atención en relación al promedio nacional, casi en proporciones iguales que el 2000, solo el programa de adolescentes disminuyó esta diferencia positiva en un 4%, debido probablemente a que el promedio nacional aumentó en este programa, en cambio esta cobertura tuvo una disminución en el 2001.

Desde otro ángulo si uno compara las coberturas totales y con calidad en cada año, se puede observar que del total de personas atendidas, en el 2001 aumenta la proporción que se atiende cumpliendo con todos los criterios de calidad en casi todos los programas, a excepción de los pacientes crónicos (diabéticos e hipertensos) que disminuye esta relación en un 3%.

En términos generales podemos decir que las áreas gestionadas por entidades externas mantienen el status quo, con una preocupante disminución de coberturas en algunos programas, y un descenso en la relación positiva de cobertura total y con calidad en el programa de atención de crónicos.



El reto de estas áreas al igual que las institucionales, es mejorar coberturas de adolescentes y de niños de 1 a 6 años y recuperar lo perdido en prenatales y en crónicos y aunque en menor medida seguir mejorando la calidad de atención teniendo como meta que el 100% de las personas atendidas deben cumplir con los criterios de calidad definidos.

- .
- .
- .

3.5 Gestión Local

Las necesidades y problemas en salud no pueden determinarse en el vacío, pues lo idóneo es que contemplen los valores y principios de la sociedad respecto de la salud. Es por lo antes planteado que el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la elaboración del Plan Estratégico, que a partir del año 2001 tienen vigencia trianual, se deben realizar con participación social.

Además, es indudable la importancia de la información en la gestión de cualquier organización, especialmente, para la toma de decisiones. Este hecho se hace más relevante cuando nos referimos a organizaciones que prestan servicios de salud en donde las decisiones que se tomen tienen gran incidencia en la calidad de vida de las personas. Por lo tanto el sistema de información en el primer nivel de atención, es la puerta de entrada al sistema de salud costarricense, lo que le convierte en un paso trascendental, ya que es la fuente primaria de datos de las prestaciones que se brindan a más de la mitad de la población costarricense, lo que es indispensable como retroalimentación del quehacer institucional: 1- Evaluación de las metas propuestas 2-Redefinición de políticas de salud.

Es conocido, que los sistemas de información constituyen un pilar importantísimo en todas las organizaciones de salud, al permitir tomar decisiones, que afectan la salud de las personas en un entorno de recursos limitados posibilitando que estos se usen con mayor eficiencia y calidad. Al disponer de información de calidad para la toma de decisiones ésta pasa de ser un mero soporte de las actividades que se realizan para convertirse en un recurso estratégico.

Lo anterior, avala el porque en el marco de la Readecuación del Modelo de Atención en el Primer Nivel es necesario trabajar en definir un sistema de información que se ajuste al enfoque de atención integral, camino definido por el país para abordar los problemas de salud.

La magnitud de los datos a manejar indicaba la imperiosa necesidad de que este sistema fuese automatizado, y en esa dirección se trabajó fuertemente. Probablemente se subestimó la magnitud del trabajo a realizar y los recursos que se destinaron a su desarrollo fueron insuficientes aunado a un débil apoyo técnico en sus inicios ya que el sistema requería definiciones muy precisas que hoy tenemos mas claras pero que en ese momento, no lo eran tanto, incluso el hecho tan elemental de comprar computadoras para las áreas de salud parecía un gasto poco necesario.

- .
 - .
 - .
- #### 3.5.1 Análisis situacional de salud

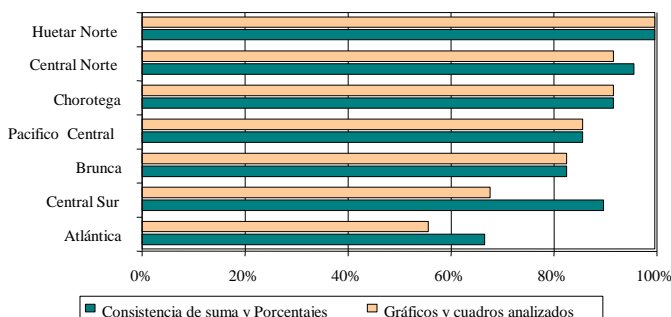
La evaluación del año 2011, revela un 85% de elaboración del ASIS en el nivel nacional, lo que representa un incremento de dos puntos porcentuales con respecto al año anterior. Pero si profundizamos en el mismo encontramos que en cinco de las regiones, algunas Áreas de Salud presentaron el ASIS sin haber completado el análisis de las dimensiones (Biológica, Económica, Ecológica, Conciencia y conducta), misma actividad que pretende la identificación de necesidades, problemas y factores condicionantes, con el propósito de identificar acciones puntuales sobre lo

evidenciado para cada Área de Salud. Llama la atención que solo dos de ellas, realiza análisis en todas sus áreas y definen necesidades y problemas con participación social además de tener identificados grupos organizados.

Exceptuando a la región Huetar Atlántica que identificando grupos organizados en todas las sus Áreas de Salud, solo alcanza a definir en un 75% sus necesidades y problemas con participación social.

En cuanto a la consistencia de los datos y análisis, encontramos que todas las Áreas de Salud de la región Huetar Norte cumplen con estos criterios, mientras que la región Huetar Atlántica es la que presenta menos consistencia, como se muestra en el siguiente cuadro.

Gráfico N 3.17
Información confiable y consistente. ASIS 2001



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La violencia Intrafamiliar es un fenómeno que cada vez se evidencia con mayor frecuencia en la sociedad costarricense, para lo cual ha habido un esfuerzo en el nivel nacional en habilitar instancias donde los ciudadanos además de denunciar la agresión también reciban atención, como son el Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Nacional de la Mujer, la Defensoría de los Habitantes, la línea 800-300-3000 y la Caja Costarricense del Seguro Social a través tanto del Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar (PAIVIF) como de la creación de la norma de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar.

¹ Se excluyen las Áreas de Salud que iniciaron ASIS trianual en el 2000 o que justifiquen el no cumplimiento del indicador



Los resultados de la evaluación revelan un alto grado de cumplimiento de los criterios de este indicador (registro de casos, determinación de factores condicionantes e intervenciones) ya que van desde el 100% (Huetar Norte) hasta un 80% (Chorotega)de cumplimiento.

Ahora bien, el criterio d mayor cumplimiento es el registro de casos y el que menos se cumple, es la intervención de los casos; en este último hay que tomar en cuenta la reciente elaboración de la normativa para el abordaje de estos casos, de los cuales su dinámica es altamente compleja y trasciende los servicios de salud, por lo que hay que ir construyendo una plataforma de mano con la comunidad para visualizar las intervenciones de forma integral.

.

3.5.2 Morbilidad por causas principales

Las variaciones en causas de consulta de morbilidad entre un año y otro son pocas, lo que se observa es que algunas patologías cambian de posición según la frecuencia en que se presentan, no mayor a las primeras diez causas. En todos los programas al igual que el año anterior las infecciones de las vías respiratorias ocupan los dos primeros lugares en orden de frecuencia.

Las Áreas de Salud mostraron un avance significativo en el análisis de factores determinantes y estrategias de medidas tendientes a mejorar el perfil de las causas de morbilidad en todos los programas, hasta superar en promedio 17 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

En el programa del niño, se presentan las mismas causas de morbilidad y en el mismo orden de frecuencia que el año anterior, excepto la parasitosis que para el año 2001 ocupa el sexto lugar, siendo remplazada en frecuencia por las infecciones de oído, lo que sería valioso en el tanto las unidades estén invirtiendo esfuerzos en abordar esta enfermedad, cuyo abordaje como se menciona en el informe anterior requieren de acciones de promoción de la salud. Es valioso rescatar que las Áreas de Salud han mejorado sus esfuerzos en el análisis de factores determinantes y la implementación de estrategias de por lo menos una de las causas más frecuentes de consulta de morbilidad en este grupo.

En el programa de adolescentes el comportamiento de las causas de morbilidad también es muy similar al del año anterior. La cefalea llamó la atención el año anterior por encontrarse entre las cinco primeras causas y ser objeto de mayor investigación presentó el mismo fenómeno que la parasitosis en niños o sea que disminuyó una posición según la frecuencia presentada durante este año.

El programa de la mujer persiste parecido al año 2000, llama la atención que la hipertensión arterial se presenta en este año como primera causa de consulta, de la cual hay que determinar si está relacionada al número de consultas de control, consultas por descompensación o la aparición de nuevos casos, además hay que rescatar el seguimiento de los casos

En el programa del adulto, la diabetes que ocupaba el tercer lugar en frecuencia este año aparece en sexta posición, lo que habría que investigar si antes estuvo aumentada a expensa



de mayor número de casos de descompensación, por lo demás el comportamiento en frecuencia de las causas es similar.

En el grupo de adulto mayor aumentan las infecciones del tracto respiratorio y las dislipidemias disminuyen en frecuencia no muy significativamente.

El comportamiento de la morbilidad en salud mental, no se analizó el año anterior, más en esta oportunidad se obtuvieron las principales causas de esta atención, las cuales representaron un 16% del total de las causas por programa (se excluye un área que no presentó registro), de las cuales los episodios y trastornos depresivos ocupan el primer lugar en frecuencia (22%), seguido de trastornos de ansiedad (17%), esquizofrenia (12%) y trastornos del humor (5%). En el 77% de las Áreas de Salud se implementaron estrategias para su mejor abordaje.

Cabe mencionar, que la institución no ha dotada aún de una normativa que oriente al primer nivel en el abordaje de estas patologías.

.

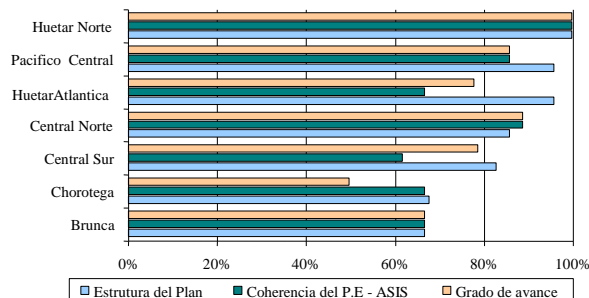
. 3.5.3 Plan estratégico

En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de cumplimiento en los criterios de estructura del plan estratégico, coherencia del plan con el ASIS y grado de avance de las medidas estratégicas a implementar, por regiones. Se observa como la región Brunca y Chorotega presentan mayores limitaciones en algunas de sus Áreas de Salud para cumplir con dicho indicador, mientras que las regiones Pacífico Central y Huetar Norte han avanzado notablemente en este tan complejo proceso de gestión.

En cuanto a la participación social en la elaboración del Plan Estratégico, los datos revelan que seis de las regiones tienen limitaciones para construir dicho plan con participación de la comunidad, siendo las regiones Central Sur y Chorotega las que presentan mayor debilidad (62%) y la Huetar Norte la que presentó en todas sus Áreas alguna evidencia de esta participación. Hay que tomar en cuenta que este criterio es válido con solo que se presenten listados de participación y documentación que mencione que las estrategias y actividades allí contempladas se definieron en conjunto.

Gráfico N 3.18

Relación del plan estratégico con el ASIS 2001, según Región.



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Otro de los criterios que se evaluaron en el indicador de Plan Estratégico son las actividades grupales de adolescentes y adulto mayor, categorías que se identificaron con la evaluación 2000, de menor accesibilidad a los servicios de salud. En este proceso evaluativo se encontró que cuatro de las regiones cumplió en la totalidad de sus Áreas de Salud algún tipo de actividades con estos grupos, pero el esfuerzo que hay que realizar para aumentar la oferta de servicios en salud a estos grupos debe ir mejorando no solo en calidad, sino en cobertura ya que encontramos regiones como la Chorotega con 77% de cumplimiento de sus Áreas.

No se debe dejar de lado, que la gestión contempla los procesos administrativos que permitan el eficiente uso de los recursos financieros, necesario para la consecución de las actividades propias de las unidades, para esto el conocimiento de las necesidades y problemas de las mismas debe de ser competencia del personal encargado de diferentes actividades de la misma administración. Punto

que las autoridades del nivel local deben contemplar no solo en el plan estratégico, sino también en los planes operativos.

3.6 Promoción de la Salud

La oferta de servicios integrales en el primer nivel contempla entre sus actividades generales el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud. Hasta el momento a nivel institucional no han existido directrices coordinadas que orienten al nivel local en la forma de concretar esta difícil tarea, sin embargo con los Compromisos de Gestión se ha tratado de impulsar acciones principalmente en la dimensión educativa de la promoción dirigida a los adultos mayores, adolescente y embarazadas y algunos aspectos de participación social.



Siguiendo en esta línea, en el año 2001, se negociaron las siguientes acciones: Escuela para Padres y Madres, cobertura del Curso de Preparación Psicofísica para el Parto, acciones grupales en adultos y adolescentes en el marco del Plan Estratégico y Participación Social en la construcción del ASIS y Plan Estratégico.

....1.1

Acciones de Educación en Salud

. 3.6.1 Escuela para Padres y Madres

Se ha ido incorporando en la oferta de primer nivel hasta llegar hoy en que un 91.4% de las áreas cuenta con ella, situación bastante positiva si consideramos que permite trabajar en un escenario escolar o comunitario, creando un espacio de encuentro de trabajadores de la salud y la población para educar, informar y promover acciones saludables. Los grupos metas y la temática desarrollada en estas escuelas van dirigidos principalmente a escolares y adolescentes sin tener aún conocimiento de la cobertura de los mismos, aunque pareciera que su cobertura es aún limitada.

Para el 2003 se pretende potenciar estas acciones y orientarlas hacia otros grupos de población como son los menores de 5 años, grupo en que es esencial incorporar estilos de vida saludables, evitar accidentes y promover relaciones familiares sanas.

. 3.6.2 Cobertura del Curso de Preparación Psicofísica para el Parto

La información muestra que a nivel nacional el 100 % de las áreas desarrollan este curso, lo cual significa un aumento del 5% con respecto al año 2000. Esta cifra nos está indicando que ésta es una acción muy incorporada en el quehacer local, sin embargo, no conocemos cual es el número de personas que se benefician de este curso en relación al total de embarazadas que se atienden en el área. Para el año 2002 se evaluará la cobertura de este curso aspecto que permitirá ahondar en la evaluación de la orientación y estrategias empleadas hasta el momento.

. 3.6.3 Acciones grupales definidas en el Plan Estratégico, para adolescentes y adultos mayores

Por lo general van dirigidos a aspectos de educación, acciones de recreación y conformación de grupos de apoyo. Para el año 2001 el 93.5 % de las áreas tienen definidas estas acciones en sus planes trianuales los que deberán ser ejecutados en el 2002 y 2003. Dado que el año 2001 se utilizó

principalmente para el diseño de estas acciones no será hasta los próximos dos años que podremos conocer el grado de ejecución de lo planeado.

....1.1 Acciones de Participación Social

3.6.4 Participación Social

Se ha tratado de impulsar en el marco de la gestión local, comenzando a potenciar su incorporación en la toma de decisiones, específicamente en la identificación de necesidades de salud y en la elaboración del Plan estratégico. La falta de orientación en este sentido unido a una escasa formación de los trabajadores de salud en el área social hace que este aspecto de la promoción de la salud sea el que más cuesta concretar. Los resultados muestran que el 85% de las áreas realizan el ASIS con algún grado de participación de otros actores sociales, y el 94% tienen documentados a los grupos organizados del área. En el caso de la elaboración del Plan Estratégico el 72% cumplió con este criterio.

3.6.5 Ficha familiar

Se ha considerado pertinente incluir en este capítulo lo referente a la actualización de la Ficha familiar ya que es un reflejo de la visita familiar, actividad que debería ser un espacio enfocado principalmente a acciones de promoción de la salud. Los resultados del año 2001 muestran un decrecimiento en este sentido, ya que la actualización de la ficha a nivel nacional, que en el fondo refleja la realización de la visita disminuyó a 87%, desmejorando en un 2% lo encontrado en el año 2000. El comportamiento regional tuvo algunas variantes en donde se destaca el esfuerzo de la Región Huetar Norte logrando el cumplimiento mas alto (98.1%), en cambio la Región Brunca se mantiene con el cumplimiento mas bajo (74.1%) aunque es mayor al 62% alcanzado en el 2000.

Con respecto al cumplimiento de criterios evaluados, a saber, ubicación, características de las personas, actualización, condiciones de salud y clasificación de riesgo de las familias, se elevaron en todos los rubros llegándose a cifras superiores al 95% a excepción de la actualización de la ficha que alcanza un 91%.

Los datos anteriores muestran que se visitaron un 2% menos casas en el 2001 en relación al 2000, pero la realización de la visita de acuerdo a los criterios evaluados fue de mejor calidad. Es importante indagar las causas de esta disminución de visitas, lo que podría estar asociado a limitaciones de recurso humano o a la utilización del ATAP en funciones diferentes a las que les corresponde. Independientemente de la causa es importante corregir esta situación para salvaguardar las acciones realizadas por este personal que son esenciales en el camino hacia la construcción de un nuevo enfoque en el modelo de atención.

3.7 Calidad

3.7.1 Avances de los procesos de calidad

3.7.2 Encuesta de satisfacción del usuario



Es prioritario que las actividades que involucran la prestación de servicios sean llevadas a cabo bajo conceptos de excelencia, por lo que la institución hace esfuerzos por diferentes medios para fortalecer la calidad de los servicios.

La aplicación de la encuesta basada en la metodológica MEPEER en la mayoría de las Regiones exceptuando la Huetar Atlántica que utiliza diferente metodología, lleva como objetivo medir la calidad y determinación de áreas críticas de los servicios que ofrecen las diferentes Áreas de Salud desde la perspectiva del usuario, de tal manera que se implementen medidas correctivas tendientes a mejorar dicha oferta.

Durante el año 2001, 58% de las Áreas de Salud ejecutaron la fase II y el 32% la fase I. De las que ejecutaron la fase I el 26% no cumplió con todos los criterios ya se de análisis o elaboración de un plan correctivo, mientras que el 91% de las que se encontraban en fase II ejecutaron el correspondiente plan correctivo.

De tal manera que 86% de las Áreas de Salud ejecutaron y cumplieron con todos los criterios de la encuesta de satisfacción del usuario según la fase en la que se encontraban, lo que representa un incremento en 9 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

La Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS), que también aplica encuestas de satisfacción, revela que entre el año 2000-2001 los usuarios externos manifiestan mejoría en la calidad de los servicios de las Áreas de Salud y Hospitales que se encuestaron.

Todos los resultados que se reflejan en esta encuesta también evidencian el impacto de los esfuerzos integrales, nacionales y regionales, por practicar el mejoramiento continuo de la calidad en las áreas de salud.

3.7.3 Estudio de las condiciones trazadoras

La aplicación de la entidad trazadora se da en tres fases basadas en el protocolo de la patología o condición en estudio ya en el año 2000 se pudo constatar que el 70% de las Áreas de Salud estaban realizando alguna de las fases, en el 2001 se determina que el 75% de las que realizaron la fase I recibieron capacitación de las cuales el 91% completo la fase, el 49% realizaron la fase II de las cuales el 85% completó dicha fase.

3.7.4 Análisis de mortalidad infantil

En este indicador se evalúan las acciones correctivas para mejorar aspectos críticos y logros obtenidos con la implementación de las mismas. Durante el año 2001 cuatro de las siete regiones cumplieron con estos criterios en la totalidad de sus áreas de salud; al comparar el cumplimiento de estos criterios por área de salud con el año anterior se observa un incremento de 10 puntos porcentuales, aunque todavía hay regiones que no superan el 88% de dicha implementación en la totalidad de sus áreas. Cabe mencionar que desde el año 2000 la mayoría de las Áreas de Salud se encuentran en compromiso de gestión el cual a través del proceso de evaluación permite conocer si las áreas realizan



acciones tendientes a disminuir la mortalidad infantil y ya para el periodo 1999-2000 se observa que la tasa disminuyó en 1.7.

.

.

3.7.5 Expedientes nuevos

Este indicador valora el correcto manejo del expediente clínico en cuanto a la incorporación y correcto llenado de los instrumentos establecidos por la Comisión Nacional de Expediente Clínico.

De los criterios que más se cumplen está la incorporación de todos los instrumentos y sobresale el correcto llenado de la Hoja de Identificación (97%).

Se observa un fenómeno interesante, los formularios que son parte de los criterios a evaluar en otros indicadores son los que alcanzan mayor porcentaje de cumplimiento y el EDIN que el año anterior era el de más bajo cumplimiento en este año aumentó 59 puntos porcentuales. De lo cual podemos inferir que los profesionales de la salud participan cada vez más en los procesos que permiten evaluar la calidad de la atención.

Ahora bien, si comparamos el grado de cumplimiento del indicador con respecto al año anterior se observa una gran disminución en el nivel nacional donde el promedio es de 69.3 y entre regiones, la Brunca que el año anterior fue la de más bajo cumplimiento este año no solo aumentó en posición sino en cumplimiento (73.6%), actualmente la que menos cumplió es la región Huetar Norte (59%).

3.8 Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel se caracteriza por la atención ambulatoria de especialidades en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y las subespecialidades: Dermatología, Gastroenterología, Psiquiatría, Oftalmología y Otorrinolaringología las cuales se brindan en 12 Áreas de Salud que poseen este nivel. Las tres especialidades se encuentran en todas las Áreas no así todas las subespecialidades.

Para referir a este nivel se hace a través del sistema de referencia y contrarreferencia mediante una solicitud de atención escrita en el formulario respectivo, de una unidad que no pueda resolver la problemática a otra que si tenga nivel de resolución que le permita hacerlo (puede que la unidad misma posea la capacidad de resolución). La unidad que recibe y resuelve manda una contrarreferencia donde se explicita lo que se le hizo y que cuidados posteriores deberán realizarse mediante otro formulario.

Medicina Interna logró cumplir como promedio para todas las Áreas de Segundo Nivel un 95.9% y 91.8% de lo pactado en consulta de primera vez y consulta subsecuente respectivamente. Pediatría cumplió con un 88% y 79%, Ginecología con un 91.3% y 74.9% en el mismo orden de tipo de consulta

Como promedio general tomando en cuenta tanto especialidades como subespecialidades se logró para el 2001 un cumplimiento del 92.4% y 76.6% en el orden de consultas ya citado. En relación al año 2000 se presentó una reducción de 4.5% en la producción de consultas de primera vez.

Esto permite visualizar que aún falta capacidad resolutive, mejor eficiencia en la gestión afinar mejor los aspectos de la potencial demanda del primer nivel para estos servicios, facilitar la orientación hacia una adecuada utilización del servicio, sobretodo todo para las subespecialidades.

Con respecto a las referencias recibidas y su respectiva contrareferencia, se recibieron un total de 23656 referencias (para el total de Áreas), enviándose solo 10965 contrareferencias, lo que constituye un 46% del total. Esto nos hace pensar que este porcentaje es todavía bajo pues no se

alcanza la mitad con relación a la cantidad de referencias recibidas, aunque es probable que este número se afine en el sentido de discriminar los usuarios que no ameritan contrareferencia, los que se refieren del segundo nivel a uno más complejo, situaciones donde se resuelve el problema en este nivel, etc.

Si bien es cierto aún en las Áreas de Salud en las que coinciden los dos niveles de atención este proceso no es del todo expedito, notándose siempre que existen usuarios que acceden a este nivel sin referencia, que no tiene control de la contrareferencia, etc.

4. Resultado de Hospitales

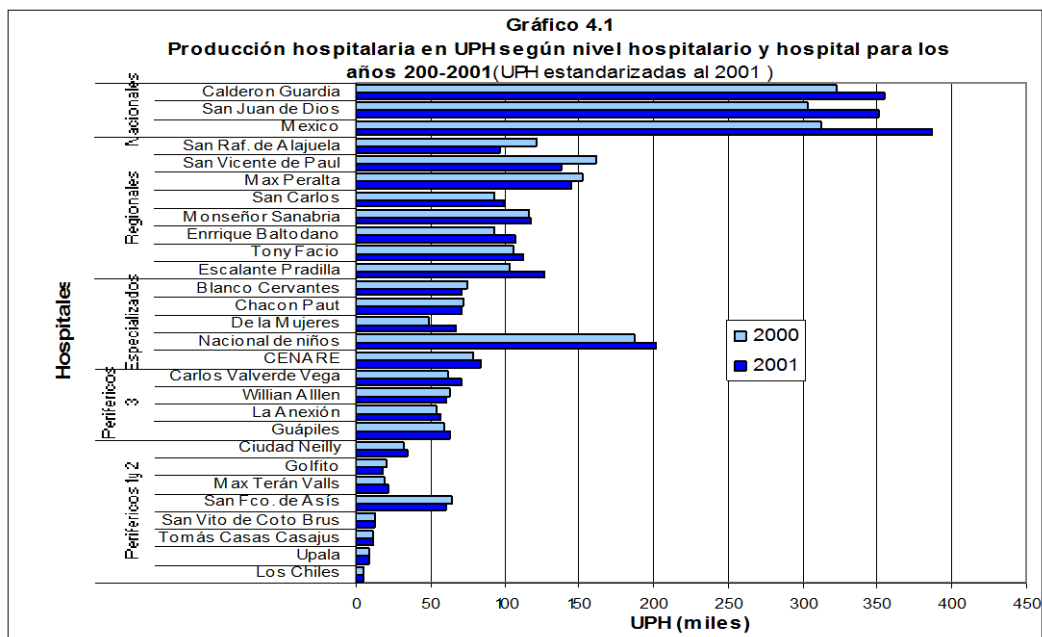
4.1 Análisis de la Producción Hospitalaria

Para facilitar la medición y comparación de la producción hospitalaria se requiere homogenizar su unidad de medida. Para tal efecto se han construido las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH), cada una de las cuales es equivalente a una estancia hospitalaria. La conversión de cada producto a UPH se realiza mediante la aplicación de un estándar específico, el cual responde a criterios de costo, planificación y productividad.

4.1.1 Análisis por hospital

....I

....2 *El análisis de la producción hospitalaria muestra que la mayoría de hospitales lograron aumentar la cantidad de UPH (Unidades de Producción Hospitalaria) durante el 2001 en comparación con el 2000. Sin embargo hubo cinco hospitales que no lograron esta meta. Los hospitales nacionales, como es de esperar por su dotación de recursos, son los que presentan mayor producción, todos a un nivel semejante entre ellos. El Nacional de Niños es el cuarto hospital con mayor producción a nivel nacional, destacándose del resto de los hospitales especializados, también con una*



dotación de recursos muy superior. Entre los hospitales regionales el de mayor producción es el Max Peralta,

....3 *sin embargo, todos presentan un nivel parecido de producción. En los hospitales Periféricos 3 el hospital Carlos Luis Valverde Vega es el de mayor producción, a pesar de que no se observa gran*

....4 *diferencia con los demás hospitales de este nivel. En lo que respecta a los Periféricos 1 y 2, sobresale el hospital San Francisco de Asís, el cual presenta un nivel de producción semejante al de los Periféricos 3, muy por encima de los demás del mismo nivel.*

4.1.2 Análisis por área de atención

Las unidades de producción hospitalaria se incrementaron en 7,23 % del año 2000 al 2001. Los egresos se incrementaron en 1,02 %, mientras que las UPH lo hicieron en 2,80 %. Este rubro contempla las hospitalizaciones en las diferentes especialidades que ofrece cada hospital, agrupados en cinco servicios (Cirugía, Medicina, Ginecología, Obstetricia y Pediatría/Neonatología) para la

mayoría de hospitales, a excepción de los hospitales especializados. El estándar de cada servicio varía según el nivel de complejidad, disminuyendo conforme disminuye esta. Además, el estándar de UPH varía según el servicio de hospitalización siendo mayor en el servicio de Medicina, seguido de Cirugía, Pediatría/Neonatología, Ginecología respectivamente, siendo el menor el de Obstetricia. La atención ambulatoria propiamente dicha se incrementó en 48,77 % en sus productos y 49,52 % en las UPH. Esta área contempla las atenciones ambulatorias del nivel hospitalario, exceptuando la consulta externa. Entre sus programas se encuentran: Hospitalización domiciliaria, Hospitalización de día, Medicina de día, Cirugía Mayor Ambulatoria y los procedimientos especiales del tercer nivel, este último producto incorporado en el 2001, por lo cual se justifica el aumento de producción que se presentó en esta área de atención.

Gráfico 4.2
Volumen de producción hospitalaria de todos los hospitales por área de atención los años 2000 y 2001

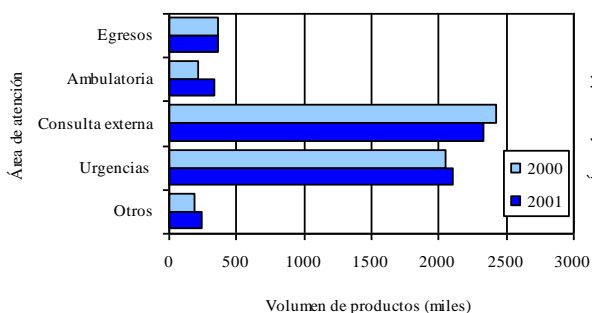
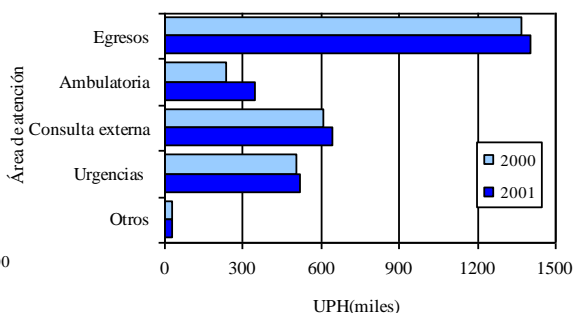


Gráfico 4.3
Unidades de producción hospitalaria de todos los hospitales por área de atención los años 2000 y 2001 (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La cantidad de consultas que se brindaron en el 2001 en comparación con las del 2000 disminuyó en 4,08 %, sin embargo incrementaron las UPH en 4,85 %. Las consultas que se toman en cuenta en esta área son todas las consultas especializadas de primera vez y subsecuentes, odontológicas especializadas y generales y las de otros profesionales. Las consultas especializadas de primera vez son las que tienen un estándar más elevado, el cual duplica el estándar de las consultas subsecuentes. En el año 2001 se presentó un incremento importante de las consultas de primera vez y una disminución de las consultas subsecuentes, lo cual explica el cambio observado en los gráficos 4.2 y 4.3.

Las consultas de urgencias presentaron un aumento del 2.65 %, lo cual no es tan importante ya que el crecimiento poblacional para estos años fue de 2.15 %¹.

•

• **4.1.3 Análisis de la producción según nivel hospitalario y área de atención**

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos

....1.1.1.1 Hospitales Nacionales

En este nivel hospitalario aumentaron las Unidades de Producción (UPH) en 16,77%. El volumen de producción se incrementó en casi todas las áreas de atención; principalmente en el área ambulatoria donde duplicó la producción del año anterior. Esto podría explicarse por la incorporación de nuevos productos, en particular los procedimientos especiales del tercer nivel.

La excepción se observa en la consulta externa donde disminuyó el volumen de producción, sin embargo las UPH aumentaron, ello explicado por el aumento de las consultas de primera vez a expensas de las subsecuentes. Las consultas de primera vez tienen un estándar cuyo valor es el doble de las subsecuentes, debido al tiempo que se requiere para llevar a cabo una consulta especializada de primera vez. Podría pensarse que esta conducta obedece a un esfuerzo por mejorar la atención y disminuir las listas de espera. Lo cual resulta positivo ya que de esta manera se aumenta de algún modo la cobertura en la atención de consulta externa especializada, siendo esto una prioridad en la Institucional.

Gráfico 4.4
Volumen de producción lograda por los Hospitales Nacionales según área de atención en los años

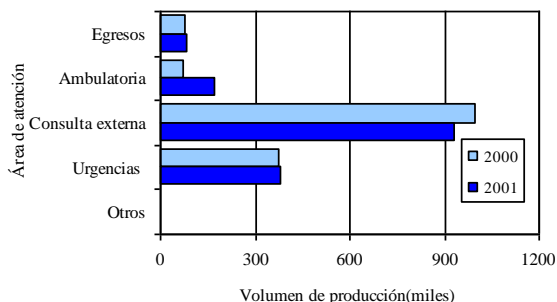
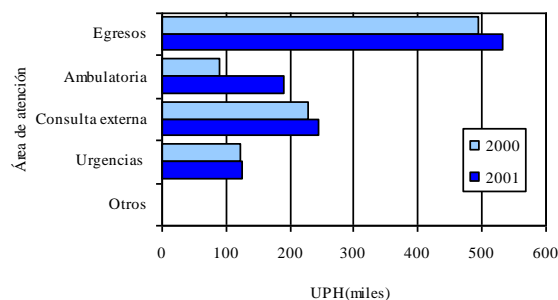


Gráfico 4.5
Producción lograda en UPH por los Hospitales Nacionales según área de atención en los años 2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

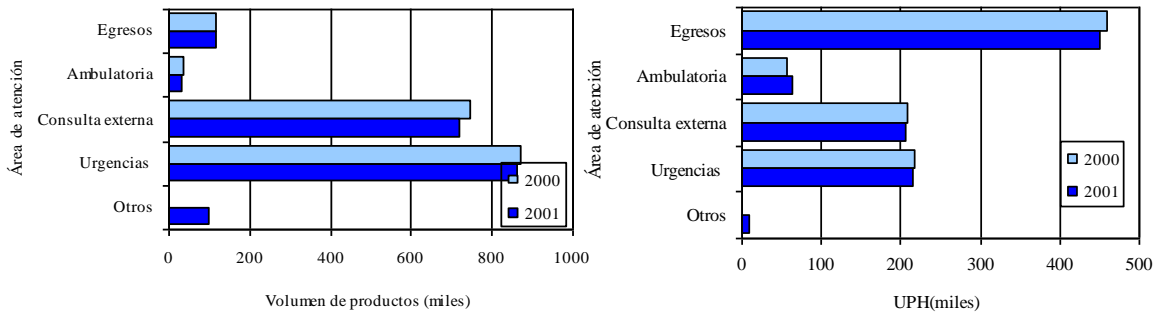
Hospitales Regionales

En este nivel se nota una leve disminución del volumen de producción en todas las áreas de atención. En el área ambulatoria se observa un incremento en las UPH a pesar de la disminución en la cantidad de productos, esto se debe a que disminuyó Medicina de Día, sin embargo, aumentó ligeramente la producción en Cirugía Mayor Ambulatoria, la cual tiene un estándar mayor.

..

Gráfico 4.6
Volumen de producción lograda por los Hospitales Regionales según área de atención en los años 2000 y 2001

Gráfico 4.7
Producción lograda en UPH por los Hospitales Regionales según área de atención los años 2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

Hospitales Especializados¹

Los hospitales especializados en su conjunto muestran un leve aumento de la producción en todas las áreas, vale mencionar que este aumento esta principalmente condicionado por la producción del Hospital Nacional de Niños y del CENARE, sin embargo, cabe aclarar que algunos de los otros hospitales bajaron ligeramente la producción en áreas como consulta externa y egresos.

Gráfico 4.8
Volumen de producción lograda por los Hospitales Especializados según área de atención en los años 2000 y 2001

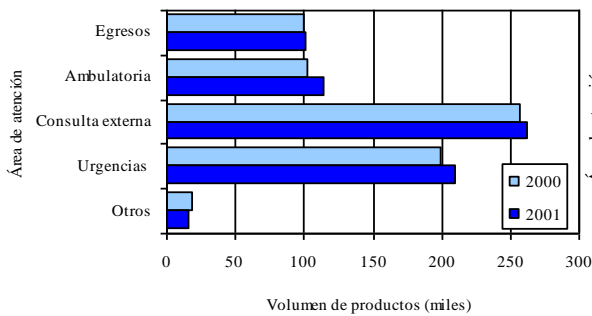
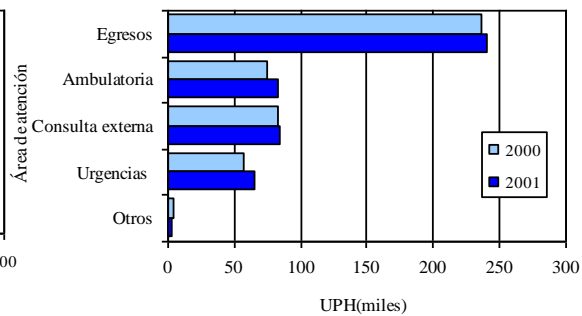


Gráfico 4.9
Producción lograda en UPH por los Hospitales Especializados según área de atención en los años 2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

¹ No incluye el Hospital Nacional Psiquiátrico

Hospitales Periféricos 3

..

En este nivel hospitalario se presentó una disminución en todas las áreas de producción con excepción de las atenciones de urgencias, donde hubo un incremento del 5.5% respecto al año anterior. En lo que respecta a los egresos, disminuyó el volumen en 2.3%, esta disminución se presentó principalmente en los egresos de obstetricia. Por otro lado, los egresos de Neonatología se incrementaron, mismos que tienen un estándar de UPH mayor, por lo cual la producción total de UPH por concepto de egresos aumentó. Lo mismo se observa en el área de la Consulta Externa donde se redujo la cantidad de consultas a expensas de las consultas odontológicas, pero incrementaron las consultas especializadas de primera vez, las cuales tienen un estándar mayor.

Gráfico 4.10
Volumen de producción lograda por los Hospitales Periféricos 3 según área de atención para los años 2000 y 2001
1.1.1.1

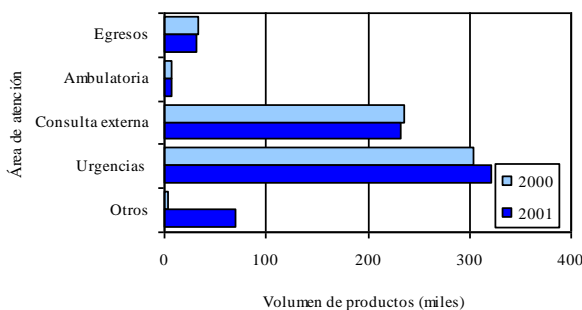
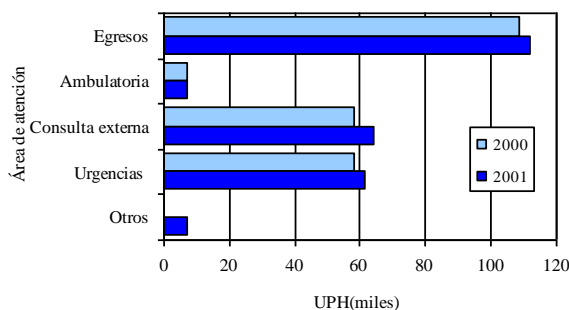


Gráfico 4.11
Unidades de producción hospitalarias logradas por los Hospitales Periféricos 3 según área de atención para los años 2000 y 2001.(UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

....1.1.1.2

....1.1.1.3

....1.1.1.4 *Hospitales Periféricos 1 y 2*

Aquí se presenta una situación similar a la de los Hospitales Nacionales en relación con la producción de la consulta externa donde el aumento de las UPH respecto al año anterior esta dado principalmente por el aumento de las consultas de primera vez. Es de resaltar además el hecho de que las Urgencias atendidas en estos centros aumentaron en un 10.2%.

Gráfico 4.12
Volumen de producción lograda por los Hospitales
Periféricos 1 y 2 según área de atención para los años
2000 y 2001

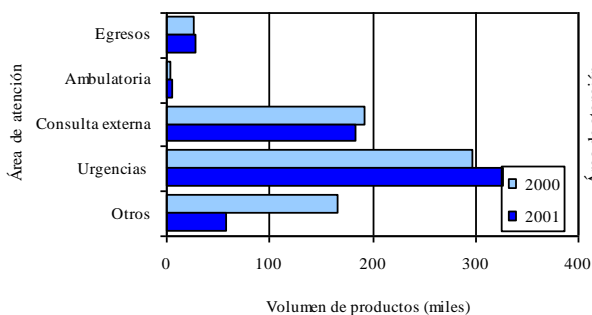
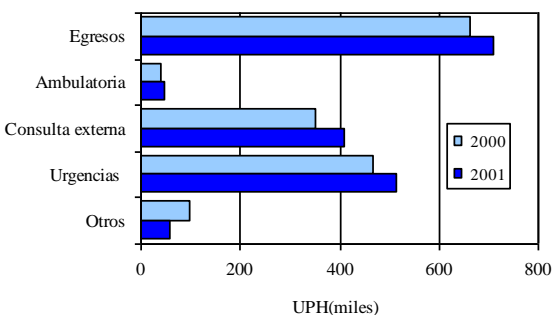


Gráfico 4.13
Unidades de producción hospitalaria para los Hospitales
Periféricos 1 y 2 según área de atención para los años
2000 y 2001. (UPH estandarizadas al 2001)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2001. Dirección Compra Servicios de Salud

La producción hospitalaria para el 2001 presentó un incremento global 7,23 % en Unidades de Producción Hospitalarias. La consulta externa fue la única área de atención que presentó una disminución en el volumen de producción, sin embargo, se incrementaron las consultas de primera vez a expensas de las consultas subsecuentes, incrementando entonces la cobertura de atención especializada.

Los egresos del servicio de obstetricia disminuyeron en 3,2 % para el año 2001, siendo este el único servicio donde se presentó esta situación. Los nacimientos a nivel nacional disminuyeron en 2,2%¹, lo cual explica en parte esta disminución de los egresos en obstetricia. Sin embargo, los egresos de Neonatología/Pediatría incrementaron en 10,9 % en el mismo periodo, siendo el Hospital de Guápiles el que aporta más de 30 % de este aumento.

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos

4.2 Análisis de la Prestación de Servicios

4.2.1 Listas de espera en Consulta Externa y Cirugía Electiva

La gestión de las listas de espera se ha definido como una prioridad institucional debido a que su existencia restringe el acceso a la atención especializada y con esto al abordaje temprano de muchas patologías, evidenciando la falta de oportunidad en la atención e incidiendo directamente en la satisfacción de los usuarios.

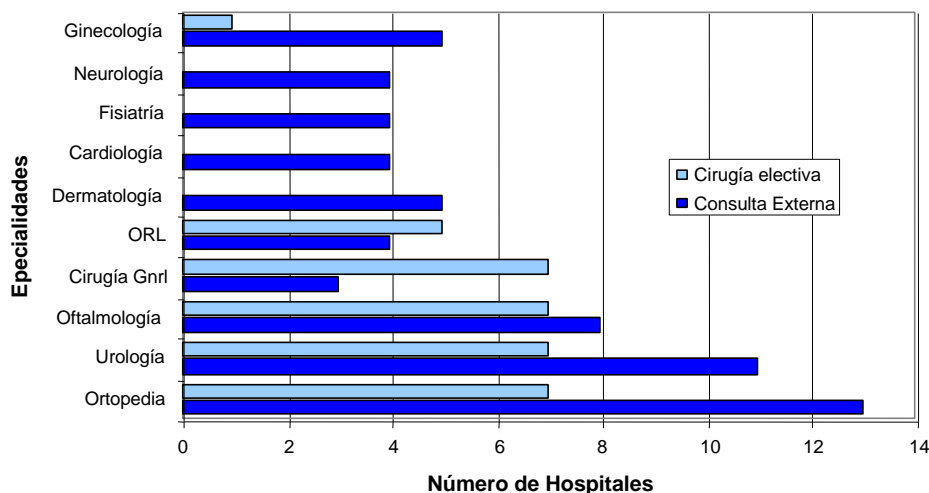
Los centros hospitalarios en conjunto con otros niveles institucionales han hecho esfuerzos para lograr disminuirlas, sin embargo, esto todavía no ha sido posible.

....1.1.1.1

....1.1.1.2 *Análisis por Especialidad*

La especialidad con mayor problema de listas de espera prolongadas a nivel nacional, por tercer año consecutivo es Ortopedia y Traumatología (Gráfico 4.1), situación preocupante ya que los pacientes con problemas traumatológicos van en aumento constante, ocupando actualmente una de las primeras causas de morbilidad en los servicios de emergencias a nivel nacional. Al aumentar la cantidad de traumas, se incrementa la demanda de consulta externa y/o cirugía de emergencia o electiva de esta especialidad. La gran mayoría de estos pacientes son personas económicamente activas y jefes de familia, quienes particularmente requieren de una atención oportuna para su reincorporación a la sociedad.

Gráfico 4.14
Principales especialidades con listas de espera mayor a 90 días a diciembre del 2001





Después de Ortopedia se encuentran Urología y Oftalmología, especialidades que han estado entre las cuatro principales en los últimos tres años. Todas estas especialidades son quirúrgicas y presentan problemas en ambos indicadores (lista de espera prolongada en consulta externa y cirugía electiva) situación que aumenta la complejidad para el abordaje de dicho problema. Además, los centros hospitalarios con esta situación argumentan que al intentar disminuir una (consulta externa) aumenta la otra (cirugía electiva) y viceversa.

Esta situación obliga a profundizar en el análisis de las listas de espera y sus factores condicionantes, ya que se ha encontrado en algunos casos, que estas listas están mayormente constituidas por usuarios portadores de patologías que no ponen en peligro la vida, ni representan una limitación funcional importante para paciente y por el contrario existen pacientes portadores de condiciones de salud serias que no se priorizan.

Se debe por tanto dar un manejo racional (integral) de estas listas, tomando en cuenta no solo la fecha en la que se le indicó la cirugía sino también las condiciones médicas de los pacientes, para de este modo priorizar la atención de los mismos.

En consulta externa las especialidades médicas (no de tipo quirúrgico) con de listas de espera mayor de 90 días son Dermatología, Cardiología, Fisiatría y Neurología, sin embargo, se encuentran muy por debajo de las especialidades quirúrgicas que presentan este problema.

Cuadro 4.1

Cantidad de hospitales con listas de espera en consulta externa y cirugía electiva mayor de 90 días a diciembre de los años 2000 y 2001, y su variación respectiva.

Especialidad	Consulta externa			Cirugía electiva		
	2000	2001	Variación	2000	2001	Variación
Ortopedia	8	13	5	10	7	-3
Urología	5	11	6	6	7	1
Oftalmología	6	8	2	7	7	0
Cirugía General	0	3	3	6	7	1
Otorrinolaringología (ORL)	8	4	-4	9	5	-4
Dermatología	4	5	1	0	0	0
Cardiología	5	4	-1	2	1	-1
Fisiatría	0	4	4	0	0	0
Neurología	4	4	0	0	0	0
Ginecología	4	5	1	0	0	0
Gastroenterología	2	3	1	0	0	0
Vascular Periférico	4	1	-3	5	3	-2
Psiquiatría	0	2	2	0	0	0
Colposcopia	0	2	2	0	0	0
Gastroscofia	0	2	2	0	0	0
Geriatría	0	2	2	0	0	0
Cirugía Reconstructiva	0	0	0	0	2	2
Odontología	0	0	0	0	2	2
Pediatría	0	2	2	0	0	0
Otros = 1	0	19	19	3	6	3
Total	50	94	44	48	47	-1

La especialidad de Cardiología ha presentado problemas de listas de espera prolongadas durante los últimos tres años, lo cual es preocupante debido al cambio de perfil epidemiológico que sufre el país en este momento, donde las enfermedades cardiovasculares han pasado a ser la primera causa de mortalidad general¹ y una importante causa de morbilidad, situación que posiblemente mantendrá una creciente demanda de este servicio.

Una estrategia a considerar sería la de revisar periódicamente los casos que han sido abordados en la Consulta Externa especializada del tercer nivel y valorar los que pueden contrareferirse al primero o segundo nivel para su seguimiento posterior.

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos

Igualmente, el caso de Fisiatría debería considerarse en forma particular, por la alta demanda de este servicio y la desconcentración planteada para su atención,¹ todo ello vinculado a la estrategia de manejo local y ambulatorio. Se ha encontrado además que debido a los largos tiempos de espera en la Consulta Externa de Ortopedia, ciertas condiciones patológicas que antes eran referidas

a Ortopedia (lumbalgias, gonalgias, defectos posturales, entre otras) han tratado de ser canalizadas a través de la Consulta Externa de Fisiatría, lo que agrava el problema.

Al analizar los cambios que ocurrieron en la cantidad de especialidades con listas de espera mayor de 90 días entre diciembre del 2000 a diciembre del 2001, se puede observar lo siguiente: en consulta externa los principales cambios se dieron en Urología, Ortopedia y Fisiatría, que incrementaron en mas de cuatro centros las listas de espera. Por otro lado las especialidades que disminuyeron las listas de espera fueron ORL y Vascular Periférico.

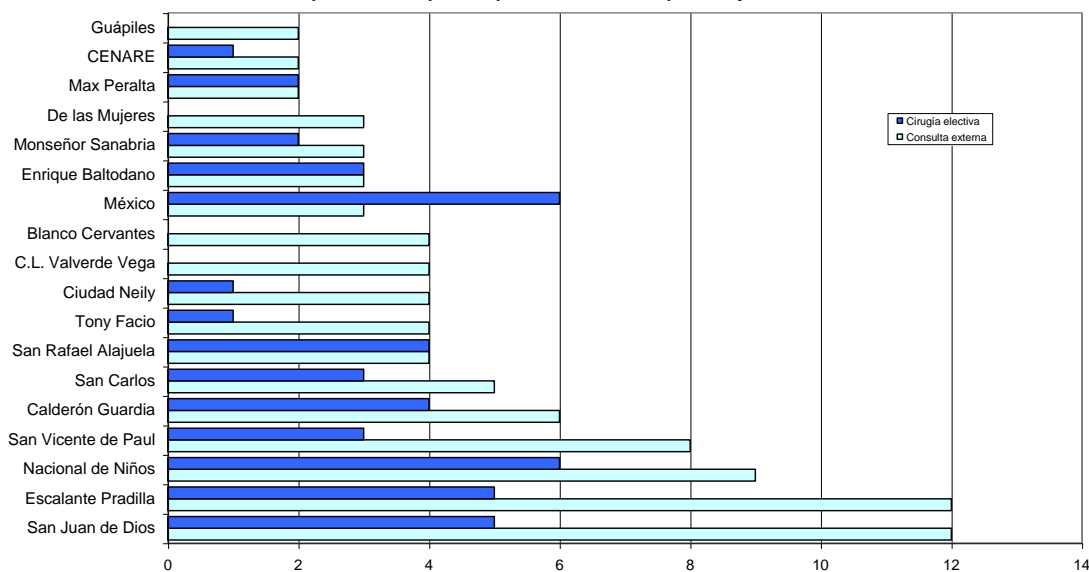
En Cirugía Electiva la variabilidad fue menor, coincidentemente ORL y Vascular Periférico presentan la mayor disminución en las listas de espera.

...

...1.1.1.1 Análisis por Hospital

En esta área se pueden identificar tres hospitales que presentan listas de espera mayor de 90 días en cinco especialidades o más, tanto para consulta externa como para cirugía electiva (San Juan de Dios, Escalante Pradilla, y Nacional de Niños). El Hospital San Juan de Dios ha ocupado el primer lugar en listas de espera durante los últimos tres años.

Gráfico 4.15
Cantidad de especialidades por hospital con lista de espera mayor de 90 días a Dic. 2001



* Hospitales sin listas de espera > 90 días: La Anexión, William Allen, Golfito, Los Chiles, Max Terán, Nacional Psiquiátrico y Chacón Paut.

** Hospitales con una lista de espera > 90 días: San Francisco de Asis, Upala, Tomás Casas y San Vito.

¹ Proyecto de desconcentración y mayor cobertura de la Rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional. CENARE. 2000



En lo que respecta a la *consulta externa*, se dieron incrementos importantes respecto al año anterior. Los cambios más significativos se presentaron en los siguientes hospitales: Escalante Pradilla, con un incremento de 3 a 12 especialidades, Nacional de Niños 1 de 1 a 9, San Juan de Dios de 5 a 12, San Vicente de Paul de 2 a 8 y Calderón Guardia de 0 a 6, entre otros. Solamente cinco hospitales lograron disminuir la cantidad de especialidades con listas de espera, entre los que se puede mencionar al San Francisco de Asís y al William Allen con dos especialidades cada uno.

En relación con la cirugía electiva, a nivel nacional se mantienen sin grandes modificaciones la cantidad de especialidades con listas de espera. El Hospital Nacional de Niños incrementó en tres especialidades y el Hospital Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Carlos, CENARE y San Vicente de Paul en una. El Hospital Tony Facio logró disminuir sus listas de espera en tres especialidades, el Carlos Luis Valverde Vega lo hizo en dos y otros tres centros hospitalarios lo lograron en una.

La problemática descrita previamente, contrasta con los esfuerzos institucionales para la disminución y el control de las listas de espera en las especialidades más problemáticas, situación que sugiere la necesidad de ahondar en su estudio e investigar en forma concienzuda las posibles causas y sus alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo. Con medidas sostenibles y que eviten las malas prácticas que perpetúan las listas de espera.

Es importante hacer notar que la cantidad de especialidades por hospital con listas de espera mayor de 90 días en la consulta externa se ha ido incrementando, a pesar de la prioridad que se le ha dado al manejo de las mismas, esto hace pensar que resulta urgente redireccionar las estrategias para su abordaje, ya que estas no han dado los resultados esperados.

Es meritorio resaltar, que durante el proceso de evaluación en los distintos hospitales, se lograron evidenciar ciertas anomalías en lo referente a la forma en que se registran los datos, en algunos centros se identificaron listas de espera con agenda cerrada, duplicidad de datos, médicos encargados de llevar las agendas, todas estas situaciones que podrían facilitar la manipulación de los datos y de los tiempos de espera.

4.2.2 Índices quirúrgicos

4.2.2.1 Índice operatorio

El índice operatorio se construye al relacionar los egresos de Cirugía con algún procedimiento quirúrgico respecto al total de los egresos del Servicio de Cirugía multiplicado por cien. Indicador que permite medir el cumplimiento de operaciones en los pacientes ingresados al servicio de cirugía. Aclarando que este índice difícilmente será del 100%, ya que siempre se ingresan al servicio de Cirugía pacientes con patologías que no necesariamente requieren intervenciones quirúrgicas.

Debe aclararse que los centros hospitalarios especializados incluidos en este análisis son el Hospital Nacional de Niños, el Hospital de las Mujeres y el Centro Nacional de Rehabilitación.

En el reciente proceso de evaluación de los centros hospitalarios, el índice operatorio promedio para el año 2001 fue de 75, en los 22 centros que pactaron este indicador, presentando el índice mayor el Hospital Nacional de Niños y el menor el Hospital de Golfito.

Al profundizar en los datos presentados por los hospitales, se encuentra que en 11 centros el índice operatorio se incrementó o se mantuvo similar al año 2000 y en 11 de ellos disminuyó.

Es llamativo este hecho si tomamos en cuenta que 8 hospitales, pertenecientes a este último grupo, (índice operatorio que disminuyó con relación al año 2000) a su vez presentan especialidades con lista de espera para cirugía electiva mayores a 90 días, esto podría sugerir algún tipo de debilidad en la gestión de los servicios de Cirugía.



Así como el hecho de que los Hospitales Regionales y Periféricos 1 y 2 mantienen, en los dos últimos años (2000 y 2001), un índice operatorio comparativamente bajo, de 72% en promedio, situación que a todas luces requerirá de un mayor estudio, a fin de poder identificar las causas de este resultado, que a su vez podrían corresponder a problemas de capacidad instalada o de gestión de los recursos.

Este hallazgo resulta preocupante ya que si los servicios de cirugía mantienen esta tendencia en los hospitales Periféricos y Regionales, estos no estarían apoyando a los demás hospitales de la red, contribuyendo de este modo a que se mantengan las listas de espera.

Este indicador presenta algunas limitaciones para su análisis, debido a que por interpretaciones erradas del mismo, algunos centros contabilizaron las cirugías practicadas y no los pacientes egresados a los que se les practicó intervención quirúrgica, por lo que en algunos casos el índice operatorio real podría ser ligeramente menor.

Resulta necesario aclarar que la información que se utilizó fue la aportada por los hospitales, información que presenta variaciones significativas al compararla con la que maneja el Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud.

4.2.2.2 Índice de cesáreas

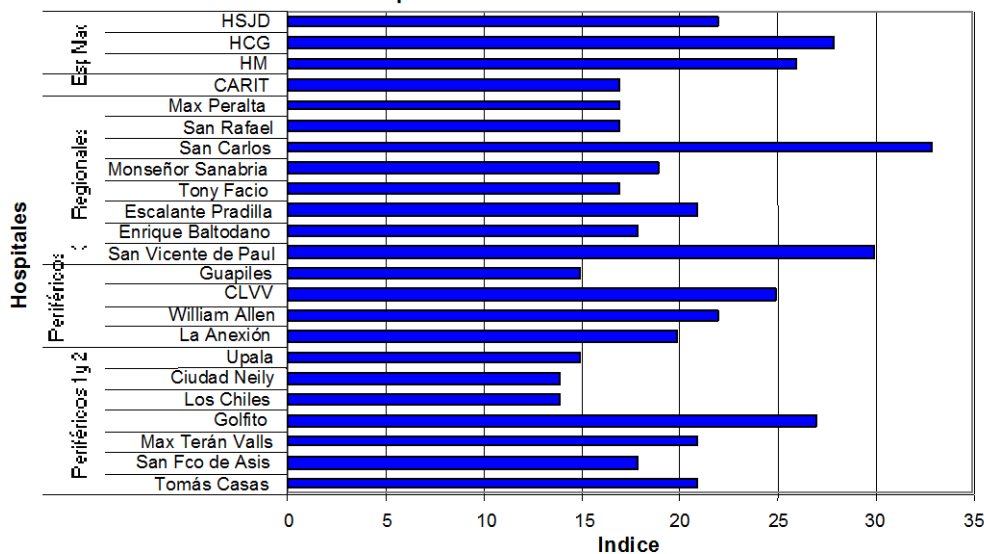
....1.1.1

El índice de cesáreas se construye relacionando el total de partos atendidos con el total de cesáreas realizadas y orienta sobre la magnitud de la intervención quirúrgica del parto.

La cesárea como procedimiento quirúrgico, conlleva una serie de riesgos tanto para la madre como para el producto, situación por la cual resulta siempre importante la revisión de su indicación y el nivel adecuado de su índice.

En promedio el índice de cesáreas para los hospitales de la institución es del 22. Siendo el Hospital de San Carlos el que presenta el mayor índice (33) y el hospital de Ciudad Neily, el menor (14). Sus causas principales son la cesárea anterior (23% en promedio) y la desproporción cefalo-pélvica (22% en promedio) comportamiento similar para todos los centros, independientemente de su nivel de complejidad.

Gráfico 4.17
Índice de cesáreas por hospital según nivel hospitalaria
para el año 2001





En este sentido, se esperaría que los hospitales nacionales, que hipotéticamente manejan pacientes con patología de mayor complejidad, presentaran un índice de cesáreas mayor que el resto, debido a que estos reciben las referencias de otros centros de menor complejidad, sin embargo, los centros hospitalarios con un índice de cesáreas mayor de 25, conforman un grupo heterogéneo dentro del cual, se encuentran un hospital nacional, dos hospitales regionales y uno periférico.

Por lo tanto, es importante poner atención a que la constitución actual de la red de servicios se presenta una limitación seria, ya que los Hospitales Nacionales que reciben pacientes directamente del primer nivel, situación que traduce en un incremento en los costos en que se incurren para resolver patologías menos complejas en hospitales clase A.

Por otro lado, el hallazgo de que el Hospital de las Mujeres se comporte de manera diferente, al resto de hospitales nacionales, lo que podría explicarse por el hecho de que este centro no recibe referencias de otros hospitales regionales o periféricos, sino que básicamente atiende a la población correspondiente al área de atracción, por lo que se podría suponer que las pacientes que tienen su parto en este centro no son pacientes de mayor riesgo. No pudiéndose descartar que al interior del Hospital de la Mujer se tenga normada una conducta mayormente conservadora para la atención de este tipo de casos.

Cabe mencionar que la recomendación internacional dada por la Organización Panamericana de la Salud es la de mantener un índice de cesáreas alrededor del 15, sin embargo para el año 2000 a nivel internacional se reportan índices como los siguientes, en Cuba se presentó un índice de

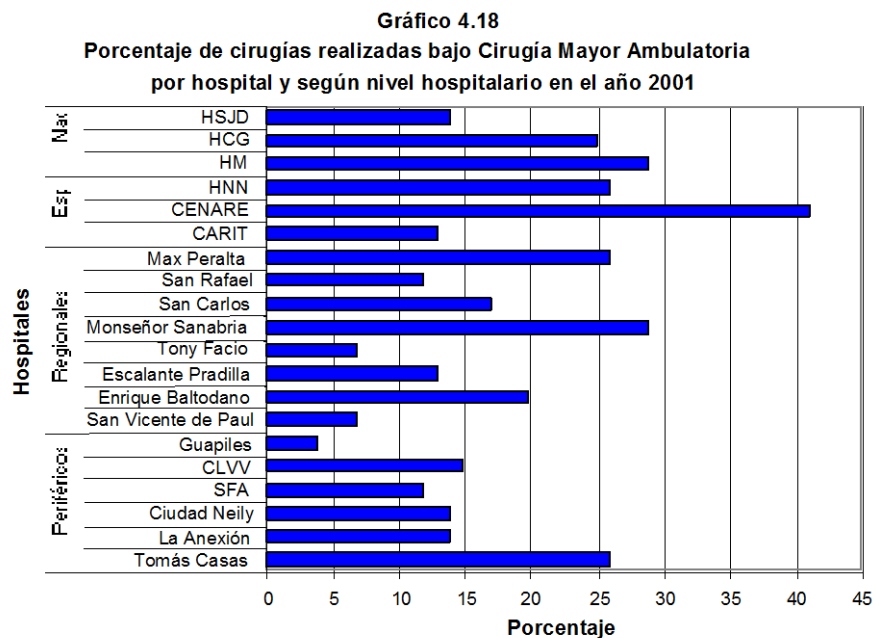
cesáreas de 26, en Estados Unidos de 22.9 y en Canadá de 24, países todos con condiciones socioeconómicas muy distintas y que a pesar de ello muestran índices similares entre sí y con nuestro país. En este sentido, si tomamos en cuenta que la tasa de mortalidad materna en nuestro país es muy baja, el índice de cesáreas promedio para el país podría considerarse adecuado.

Hallazgos que permiten recomendar que los centros hospitalarios cuyos índices de cesáreas sean mayores de 25, revisen los posibles factores asociados a este comportamiento.

. 4.2.2.3 Índice de cirugía mayor ambulatoria

El índice de cirugía ambulatoria relaciona los egresos del servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria entre el total de egresos del centro hospitalario con alguna intervención quirúrgica por cien. Dicho indicador orienta sobre la proporción de casos quirúrgicos que se abordan bajo esta modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, tipo de abordaje que a nivel internacional es mayormente recomendado; por ejemplo, en Estados Unidos este índice fue de 60% para el año 2001¹.

¹ Colomer J. Et al Gaceta Sanitaria 15 (6): 523-526. Diciembre 2001



A pesar de los esfuerzos individuales que los centros realizan para fomentar los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, aún no se han logrado los resultados cuantitativos esperados. Los resultados de la evaluación evidencian que de todas las cirugías practicadas¹ en los hospitales de la institución un 21.43% corresponden a Cirugía Mayor Ambulatoria. Cabe acá mencionar, que en los Hospitales México y Monseñor Sanabria este porcentaje es cercano al 30% mientras que en otros como el de Guápiles, Tony Facio y San Vicente de Paúl, no llega al 10 por ciento.

Al encontrarse diferencias tan importantes entre hospitales del mismo nivel de complejidad, surgen interrogantes sobre las causas de este hecho e impresiona entonces que las diferencias parecen

relacionarse más con la gestión de esta estrategia, que con las patologías que son intervenidas quirúrgicamente.

Las ventajas de esta modalidad son reconocidas ampliamente, la mayor satisfacción del usuario, la reducción de complicaciones post operatorias y la disminución de los costos por intervención, de esta manera, emerge la necesidad de consolidar los programas de cirugía mayor ambulatoria como una política institucional.

4.2.3 Infecciones intrahospitalarias

El indicador de infecciones intrahospitalarias es internacionalmente recomendado para el análisis de la calidad de los servicios, sin embargo en nuestra experiencia existen limitaciones claras para el adecuado uso de este importante dato.

¹ Se excluyen las episiotomías y las cesáreas



El proceso de recolección de la información para la construcción de este indicador varía de hospital a hospital, encontrándose todos los hospitales con índices de infecciones nosocomiales muy inferiores a los estándares internacionales, lo cual nos conduce a la idea del subregistro. Además, de que se identificaron diversos criterios para la clasificación de las infecciones intrahospitalarias según el centro hospitalario

Pareciera que en los hospitales donde se documentaron los mayores índices de infecciones intrahospitalarias es donde se está haciendo el mayor esfuerzo por evidenciar este tipo de patología.

Para lograr un adecuado registro de la información es necesaria una muy buena coordinación con el servicio de emergencias del hospital y con las áreas de salud, además de la conciencia del personal de salud de la importancia de documentar dichas infecciones. Es importante también, que los criterios utilizados para clasificar las patologías como infecciones intrahospitalarias se conozcan bien en todos los centros hospitalarios.

4.2.4 Red de servicios hospitalarios

..

4.2.4.1 Principales diagnósticos de cirugía electiva

Los principales diagnósticos de egreso identificados en Cirugía Electiva correspondieron a coleditiasis, hernia inguinal, hiperplasia de próstata, tumores de mama y venas varicosas. En este caso se evidenció que los hospitales en general, presentan un patrón muy similar, sin identificarse diferencias importantes por nivel de complejidad. Por lo que nuevamente se plantea la necesidad de reestructurar la red de servicios de salud, que en alguna medida no obedece a una red escalonada de niveles, como ejemplifica el caso de los hospitales nacionales que actúan como los únicos centros que brindan atención a estas condiciones, poco complejas, para la población del Área Metropolitana. Lo anterior evidencia una debilidad importante en la red, que tiende a perpetuar la iniquidad y a constituirse en una limitación para la gestión de los recursos.

A la vez, si analizamos los principales diagnósticos de cirugía electiva, surge la interrogante de si algunas de estas intervenciones no sería más recomendable abordarlas bajo la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

4.2.4.2 Reingresos

En el análisis de los resultados de la evaluación de los Compromisos de Gestión 2001, se encontró que todos los hospitales revisaron y analizaron los reingresos de al menos dos servicios de hospitalización, ejercicio positivo que permite identificar las causas y plantear medidas de solución.

Del análisis de reingresos efectuado por los centros, se deriva que las causas por las que más frecuentemente se reingresan los pacientes son:

- Realización de procedimientos diagnósticos: gran cantidad de pacientes se ingresan para que se les efectúe estudios tales como tomografía axial computarizada, ecocardiogramas, ultrasonidos, entre otros. En este sentido, los encargados de los servicios de hospitalización refieren que esta es la única alternativa que han encontrado hasta la fecha para agilizar la obtención de resultados oportunos de estos estudios, ya que los pacientes hospitalizados tienen prioridad sobre los pacientes de Consulta Externa. Esto resulta contradictorio, debido a que estos son procedimientos diagnósticos ambulatorios y al mantener esta práctica, se incurre en mayores costos y molestias para el paciente.
- Accesibilidad geográfica: esta condición afecta no solo a los reingresos sino también a las estancias prolongadas, se observa con mayor frecuencia en los hospitales rurales. Por ejemplo, en los servicios de Obstetricia las pacientes con falsa labor de parto deben ser ingresadas por las limitaciones en el transporte, ya que resulta imposible devolver a la paciente a su domicilio debido al riesgo de que eventualmente inicie la labor de parto en el trayecto, por lo tanto, debe ser ingresada, para egresar 24 o 48 horas posteriormente, o permanecer internada hasta que inicie la labor, esto de acuerdo con las condiciones de transporte con las que se cuenta.

4.2.4.3 Referencias y Contrareferencias

La utilización de las referencias y contrareferencias permanece como una estrategia importante para mejorar la comunicación y capacidad de resolución de los distintos centros de la red de servicios, así como incidir en una mejor intervención al paciente, hecho que obliga a insistir en la necesidad del cumplimiento de dicho proceso. Los resultados de la evaluación muestran una leve mejoría en este indicador, sin embargo persiste en los centros hospitalarios la necesidad de mejorar en este aspecto y visualizar la conveniencia para el usuario, en términos tanto de satisfacción del mismo como de la continuidad de su atención.

El grado de desarrollo de la coordinación entre niveles ha obedecido, históricamente más a iniciativas individuales que a una directriz clara a este respecto.

4.3 Análisis de la Gestión Interna

4.3.1 Sistema de información

El contar con un sistema de información adecuado es de vital importancia para la toma de decisiones en una organización. Las unidades han hecho esfuerzos importantes para adquirir los insumos necesarios para lograr este objetivo, sin embargo, aun existen limitaciones. Entre las más frecuentemente encontradas podemos citar: duplicidad de registros, limitaciones en la alimentación de la información, sobretodo en los diagnósticos de egreso; recurso humano poco capacitado en el manejo de programas de cómputo que sistematizan la información. Elementos sobre los cuales es necesario seguir trabajando para purificar la información sobre la cual se toman decisiones y se evalúa rendimiento.

4.3.2 Detección y atención de la Violencia Intrafamiliar

Reconociendo la violencia intrafamiliar (VIF) como un problema de salud pública por el impacto que causa en la población, es vital la participación de los servicios de salud en la respuesta a esta situación.

Para el año 2001, el 92% de los centros hospitalarios realizaron el abordaje y análisis de los casos de violencia intrafamiliar atendidos. Cumplimiento que constituye un avance en la participación de los hospitales dentro de la red de atención a la violencia. Sin embargo, al valorar el número total de casos atendidos e identificados en los hospitales a nivel nacional (3987 casos) como VIF y relacionarlo con el total de llamadas recibidas en la línea de la delegación del área de atención a la violencia de género del INAMU durante el año 2001 (55327) constituye únicamente el 7% de los casos, lo que sin ser una relación directa permite sugerir que debe trabajarse aún más en la identificación y diagnóstico de esta problemática, principalmente por la entrada de casos en los servicios de urgencias, consulta externa y Trabajo Social.

4.3.3 Mortalidad Materno – infantil

4.3.3.1 Mortalidad infantil

La mortalidad en el primer año de vida se denomina mortalidad infantil; es un fenómeno de especial significado epidemiológico y demográfico, por cuanto refleja en gran medida las condiciones de vida de una población. En el ámbito hospitalario nacional se aplican instrumentos con la finalidad de analizar cada caso e implementar medidas correctivas, luego estos instrumentos son enviados al primer nivel de atención para su posterior análisis.

La tasa de mortalidad infantil nacional es una de las más bajas en América Latina², sin embargo se deben mantener los esfuerzos para seguir disminuyéndola. A pesar de este esfuerzo, el año pasado esta tasa aumentó levemente en 0.6/mil nacimientos. Se registran como las principales causas de muerte las afecciones originadas en el periodo neonatal, seguidas de las malformaciones congénitas y enfermedades del sistema respiratorio respectivamente³.

En el año 2001 se notó una mejora importante respecto al año anterior en lo relacionado con la aplicación del instrumento y su posterior envío al primer nivel. Este año se aplicó el instrumento en el 99 % de los casos y se envió al primer nivel en 98.4 % de estos, mientras que en el año 2000 el instrumento se aplicó en un 92 % y se envió al primer nivel un 60 % de los casos. La implementación de medidas correctivas, se logró evidenciar en 92 % de los hospitales.

¹ Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, C.C.S.S.

² Instituto Nacional de Estadística y Censos

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos

4.3.3.2 Mortalidad materna

En el ámbito hospitalario nacional, al igual que con la mortalidad infantil, se aplican instrumentos con la finalidad de analizar cada muerte materna e implementar medidas correctivas, luego estos

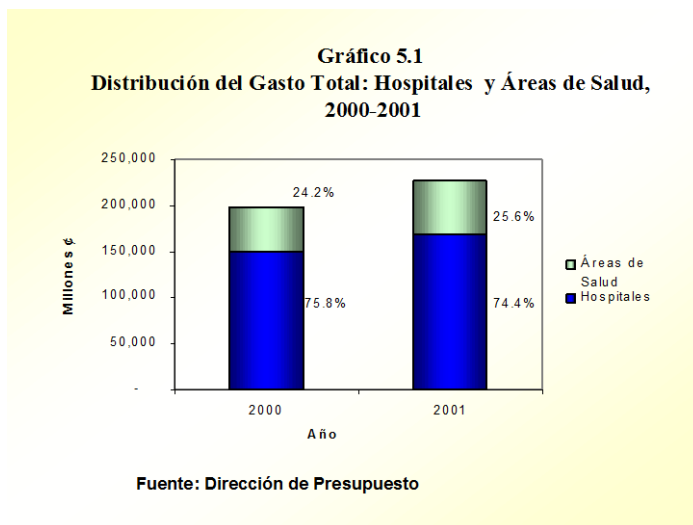
instrumentos deben ser enviados al primer nivel de atención para su posterior análisis más profundo. Según los datos obtenidos, a todos los casos de muertes maternas se les aplicó el instrumento respectivo y posteriormente fue enviado al primer nivel. Sin embargo, solo el 96 % de los hospitales evidenciaron la implementación de medidas correctivas.

5. Gestión Económica Financiera de Hospitales y Áreas de Salud, 2001

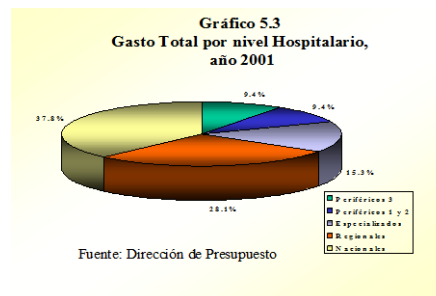
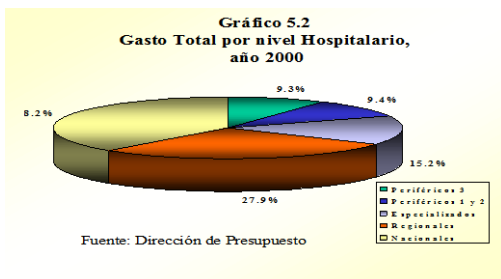
Comúnmente en la Institución se separan los gastos en efectivo y no efectivo, los primeros representan una asignación y manejo de recursos directamente por las unidades, mientras que los gastos de no efectivo incluyen los recursos manejados por el almacén central, las transferencias por conceptos de pago de cargas sociales a los empleados de la Caja y las depreciaciones, que no implican movilización de efectivo.

En el año 2001, la Institución gastó ¢226,829,13 millones para la prestación de servicios de salud, un 14,7% mayor a los recursos utilizados en el año 2000. Del total de gasto un 81% fue en efectivo y el restante 19% fueron recursos del no efectivo. Además, del gasto en efectivo un 61% se utilizó para el pago de servicios personales, porcentaje que es justificable ya que el sector salud es intensivo en mano de obra.

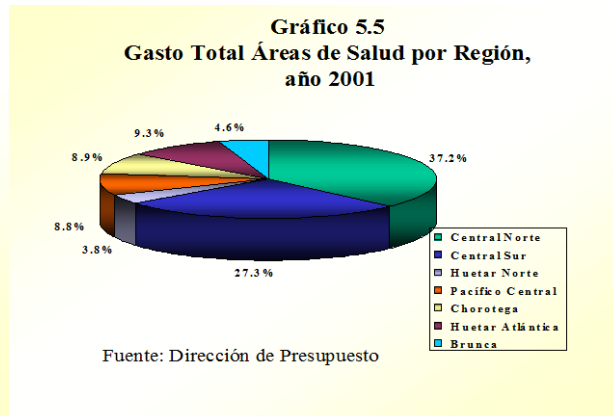
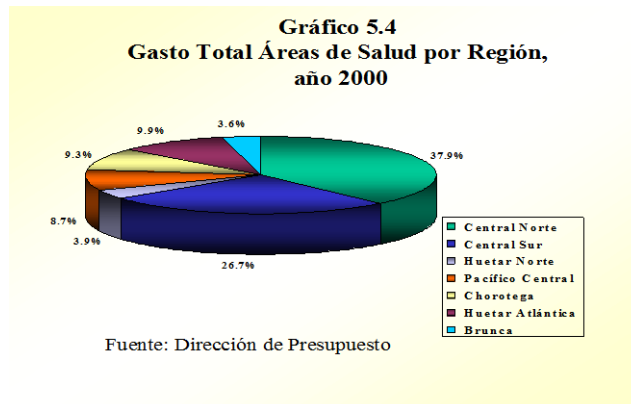
En el gráfico 5.1 se puede observar que en el período analizado, se presentó una mejora en la distribución del gasto hacia Áreas de Salud, pasando de un 24.2% a un 25.6%, lo cual concuerda con el modelo de atención integral en salud.



La distribución del gasto por nivel hospitalario se mantiene prácticamente igual en los dos años analizados, donde se destaca que más del 65% de lo gastado corresponde a hospitales nacionales (gráficos 5.2 y 5.3).



Respecto a las áreas de salud, las regiones con mayor peso en el gasto son la Central Norte y la Central Sur con aproximadamente el 60%, explicado por la concentración de población en el Área Metropolitana, mientras que los de menor gasto fueron la Huetar Norte y la Región Brunca con un 8% en total. En los gráficos 5.4 y 5.5 se observa que la distribución del gasto por región se mantuvo similar en el período analizado, con pequeñas disminuciones en las Regiones Central Norte, Chorotega y Huetar Atlántica y aumentos en las Regiones Central Sur, Pacífico Central y Brunca.



5.1. Distribución de recursos financieros en efectivo a través del Compromiso de Gestión

Uno de los objetivos centrales de la reforma del sector salud es la aplicación de un mecanismo de asignación de recursos financieros homogéneo y basado en producción y/o necesidades. Para lo cual se estableció el Compromiso de Gestión como la herramienta que vincula la asignación con las metas pactada en producción en cada centro de salud.

En el 2001, la asignación de recursos financieros a áreas de salud y hospitales alcanzó un total de **¢199,929,2** millones, de los cuales **¢183,059,9** millones se realizó a través del Compromiso de Gestión, **¢2,347,3** millones por medio del fondo de incentivos y **¢14,522** millones se efectuó mediante otros fondos especiales no relacionados con las metas y objetivos pactados en el Compromiso de Gestión. Esta situación, representa una de principales debilidades que enfrenta el nuevo modelo de asignación de recursos, por cuanto el incremento en recursos financieros a través del año debería estar ligado a una modificación de las metas pactadas originalmente en los Compromisos de Gestión, o a través del fondo de incentivos que está directamente ligado a la evaluación del desempeño del año anterior..

...1.1 5.2. Gasto por Unidad de Producción Hospitalaria

Un análisis por nivel de complejidad, muestra que el gasto por UPH presentó una alta variabilidad, donde el mayor gasto corresponde a los hospitales periféricos 1 y 2 (¢91,005) y el gasto más bajo lo presentaron los hospitales especializados (¢41,423).

....1.1.1.1 Cuadro 5.1

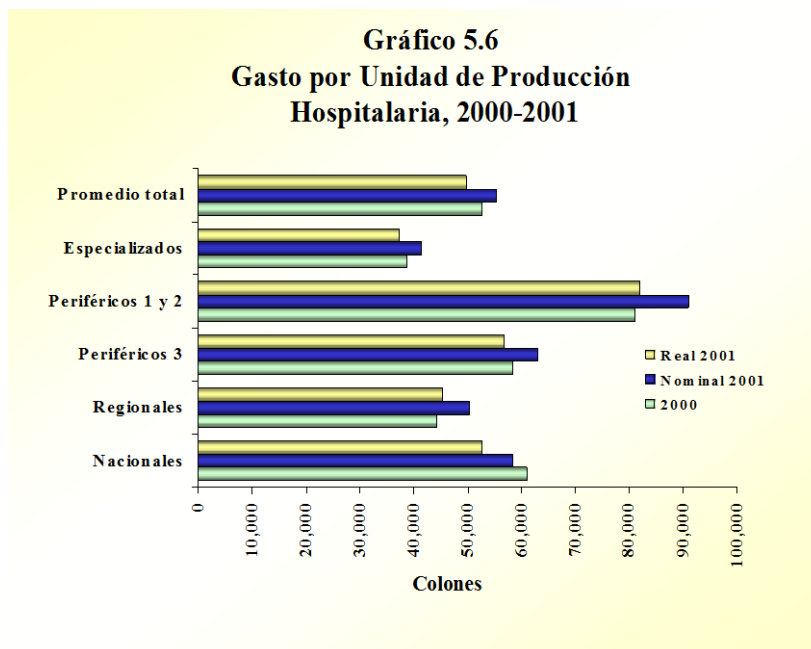
Gasto total y efectivo por Unidad de Producción Hospitalaria (UPH)

Nivel	Gasto (en millones ¢)		UPH	Gasto por UPH (¢)	
1.1.2	En Efectivo		Total	En Efectivo
Nacionales	63,828.7	48,712.9	1,092,744	58,411	44,579
Regionales	47,488.0	47,488.0	943,794	50,316	41,471
Periféricos 3	15,818.1	13,121.8	251,089	62,998	52,259
Periféricos 1 y 2	15,828.9	13,012.8	173,936	91,005	74,814
Especializados*	20,402.7	16,932.3	492,541	41,423	34,377
Total	163,366.5	139,267.8	2,954,103	55,302	44,318

En el año 2001 el gasto total promedio por UPH fue de ¢55,302, monto muy similar al registrado en el año 2000 (¢52,571), por su parte los precios crecieron un 10,96% (tasa de inflación); con lo cual se presentó una disminución en términos reales del gasto por UPH. Este decrecimiento obedece a

un bajo incremento real del gasto y a un crecimiento en el total de UPH de 7.2% respecto al año 2000.

Tal como se observa en el gráfico 5.1, los hospitales nacionales y periféricos 3, registraron una disminución en su gasto por UPH, tanto en términos nominales como reales, producto de un incremento en su producción mayor al crecimiento de sus gastos.



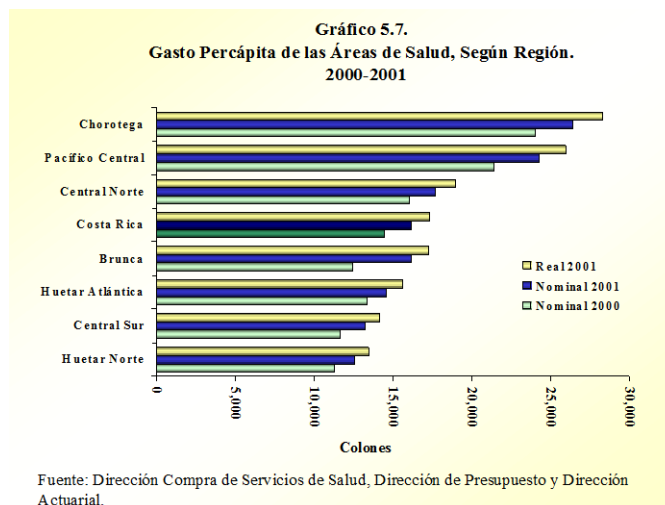
5.3. Gasto per cápita en áreas de salud

El gasto per cápita promedio real (ajustado por inflación) a nivel nacional fue muy similar al registrado en el año 2000. Dicho comportamiento se presentó en todas las regiones con excepción de la Brunca que creció 17% en términos reales (gráfico 5.7).

Un análisis transversal del gasto per cápita por región refleja un comportamiento similar al del año 2000, siendo las regiones Chorotega y Pacífico Central las que presentan la cifra más alta en este indicador y las regiones Central Sur y Huetar Norte las que registran el nivel más bajo. Cabe resaltar que el gasto per cápita de la Chorotega más que duplica el de la Huetar Norte, lo que da una idea de la magnitud de la inequidad prevaleciente en la asignación de recursos financieros. Esta inequidad se hace aún mayor si se ajusta por necesidades: la región Huetar Norte, que es la que tiene el menor gasto per cápita es también la que exhibe el menor Índice de Desarrollo Social a nivel nacional, mientras la región Central Norte ocupa el primer lugar en desarrollo social y el tercero en asignación de recursos per cápita.

Los esfuerzos realizados para hacer una asignación más equitativa, apenas se logran apreciar en un incremento en la disponibilidad de recursos de la Región Brunca, una de las regiones más deprimidas del país. Esta mayor asignación a la región Brunca produjo el único cambio en el orden

de magnitud de los gastos per cápita por región, desplazando a la región Huetar Atlántica del cuarto al quinto puesto.



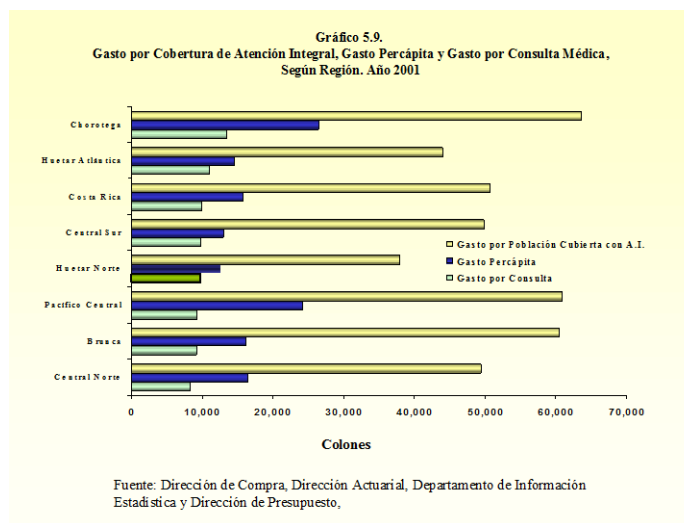
El gráfico 5.9 presenta las cifras de gasto percápita ajustado por cobertura de atención integral, gasto percápita simple y gasto por consulta médica durante el año 2001. El primero de estos indicadores refleja cuánto se gastó, en promedio, por cada habitante que fue cubierto con servicios de atención integral en el año 2001. El gasto por habitante indica el gasto medio por cada uno de los habitantes de las regiones de planificación, independientemente de si estos hicieron o no uso de los servicios de atención de salud que les brinda su respectiva área de salud. Finalmente, el gasto por consulta médica refleja el costo medio de producción de una consulta médica en cada una de las regiones. Se observa que el gasto por cobertura de atención integral más que duplica al gasto percápita simple y es aún mayor respecto al gasto por consulta médica. Aunque este indicador tiene el problema de que no contempla las atenciones por morbilidad, en especial de la población que no pertenece a ninguno de los programas de atención individual (niños en edad escolar y adultos que no pertenecen a los programas de diabéticos, hipertensos, de la mujer, prenatales ni adulto mayor), de alguna manera refleja lo que está costando la atención integral (la que sí se da, en términos financieros y la que no se da, en términos de morbilidad). Puesto que el promedio de consultas por habitante a nivel nacional fue de 2,45, el gasto por consulta guarda esta relación respecto al gasto por habitante.

También se observa que la región Chorotega es la que presenta el mayor gasto unitario, sea que este se mida por cobertura, en términos percápita o por consulta. Sobresalen, también, las regiones Pacífico Central y la Brunca, por sus altos costos por producto y la región Huetar Norte por su bajo costo relativo en atención integral, región que también presenta un gasto percápita y un gasto por consulta inferior a la media del país. El menor gasto por consulta lo presenta la región Central Norte, lo cual posiblemente se explique por economías de escala originadas en la mayor

concentración de población de sus áreas de atracción, lo cuál hace que los gastos fijos se diluyan ante una mayor demanda por servicios.

....1.1

....1.2



....1.3

....1.4

....1.5

....1.6

....1.7 **5.4. Limitaciones para la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos**

Las diferencias encontradas en el gasto por UPH y gasto percápita del 2001, en unidades con igual responsabilidad resolutoria, son evidencia de los problemas que ha enfrentado la aplicación de un mecanismo de asignación de recursos financieros homogéneo y basado en producción y/o necesidades. Estas diferencias son producto de los costos estructurales que están asociados a los precios (salarios) no homogéneos del recurso humano, como producto del pago por antigüedad, y del acceso diferente a la tecnología y a la infraestructura, las cuales no obedecen a una óptima planificación sanitaria.



Aunado a lo anterior, en la Institución no existen estudios de costos que permitan identificar cuáles de estas diferencias en costos son productos de ineficiencia y cuáles obedecen a estructuras innecesarias en cada uno de los centros.

Por esta razón, se recomienda ajustar el pago unitario (UPH o per cápita) para disminuir paulatinamente el peso de costos propios de cada centro e incrementar el estándar deseable, y de esta forma, equiparar los costos por nivel de complejidad o por responsabilidad resolutive. Para lograr este ajuste es prioritario identificar y disminuir las fuentes de ineficiencia y los costos estructurales innecesarios en cada centro de salud.

Como estrategia para eliminar las distorsiones en el gasto per cápita en áreas de salud se propone mantener constante el gasto total en términos reales (compensar por inflación), en las áreas cuyo gasto per cápita está por encima del nacional y destinar toda la disponibilidad de recursos para áreas con gasto menor al nacional. También se recomienda introducir indicadores de necesidad como el Índice de Desarrollo Social, distribución etárea y tasa de mortalidad infantil, para lograr un distribución más equitativa de recursos.

Otro factor que ha incidido negativamente sobre la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos financieros, es la existencia de distintas fuentes de financiamiento a las unidades, las cuales no están ligadas a las metas pactadas en el Compromiso de Gestión, para lo cual se recomienda que las variaciones en la asignación de recursos estén condicionadas a la modificación de las metas pactadas originalmente en el Compromiso de Gestión.

6. Desconcentración Institucional

6.1 Avances en desconcentración

Una vez aprobado el reglamento autónomo derivado de la *Ley N° 7852 (Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social)*¹, y superados los factores adversos al proceso que en su momento impidieron un mayor avance en el tema, el período evaluado apenas ha aportado condiciones de estabilidad jurídica y administrativa suficientes para que las partes, empiecen a comprender los alcances del ejercicio de las competencias desconcentradas.

Ha sido un período de INDUCCIÓN, que no cuenta aún con la práctica suficiente para medir de manera justa, el grado de eficiencia obtenido por las autoridades del órgano desconcentrado, y más bien, se ha caracterizado por un posicionamiento material y de roles de ambas partes, tanto del nivel central como local. Estamos pues, ante una fase introductoria, de acoplamiento y engranaje organizativo, y así debe ser justamente reconocido.

Como tal, esta fase se encuentra plagada de constantes y loables esfuerzos de capacitación, tanto de la misma Dirección de Compra como de las Direcciones de Presupuesto, Dirección Recursos Materiales y Dirección Recursos Humanos

¹ El Reglamento a la Ley N° 7852, fue aprobado por la Junta Directiva en el artículo 6° de la sesión 7394 del 02 de diciembre de 1999, y publicado en la Gaceta N° 03 del 05 de enero del 2000.



involucradas en el proceso, que exige de ambas partes (nivel central y nivel local) un comportamiento serio y responsable dada la complejidad de la temática desarrollada.

No obstante, estos esfuerzos serán infructuosos si no se logra desarrollar la capacidad ejecutiva y gerencial de las jefaturas del respectivo centro, que les permita, bajo reglas de sana administración - más por convicción y convencimiento que por coacción o amenaza - moldear la cultura organizacional y de trabajo de cada centro de salud.

En este sentido, se requiere de un cambio en la metodología de inducción, coordinación y seguimiento instaurado por el Nivel Central al efecto. Este ajuste probablemente implique, no solo la creación de *programas de capacitación* formales, que permitan además de la transferencia del conocimiento y la técnica empleada, cursos específicos de gestión gerencial en los campos que han sido desconcentrados.

Debe aprovecharse la existencia de una opinión favorable del proceso, por los sectores sociales, políticos, jurídicos y laborales, que perciben este ensayo, como una de las propuestas de carácter administrativo, más inteligentes, de mayor relevancia y posibilidades de éxito de los últimos años.

.

6.2 Análisis de Situación

El análisis de las evaluaciones de los Compromisos de Gestión de los 15 órganos desconcentrados durante el año 2001, no permite establecer cuál ha sido el grado participación e impacto (positivo o negativo) de la desconcentración sobre el resultado obtenido.

Así, la evaluación del período en estudio y cualquier otro anterior, no constituiría en la especie mas que un mero formalismo, que no aportaría un verdadero reflejo de la realidad en la conducción de un tema tan estratégico como este, perjudicando el espíritu y la visión de la propuesta.

No obstante, es palpable un esfuerzo de las autoridades locales por mejorar la forma en que se estaban haciendo las cosas, materializándose los objetivos de la desconcentración, ligados al *mejoramiento de la capacidad resolutive y la cultura de rendición de cuentas.*

En este momento, existe mayor preocupación por parte de las autoridades locales por hacer las cosas bien, pues con la desconcentración se evidencia la calidad y responsabilidad en la toma de decisiones, que anteriormente era filtrada por los mandos superiores, en virtud del deber de control, vigilancia y obediencia característico en sus relaciones recíprocas, como efecto inmediato esperado de la no-avocación de competencias. Hoy por hoy, cada autoridad local es responsable de la oportunidad y calidad de sus propias decisiones, al romperse en forma virtual o al menos para efectos internos, el esquema de responsabilidad solidaridad compartida de los superiores jerárquicos tradicionales previos a la desconcentración.

Se han empezado a observar positivos efectos en la administración del recurso humano, materia que aún cuando estaba bastante desconcentrada en lo operativo, es decir, en la técnica de la administración salarial y el empleo, poseía poco desarrollo en el enfoque

gerencial para la gestión del recurso humano. Algunos casos aislados y todavía incipientes, en donde las autoridades locales han querido asumir el rol propuesto, empiezan a servir de modelo a otras unidades homólogas en la materia, y de insumos en la construcción de nuevas interpretaciones jurídicas y administrativas enfocadas al interés y fin público tutelados por la Ley N° 7852.

Efectos similares se han percibido respecto de las materias de contratación administrativa y presupuesto; no obstante, el cambio organizacional no ha trascendido en la cultura de algunos de estos centros, donde, indistintamente de la capacidad resolutive adquirida en el ensayo, las autoridades locales mantienen el perfil de dependencia técnica y administrativa anteriores a estar desconcentrados, remitiendo aún sus asuntos a una instancia no jerárquica regional o técnica, para la aprobación o validación de lo actuado, siguiendo los sistemas administrativos tradicionales, con un efecto aún más crítico de parte de ciertos mandos medios, que ven en esa actitud una oportunidad para debilitar el proceso y mantener el status quo con la conservación del poder y la autoridad.

Indudablemente no han descubierto o no han querido descubrir las verdaderas ventajas del régimen de desconcentración establecido, situación que habrá que revertir con un enfoque mucho más estratégico y de mayor acompañamiento por parte del nivel central.

Si bien es cierto, el proceso es de carácter administrativo y jurídico, comprende en el fondo un cambio cultural, y como tal, es razonable que sus efectos deban ser analizados y evaluados paulatinamente en el corto, mediano y largo plazo, con metas inclusive diferenciadas en cada una de esas etapas, a fin de garantizar una evolución positiva pero segura para toda la organización, que no menoscabe y ponga en riesgo los logros obtenidos hasta hoy en los servicios de salud.

Está claro que la desconcentración resulta además de un proceso novedoso, un elemento estratégico para el logro de las metas y objetivos de salud pactados por medio del *Compromiso de Gestión*, de ahí que el legislador y las autoridades superiores hayan escogido al Compromiso como la herramienta idónea para articular este proceso, pues indiscutiblemente la estructura organizacional y el modelo ejecutivo y gerencial practicado en determinado centro de salud, inciden favorable o desfavorablemente en la producción en salud alcanzada.

No obstante, debe entenderse que no por formar parte del Compromiso de Gestión, es de esperarse una evolución similar en celeridad y calidad a la observada en el tema de la *COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD*.

Dada las particularidades de cada una de las materias desconcentradas, ha sido necesario construir indicadores y pactar objetivos y metas específicos de acuerdo con el tema tratado, estableciendo metodologías y plazos de evaluación igualmente diferenciados. Especial relevancia, constituye el hecho de que las mismas Direcciones de Sede, poseían diferentes grados de desconcentración en el manejo de sus competencias técnicas, y en algunos casos o para ciertos procedimientos, apenas dan sus primeros pasos en este sentido, por lo que la transferencia del conocimiento y dominio de la técnica experimentan avances diferenciados. Comportamiento lógico y razonable, pues en este ejercicio estamos aprendiendo todos, tanto el nivel local, como el nivel central y las altas autoridades institucionales, desde las Direcciones Técnicas, pasando por la Auditoría, Gerencias de División y hasta la propia Junta Directiva.

Ensayo, que aún cuando ha demandado de los involucrados, tanto en lo operativo como en lo estratégico, un esfuerzo extraordinario que les demanda nuevas interpretaciones, nuevas actitudes, nuevos roles, y nuevas funciones; curiosamente, en vez de generar desmotivación o angustia, se percibe de sus principales actores (nivel local), una inmediata necesidad de aprender y hacer las cosas bien, como pocas veces se presenta en estos procesos.

Así, deberá medirse el proceso en forma gradual, preocupándonos más por la calidad que la cantidad de su evolución. La estrategia deberá enfocarse a un fortalecimiento de las destrezas de administración y gestión simultánea y paralelamente con la transferencia del conocimiento y la técnica, a través de programas formales y ordinarios de capacitación.

Como dato relevante, cabe destacarse que mediante acuerdo segundo adoptado por la Junta Directiva, en el artículo 25° de la sesión N° 7606 del 6 de diciembre del 2001, en este período se incorporaron a la desconcentración institucional 19 centros de salud. Así, la desconcentración de hospitales, clínicas y áreas de salud que propugna la Ley N° 7852, comprende al año 2002, un total de 34 centros de salud, a saber:

... HOSPITALES	
I ETAPA Años 2000-2001	II ETAPA Año 2002
Nombre	Nombre
1. Hospital Nacional de Niños	16. Hospital William Allen
2. Hospital Rafael A. Calderón Guardia	17. Hospital de Golfito
3. Hospital San Juan de Dios	18. Hospital de Guápiles
4. Hospital México	19. Centro Nacional de Rehabilitación
5. Hospital Raúl Blanco Cervantes	20. Hospital Nacional Psiquiátrico
6. Hospital Enrique Baltodano Briceño	
7. Hospital San Vicente de Paúl	
8. Hospital Max Peralta	
9. Hospital Escalante Pradilla	
10. Hospital de San Carlos	
11. Hospital San Francisco de Asis	
ÁREAS DE SALUD I y II NIVEL	
Nombre	Nombre
12. Área de Salud de Coronado	21. Clínica Dr. Solón Núñez
	22. Clínica Dr. Moreno Cañas (Mata Redonda – Hospital)
	23. Área de Salud de Belén – Flores
	24. Clínica Dr. Clorito Picado
ÁREAS DE SALUD I NIVEL	
Nombre	Nombre
13. Área de Salud de Santa Cruz	25. Área de Salud de Cariari
14. Área de Salud de Chacarita	26. Área de Salud de Abangares
15. Área de Salud de Esparza	27. Área de Salud de Puriscal – Turrubares
	28. Área de Salud de Los Santos
	29. Área de Salud de Naranjo

	30. Área de Salud de Peninsular
	31. Área de Salud de Barranca
	32. Área de Salud de Zarcero
	33. Área de Salud de Palmares
	34. Área de Salud de Buenos Aires.

6.3 Acciones inmediatas

En la situación actual, las Direcciones de Sede, Regionales y los mismos niveles gerenciales inmersos en el proceso de desconcentración, visualizan la necesidad de modificar el Reglamento de Desconcentración vigente, de manera que se redefinan con mayor precisión los ámbitos de competencia, así como el resto de las relaciones interorgánicas para un ágil y eficiente flujo de potestades, obligaciones y responsabilidades recíprocas.

En este contexto, se propone además de las acciones inmediatas de coordinación y capacitación correspondientes, hacer una pausa que permita a todas las partes involucradas, reordenarse en el marco de la desconcentración creado, y terminar de ajustar la normativa y la técnica empleada durante el proceso, definir los objetivos estratégicos que fuesen necesarios, e idear “ensayos administrativos controlados” que les permitan dominar la materia y disminuir el margen de error y la consecuente responsabilidad en sus actuaciones y resoluciones.

Para tales efectos, resulta necesario conceder una pausa por 2 años, en la evaluación de los objetivos y metas de desconcentración pactados en el Compromiso de Gestión (Título Tercero), de manera que en el año 2004 se evalúe el período (2002-2003), sin descuidar las actividades de inducción, seguimiento, coadyuvancia y control que deban mantener durante este período las Direcciones de Sede, a fin de que ante cualquier desviación, abuso o extralimitación en el ejercicio de potestades, se instauren por la instancia que corresponda, las acciones correctivas o de intervención dispuestas en el Reglamento a la Ley N° 7852, conocido como Reglamento de Desconcentración.

7. Área prioritaria de intervención

7.1 Readecuación y fortalecimiento del modelo de Atención en Salud

El avance en la implementación del proceso basada en la sectorización definida ha permitido el desarrollo de toda una infraestructura en servicios de salud y la dotación del correspondiente recurso humano constituidos como equipos; lo cual se convirtió en la plataforma que permitió que el país haya constituido 96 Áreas de Salud en el nivel nacional para el año 2001, que ofrecen los servicios básicos de salud y que realizan acciones de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad, todas ellas con su correspondiente Compromiso de Gestión negociado y firmado.

Este proceso también ha permitido visualizar el desarrollo del modelo readecuado de atención que aporta los elementos funcionales para propiciar la cultura de la construcción social de la salud y su

operacionalización a través de la Atención Integral en Salud.

En este sentido se ha avanzado en la integración funcional de los equipos básicos de atención integral en salud, no así en lo referente a su nivel de subordinación y conducción ya que el ATAP responde al Médico Coordinador del EBAIS y a la Enfermera del Equipo de Apoyo del Area de Salud. Por otro lado se enfatizan muchas acciones en el ATAP resultado de diversas directrices, perdiendo la perspectiva de la función original del ATAP.

Al nivel de los Equipos de Apoyo no hay total claridad de las funciones que tendrían que realizar ya que a veces asumen acciones operativas propias de los EBAIS y no de su respectiva Area como un todo.

Todos cuentan con un sistema de planificación teóricamente basado en las necesidades y prioridades locales de salud con un escaso análisis y basado generalmente en situaciones descriptivas sin llegar a influir en las determinantes lo cual no siempre se traduce en Planes Estratégicos en la cual se definan objetivos y acciones específicas dirigidas a solucionar dicha problemática, ni los posibles factores determinantes.

En el trabajo en los diferentes escenarios, se aprecia un fortalecimiento de las acciones que se desarrollan en el escenario de servicios de salud y en el escenario escolar quedando relegados el escenario familiar, el escenario comunitario y el laboral pues en ellos no existe una total claridad de las posibles acciones a desarrollar.

Existe todavía un énfasis en acciones de tipo curativo, aunque ya se perfilan muchas acciones de manera más constante en lo referente a Promoción de la Salud y Prevención específica. La participación social es aún muy utilitaria con pocos espacios reales para la identificación de los problemas y el planteamiento de alternativas de solución por parte de la población, el control de la gestión es casi nulo.

Los procesos de educación en salud en el ámbito individual aún son débiles, notando que este en la mayoría de veces es brindado por el personal de enfermería y el de Atención Primaria con menos participación del Médico.

Los procesos de educación en salud en el ámbito grupal están cada vez mejor desarrollados aún cuando lo que los ha originado son algunas enfermedades prevalentes como la hipertensión y la diabetes.

Las acciones de Vigilancia Epidemiológica no ocupan un lugar preponderante en el accionar de las unidades, no habiendo una clara conciencia de la necesidad de conocerlas; todavía son acciones puntuales, dirigidas a asuntos específicos, no constantes y en las que predominantemente aparecen aspectos biológicos y patológicos, desconociendo la prevalencia e incidencia de otros hechos susceptibles de vigilancia y que darían elementos para fortalecer las acciones de planificación estratégicas.

La capacidad resolutoria del primer nivel de atención no ha sido fortalecida pues aún tiene muchos limitantes, existen restricciones en algunas pruebas de laboratorio (hemoglobina glicosilada), en la



restricción del cuadro básico de medicamentos de uso en este nivel, en mejorar la capacitación en aspectos técnicos claves, tales como la capacitación en Fondo de Ojo para médicos generales entre otros y aún existe la falta de especialidades como Pediatría y Ginecología que son las que generan el mayor número de referencias.

Dado que para avanzar en el desarrollo del modelo readecuado de atención y que este se consolide es necesario que las instancias técnicas del nivel nacional responsables de su seguimiento y evaluación se reestructuren en función de la tarea a desarrollar; dado que en la forma en que se encuentran actualmente responden más al modelo tradicional y no al modelo readecuado de atención, por lo que se superponen acciones y responsabilidades sin lograr traducir a las unidades una clara dirección y conducción técnica. Así mismo se deberá definir el papel de las Regiones de Salud en el proceso.

.

7.2 Sistema de información

La institución cuenta mayoritariamente en el primer nivel de atención con la versión automatizada Sistema de Información en Salud (SIS), que comenzó a utilizarse en la segunda mitad de los noventa la cual fue incorporándose de acuerdo a la suscripción del compromiso de gestión en cada área de salud.

En la evaluación del Compromiso de Gestión del año 2000, año en que por primera vez se evalúan todas las áreas del país, indicamos nuestra preocupación porque las salidas del SIS que se nos presentaban brindaban información poco confiable para medir los resultados en términos de coberturas. Esta preocupación fue muy bien acogida por los responsables, quienes coordinaron con las instancias involucradas una redefinición de las salidas del SIS.

En este trabajo se llegó a ciertas conclusiones como es el hecho de que hay ciertos problemas como duplicación de datos por arrastre de un año a otro, no se podían mejorar por la forma en que estaba configurado el programa actual, pero se trabajó todo lo posible y aparece la versión 4.0 del SIS con un módulo de depuración que permitía identificar ciertos duplicados, y de esta forma garantizamos registros más confiables.

Desgraciadamente la experiencia de la evaluación del 2001 no mejoró en términos de confiabilidad de la información obtenida y se pudo constatar:

- Un aumento de uso de sistemas manuales, que por el volumen de datos que se manejan tienden a producir muchos errores.
- La versión. 4.0 no todos la pudieron correr al igual que el depurador, en algunos casos por desconocimiento de cómo hacerlo y en otras por incompatibilidad del equipo con que se cuenta, según versión de los proveedores.
- En los que se logró obtener las salidas de la versión 4.0 se encontraron duplicaciones que hubo de corregirse a mano hasta donde se pudo.



- Aunado a lo anterior, indicar, la necesidad de contar con un módulo de Inmunizaciones, que registre niños vacunados y no dosis aplicadas como se hace manualmente en la actualidad, y automatizar la ficha familiar que brinda información de gran utilidad para la gestión local y que está siendo subutilizada por la poca disponibilidad y oportunidad de los datos que se recogen.

El problema de las duplicaciones fue informado inmediatamente a los responsables del programa y a mediados de febrero del 2002, se informó de las correcciones realizadas y la notificación de esta modificación a las Áreas de Salud.

En conclusión, en la evaluación de este año habrá nuevamente que advertir al lector del informe de que hay problemas con la información y enfatizar en aquellas que son más evidentes para que se tomen los resguardos del caso al utilizar dicha información, pero todo no termina aquí, tiene además otras consecuencias como es deslegitimar al SIS, así como el esfuerzo de evaluación realizado y generar gran incertidumbre sobre los resultados que se brindan a nivel institucional y de país. Por otra parte, lo usuarios se sienten cada vez más incómodos y molestos, justificando gran parte de sus no cumplimientos a que es un problema de los datos que brinda el SIS.

Es de pensar que los procesos de avance de la Modernización Institucional exige en forma inmediata buscar una solución definitiva a esta situación, en el pasado mucho se ha hablado al respecto y existen propuestas documentadas, pero ahora es impostergable pasar del discurso a la acción.

Un proceso de evaluación que no se sustente en un sistema confiable de información podría convertirse en un mero ejercicio sin ningún efecto en la toma de decisiones institucionales y más aún en la redefinición de políticas lo que se desdice con el gran esfuerzo y recursos que se han destinado para incorporar en la cultura organizacional la rendición de cuentas y la toma de decisiones informadas.

En el pasado reciente se han generado diversas iniciativas e instancias con el fin de uniformar, coordinar y racionalizar los recursos que se utilizan en diferentes sistemas de información automatizados que coexisten en la institución, sin embargo hasta el momento ninguna de ellas ha dado el resultado esperado. Por otra parte, se han invertido una importante cantidad de recursos económicos en contratar el diseño de un sistema único de información , propuesta que esta ampliamente documentada y que al parecer no ha sido retomada para su análisis e implementación.

La solución al problema puede ser en la vía de un sistema único o en otra, pero en ultima instancia lo que se sugiere es tomar esta situación como una prioridad institucional y destinar o redireccionar los esfuerzos y recursos que sean necesarios para su solución en el menor plazo posible y de esta forma convertir al sistema de información en un recurso estratégico de la Institución.

.

. 7.3 Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud entendida como “Un proceso social que busca que la población mejore su salud y ejerza control sobre la misma”¹, es un concepto muy nuevo en la cultura organizacional y de prestación en la Caja. Ante este importante reto, la institución ha realizado esfuerzos para desarrollar estrategias que permitan avanzar en este sentido. Como resultado de este interés se han conformado diferentes grupos, uno es la Gerencia de Modernización y dos en la Gerencia Médica (Medicina Preventiva y Sección de Trabajo Social) que se han dedicado a conceptualizar y desarrollar herramientas que permitan a los niveles locales capacitarse y aplicar acciones de promoción de la salud. Como parte del trabajo de uno de estos grupos la Gerencia de Modernización presenta en el año 1999 el “Plan institucional de Promoción de la Salud”. Se desconoce el grado de divulgación del mismo y en que magnitud logró permear en los prestadores de los servicios de salud.

Pareciera que la coexistencia de diferentes grupos, aparentemente con poca coordinación, sin un liderazgo único y orientaciones poco uniformes y claras en términos del “como hacer” hacia los niveles locales, ha generado limitaciones para obtener los resultados esperados en términos de crear cultura en este enfoque.

La experiencia generada en las evaluaciones muestra que tanto la Promoción de la Salud, incluida la Participación Social, son parte de las Áreas pendientes, en relación a las nuevas responsabilidades que se asumen a partir de la Modernización Institucional. Entendiendo que en un primer nivel este debe ser un quehacer esencial, en los Compromisos de Gestión se ha tratado de incorporar indicadores que orienten en esta dirección. A pesar de los resultados que se obtienen, se está consciente que existen debilidades conceptuales y metodológicas que limitan la correcta aplicación de esta estrategia, para que incida en mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.

Con el objeto de superar las debilidades existentes, la Dirección Técnica de Servicios de Salud por medio de la Sección de Promoción de la Salud, asumió la responsabilidad de capacitación y comenzó a desarrollar el Curso de Promoción de la Salud para dar respuesta al indicador del compromiso de gestión del 2002 denominado “ Existencia del Plan Integral de Promoción de la Salud con Participación Social”. En el 2001 se brindaron tres cursos, se continuará en el 2002 y la meta es que a finales del 2003, todas las áreas de salud tendrán al menos un integrante capacitado en esta temática.

El tener personal sensibilizado y capacitado augura contar en un corto plazo con un avance cualitativo en el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud que se incorporen a las actividades regulares de las áreas y se convierta en el espacio para ir concretando la intersectorialidad y una mayor participación social.

Sin embargo, pareciera importante, consolidar en el nivel institucional un liderazgo único que podría formar parte de la reestructuración del nivel central, responsable de la definición de políticas y su traducción concreta hacia los niveles locales, sobretodo en la fase en que nos encontramos de sensibilización y capacitación, que se convierta en el referente de los niveles locales y que tenga a su vez la responsabilidad de dar acompañamiento y seguimiento al proceso, permitiendo detectar oportunamente limitaciones y realizar las adecuaciones que sean necesarias y así avanzar en la consecución de la meta de contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos.

¹ CCSS, Departamento de Medicina Preventiva, Sección de Promoción de la Salud. “Plan integral de Promoción de la Salud, Guía para su elaboración”. San José, 2002.



7.4 Gestión local

La demanda de atención en salud ejerce mucha influencia en el desarrollo de las acciones operativas de las unidades, sin embargo, la demanda de actividades gerenciales en salud según la óptica de la salud pública suele ser menor o no existir, lo cual explica por qué esta prioridad suele ser mas baja que la de los servicios clínicos.

Por lo antes mencionado, es valioso rescatar que el nuevo modelo de atención de enfoque integral abre un espacio a la gestión local basada en el conocimiento del perfil de las Áreas de Salud delimitadas geográficamente y sectorizadas, no sin perder de vista que las intervenciones prioritarias deben cumplir por lo menos tres criterios técnicos: deben servir para reducir considerablemente la carga de la morbilidad, ser razonablemente eficaces en función del costo y atender las preferencias de la población. No todas las prioridades definidas con un criterio técnico pueden cumplirse a corto o mediano plazo. Sin embargo, tienen que cumplirse tras requisitos fundamentales en cuanto a la viabilidad¹.

Las diferentes unidades existentes debe llevar a la práctica las intervenciones prioritarias con un grado razonable de calidad, las cuales deben estar al alcance de toda o casi toda la población dentro del presupuesto proyectado, y las prioridades seleccionadas deben contar con aceptación política.

El proceso de gestión local aún esta lejos de cumplir con los requisitos antes mencionados, en el tanto se observa que las Áreas de Salud pese a que en su mayoría realizan Análisis de Situación de Salud, este se basa en gran parte en la recolección y tabulación de los datos, presentando debilidad en el análisis que contemple la interrelación de las dimensiones y por consiguiente de las variables de cada una de ellas. Si tomamos en cuenta que, para un problema critico dichas variables pueden ser factores que condicionen la crisis y que de ser identificados y relacionados con los recursos de la institución y la comunidad, facilitarían la priorización de las intervenciones que se deben reflejar en el Plan Estratégico, el cual en gran medida difiere de los hallazgos encontrados el ASIS e incluso los detectados por la comunidad.

Algunos de los hallazgos de la evaluación aunado a lo que los equipos refieren, van dirigidos a la poca capacidad de síntesis en actividades antes no realizadas por los equipos de salud, el no visualizar al Plan Estratégico como una herramienta de trabajo que facilite la toma de decisiones la metodología y sistematización del procesamiento de la información y como enlazar los puntos críticos detectados por el personal de salud y los descritos y priorizados por la comunidad.

Es necesario, a partir de los resultados obtenidos trabajar de cerca con las regiones que se han detectado con mayores limitaciones en elaboración de ASIS y Plan Estratégico, desde aclarar la metodología para realizar un análisis integrado de las situaciones presentes en las diferentes áreas de salud hasta darle seguimiento a los procesos que ya se han iniciado. Para lo cual se propone capacitar o actualizar a los gerentes del nivel local que permitan la evolución del proceso de la construcción de la salud de la población, mediante la obtención de información

¹ Bobadilla, J. *Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medios y bajos en: Observatorio de la Salud*. México: FUNSALUD, pag. 255-274, 1996.



para la toma de decisiones a corto, mediano y largo plazo.

Además la institución deberá desarrollar alianzas estratégicas con sus unidades, identificando entre ellas las que aportan ventajas comparativas para “aprovechar” este insumo y preparar metodologías, manuales y sistematización de pasos para fortalecer el proceso de planificación local, apoyado en los planes y políticas nacionales e internacionales.

7.5 Área Prioritaria de Intervención: vigilancia epidemiológica

A pesar de que se han realizado esfuerzos institucionales en el sentido de ir incorporando acciones de vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de atención, se observa aún una gran ausencia de ellas en el análisis de situación, en los diferentes planes estratégicos y operativos de las unidades, restringiéndose al seguimiento de escasos eventos de carácter transmisible sin ninguna continuidad en el tiempo, reactivos y que son utilizados escasamente en la planificación y la toma de decisiones.

Adicional a esto el sistema de información para la Vigilancia Epidemiológica sigue siendo una de las áreas críticas encontradas, que necesita una urgente intervención en todos los niveles.

Otro componente completamente necesario para fortalecer la Vigilancia Epidemiológica es la investigación, en la cual no tenemos una claridad institucional de los lineamientos a seguir y la problemática a abordar.

Por otro lado se da mucho énfasis a los eventos de carácter transmisible, dejando por un lado los eventos no transmisibles susceptibles de vigilancia y que pueden aportar datos interesantes para mejorar la promoción de la salud en especial en los eventos catalogados como crónicas, como la hipertensión y la diabetes que continúan aportando una gran cuota a la morbilidad y mortalidad general del país.

Fortalecer a la instancia técnica asesora en el nivel central, encargada de liderar en el campo de la epidemiología, para desarrollar una intensa coordinación con las otras instancias técnicas del nivel nacional con el fin consolidar la red institucional de Vigilancia Epidemiológica, opere el sistema de Vigilancia en los diferentes niveles para que ellos desarrollen una respuesta oportuna ante la presencia de algún episodio epidemiológico.

7.6 Área Prioritaria de intervención: Segundo Nivel de Atención (Atención Ambulatoria Especializada)

A pesar de que tanto el primer como el segundo nivel de atención realizan esfuerzos tendientes a mejorar la atención brindada en cada uno de ellos, el primer nivel considera que no se le satisface su demanda y el segundo considera que esta sobrecargado.

Adicional a esto los hospitales continúan con listas de espera en algunas especialidades que pueden ser resueltas en el segundo nivel.

En este sentido en los Compromisos de gestión se propuso trabajar indicadores para poder en alguna medida evaluar la Coordinación entre niveles, cuyo comportamiento observado es que se llevan a cabo reuniones de los respectivos directores o personal designado los cuales tratan algunos puntos de interés pero no se les da el adecuado seguimiento y varían continuamente entre una reunión y otra, por lo que se ha sugerido elaboren un Plan el cual considere los aspectos medulares para mejorar esta coordinación al cual se le de el seguimiento adecuado.

Por otro lado el sistema de referencia y contrareferencia siempre continua siendo una debilidad, pues no se está totalmente incorporado en la rutina diaria de trabajo y aún vemos una buena cantidad de referencias sin contrareferencia y un débil control del registro y análisis.

Además la demanda de determinados especialistas no es adecuadamente canalizada por la instancia correspondiente que define el tipo de especialista a formar en el nivel nacional, por lo que se nota en ocasiones inopía de algún especialista tales como Oftalmólogos, Patólogos, Ortopedas entre otros.

Es importante también hacer énfasis en que la atención brindada por especialistas, para el caso Medicina Interna en lo referente a atención con calidad ó sea el cumplimiento de las normas Técnicas de atención correspondiente en hipertensos y en diabéticos no siempre es adecuado observándose la falta de cumplimiento de dichos criterios que tratándose de un especialista se espera que no fuera de esta manera.

Se pretende la separación de los niveles de atención, para convertir a algunas unidades definidas por accesibilidad, en la que coinciden ambos niveles de complejidad en verdaderos Centros de Especialidades, cuyo objetivo iría más allá de tener una alta capacidad resolutive de este nivel, para convertirse además en verdaderos centros de capacitación y entrenamiento para el personal del primer nivel y racionalizar las referencias, aumentando también la capacidad resolutive del primer nivel y a la vez participar en acciones de promoción de la salud y de educación en salud. Es importante anotar que el cumplimiento de esta estrategia podría resolver en cierto grado la problemática del tercer nivel de atención, dado que una buena cantidad de lo que ahora esta siendo presa en hospitales se podría resolver con esta estrategia.

• Áreas prioritarias – Áreas de Salud

Área Prioritaria de intervención	Acciones estratégicas
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de avance en la readecuación del Modelo de atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instancias técnicas del nivel central responsables de su seguimiento y evaluación se reestructuran en función del modelo readecuado de atención para lograr traducir a las unidades una clara dirección y conducción técnica.
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de Información 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un sistema único de información que integre los sistemas actuales para que se utilice en la planificación y toma de decisiones en los diferentes niveles.
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de la instancia técnica líder en el

	nivel central encargada de la formulación de políticas y su concreción completa en los niveles locales.
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la instancia técnica en el nivel nacional encargada de liderar en el campo de la epidemiología para consolidar la red institucional de vigilancia en los diferentes niveles para una respuesta oportuna ante la presencia de algún episodio epidemiológico.
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Local 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecidos los sistemas de planificación basados en las necesidades y prioridades locales, en análisis de las diferentes dimensiones y variables que propicien el desarrollo de planes estratégicos que se dirijan a resolver dicha problemática.
<ul style="list-style-type: none"> • Segundo nivel de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Convertir Áreas de Salud con buen nivel de accesibilidad y que poseen ambos centros de especialidades con alto nivel resolutivo y que brinde soporte técnico, dado que serían el nivel de atención, dado que serían el nivel inmediato de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades perdidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de todos los momentos de contacto de los usuarios al sistema para desarrollar las actividades definidas en la apertura programática con todos los criterios técnicos de calidad.

.

• **Áreas prioritarias – Hospitales**

Áreas Prioritarias de Intervención	Acciones estratégicas
Red de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la estructuración actual de la red de servicios hospitalaria. • Analizar la oferta actual de servicios de apoyo diagnóstico en el tercer nivel con el fin de hacer un uso más eficiente de los mismos. • Considerar alternativas de ubicación de pacientes (albergues) que no impliquen un internamiento hospitalario. • Fortalecer el sistema de referencias y contrareferencias mediante el establecimiento de criterios mínimos de calidad que favorezcan la continuidad en la atención de los usuarios
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la funcionalidad de los sistemas de información



<p>Sistema de Información</p>	<p>hospitalaria actuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar un sistema único de registro y hacer revisiones periódicas de la información que se consolida, de forma interdisciplinaria. • Realizar los ajustes necesarios en los sistemas de codificación actuales con el fin de adaptarlos a la realidad del país. • Estimular la participación activa de los profesionales en Medicina en el análisis de la información que se produce. • Revisar la capacitación actual de los funcionarios encargados de los departamentos de Registros de Salud en hospitales a fin de contar con recurso humano que posea las destrezas y el conocimiento necesario para llevar a cabo su labor
<p>Listas de espera en Consulta Externa y Cirugía electiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una metodología institucional para el manejo de los registros con el fin de estandarizar los procesos para la elaboración de las listas de espera. • Evaluar la incorporación de normativas por especialidad que permita establecer criterios para la priorización de las listas de espera. • Revisar la estructuración de la consulta externa especializada en el tercer nivel, con el fin de detectar casos que puedan continuar su atención en el primer o segundo nivel, una vez resuelta la causa que produjo la atención. • Revisar las estrategias desarrolladas para el abordaje de listas de espera hasta la fecha y su impacto en la situación de las mismas.
<p>Cirugía Mayor Ambulatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria mediante la definición de políticas institucionales claras . • Revisar los requisitos actuales para el establecimiento del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. • Incorporar un registro de Cirugía Mayor Ambulatoria por especialidad según procedimiento quirúrgico • Negociar un índice de Cirugía Mayor Ambulatoria por especialidad (índice de sustitución)



. **Áreas prioritarias – Gestión Económica**

Áreas Prioritarias de Intervención	Acciones Estratégicas
Asignación de recursos basado en producción y/o necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar y disminuir los costos producto de ineficiencia y los costos estructurales ajustables en el corto y mediano plazo. ▪ Mantener constante el gasto total per cápita en términos reales (compensar por inflación) en las áreas de salud con gasto per cápita superior al nacional y destinar toda la disponibilidad de recursos para las áreas de con gasto per cápita inferior al nacional . ▪ Introducir indicadores de necesidad como el Índice de Desarrollo Social, distribución etárea, tasa de mortalidad infantil, para lograr un distribución más equitativa de

	recursos.
Fuentes de financiamiento no relacionadas con las metas de producción o actividad contempladas en el Compromisos de Gestión.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un requerimiento a las Unidades y a la Dirección de Presupuesto para que toda modificación presupuestaria, que varíe la asignación pactada en el Compromiso de Gestión, implique un ajuste de las metas de producción acordadas originalmente. ▪ Unificar los fondos especiales de financiamiento y ligarlos a una política institucional de gasto fundamentada en criterios técnicos.
Sistema de información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear un sistema único de costos que unifique los esfuerzos institucionales en ésta materia. ▪ Estructurar el sistema de costos para que brinde información contable y económica, de tal forma que permita incorporar un análisis costo-efectividad en la asignación de recursos.

Áreas prioritarias - Desconcentración

ÁREAS PRIORITARIAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS
1. Ausencia de una única y uniforme conducción estratégica del proceso, favorecida por la falta de coordinación política y técnica de todas las instancias involucradas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la celebración de reuniones de coordinación de alto nivel, con participación tanto de representantes de las Direcciones de Sede involucradas, como de los niveles superiores, a fin de propiciar la definición de objetivos estratégicos por desarrollar, así como interpretaciones uniformes y congruentes con el espíritu del proceso.
2. Incoherente evolución del proceso frente al dominio de la técnica y la capacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posponer las evaluaciones anuales de las metas y objetivos en desconcentración



<p>ejecutiva y gerencial requeridas.</p>	<p>pactadas en el Compromiso de Gestión, por un período de 2 años, de manera que hasta el año 2004 se evalúen los resultados obtenidos en desconcentración del período 2002 – 2003, a fin de propiciar un espacio de tiempo suficiente para redefinir roles, competencias, procedimientos y crear entre los involucrados, las herramientas técnicas y administrativas que fuesen necesarias.</p>
<p>3. Normativa reguladora omisa e insuficiente en la definición de las relaciones interorgánicas y el manejo de los conflictos de competencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reformar y readecuar el Reglamento de Desconcentración. Vigente.
<p>4. Insuficiente desarrollo por parte de los niveles delegantes, de mecanismos de seguimiento o acompañamiento sistémico y ordenado de la evolución del proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar “Ensayos Administrativos Controlados”, en donde participen ordenadamente todas las instancias competentes, a fin de depurar la metodología y estrategia empleadas en la transferencia del conocimiento y el dominio de la técnica, y replicar los resultados positivos al resto de órganos desconcentrados.
<p>5. Transferencia o delegación de competencias y facultades, a sujetos con capacidad técnica o profesional limitada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear y mantener programas de formación y capacitación de las materias desconcentradas, con énfasis en el desarrollo de capacidades de gestión.
<p>6. Capacidad instalada insuficiente para el manejo eficiente de las potestades desconcentradas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar estudios integrales dentro de la organización, que permitan la transferencia o adquisición del recurso humano, equipo y tecnología necesarios.