

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN EN EL NIVEL  
CENTRAL, HOSPITALES Y ÁREAS DE SALUD DE LA CAJA  
COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS), DESDE EL AÑO 1998 AL  
2013.

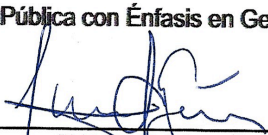
Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la  
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al  
grado de Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gestión de  
Servicios de Salud

Paul Ernesto Araya Vega

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

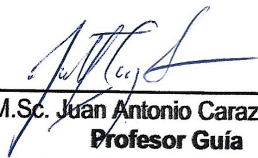
2021

**“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de la Salud”**



---

**PhD Ingrid Gómez Duarte  
Representante del Decano  
Sistema de Estudios de Posgrado**



---

**M.Sc. Juan Antonio Carazo Salas,  
Profesor Guía**



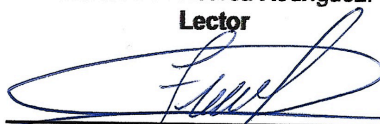
---

**M.Sc. Sara Barrios Rodríguez.  
Lectora**



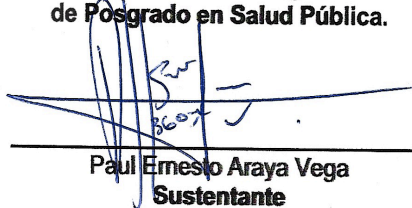
---

**M.Sc. Allan Abarca Rodríguez.  
Lector**



---

**M.Sc. Francisco Oviedo Gómez  
Representante Programa  
de Posgrado en Salud Pública.**



---

**Paul Ernesto Araya Vega  
Sustentante**

## **Tabla de contenido**

Hoja de aprobación .....	ii
Resumen.....	vi
Lista de cuadros.....	vii
Lista de tablas .....	viii
Lista de figuras.....	ix
Abreviaturas .....	x
Palabras clave.....	xi
Capítulo 1. Introducción .....	1
1.1.    Introducción .....	1
1.2.    Justificación .....	2
1.3.    Antecedentes .....	6
1.4.    Planteamiento del problema .....	9
1.5.    Pregunta principal.....	14
1.6.    Preguntas secundarias .....	15
1.7.    Objetivos.....	15
2.7.1    Objetivo General .....	15
2.7.2    Objetivos Específicos .....	15
Capítulo 2. Marco Metodológico .....	17
3.1    Paradigma.....	17
3.2    Tipo de Estudio .....	19
3.3    Método de Estudio .....	20
3.4    Etapas del Estudio .....	22
3.4.1    Etapa. Revisión Bibliográfica.....	22
3.4.2    Etapa. Entrevistas a informantes clave, directores y administradores de las unidades y del nivel central donde se desarrolló el proceso de desconcentración. ....	22
3.4.3    Etapa. Codificación .....	23
3.4.4    Consideraciones Éticas.....	28
Capítulo 3 Elementos Contextuales.....	29

4.1 Atención Primaria en Salud (APS).....	29
4.2 Evolución de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	30
Capítulo 4 Marco Teórico Conceptual .....	34
5.1 El concepto social de la salud y la Salud Pública como campo del conocimiento .....	38
5.1.1 Determinantes de la Salud .....	41
5.1.2 Política Pública.....	42
5.2 Uso de la ley como base del proceso de Desconcentración Administrativa en los Servicios de Salud .....	44
5.3 La Desconcentración como parte fundamental de la Reforma del Sector Salud y apoyo a la atención primaria renovada .....	45
5.4 Centralización .....	45
5.5 Descentralización.....	46
5.6 Desconcentración .....	51
5.7 Desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social.....	52
5.7.1 Personalidad Jurídica.....	55
5.7.2 Compromiso de Gestión .....	56
5.7.3 Evaluación del proceso de desconcentración.....	60
5.7.4 Principales resultados de las evaluaciones del proceso de desconcentración .....	61
Capítulo 5 Resultados y análisis de la información .....	67
6.1 Analisis Cualitativo .....	86
Capítulo 6 Conclusiones .....	202
Capítulo 7 Recomendaciones.....	213
Bibliografía .....	215
Anexos .....	220
Anexo 1. Reglamento de la Ley 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social; La Gaceta 03: 05/01/2001 .....	221

Anexo 2. Guía de Entrevista.....	251
Anexo 3. Consentimiento informado sobre la aplicación de entrevista.....	254

## Resumen

Mediante un análisis cualitativo este trabajo describe la implementación del proceso de desconcentración llevado a cabo en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) entre los años 1998 y 2013. Este se enmarca dentro del proceso de modernización del Estado costarricense, específicamente en la Reforma del Sector Salud, que en la CCSS fortalecía el modelo de atención integral en salud; mejoraba la efectividad y eficiencia en la recaudación y asignación de los recursos, con la separación de funciones (financiado-comprador-proveedor); así como brindaba mayor autonomía al desconcentrar funciones administrativas, financieras y operativas.

Como parte de este proceso se decretó, en 1998, la Ley 7852 de desconcentración de hospitales, clínicas y áreas de salud de la CCSS; en los temas de gestión administrativa, presupuesto y recursos humanos; además se crean las juntas de salud de hospitales, clínicas y áreas de salud. Entre el año 2000 y 2002, se concedió el grado de desconcentración máxima a 34 centros (únicos que desarrollaron el proceso). Se les dotó de una personería jurídica instrumental, pero no de autonomía presupuestaria.

Los directores y administradores de estos centros tenían conocimientos básicos en administración de servicios de salud, pero no recibieron un proceso formal de capacitación para asumir responsabilidades en las materias desconcentradas. El marco jurídico que rigió el proceso de desconcentración presentaba ambigüedades, contradicciones y fueron publicados incluso años posteriores a la desconcentración.

La desconcentración mostró la falta de alineamiento estratégico de la institución y se caracterizó por la falta de conocimiento de sus funciones por parte de los actores involucrados en esta modalidad de gestión.

Lo anterior provocó el abuso de las atribuciones conferidas, así como luchas de poder; llevando a restricciones para ejercer de forma efectiva la desconcentración y posteriormente, a la decisión de la Junta Directiva de suspender la desconcentración otorgada por la Ley 7852 y fortalecer el proceso de Juntas de Salud, en el 2013.

A pesar de los motivos aducidos para terminar el proceso de desconcentración, hay elementos que no fueron valorados y que deben ser considerados en un futuro, si es que se quiere reactivar esta modalidad de gestión. Esta puede ser provechosa para la institución, en la prestación de los servicios de salud y para las comunidades que los reciben.

## **Lista de cuadros**

Cuadro 1. Unidades desconcentradas por región y tipo de establecimiento.....	13
Cuadro 2: Estrategia Metodológica.....	25-27

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Preguntas de investigación cualitativa, diseño cualitativo e información que se obtiene al implementarlo.....	18
--	----



## **Lista de figuras**

Figura 1 La Gestión Administrativa del Proceso de Atención y la Desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social .....	37
Figura 2. Clasificación de la investigación en Salud Pública.....	40

## **Abreviaturas**

AyA: Acueductos y Alcantarillados.

APS: Atención Primaria en Salud.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

FESP: Funciones esenciales en Salud Pública.

GRD: Grupos Relacionados Diagnósticos.

ICE: Instituto Costarricense de Seguro Social.

ICT: Instituto Costarricense de Turismo.

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.

INA: Instituto Nacional de Aprendizaje.

INCOFER: Instituto Costarricense de Ferrocarriles.

INVU: Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo.

IVM: Invalidéz Vejez y Muerte.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PAE: Programa de Ajuste Estructural.

UCR: Universidad de Costa Rica.

UPH: Unidades de Producción Hospitalaria.

## **Palabras clave**

Desconcentración, Caja Costarricense de Seguro Social, Ley 7852, Recursos Humanos, Contratación Administrativa, Gestión Presupuestaria.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Paul Ernesto Araya Vega, con cédula de identidad 3-0336-0446, en mi condición de autor del TFG titulado Implementación del proceso de desconcentración en el nivel central, hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desde el año 1998-2013

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

PAUL ERNESTO ARAYA VEGA (FIRMA)  
PERSONA FISICA, CPF-03-0336-0446.  
Fecha declarada: 13/10/2021 10:30:50 AM  
Esta representación visual no es fuente  
de confianza. Valide siempre la firma.

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## Capítulo 1. Introducción

### 1.1. Introducción

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) fue creada el 1 de noviembre de 1941. es una institución autónoma destinada a brindar servicios de salud a la población en Costa Rica.

La institución ha evolucionado, aumentando su cobertura de salud y estableciendo mejores controles en sus procesos<sup>1</sup>, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia de su gestión, y para cumplir con los principios de: universalidad, solidaridad, obligatoriedad, unidad, igualdad, equidad y subsidiariedad.

Uno de estos procesos destinados a mejorar la gestión de sus recursos se dio con la entrada en vigencia de la Ley 7852 de desconcentración de hospitales, clínicas y áreas de salud en 1998.

En ese sentido, al ser este proceso un ejemplo de administración de servicios de salud, el presente estudio, de carácter exploratorio, plantea el análisis de la implementación de la desconcentración a partir del paradigma cualitativo, cuyo objetivo de estudio es determinar las causas de la implementación de la desconcentración y analizar cómo se ejecutó y se evaluó este proceso en los temas de recursos humanos, presupuesto y contratación administrativa en los hospitales, clínicas y áreas de salud seleccionadas para dicho fin en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para esta investigación se utilizará el método de análisis cualitativo, triangulando la siguiente información:

- La Ley 7852 y reglamento.

---

<sup>1</sup> Léase: Calidad de Servicios de Salud. Experiencia de Costa Rica. Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Vol. 5 n.2. San José Enero1997. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12591997000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004)

- Dictámenes de la Procuraduría General de la República (PGR), resoluciones de la Contraloría General de la República (CGR), informes y evaluaciones institucionales, artículos y otros estudios relacionados con este tema.
- Entrevistas guiadas a informantes claves.

## **1.2. Justificación**

Los Estados y organizaciones procuran una mayor eficacia y eficiencia en el manejo de los recursos para mejorar su capacidad de respuesta a los problemas de gestión. Como estrategias para alcanzar este objetivo han implementado sistemas de transferencia o delegación de funciones desde el ámbito central a los niveles locales, utilizando técnicas de traslado de competencias como la Descentralización y la Desconcentración de Servicios.

Por eso, el Estado costarricense ha utilizado este sistema de delegación de funciones en varios procesos, uno de ellos fue la modernización del Estado, propulsado por reformas administrativas como: “El Plan Global de Reforma Administrativa”, en 1976, y el “Plan de Reforma del Estado” de 1988, que reorganizan la administración pública con base en marcos de descentralización, desconcentración, regionalización y revisión de la organización de su conducción sectorial -con ministros rectores por sector- para mejorar la gobernabilidad del Estado costarricense (Julio, 2009).

Otros ejemplos de delegación de funciones son la descentralización y el fortalecimiento municipal, con la reforma al Código Municipal en 1998. Las reformas regulatorias de los servicios públicos, desconcentrando algunos órganos del Estado, como la Superintendencia General de Entidades Financieras (SUGEF) en 1995, la Superintendencia General de Valores (SUGEVAL) en 1997 y la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) en 1995.

Por su lado, a nivel de organizaciones, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptó este traslado de competencias como parte de la reforma al sector salud, esto es: rectoría del Ministerio de Salud, integración y traslado de competencias y recursos del Ministerio de Salud a la CCSS, desarrollo del nuevo modelo de atención en salud y apertura a la administración de servicios de salud por entes cooperativos, por mencionar los más destacados.

En ese sentido, y asistidos por la Ley 7852 de “Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social” de 1998 y su reglamento, sesión 7394, en 1999, se materializó este traslado de competencias. Con este proceso de desconcentración, se procuró optimizar el uso de los recursos, reducir los trámites burocráticos y mejorar la toma de decisiones a nivel local, es decir, donde se brinda la atención en salud.

En sus términos, la desconcentración de los servicios de salud en la CCSS influyó durante varios años en la toma de decisiones, desde los EBAIS hasta los diferentes tipos de hospitales a lo largo y ancho de todo el territorio nacional, en pocas palabras, es un ejemplo de cómo se establecen los procesos de gestión administrativa en las organizaciones del Estado costarricense.

Este investigador, en su desempeño profesional como médico en la CCSS, ha tenido relación con dicho proceso de varias maneras: primero, como médico en un EBAIS de un área desconcentrada, segundo, desde la Dirección de Compra de Servicios de Salud, en particular, con la evaluación de esas áreas desconcentradas.

Al mismo tiempo, durante estos años de labor he corroborado que existen aspectos del proceso difíciles de entender por parte de las personas funcionarias de la CCSS, y que personas ajenas a la institución tienen preguntas cuyas respuestas ameritan un conocimiento más profundo de las particularidades del proceso, por ende, se motiva el tema implementación del proceso de desconcentración en el nivel central, hospitales y áreas de salud de la Caja

Costarricense de Seguro Social, desde el año 1998 al 2013, y se presente como proyecto final de graduación en la Maestría de Salud Pública con énfasis en gestión de Servicios de Salud.

Además, el análisis de este proceso recoge información para identificar oportunidades de mejora institucional, en cada una de las materias donde se aplicó, es decir, Presupuestaria, de Recursos Humanos y de Contratación Administrativa, identificando fortalezas y debilidades así como externalidades propias del proceso y lecciones aprendidas durante los años de su vigencia.

Para ello, entre los recursos por utilizar están: primero, la Ley 7852 que enmarca las competencias otorgadas a las unidades desconcentradas y su Reglamento, que establece cómo se debe instaurar el proceso. Segundo, la revisión bibliográfica que aporta información importante para conocer cómo deben ser los procesos de desconcentración desde lo teórico. Tercero, las experiencias vividas por los gestores de las unidades que instauraron y ejecutaron el proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social, recopiladas mediante una entrevista dirigida para obtener la dimensión humana del proceso y de los encargados de dirigir, supervisar y ejecutar las acciones diariamente, sin apartarse de la base legal que sustenta el proceso.

Al respecto, se espera que el resultado de este trabajo aporte información para el Estado, la institución y las organizaciones relacionadas con la salud, siendo los principales beneficiados, en primer lugar, la CCSS, ya que este modelo de gestión se ha planteado en varias ocasiones en los procesos de reestructuración institucional, sin embargo, los informes y las comisiones analizan los resultados de la prestación de servicios en los centros desconcentrados, pero no el cumplimiento del proceso según lo fundamentado en la Ley y el Reglamento de la desconcentración.

Seguidamente, se beneficia el Ministerio de Salud (MS) en su función



rectora, porque al conocer en profundidad cómo se dio el proceso de implementación de la ley de desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, cumple con la función de dirigir, conducir, vigilar, regular e investigar el desarrollo de la salud y de las acciones de los prestadores de servicios.

También, se benefician organismos internacionales que investigan los procesos de reforma de los Estados, de las organizaciones y servicios de salud, sobre todo, en la aplicación de los marcos jurídicos y regulatorios que dan solidez y seguridad a las inversiones que fortalecen los sistemas sanitarios de países de ingreso medio, como Costa Rica.

A su vez, se indaga desde la perspectiva de la institución y sus funcionarios si esta modalidad de gestión favoreció directamente a la población que recibe los servicios.

A nivel teórico, el análisis y la evaluación del proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social permite una mejor comprensión de los factores que intervienen en un problema del conocimiento.

Asimismo, se conocen las causas que ameritaron la creación de la Ley 7852 “Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social” como ley de la República, se analizan los factores determinantes en su implementación, los resultados de dicha implementación y las posibles diferencias con respecto a las experiencias de otros países que también instauraron este proceso de desconcentración y gestión.

A nivel metodológico, en este análisis del proceso de desconcentración se promueven novedosas estrategias de recopilación, investigación y análisis de datos, tomando en consideración no solo los procesos internos de análisis de la institución, sino, también, entrevistas a informantes clave que indican, mediante un muestreo

por conveniencia, cómo se desarrollaron los ámbitos de:

- a) Recursos Humanos.
- b) Contratación Administrativa.
- c) Gestión Presupuestaria, en algunas de las unidades desconcentradas.

A nivel práctico, se promueve investigación en la Caja Costarricense del Seguro Social, contando con aportes de las personas funcionarias encargadas del proceso de atención en salud.

### **1.3. Antecedentes**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” (1947) y que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (1978) incluyendo el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

En Costa Rica, la jurisprudencia de la Sala Constitucional adoptó esta misma definición derivándolo del derecho a la vida esbozado en el artículo 21 de la Constitución Política.

Sin embargo, para abarcar esta definición de salud -en este país o en cualquier otro- es importante entender que es de origen multicausal y que está determinada por una amplia variedad de factores, por lo que para garantizarla se necesita de una respuesta articulada de los actores.

A pesar de los esfuerzos realizados en la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa, la brecha existente entre esta definición y la realidad aumenta, especialmente en países de ingresos bajos y en vías de desarrollo, donde se brindan sistemas de salud mixtos, para las clases bajas con subsidio estatal - muchas veces deficiente-, y la alternativa privada para las clases económicamente

beneficiadas.

Por esto, la salud no puede abstraerse del contexto económico internacional donde los cambios son rápidos e irreversibles y obligan a las organizaciones a proyectarse constantemente hacia el futuro, modificando la prestación de servicios, ya que el balance de la oferta y la demanda es cada vez más difícil de alcanzar.

En Costa Rica, a finales de los setenta y principios de la década de los ochenta, el sector salud adopta una estrategia de regionalización dando los primeros pasos hacia la desconcentración administrativa de los servicios, de tal forma que las decisiones se tomen lo más cerca posible del sitio donde se generan las necesidades.

Ante la crisis económica de los años ochenta, se buscó la eficiencia administrativa y la integración de servicios de salud, implicando acciones de origen interorganizacional e intersectorial y la ejecución de una serie de reformas, entre ellas, las del sector salud, o sea, el Ministerio de salud (MS) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Acueductos y Alcantarillados (AyA), Instituto Nacional de Seguros (INS), Universidades, y sector privado, entre otros.

Parte importante de esta reforma obedece a los Programas de Ajuste Estructural (PAE 1, 2 y 3), condiciones impuestas por organismos financieros internacionales para fortalecer el Estado.

En sus términos, a cambio de continuar con préstamos y otras “ayudas” se solicitaba que el Estado no interviniera en el funcionamiento del mercado, que disminuyera los servicios que prestaba y que se mantuviera solo como un vigilante. Dicho de otro modo, que pasara de prestar servicios a regularlos.

En el sector salud, los Programas de Ajuste Estructural (PAE) promovieron el “traslado” o “renuncia premiada” de funcionarios del sector público al sector privado, con el fin de contener el gasto público. Se disminuyó el presupuesto de los

Programas de Salud Rural y de Salud Comunitaria, que pertenecían al Ministerio de Salud, convirtiéndolos en 1987 en Atención Primaria en Salud, entendida como la posibilidad de llevar los servicios de salud: “lo más cerca del hogar o del sitio de trabajo” (Villalobos Solano, 1996).

También, se promovió la creación de centros educativos, carreteras, acueductos, programas de saneamiento básico, zonas recreativas y programas de educación en salud, entre otros, ayudando a desarrollar pequeños sistemas de salud en el nivel local que fueron la base del modelo de atención actual.

Además, se incluyó al sector privado con las Cooperativas de autogestión, posibilitando nuevas formas de administración de los servicios prestados tradicionalmente por el Estado.

Es en este contexto, donde aparece el Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica, y que inició con la aprobación de la Ley 7374 del 04 de enero de 1993: “Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica”, donde se consolida el papel rector del Ministerio de Salud, encargándolo de la definición de las políticas en salud; además, se readecúa el modelo de atención de la CCSS, ya que se le trasladan los programas de atención integral y se define el primer nivel como la puerta de entrada al proceso de atención.

Por último, la Ley 7441 del 25 de octubre de 1994: “Aprobación del contrato de préstamo No. 3654-CR y sus anexos, entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financiar el proyecto de reforma del sector salud”, propone el uso racional de recursos entre instituciones y programas, así como la manera en que se asignan recursos, pasando del tipo histórico e incrementalista a una asignación prospectiva, competitiva, ligada a metas de producción, objetivos y calidad de los servicios de salud.

Por lo anterior, y como parte de esta reforma y por iniciativa del Banco Mundial, en 1986 se había planteado, mediante acuerdo de Junta Directiva, la desconcentración y la descentralización de la Caja Costarricense del Seguro Social; entonces, con la promulgación y aplicación de la Ley 7852 del 30 de noviembre de 1998, se brindó mayor autonomía en: la Gestión Presupuestaria, la Contratación Administrativa y el manejo de los Recursos Humanos en la CCSS, para lograr un manejo más eficiente de los recursos financieros y la eficacia en la prestación de servicios de salud.

#### **1.4. Planteamiento del problema**

Durante los años setenta, en América Latina se inició un proceso de regionalización, sin embargo, el crecimiento urbano concentró los recursos económicos en las principales ciudades de cada país. Lo mismo ocurrió en los ochenta, cuando se incrementó la migración campo-ciudad, se aceleró el endeudamiento de los países, fracasaron las estrategias de las Naciones Unidas para equilibrar el desarrollo internacional y se reforzó la interdependencia de la economía mundial.

Además, los profundos desequilibrios en la distribución de las riquezas, los altos índices de extrema pobreza, los sistemas democráticos frágiles y los grupos económicos poco comprometidos con el desarrollo, limitaron la reestructuración de los sistemas productivos y la equidad del desarrollo social en las regiones (Gastal, 1989).

Por eso, tratando de unir los aspectos sociales -equidad y económicos- reestructuración productiva del desarrollo, nacen los procesos de descentralización y desconcentración a nivel latinoamericano: a nivel administrativo, político, económico y social. Con estos procesos, se perfeccionaron los sistemas políticos, fomentando el pluralismo, la participación y el surgimiento de nuevas formas de organización social, una explotación más eficiente y racional de los recursos y como

una respuesta social para satisfacer las necesidades de la población que recibe servicios (Gastal, 1989).

En ese sentido, a lo largo de Lationamérica existen experiencias de desconcentración en servicios esenciales, como en salud, educación, vivienda y seguridad social, algunas asociadas a la elaboración de políticas públicas e iniciativas de participación social expresada en la intervención de la propia comunidad en el sistema de toma de decisiones (Rodríguez Noba, 1989).

Como puede esperarse, de estas experiencias unas han tenido mejor suceso que otras, de acuerdo con las particularidades del Estado que las implementa. Normalmente, se dan los procesos de descentralización y desconcentración juntos y en la mayoría de los casos en relación con la distribución del poder político-geográfico, tal es el caso de México, Chile y Costa Rica, por poner tres ejemplos.

En México, la descentralización y la desconcentración de funciones administrativas en los sistemas educativos, donde además se relacionaron con la modalidad de municipalización (Casassus, 1989). También, la descentralización y la desconcentración de los sistemas locales de salud, apoyados desde su política de salud (Gutierrez Trujillo, Campos Vasquez, López Cervantes, & Acevedo Milán, 1989).

En Chile, el proceso de descentralización y desconcentración de servicios de salud brinda autonomía en el manejo presupuestario, de personal, medicamentos, suministros y adaptación a normativa técnica, para realizar convenios interinstitucionales y definir políticas de salud oral (Murúa Barbenza, Alvarez Vera, Misslin Fillol, Navarro Torres, & Mangili Fuentes, 1989).

En Costa Rica, se ha tratado de generar una experiencia parecida a los casos anteriores, entre ellos: el Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI), el Consejo

de Transporte Público (CTP), el Consejo Nacional de Concesiones (CNC) y el Consejo Técnico de Aviación Civil (CTAC).

Además, existen instituciones desconcentradas, como la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), el Fondo Nacional de Becas (FONABE), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (Setena), las administraciones de los museos y de los teatros públicos.

Una de las instituciones del Estado que implementó la desconcentración fue la CCSS en los Servicios de Salud, como una manera de mejorar la gestión, acercando la toma de decisiones al lugar donde se perciben los problemas; sin embargo, esos procesos se desarrollaron de manera paulatina y dejando acciones sin concluir, entre ellas, la readecuación de las estructuras funcionales institucionales, sistemas de información, por mencionar los más destacados, hasta terminar el proceso en el año 2013.

Situando el proceso de desconcentración de la Caja Costarricense de Seguro Social en la prestación y la regulación de los servicios de salud de Costa Rica, se parte de que coexisten un sector público y uno privado, ambos regulados por el Ministerio de Salud, quien además establece una división geográfica y administrativa de la prestación de servicios de salud en Regiones.

En sus términos, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es una institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de servicios de salud; se financia del aporte de las personas afiliadas, los patronos y el Estado; administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, y el Régimen No Contributivo; presta servicios en todo el país y se organiza siete regiones<sup>2</sup>, no obstante, no corresponden geográficamente con las que establece el Ministerio de Salud, es decir, nueve

---

<sup>2</sup> Véase: <https://www.ccss.sa.cr/arc/cultura/OrganigramalIntegralCCSS.pdf>, estructura organizativa CCSS

regiones<sup>3</sup>.

Entonces, una vez indentificadas las debilidades institucionales que pueden solventarse con el proceso de reforma y modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social se indica que el

centralismo administrativo, baja productividad, eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y prestación de los servicios de salud y la participación utilitarista, sin oír al usuario y sin control por parte de éste sobre la gestión institucional y la calidad y oportunidad de los servicios.<sup>4</sup>

Después, se instaura la Ley 7852 Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, que trata tres aspectos: la Gestión Administrativa, la creación de las Juntas de Salud y la elaboración y aplicación de una herramienta de gestión, o sea, Compromisos de Gestión.

Sin embargo, el proceso no se implementó en todas las regiones, ni en todos los centros de salud. Para las 7 regiones se eligieron treinta y cuatro unidades desconcentradas; dieciséis Hospitales y dieciocho Áreas de Salud (ver Cuadro 1), estas dependientes en forma administrativa de la Junta Directiva y la Presidencia Ejecutiva.

---

<sup>3</sup> Véase:

[https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/DPI/2017/dpi\\_organigrama\\_roms\\_planificación\\_oct\\_17\\_horizontal.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/DPI/2017/dpi_organigrama_roms_planificación_oct_17_horizontal.pdf), estructura organizativa de MS.

<sup>4</sup> Léase: Algunos principios jurídicos que informan la Ley 7852, ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, Román A. Navarro Fallas.



**Cuadro 1.** Unidades desconcentradas por región y tipo de establecimiento.

<b>Nombre</b>	<b>Región</b>	<b>Tipo establecimiento</b>
Hospital Rafael Angel Calderon Guardia		Nacional
Hospital San Juan de Dios		Nacional
Hospital México		Nacional
Hospital San Vicente de Paul	Central Norte	Periférico 3
Hospital San Carlos	Huetar Norte	Regional
Hospital Enrique Baltodano Briceño	Chorotega	Regional
Hospital Escalante Pradilla	Brunca	Regional
Hospital Max Peralta	Central Sur	Regional
Hospital William Allen Taylor	Central Sur	Periférico 3
Hospital de Guápiles	Huetar Atlantica	Periférico 3
Hospital de Golfito	Brunca	Periférico 1
Hospital San Francisco de Asís	Central Norte	Periférico 2
Hospital Blanco Cervantes		Especializado
Hospital Nacional Psiquiátrico		Especializado
Centro Nacional de Rehabilitación		Especializado
Hospital Nacional de Niños		Especializado
Buenos Aires	Brunca	Área de salud
Abangares	Chorotega	Área de salud
Santa cruz	Chorotega	Área de salud
Tibás-Uruca-Merced	Central Norte	Clínica mayor
Belén Flores	Central Norte	Área de salud
Naranjo	Central Norte	Área de salud
Palmares	Central Norte	Área de salud
Zarcero	Central Norte	Área de salud
Coronado	Central Sur	Clínica mayor
Mata redonda Hospital	Central Sur	Clínica mayor
Hatillo	Central Sur	Clínica mayor
Puriscal	Central Sur	Área de salud
Los santos	Central Sur	Área de salud
Esparza	Pacífico Central	Área de salud
Peninsular	Pacífico Central	Área de salud
Chacarita	Pacífico Central	Área de salud
Barranca	Pacífico Central	Área de salud
Cariari	Huetar Atlantica	Área de salud

Fuente: CCSS: Base de datos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud. Abril 2010.

Con las competencias otorgadas por la Ley de Desconcentración N 7852, estas unidades podían ejercer diversas funciones, específicamente en: Recursos Humanos, Gestión Presupuestaria y Contratación Administrativa,<sup>5</sup> diferenciándose de las demás unidades, ya que para las desconcentradas la toma de decisiones no seguía el modelo piramidal de la estructura institucional, lo cual agilizaba algunos procesos de gestión administrativa. Sin embargo, después de quince años de ejecutar este proceso se detuvo en lo relacionado con la gestión.

En varios escenarios de análisis, se plantearon múltiples debilidades del proceso y de sus resultados, de hecho, en distintos estudios, dictámenes y evaluaciones se establece que las competencias otorgadas no se realizaron o se presentaron limitaciones para actuar; asimismo, se indicó que las diferencias entre la gestión de los entes concentrados y desconcentrados no fue notoria generando descontento en algunos de los directores de centros no desconcentrados, quienes lo consideraban un trato desigual.

Por tal motivo, los factores que llevaron a la implementación, el desarrollo y la detención del proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social se investigan a profundidad en el presente trabajo.

### **1.5. Pregunta principal**

¿Cómo se implementó el proceso de desconcentración, producto de la Ley 7852 “Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas y Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social y su reglamento, en la Caja Costarricense de Seguro Social”?

---

<sup>5</sup> Léase: Reglamento a la Ley 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social, disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=56310&nValor3=61713&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=56310&nValor3=61713&strTipM=TC)

Entendiendo por implementación el desarrollo de las competencias brindadas en Recursos Humanos, Contratación Administrativa y Gestión Presupuestaria en la institución. La eficacia y la eficiencia, la separación del financiamiento de la provisión de los servicios, la primacía del interés o fin público, publicidad, unidad y coordinación, subjetividad jurídica instrumental son criterios que debieron realizarse para que la implementación fuera efectiva.

## **1.6. Preguntas secundarias**

1.6.1. ¿Cuáles criterios se utilizaron para seleccionar las unidades sujetas a la desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social?

1.6.2. ¿Cómo se desarrollaron las competencias brindadas en Recursos Humanos, Contratación Administrativa y Gestión Presupuestaria en la institución?

1.6.3. ¿Cómo se evaluó el proceso de desconcentración?

1.6.4. ¿Cuáles fueron los argumentos para la suspensión del proceso de desconcentración de los Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social?

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo General**

Analizar la implementación del proceso de desconcentración en el nivel central, hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde el año 1998 hasta el 2013.

### **1.7.2 Objetivos Específicos**

1.7.2.1 Determinar las causas que llevaron a la implementación de la desconcentración en la CCSS mediante la Ley 7852 en el año 1998, y su posterior suspensión en el año 2013.

- 1.7.2.2 Describir el proceso de ejecución de la desconcentración en el nivel central, hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en cuanto a Recursos Humanos, Contratación Administrativa y Gestión Presupuestaria.
- 1.7.2.3 Analizar las evaluaciones de la ejecución del proceso de desconcentración de la Caja Costarricense de Seguro Social mediante la Ley 7852 y su reglamento en los temas de Recursos Humanos, Contratación Administrativa y Gestión Presupuestaria.

## Capítulo 2. Marco Metodológico

### 2.1 Paradigma

Este trabajo de investigación, sobre el proceso de desconcentración de la CCSS en el ámbito de los Recursos Humanos, Gestión Presupuestaria y la Contratación Administrativa, está fundamentado en estrategias basadas en el enfoque o aproximación cualitativa, pues se trata de conceptualizar una realidad desde una óptica personal y específica del investigador y de las personas encuestadas; en ese sentido, las investigaciones cualitativas van de lo particular a lo general, y se basan en una lógica y un proceso inductivo: explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas.

Según Wolcott (2003), el paradigma cualitativo utiliza un método de análisis descriptivo interpretativo, interesado en la comprensión del problema, basado en que se puede comprender el fenómeno y entender el contexto o punto de vista del actor social en su ambiente usual, es decir, cómo vive, se comporta y actúa la gente, qué piensa y cuáles son sus actitudes, para acceder al conocimiento de la realidad y comprender el punto de vista de los informantes (Rodríguez, Flores, & Jiménez, 1996).

Al mismo tiempo, los alcances de los estudios cualitativos pueden ser de cuatro tipos: los estudios exploratorios<sup>6</sup> sirven para preparar el terreno y, comúnmente, anteceden a investigaciones con alcances descriptivos<sup>7</sup>, correlacionales<sup>8</sup> o

---

<sup>6</sup> Según Hernández Sampieri (Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa), los estudios exploratorios: Investigan problemas poco estudiados, indagan desde una perspectiva innovadora, ayudan a identificar conceptos promisorios y preparan el terreno para nuevos estudios.

<sup>7</sup> Según Hernández Sampieri, los estudios descriptivos: Consideran al fenómeno estudiado y sus componentes, miden conceptos y definen variables(Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa).

<sup>8</sup> Según Hernández Sampieri, este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones, sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables.

explicativos.<sup>9</sup> Por lo general, los estudios descriptivos son la base de las investigaciones correlacionales, las cuales, a su vez, proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y están muy estructurados (Sampieri, Collado, & Lucio, Metodología de la Investigación, 2014).

En la investigación cualitativa hay varias teorías, pero para los objetivos propuestos en este trabajo se utilizará la teoría fundamentada<sup>10</sup> (ver Tabla 1). Al respecto, Creswell (2013b) la concibe especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubren a los participantes, contexto o muestra de interés.

**Tabla 1.** Preguntas de investigación cualitativa, diseño cualitativo e información que se obtiene al implementarlo

Pregunta de investigación	Diseño, marco o abordaje	Información que proporciona
Preguntas sobre procesos y relaciones entre conceptos que conforman un fenómeno.	Teoría fundamentada	Categorías del proceso o fenómeno y sus vínculos. Teoría que explica el proceso o fenómeno (problema de investigación).

Fuente: Metodología de la Investigación. Diseños de la investigación cualitativa, Roberto Hernández-Sampieri, 2014.

Las principales acciones para conducir un diseño en la teoría fundamentada y a utilizar en el presente trabajo, son los siguientes: (Sampieri, Collado, & Lucio, Metodología de la Investigación, 2014):

<sup>9</sup> Según Hernández Sampieri están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables.

<sup>10</sup> Como estrategias de investigación se pueden utilizar otros diseños como el fenomenológico, el etnográfico, etc.

1. Planteamiento del problema de investigación.
2. Perspectiva teórica, revisión del planteamiento, inmersión en el contexto (campo), muestra inicial.
3. Instrumento para recolectar los datos.
4. Recolección de los datos.
5. Codificación abierta (primer plano): agrupar las unidades o segmentos de significado en categorías.
6. Definición inicial de categorías, sus dimensiones y características (en términos de los participantes, extraídas de sus segmentos o comentarios) y asignación de sus códigos (nombres o etiquetas).
7. Ilustrar las categorías (elegir unidades o segmentos que las representen).
8. Agrupar categorías en temas (categorías mayores) y relacionar categorías y temas (codificación axial).
9. Descubrir patrones generales.
10. Revisar unidades, categorías, ejemplos y procesos, interpretar, validar categorías, desarrollar teoría, explicaciones y narrativa (codificación selectiva).
11. Validar la teoría con los participantes y revisar con otros investigadores.
12. Si se requieren más datos se recolectan hasta saturación y lograr entendimiento, si no, se elabora el reporte final (teoría, hipótesis y narrativa).

## **2.2 Tipo de Estudio**

Este es un estudio de carácter exploratorio, con elementos descriptivos para indagar sobre una realidad específica y que conlleva una mayor precisión del tema de estudio, es decir, cuando el objetivo en este caso es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes (Sampieri, Collado, & Lucio, Metodología de la investigación, 2014).

El estudio es del tipo analítico estudiando la política, las normas y los decretos que permitieron implementar una política de Salud. También, se indagó sobre la Ley 7852, su Reglamento y el Título Tercero, sobre lo establecido para el proceso de desconcentración para áreas de salud, clínicas y hospitales de la Caja Costarricense

de Seguro Social. Por último, se exploraron los factores que influyeron en el proceso de implementación de la desconcentración desde el punto de vista de las personas entrevistadas (personas funcionarias del nivel central, áreas de salud y hospitales de la CCSS). Se utilizaron estos tres elementos como un método para triangular la información. Por lo anterior, será un análisis no experimental, descriptivo y longitudinal retrospectivo.

### **2.3 Método de Estudio**

Se realizó un estudio observacional y de casos múltiples, pues mediante una entrevista a personas funcionarias de la Caja Costarricense del Seguro Social se trató de plasmar la realidad en la gestión de la desconcentración en varios centros de Atención en Salud de la institución.

Para esto, el investigador revisó la literatura existente sobre los procesos de desconcentración; después, se recopilaron y analizaron los reglamentos, leyes, dictámenes de Procuraduría y Contraloría General de la República relativos al proceso realizado específicamente en la Caja Costarricense de Seguro Social, y se consultaron otros documentos, como las publicaciones de análisis y evaluación del proceso, o sea, los realizados a lo interno y externo de la CCSS.

Posteriormente, se estableció una guía de entrevista para aplicarla a informantes claves<sup>11</sup> en la Caja Costarricense de Seguro Social, como una forma natural de conocer su quehacer y particularidades de su gestión como funcionario público. El tiempo de contacto personal dio cuenta de algunas de sus necesidades, experiencias, vivencias, intereses, preferencias, expectativas y, sobre todo, se encontró el significado que le atribuyen a la Gestión Local y al Proceso de Desconcentración Institucional en sí mismo.

---

<sup>11</sup> Se utilizará la técnica de entrevista a “informante clave”, es decir, integrantes que destacan por su conocimiento en profundidad del contexto estudiado y de la problemática abordada.



El tipo de entrevista es abierta, donde el entrevistador usó una guía, aunque el entrevistado manifestó libremente sus ideas en el orden que consideró más adecuadas.

Además, el investigador propuso mantener los siguientes criterios durante todo el proceso:

1. Sensibilización sobre posibles propiedades y dimensiones sin descubrir hasta el momento.
2. Apertura del investigador con respecto a preguntas adicionales.
3. Posibilidad de un mayor nivel de abstracción.
4. Apoyo para descubrir variaciones y patrones generales.

De igual modo, las entrevistas fueron grabadas previa autorización, guardando la confidencialidad pertinente para ser compiladas, consolidadas y analizadas como información cualitativa, para obtener un documento con observaciones metodológicamente adecuadas, pero con el conocimiento y el sentir de los gestores locales y del nivel central.

Como este análisis se realizó en una de las instituciones más grandes del país, por sus dimensiones, complejidad y cobertura en el territorio nacional, para aplicar la entrevista se realizó una muestra por conveniencia del grupo de unidades desconcentradas. Las seleccionadas fueron: las áreas de salud de Cariari y Palmares, el hospital de Guápiles, la Dirección Compra de Servicios de Salud (encargada de evaluar el Compromiso de Gestión) y la asesoría en Desconcentración y Juntas de Salud (encargados de desarrollar y dirigir el proceso a nivel institucional)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> La selección de los funcionarios para entrevistar se fundamentó en las necesidades que el investigador evidenció para definir la situación del Proceso de Desconcentración en la Caja Costarricense del Seguro Social.

Finalmente, se confrontó y completó la información documental con los resultados de las entrevistas realizadas, para esclarecer el origen y el desarrollo del proceso de desconcentración en la Caja Costarricense del Seguro Social.

Utilizando esta metodología se alcanzaron los objetivos planteados que parten de la pregunta: ¿Cómo se implementó el proceso de desconcentración, producto de la Ley 7852 y su reglamento en la Caja Costarricense de Seguro Social?

Por último, los objetivos específicos sirvieron como guía para el análisis en profundo, a su vez, se constituyeron como parte de la guía de la entrevista sobre particularidades de la aplicación del proceso de desconcentración y la gestión local. Como se dijo, la delimitación conceptual de esta entrevista fue definida por la revisión bibliográfica de procesos de desconcentración, la revisión documental existente en la institución sobre políticas, acuerdos de Junta Directiva, decretos y otros hechos aportados por los mismos entrevistados.

## **2.4 Etapas del Estudio**

Como parte de la metodología de esta investigación se describe, paso a paso, cómo se trabajó para obtener los resultados, presentado por medio de las etapas de la investigación:

### **2.4.1 Etapa. Revisión Bibliográfica**

Esta etapa hace referencia a la elaboración del protocolo de la investigación, generando la revisión bibliográfica, búsqueda en páginas de la Internet, libros, revistas, documentación y normativa.

### **2.4.2 Etapa. Entrevistas a informantes clave, directores y administradores de las unidades y del nivel central donde se desarrolló el proceso de desconcentración.**

Para definir los criterios de selección de estos informantes clave se establecieron los siguientes requisitos:

A) Para la sección operativa (áreas de salud y hospitales):

- a) Desempeñarse como director (a) de un área de salud, clínica u hospital desconcentrado, localizados en el zona rural, suburbana o urbana.
- b) Tener como mínimo dos años en su cargo en forma continua, durante el período en el que fue efectivo el proceso de desconcentración.
- c) Disponibilidad para completar la entrevista.

B) Para la sección administrativa del Nivel Central:

- a) Tener vínculo con alguno de los procesos de gestión, dirección o evaluación del proceso de desconcentración de la Caja Costarricense del Seguro Social durante el período en que este estuvo vigente.

#### 2.4.3 Etapa. Codificación

Una vez definidos los informantes clave, se realizó un proceso de codificación de cada una de sus entrevistas, con el fin de proteger su identidad durante el proceso de investigación y en la exposición de los resultados del estudio. Para tal efecto, se utiliza un sistema de codificación alfa-numérica donde la primera categoría expresa el número de orden en el que aparece el informante. Estas se mantienen constantes para todos los informantes. La siguiente categoría hacen referencia al lugar de trabajo del informante: R, si es rural, SU suburbano, U urbano, o C nivel central.

##### I. Análisis de resultados

Para el análisis de estos datos se utilizaron un conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales, gráficos y/o de video, de tal manera que se organice, reagrupe y gestione el material en forma sistemática.

##### II. Elaboración de conclusiones y recomendaciones

Al concluir el análisis, se brindan aportes a las personas omadoras de desición interesadas en el proceso de desconcentración realizado, con las fortalezas y las

debilidades encontradas. Mientras que en el siguiente esquema se presenta la estrategia metodológica para desarrollar los objetivos de estudio.



<p>¿Cómo se implementó el proceso de desconcentración, producto de la Ley 7852 y su reglamento, en la Caja Costarricense de Seguro Social?</p>	<p>Describir el proceso de ejecución de la desconcentración en el nivel central, hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p>	<p><b>Recursos Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Contratación de recurso humano</li> <li>•Selección y reclutamiento de personal</li> <li>•Asignación de incentivos no económicos a los trabajadores</li> <li>•Creación de Programas de Capacitación para los funcionarios</li> <li>•Implementación de Procesos de Estudio de puestos (solicitud)</li> <li>•Aplicación de variaciones de condiciones laborales (horarios, jornadas, labores, lugar de trabajo)</li> </ul> <p><b>Contratación Administrativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Contratación de bienes, servicios y obras</li> <li>•Implementación de los procesos de: <u>negociación</u> centralizada (Gerencia de Operaciones, Dirección de Recursos Materiales) y <u>contratación</u> en las Áreas Desconcentradas</li> <li>•Verificación de la Idoneidad del Registro Nacional de Proveedores (acreditación, sistema de información (nacional, regional y local), en registro de contratos y sanciones) y obligatoriedad del uso del Registro General de Proveedores.</li> <li>•Ejecución efectiva del Apoyo en: publicación de concursos, almacenamiento y distribución (Gerencia de Operaciones, Dirección de Recursos Materiales)</li> <li>•Creación de programas de Capacitación sobre exoneración de impuestos, desalmacenaje, para uso adecuado del escudo fiscal. (Gerencia de Operaciones, Dirección de Recursos Materiales)</li> <li>•Implementación del Control de calidad de las compras</li> <li>•Implementación de Procesos de evaluación de la gestión (Gerencia de Operaciones, Dirección de Recursos Materiales)</li> <li>•Aplicación del Tope de contratación del 15% del presupuesto anual</li> <li>•Implementación del Sistema de información que favorece la gestión de conservación y mantenimiento de las inversiones realizadas.</li> <li>•Adquisición directa de medicamentos</li> </ul> <p><b>Gestión Presupuestaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ejecución y manejo anual del presupuesto asignado (histórico)</li> <li>•Evaluación trimestral de la ejecución del gasto (Gerencia Financiera, Dirección de Presupuesto), mediante un sistema integrado de información presupuestaria</li> <li>•Aplicación de Restricciones para manejo presupuestario (artículo 47)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisión Bibliográfica, documental y normativa</li> <li>•Entrevistas a Informantes Clave</li> </ul>
--	---	---	---

<p>¿Cómo se implementó el proceso de desconcentración, producto de la Ley 7852 y su reglamento, en la Caja Costarricense de Seguro Social?</p>	<p>Sistematizar las evaluaciones de la ejecución del proceso de desconcentración de la Caja Costarricense de Seguro Social mediante la Ley 7852 y su reglamento.</p>	<p>Establecer periodicidad de las evaluaciones, monitoreos y recomendaciones durante la vigencia del proceso de desconcentración</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Revisión Bibliográfica, documental y normativa</li> <li>•Entrevistas a Informantes Clave</li></ul>
--	--	--	---

#### 2.4.4 Consideraciones Éticas

En la elaboración de este trabajo de investigación, el respeto y la confidencialidad fueron valores fundamentales, así como los principios de autonomía y justicia de manera que el manejo de la información fue de lo más prudente posible, con el fin de proteger el bienestar de las personas involucradas a lo largo de la investigación, porque durante esta investigación se obtuvo la perspectiva de personas trabajadoras de la Caja Costarricense de Seguro Social sobre las condiciones en las que se desarrolló el proceso de desconcentración a nivel institucional y en los centros de atención en salud, motivo por el cual se mantuvo la confidencialidad de quienes participaron.



## **Capítulo 3 Elementos Contextuales**

### **3.1 Atención Primaria en Salud (APS)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene claro que los países que han organizado la atención sanitaria en torno a los postulados de la APS gozan de un mayor nivel de salud, porque también es conocido que la globalización está afectando la cohesión social de muchos países, y que los sistemas de salud, fundamentales en la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían hacerlo.

Desde esta perspectiva, el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2008 evalúa de forma crítica el modo en que la atención de la salud se organiza, se financia y se presta en todo el mundo. Se documentan una serie de fracasos que han provocado peligrosos desequilibrios de la situación sanitaria entre poblaciones de un mismo país o entre países (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Al respecto, existen inequidades llamativas en los resultados sanitarios, el acceso a la atención y los pagos que deben efectuarse para recibirla. Las diferencias entre la esperanza de vida de los países más ricos con respecto a los más pobres superan los cuarenta años. A escala mundial, el gasto anual en salud de los gobiernos varía entre unos escasos dieciséis euros por persona hasta los más de 4.800. Además, 5.600 millones de personas que viven en países de ingresos bajos y medios tienen que pagar directamente de sus bolsillos más de la mitad de la atención de salud que reciben. Dado el aumento del coste de esta atención y el desbaratamiento de los sistemas de protección financiera, el gasto personal en salud hunde cada año a más de 100 millones de personas por debajo del umbral de la pobreza.

Los datos expuestos del informe son indicativos de que en muchos sistemas ya no se otorga la máxima prioridad a que el acceso a la atención sea justo, a que los recursos se inviertan sensatamente o se disponga de capacidad para atender las

necesidades y las expectativas de la población, en particular de los grupos menos favorecidos, dicho de otro modo: “Habida cuenta de las tendencias actuales, la APS se nos presenta cada vez más como la vía más inteligente para enderezar el desarrollo sanitario”, declaró la Dra. Chan, quien agregó.

Ante todo, ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención (Organización mundial de la Salud, 2008).

En ese sentido, la mayoría de los países tiene la capacidad necesaria para comenzar a avanzar en ese camino, lo que nos lleva a las estrategias implementadas en el país para hacerle frente a una demanda creciente de los Servicios de Salud.

### **3.2 Evolución de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social**

En Costa Rica, la institución prestadora de Servicios de Salud públicos es la Caja Costarricense del Seguro Social, creada el 1 de noviembre de 1941, mediante Ley N° 17, reformada el 22 de octubre de 1943, constituyéndose en una institución autónoma, destinada a la atención del sector de la población obrera y por medio de un sistema tripartito de financiamiento.

A su vez, el Seguro de Invalidez Vejez y Muerte (I.V.M.) se crea en 1947, incluía a los trabajadores del Estado, a las instituciones autónomas, semiautónomas y a las municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan los trabajadores administrativos de la empresa privada.

En 1960, el Seguro de I.V.M. amplió su cobertura a los empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales. El 12 de mayo de 1961, mediante la Ley N° 2738, se aprueba la Universalización de los Seguros Sociales a

cargo de la CCSS. En 1962, se amplió a los trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas y ferrocarriles, y en 1971, se incluyen a todos los obreros del país.

En 1973, por medio de la Ley No. 5349, se aprobó el traspaso a la CCSS de los hospitales administrados por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y financiados con fondos provenientes de la Junta de Protección Social y el Estado. Actualmente, el sistema de salud cuenta con veintinueve hospitales públicos.

En 1975, se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores agrícolas y se le asigna a la CCSS la administración del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo, con el fin de otorgar protección económica a los ciudadanos de bajos recursos.

A partir de 1982, se inicia el proceso de integración de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud; en 1993, la CCSS asume, de forma integral, la prestación de servicios a los ciudadanos, esto es: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

El 04 de enero de 1993, comienza el proyecto de reforma del sector salud en Costa Rica, mediante la aprobación de la Ley 7374 denominada: “Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica” consolidando el papel rector del Ministerio de Salud, el uso racional de recursos y los programas de atención primaria (Gaceta. Asamblea Legislativa, 1994).

Por medio de la Ley 7441 del 25 de octubre de 1994, intitulada: “Aprobación del contrato de préstamo No. 3654-CR y sus anexos, suscritos entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financiar el proyecto de reforma del sector salud” se establece la reforma y el desarrollo institucional en la Caja; la implementación del modelo redefinido de atención de salud, control de calidad y estudio de hospitales; el manejo de recursos

y plan piloto de pruebas de modelos alternativos del cuidado de la salud financiado, la vigilancia de la salud nacional y laboratorio de control de calidad (La Gaceta, 1994).

En 1998, a través de la Ley No 7852: “Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS”, con la finalidad de otorgar mayor autonomía en la gestión presupuestaria, contratación administrativa y la administración de los recursos humanos. Adicionalmente, se crean las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y clínicas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana.

En el año 2000, se aprobó la Ley No 7983 o “Ley de Protección al Trabajador” otorgando a la CCSS la responsabilidad de recaudar las cuotas obrero-patronales relacionadas con los Fondos de Capitalización Laboral y el Fondo de Pensión Complementaria, con el propósito de distribuir las cuotas en general a las diferentes operadoras de pensiones, en particular, a la definida por el trabajador.

De igual manera, es importante señalar que los principios que rigen a la institución son:

1. Universalidad. Garantiza la protección integral en los servicios de salud, a todos los habitantes del país sin distinción de ninguna naturaleza.
2. Solidaridad. Cada individuo contribuye económicamente en forma proporcional a sus ingresos para el financiamiento de los servicios de salud que otorga la CCSS.
3. Obligatoriedad. Es la 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.
4. Unidad. Es el derecho de la población de recibir una atención integral en salud, para su protección contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, mediante una institución que administra en forma integral y coordinada los servicios.
5. Igualdad. Propicia un trato equitativo e igualitario para todos los ciudadanos sin excepción.

6. Equidad. Pretende una verdadera igualdad de oportunidades para que todos los ciudadanos puedan ser atendidos en el sistema nacional de salud, de una manera oportuna, eficiente y de buena calidad.
7. Subsidiariedad. Es la contribución solidaria del Estado para la universalización del seguro social en su doble condición (patrono y Estado). Se crearán a favor de la CCSS rentas suficientes para atender las necesidades actuales y futuras de la institución, en caso de déficit en algunos de los regímenes, el Estado lo asumirá.

Todo esto fundamentado en una atención en salud que cubre al 100 % de la población del país desde tres niveles de complejidad: primer nivel o atención primaria en salud brindada por las Áreas de Salud y EBAIS, segundo nivel brindado por las clínicas metropolitanas y algunas Cooperativas que ofrecen Servicios en Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social y caracterizados por contar con Atención Primaria en Salud con el refuerzo de algunas disciplinas especializadas, y tercer nivel de atención constituido por los hospitales regionales, periféricos y especializados.

## Capítulo 4 Marco Teórico Conceptual

Para analizar el proceso de desconcentración de las instituciones públicas en Costa Rica se toman en cuenta las siguientes circunstancias:

- a. El contexto político donde surgen los procesos de Reforma del Estado en América Latina y en Costa Rica.
- b. Las diferencias entre los procesos de descentralización y desconcentración de los servicios asistenciales públicos y cómo afectan la gestión de los servicios de salud.
- c. El enfoque de atención primaria renovada y el concepto de producción social de la salud en su vinculación con la oferta de los Servicios locales de salud.
- d. El desarrollo del “nuevo modelo de atención en salud” y sus implicaciones en el sistema de salud costarricense, específicamente, en la división del nivel de atención de la prestación de servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- e. El concepto de desconcentración aplicado en la Caja Costarricense de Seguro Social, sus dimensiones, mecanismos de control y evaluación
- f. El contexto legal donde se desarrolló el proceso de desconcentración de las áreas de salud, clínicas y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Las anteriores son recogidas en la siguiente figura y explican cómo las decisiones tomadas en estos niveles son condicionadas por múltiples factores, razón por la cual implementaron el proceso de desconcentración en la Gestión Administrativa, Presupuesto y de los Recursos Humanos.

Se inicia la descripción de estos criterios con tres actores principales en la toma de decisiones a nivel del Estado Costarricense: el primero es el gobierno electo por periodos de tiempo (cuatro años), porque es quien toma las decisiones país mediante su Poder Ejecutivo y le asisten los otros poderes de la República.

El segundo es la sociedad civil, compuesta por la ciudadanía que actúa colectivamente para tomar decisiones en el ámbito público y está fuera de las estructuras gubernamentales, de los partidos políticos, las empresas o poderes económicos y las instituciones religiosas.

El tercero son las personas usuarias de los servicios que brinda el Estado a través de sus instituciones públicas, a su vez, son valoradas continuamente por la sociedad civil quien puede plantear necesidades en la prestación de los servicios de estas instituciones.

Como consecuencia, los tres criterios se circunscriben a una matriz política, donde las necesidades de cada uno deben ser escuchadas y las acciones tomadas deben ser lo más consensuadas posibles, buscando el bien de la mayoría de las personas que habitan el país; normalmente, estas acciones se plasman en un plan de desarrollo que se planifica por años y por etapas.

En ese sentido, la interrelación inicia por la población que identifica las necesidades y promueve políticas y leyes para su bienestar, el Estado a través de sus poderes Ejecutivo y Legislativo dicta esas leyes y el Poder Judicial se encarga de juzgar a las organizaciones y a los individuos cuando estas no son respetadas, en pocas palabras, así nacen las políticas públicas que, además, deben cumplir con características mínimas para lograr ser efectivas, tema abordado más adelante.

Por su naturaleza, las políticas públicas y las leyes tratan de solventar las necesidades y regular las acciones para lograrlo, se pueden aplicar en muchos campos y donde se circunscribe la presente investigación es el de salud.

Por lo anterior, para comprender cómo se articulan los tres actores anteriores, es decir, Estado y gobierno, sociedad civil y personas usuarias en la matriz política aplicada al Sistema Nacional de Salud se parte de que para alcanzar la integralidad de la atención a las necesidades de la población, las respuestas deben venir de la articulación interna de varios sectores, como por ejemplo, el económico, el social, el

educativo, el productivo, por mencionar los más sobresalientes, de varias organizaciones, tal es el caso de Acueductos y Alcantarillados, universidades, servicios de salud, entre otros, y que ambos desde el campo del conocimiento técnico realicen un abordaje interdisciplinario (Caja Costarricense de Seguro Social, 2004).

Para dar respuesta a las necesidades hay que analizar los determinantes de la salud que afectan a la población en el proceso continuo de salud-enfermedad visualizando al individuo como un ser social, por lo que la respuesta debe ser tanto a nivel poblacional como a nivel individual, de manera que se respeten: la ideología, la cultura y las preferencias de las personas en la medida en que los recursos económicos, políticos y organizacionales (gestión) lo permitan.

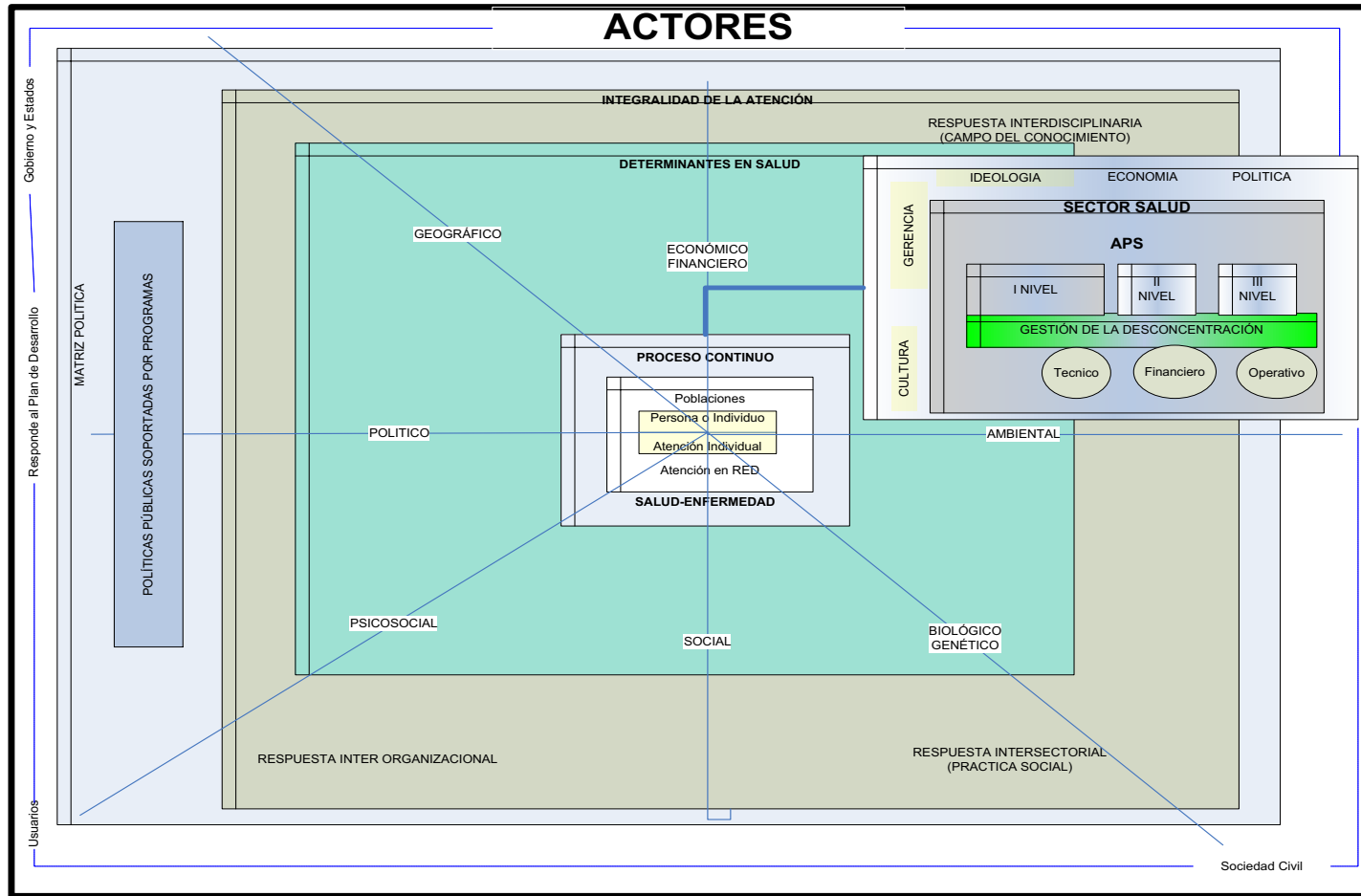
Como se comentó, en el sistema de salud existen organizaciones que brindan atención en salud, en el caso de Costa Rica coexisten el sector público (CCSS) y el privado, porque ambas son parte del Sector Salud.

De igual manera, el proceso de desconcentración de servicios de salud se dio en los Hospitales y Clínicas y Áreas de Salud de la CCSS, mediante la Ley 7852, involucrando los tres niveles de atención que dividen a la institución y en los temas de Recursos Humanos, Presupuesto y Gestión Administrativa, incorporando las áreas técnicas, financieras y operativas.

En los siguientes capítulos se ampliará la información acerca de cada uno de los elementos organizados en esta figura.



Figura 1. La Gestión Administrativa del Proceso de Atención y la Desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social



Fuente: Elaboración Propia, 2021.

#### **4.1 El concepto social de la salud y la Salud Pública como campo del conocimiento**

La definición de salud ha cambiado a través del tiempo: desde la concepción primitiva que veía las afecciones a la salud como un evento mágico-religioso, hasta el modelo multicausal de la enfermedad. Este modelo de multicausalidad lo define la Organización Mundial de la Salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales” (Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 2).

Por su parte, el Ministerio de Salud de Costa Rica, lo define de la siguiente forma

La definición de salud aportada por la OMS es una de las pocas definiciones en que se expresa “lo que es” y “lo que no es”, es decir, que la salud es un “completo estado de bienestar físico, mental y social” y no es “solamente la ausencia de enfermedad” (física) (Ministerio de Salud, 2011).

Por ende, la salud es un derecho del ser humano, según la OMS: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud que necesitan, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras.

Sin embargo, el continuo salud-enfermedad es inherente a la naturaleza humana y, habitualmente, se relaciona la salud pública con el extremo de salud, y a la asistencia sanitaria hacia el extremo de la enfermedad; pero, la salud pública es más que esto, es un espacio de investigación y campo de acción.

Su significado ha cambiado, inicialmente el término 'público' se relacionaba con la acción gubernamental, luego, se incluyó a la comunidad organizada; posteriormente, se relacionó con los servicios no personales de salud, como el ambiente o la colectividad, para continuar con los servicios personales de naturaleza preventiva dirigida a grupos vulnerables.

Después de Alma Ata, en 1978, se relacionó a la salud pública con la atención primaria; ante la superación de las enfermedades infecciosas comunes y el auge de las enfermedades crónicas degenerativas, la nueva salud pública se ocupa de la promoción de la salud a través de los cambios en los estilos de vida.

En un esfuerzo por superar las anteriores contradicciones surge un punto de vista más integral donde el objetivo de 'pública' no significa un conjunto de servicios en particular, ni un tipo de problema, sino un nivel de análisis, el poblacional, a diferencia de la medicina clínica, que opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza a nivel subindividual.

En el texto la Salud en las Américas de la OPS (2002) se comenta que

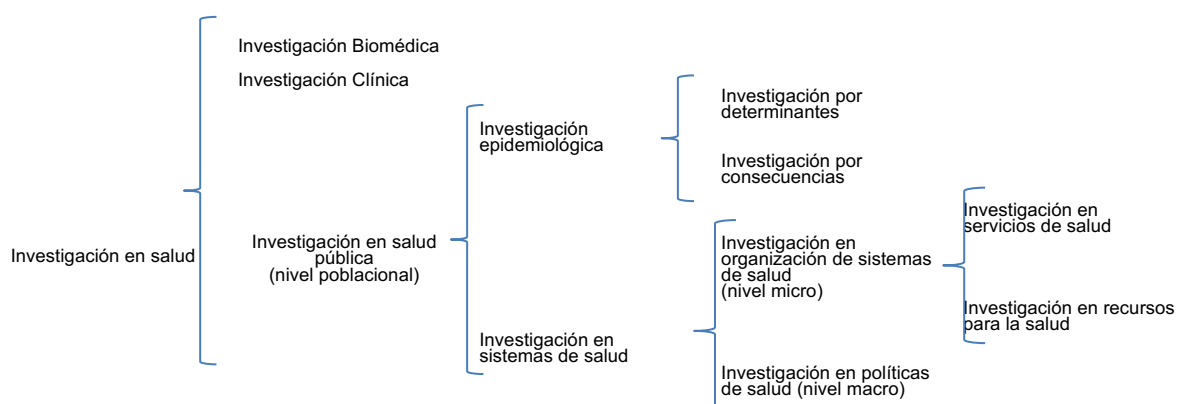
el concepto de salud pública en el que se basa la definición de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Es una definición que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. Abarca, así mismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública. Así pues, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. Se trata, por otro lado, de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes

públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante” (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Dicho esto, en el campo multidisciplinario de la salud pública, la investigación se puede definir como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en las poblaciones humanas abarcando dos objetos principales de análisis, por un lado, el epidemiológico, por el otro, el estudio de la respuesta social.

Es este último tipo de estudio el que prima para el presente análisis del proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que se define la investigación de los sistemas de salud y su organización como: “el estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedad de las poblaciones” y que estudia la combinación de diversos recursos para la producción de servicios de salud de cierta calidad y contenido tecnológico (Frenk, Bobadilla, Sepulveda, Rosenthal, & Ruelas, 1986).

**Figura 2. Clasificación de la investigación en Salud Pública**



Fuente: La Salud de la Población. La ciencia para todos. Hacia una nueva salud Pública, 2016  
Fondo de la cultura económica, México. ISBN 978-607-16-3831-1 (e Pub)

#### 4.1.1 Determinantes de la Salud

Dentro del concepto de salud actúan ciertos factores o determinantes relacionados con aspectos variados como los biológicos, ambientales, hereditarios, personales, familiares, sociales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios, religiosos y tecnológicos que pueden modificarse y de esta manera generar impactos sobre la salud de la población, por eso, se conceptualizan los determinantes de la Salud como: “un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad de los individuos, grupos y colectividades” (Agüero, 2009).

En ese sentido, comprender la responsabilidad que recae en cada uno de los factores que determinan la salud permite afrontar las causas, definir prioridades y desarrollar estrategias para prevenir su mortalidad y morbilidad (González, Estevez, & Rodríguez, 2018)

Por ejemplo, en el estudio de Denver se analizó el gasto dedicado a cuatro tipos de determinantes: 1) sistema sanitario, 2) estilo de vida, 3) ambiente y 4) biología en función de la mortalidad y resultó mínimo el gasto en estilos de vida saludables, que era el grupo con mayor repercusión sobre la mortalidad, siendo simplista pensar que una sola causa es responsable de la enfermedad, cuando hay interacción entre todos los grupos de determinantes.

Todo lo contrario, la salud se construye de manera social debido a la acción de muchos determinantes, generando un gran problema para los servicios de salud que ven sus recursos limitados para modificar esos determinantes, pero, a su vez, esto genera fortalezas, pues les incumbe a todos, a los estados y a la ciudadanía, por eso, la respuesta a las necesidades de una población es multifactorial y multisectorial, exige el aporte de todas las organizaciones que componen los sistemas de salud.

Por lo anterior, para este trabajo es importante abordar el tema de los determinantes de la salud como los factores que influyen y modelan la respuesta en salud de la organización, tomando en cuenta los que se propiciaron como respuesta

a estos determinantes de la desconcentración de servicios de salud en la CCSS.

#### 4.1.2 Política Pública

El artículo 140 de la Constitución determina el ámbito de competencias y atribuciones exclusivas y excluyentes del Poder Ejecutivo, esto es presidente de la República y al Ministro respectivo. Entre ellas se demarcan la función de dirección política o gubernativa y la de política internacional que no corresponde a este de análisis.

En lo referente a la función de dirección política, le corresponde al Poder Ejecutivo -Gobierno-, la función de orientación política en diversos ámbitos de interés público, por lo que es quien debe fijar la política en un área de acción determinada, es quien organiza y dirige a la sociedad en todos sus aspectos: político, jurídico, económico y social.

Por esto, es el Gobierno quien ejecuta y dirige la política, fija objetivos y metas de la acción coordinada en los demás entes públicos, proponiendo los medios y los métodos para conseguir esos objetivos; al mismo tiempo, es quien orienta, coordina y supervisa el aparato de la Administración (Artículo 140, inciso 8 de la Constitución Política) y dicta normas generales que no son solo simple ejecución de normas legales sino delimitantes (art. 140.2, Constitución Política), (Procuraduría General de la República, 1998).

De lo anterior se desprende que la salud de las poblaciones no es un mero producto de las actividades del sector sanitario, ya sea que se trate de intervenciones de atención primaria o de medidas de salud pública de ámbito nacional, todo lo contrario, está determinada, en gran medida, por factores sociales y económicos, por consiguiente, por políticas y acciones ajenas al sector sanitario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

A este respecto, existen varias definiciones de política pública, entre ellas Raúl Velásquez Gavilanes manifiesta

La política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (Velásquez Gavilanes, 2009).

Entonces, una política pública puede ser tanto una política de estado como un programa o proyecto de orden municipal, o sea, no es necesario que estén consignadas en un plan de desarrollo para garantizar su existencia (Velásquez, 2009).

Por ende, y considerando que en la política nacional de salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” y en el Plan de Salud 2016-2020 se establece una estrategia de legislación que plantea revisar el marco normativo de la CCSS a fin de adecuarlo a las necesidades del país y fortalecer la eficiencia de la gestión, es meritorio el análisis de la conformación y posterior cesación de la Ley No 7852 de Desconcentración de Áreas de Salud, Clínicas y Hospitales de la CCSS.

Sobre todo, cuando en el contexto actual, donde la inversión, el financiamiento y el gasto en salud exigen el establecimiento de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros, y la eficiencia en el gasto y la rendición de cuentas son fundamentales para el éxito de cualquier institución, en particular, para una que pide a las organizaciones del mundo que le confíen sus fondos con el compromiso de utilizarlos para mejorar la salud, tal y como lo expresa el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS

La rendición de cuentas es fundamental, es aún más fundamental en un mundo caracterizado por una competencia cada vez mayor debido a la limitada disponibilidad de recursos para el desarrollo y por un mayor control de los resultados obtenidos. Con razón, los países y los donantes quieren saber qué se está consiguiendo con sus contribuciones” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

## **4.2 Uso de la ley como base del proceso de Desconcentración Administrativa en los Servicios de Salud**

Las leyes son reglas o normas, son las relaciones existentes entre los elementos que intervienen en un fenómeno. En el ámbito del derecho, es un precepto dictado por una autoridad competente, exigiendo o prohibiendo algo en consonancia con la justicia para el bien de la sociedad en su conjunto (Porto, 2009).

La ley, como norma jurídica, debe cumplir con diversos principios, como la generalidad, que comprende a todos los individuos, la obligatoriedad, que es imperativa, y la permanencia, o sea, es dictada con carácter indefinido, entre otros (Porto, 2009).

Ante las múltiples necesidades de gestión y prestación ya acotadas, la CCSS para lograr desconcentrar administrativamente la gestión, dicho de otro modo, la autonomía en las funciones operativas y personalidad jurídica instrumental, generó la aprobación de la Ley 7852, cuyos antecedentes se basan en el proyecto de Ley 12676 denominado: “Descentralización político administrativa de los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Con la Ley 7852 se regulan dos procesos institucionales: el de desconcentración, para introducir mayor responsabilidad en las distintas unidades de salud, mejorando la eficiencia, y el de Juntas de Salud, una estrategia de participación ciudadana que promueve la institución; ambos procesos son establecidos como independientes.

No obstante, previo a la emisión de la Ley, el nivel central de la institución había trasladado a los establecimientos de salud algunas competencias respecto a recursos humanos, contratación administrativa y presupuesto.



### **4.3 La Desconcentración como parte fundamental de la Reforma del Sector Salud y apoyo a la atención primaria renovada**

En los años ochenta, debido a la crisis en el modelo agroexportador y el abandono de participación significativa del Estado en la economía, estimulado con los Programas de Ajuste Estructural (PAES), se plantearon soluciones tecnocrático-bipartidistas al proceso de reforma del Estado, con el fin de modernizar la organización estatal, para esto se siguieron cuatro directrices básicas: reducción de la magnitud del aparato estatal, la reconfiguración de los referentes espaciales y sociales del Estado (reformulación del centralismo estatal), el desarrollo de mayor participación de la sociedad en la gestión de lo “público” y la “microgestión de lo público” y el “macrocontrol de lo político” (Madrigal, 2011).

El rediseño de la arquitectura estatal, a fin de satisfacer los cada vez más heterogéneos y particulares requerimientos de la población (salud, educación, vivienda, etc), supuso el ensayo de variadas modalidades de gestión: regionalización, desconcentración, descentralización y hasta la tercerización/privatización de servicios, dichas variables han surgido como una respuesta alternativa -a veces intencionada, en el caso particular de la privatización- frente a la verticalidad y limitada capacidad de respuesta del aparato público (Madrigal, 2011).

Con ese proceso de modernización del Estado se reforma el Sector Salud, desde ahí se han realizado varios procesos, entre ellos el motivo de este análisis: la desconcentración de las áreas de salud, clínicas y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, partiendo de la diferencia en cuanto a definición de descentralización y desconcentración, para determinar la génesis de este proceso en la CCSS.

### **4.4 Centralización**

Existe el régimen de centralización administrativa cuando los órganos se agrupan colocándose unos respecto a otros en una situación de dependencia tal que entre todos ellos existe un vínculo que, partiendo del órgano situado en el más alto

grado de ese orden, los vaya ligando hasta el órgano de ínfima categoría, a través de diversos grados en los que existen ciertas competencias (Fraga, Derecho Administrativo, 1969).

De ahí que la relación jurídica que liga a los diversos órganos colocados en esta situación constituye la denominada relación de jerarquía. Mediante dicha relación se explica cómo se mantiene la unidad del poder administrativo, a pesar de la diversidad de los órganos que lo forman (Magaña, 1985).

En lo que concierne a la relación de jerarquía se trata de una relación de dependencia que implica ciertos poderes de los órganos superiores sobre los inferiores, en cada grado de la jerarquía, hasta el presidente de la República (Magaña, 1985).

En Costa Rica, Braulio Carrillo, jefe de Estado en 1842, en su afán de construir un Estado Nacional por medio de la Ley de Bases y Garantías, abolió las municipalidades del país, ya que estas manejaban la educación que era descentralizada, argumentando que era “deplorable”. A partir de ahí se debilitaron las municipalidades, sin embargo, coexistieron hasta 1948, cuando se da otro impulso a la centralización para crear un sistema eléctrico nacional, un sistema de salud, un sistema vial nacional, etc. (Alvarado, 2002).

#### **4.5 Descentralización**

Gabino Fraga define la descentralización en los términos siguientes

Al lado del régimen de centralización existe otra forma de organización administrativa: la descentralización, la cual consiste en confiar la realización de algunas actividades administrativas a órganos que guardan con la administración central una relación que no es la de jerarquía (1969).

Concluye: “el único carácter que se puede señalar como fundamental del régimen de descentralización es el de que los funcionarios y empleados que lo integran gozan de una autonomía orgánica y no están sujetos a los poderes jerárquicos”.<sup>13</sup>

Mientras que para el diccionario de la Lengua Española, la palabra descentralización significa acción y efecto de descentralizar y esta última: “Transferir a diversas corporaciones u oficios parte de la autoridad que antes ejercía el gobierno supremo del Estado”.<sup>14</sup>

De igual forma, descentralización para el derecho administrativo es una forma jurídica en que se organiza la Administración Pública, mediante la creación de entes públicos por el legislador, dotados de personalidad jurídica, patrimonio propio, y responsables de una actividad específica de interés público. Del Castillo Riggioni, de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, en un portanto de resolución de acción de inconstitucionalidad, agrega que tienen: “pluripersonalidad directiva (Junta Directiva), especialidad orgánica y contralor en vía administrativa y jurisdiccional” (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, 1992). A través de esta forma de organización y acción administrativa, que es la descentralización administrativa, se atienden fundamentalmente servicios públicos específicos.

Por su parte, Andrés Serra Rojas explica que descentralizar no es independizar, sino solamente dejar o atenuar la jerarquía administrativa, conservando el poder central limitadas competencias de vigilancia y control.

Esta descentralización administrativa plantea el problema de la autonomía administrativa, ya que todo ente descentralizado posee autonomía en algún grado<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Fraga, Gabino. Derecho administrativo, 13ª ed., México, Porrúa, 1969.

<sup>14</sup> Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, 19ª ed., Madrid, 1970.

<sup>15</sup> Existen tres formas de autonomía mínima (Centro de información jurídica en línea (CIJUL), 2014):  
a) la autonomía administrativa (primer grado), que es la posibilidad jurídica de que un ente realice su cometido legal por sí mismo sin sujeción a otro ente. Es la capacidad de autoadministrarse. Es de principio en todo ente descentralizado (salvo ley), y se entiende no sólo al ejercicio mismo de su función legal, sino también a sus actividades administrativas de apoyo a ésta. Ejemplo instituciones autónomas.

La autonomía de los órganos descentralizados funcionalmente presupone no estar sujetos a la administración central, esto es, no estar sujetos a las decisiones jerárquicas de ésta.

Como se dijo, el Poder Ejecutivo -Gobierno- están encargado de organizar, dirigir y encauzar a la sociedad en todos sus aspectos político, jurídico, económico y social, sin embargo, en virtud de los procesos de descentralización de las instituciones autónomas (artículo 188 a 190 de la Constitución Política, 1949) y de la desconcentración (artículo 83 de la Ley General de la Administración Pública, 1978), estas funciones las puede realizar por medio de otros entes, sin delegar sus competencias constitucionales tal y como está dispuesto en los artículo 26 inciso b) y 27.1 de la Ley General de la Administración Pública, donde se mantiene en el Poder Ejecutivo la función de dirección y coordinación de las tareas de Gobierno y de la Administración Pública Central en su conjunto, y también de la Administración descentralizada.

En consonancia con lo anterior, dotar de personalidad jurídica y patrimonio propios a los entes desconcentrados es una forma de asegurar una parte de esa autonomía, pero a menos que cuente, además, con una personalidad presupuestaria<sup>16</sup> le falta su autonomía económica, consistente en la libre disposición

---

b) la autonomía política o de gobierno (segundo grado), que es la relativa a la materia política, sería la posibilidad o capacidad de autodirigirse políticamente, de autogobernarse, de señalarse o fijarse al ente a sí mismo, sus propios objetivos directrices. Puede ser otorgada por la Constitución Política de la República de Costa Rica (CPRCR) o por ley. La CPRCR la garantiza claramente en el caso de las municipalidades. (art. 170) y la Caja Costarricense de Seguro Social en lo relativo a la administración de seguros sociales.

c) la autonomía organizativa plena (tercer grado), que es la capacidad de autoorganizarse. Comprende la libertad del ente de determinarse su propia estructura y de repartir dentro de ésta sus atribuciones institucionales. Esta atribución solamente puede ser otorgada por vía constitucional. Por ejemplo, la CPRCR da autonomía organizativa únicamente a las universidades estatales (art.84).

En tanto es principio de nuestro ordenamiento (costarricense) que quien tiene autonomía de gobierno tiene la administrativa, y que quien tiene la organizativa tiene a su vez esas dos, puede hablarse perfectamente de grados de autonomía administrativa.

<sup>16</sup> La personificación presupuestaria, confiere la potestad a un órgano desconcentrado personalidad para administrar sus recursos con independencia del ente público al que pertenece, aunque esté subordinado en todos los demás aspectos que son propios de la función desconcentrada. (División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, Área de Servicios Sociales, 2010) OJ-111-2017-PGR.

de los bienes que forman su patrimonio propio y en la aprobación y ejecución que hagan de su presupuesto sin injerencia de ninguna autoridad central (Dictamen de la Procuraduría General de la Republica N. 115-89 de 4 de julio de 1989).

En Costa Rica, la creación de las instituciones autónomas está amparado en el artículo 188 de la Constitución Política: “Las instituciones autónomas del Estado gozan de independencia administrativa y están sujetas a la ley en materia de gobierno. Sus directores responden por su gestión”<sup>17</sup>, y en el Artículo 189 establece que serán instituciones autonomas del estado: “Los bancos del estado, las instituciones aseguradoras del estado, y los nuevos organismos que cree la Asamblea Legislativa (ICE, CCSS, UCR, AyA, ICT, INA, INVU, INCOFER, IMAS, etc)”<sup>18</sup>.

En todo caso, la descentralización ha adoptado tres modalidades diferentes (Fraga, 2007):

- 1) Descentralización por región (territorial): consiste en el establecimiento de una organización administrativa destinada a manejar los intereses colectivos que correspondan a la población radicada en una determinada circunscripción territorial.

Esta modalidad de la descentralización se adapta de una manera más efectiva a las aspiraciones democráticas, además, desde el punto de vista de la administración significa la posibilidad de una gestión más eficaz de los servidores públicos, por lo mismo, una realización más adecuada de las competencias que al Estado corresponden. Los organismos descentralizados por región son aquellos que atienden y satisfacen las necesidades públicas de una región, por ejemplo, las municipalidades.

---

<sup>17</sup> (Así reformado por ley No. 4123 de 30 de mayo de 1968)

<sup>18</sup> En Costa Rica existen tres grados de autonomía: Primer grado (administrativa o mínima), Segundo grado (política, de gobierno o media) y Tercer grado (organizativa o plena).

En Costa Rica, entre 1990 y 1994 se produce el programa de descentralización y fortalecimiento municipal, como parte de la reforma del Estado, sin embargo, no obtuvieron resultados concretos hasta que se integró la Comisión de Reformas Municipales, se trasladó el impuesto sobre bienes inmuebles a las municipalidades, se actualizó el Código Municipal, se desarrolló el programa de Triángulo de la Solidaridad y se instauraron: la Ley de control de partidas específicas, la reforma al artículo 170 de la Constitución Política (sobre autonomía) y la Ley de Simplificación y Eficiencia Tributaria (Alvarado, 2002). Actualmente, existen ochenta y dos municipalidades.

- 2) Descentralización por servicio: el Estado tiene encomendada la satisfacción de las necesidades de orden general que requiere procedimientos técnicos solo al alcance de funcionarios que tengan una preparación especial. La forma de conseguir ese propósito es dar independencia al servicio y constituirle un patrimonio que sirva de base a su economía. Los entes descentralizados por servicio son aquellos que prestan determinados servicios públicos.
  
- 3) Descentralización por colaboración: constituye una modalidad particular del ejercicio de la función administrativa con caracteres específicos que la separan notablemente de los otros dos tipos anteriores de descentralización. La descentralización por colaboración se origina cuando el Estado adquiere mayor injerencia en la vida privada y cuando, como consecuencia, se le presentan problemas para cuya resolución se requiere una preparación técnica de la que carecen las personas de la función pública o empleadas administrativas de carrera. Para tal evento, se impone o autoriza a organizaciones privadas su colaboración, haciéndolas participar en el ejercicio de la función administrativa. De esta manera, la descentralización por colaboración es una de las formas del ejercicio privado de las funciones públicas mediante diferentes mecanismos, por ejemplo: la concesión, la locación, el concierto y la gestión interesada.

Así pues, el único carácter que se puede señalar como fundamental del régimen de descentralización es el de que las personas funcionaras o empleadas que

lo integran gozan de una autonomía orgánica y no estén sujetas a los poderes jerárquicos característicos del régimen centralizado donde las autoridades superiores tienen determinadas competencias con relación a las personas y a los actos de los empleados inferiores.

#### **4.6 Desconcentración**

La centralización y la desconcentración responden a la misma noción de organización administrativa centralizada; su objeto es doble: acercar la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario, con economía para este, y descongestionar al poder central.

Para el jurista español De la Vallina Velarde, la desconcentración es: “aquel principio jurídico de organización administrativa en virtud del cual se confiere con carácter exclusivo una determinada competencia a uno de los órganos encuadrados dentro de la jerarquía administrativa, pero sin ocupar la cúspide de la misma” (1961)<sup>19</sup>.

En Costa Rica se define la desconcentración como el traslado de competencias dentro de un mismo ente público, ya que en algunas ocasiones el legislador considera necesario crear un órgano dentro de otro órgano y trasladarle competencias (Arroyo, SF).

Por su parte, la Ley General de la Administración Pública establece en el Artículo 83 que la desconcentración tiene las siguientes características: “todo órgano distinto del jerarca estará plenamente subordinado a éste y al superior jerárquico inmediato, salvo desconcentración operada por ley o por reglamento” (1978).

Además, establece que existen dos tipos de desconcentración:

- Mínima: cuando el superior no puede avocar competencia del inferior, y revisar o sustituir la conducta del inferior, de oficio o a instancia de parte.

---

<sup>19</sup> Vallina Velarde, Juan Luis de la. “La desconcentración administrativa”, Revista de Administración Pública, Madrid, núm. 35, mayo-agosto de 1961.

- Máxima: cuando el inferior esté sustraído, además, a órdenes, instrucciones o circulares del superior. Que la imposibilidad de revisar o sustituir la conducta del inferior hará presumir la potestad de avocar la misma y a la inversa.

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 extendida en su favor.

Por su parte, en el ordenamiento nacional, el Tribunal Contencioso Administrativo ha explicado la diferencia entre desconcentración, que es el traslado de competencias dentro de un mismo órgano -a lo interno- y descentralización, que es el traslado de competencias entre uno y otro órgano.

#### **4.7 Desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social**

Los servicios de salud en Costa Rica, a pesar de sufrir momentos de crisis en su organización, siempre han tenido presente en sus políticas y estrategias la lucha por la excelencia, especialmente en el profesionalismo empleado en los servicios de salud. Sin embargo, es conocido cómo innumerables decisiones del pasado llevadas a la práctica y escritas en artículos, revistas, publicaciones, entre otros documentos, apuntan continuamente a las oportunidades de mejora de la calidad (Vargas González, 1997).

En los años noventa, por ejemplo, se inicia la reforma del sector salud promoviendo la desconcentración administrativa máxima, como una manera de incrementar la eficiencia, la calidad de la atención, equidad, ampliar la cobertura y reorientar la asignación de recursos, con esto se redistribuye el poder del nivel central, trasladando competencias y competencias del nivel central hacia el “órgano desconcentrado”, rompiendo con esto el esquema ordinario de competencias y subordinación jerárquica institucional; además, se introduce el control ciudadano sobre la gestión pública en pro del mejoramiento en la oportunidad, eficiencia, eficacia



y celeridad de la gestión administrativa local, dentro del mismo marco jurídico aplicable a la Caja, como una única entidad pública encargada de los servicios.

Con la ley de desconcentración se propicia una separación funcional real y efectiva de la rectoría estratégica y técnica que corresponde a los órganos superiores, con respecto a la gestión eficiente y oportuna desarrollada por un nivel local, técnica y jurídicamente competente para ello.

En el año 2000, se otorgó la desconcentración a los primeros catorce establecimientos de salud; en 2001 a otro más y se incorporaron diecinueve más en el 2002, y aunque en el 2005 se trató de incorporar a veintiún nuevos centros no fue posible.

La metodología de selección refiere que se cumplieron los siguientes aspectos en los centros elegidos (oficio 28319 del 18 de setiembre 2003 y 39432 del 11 de diciembre del 2003):

- a) Participar en el Plan Piloto del Compromiso de Gestión.
- b) Resultados del Compromisos de Gestión.
- c) Proceso voluntario e inducido de participación.
- d) Calificación técnica de Gerencias y Direcciones de Sede con competencia técnica o jerárquica para hacerlo.
- e) Aprobación de propuesta en Consejo de Presidencia Ejecutiva y Gerencias.
- f) Aprobación de la propuesta por Junta Directiva.
- g) Factores de política institucional tales como: i) que formaran parte de este grupo los centros que tuvieran un mayor peso en el presupuesto institucional; ii) que estuvieran representados los tres niveles de atención.
- h) Factores técnicos, donde cada una de las Direcciones de Sede señalaron criterios de acuerdo con su competencia, que servirían para calificar la “aptitud” de un centro en específico.

A estos centros elegidos se les otorgó PERSONALIDAD JURÍDICA INSTRUMENTAL poseyendo una: “naturaleza jurídica de carácter administrativo”

para que pueda adquirir y poseer toda clase de bienes, asumir responsabilidades, contraer obligaciones, ejecutar acciones administrativas, laborales, civiles, penales y de cualquier otra naturaleza, acordes con el principio de legalidad que rige sus actuaciones y realizar las tareas necesarias para ejercer la desconcentración máxima en la gestión de los servicios de salud, del presupuesto, de la contratación administrativa y de los recursos humanos.

La Ley 7852 y el Reglamento General de Desconcentración definen los límites máximos y mínimos en el ejercicio de determinada competencia, y el Título Tercero del Compromiso de Gestión verifica si existe una regulación para esta debiendo aplicar, en caso de omisión, de manera supletoria las reglas previstas en la Ley General de Administración Pública y legislación conexas aplicables a la materia.

Mediante estas leyes se realiza la gestión desconcentrada del PRESUPUESTO, el órgano desconcentrado está facultado para ejercer las competencias comprendidas en el Capítulo VI del Reglamento General de Desconcentración, lo anterior a partir de la proyección anual de ingresos que definía la Dirección Actuarial y de Planificación Económica y la Gerencia Financiera, que vinculaba los recursos financieros disponibles con la producción en salud y la eficiencia, considerando, entre otras variables, cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, la capacidad instalada, su gasto histórico y estructural, así como la aplicación de la política económica institucional, el comportamiento inflacionario y el crecimiento económico institucional.

Además, para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y técnicos en el ejercicio de la gestión desconcentrada de los RECURSOS HUMANOS, el órgano desconcentrado tenía la potestad para ejercer las competencias comprendidas en el Capítulo IV del Reglamento General de Desconcentración.

Mientras que, en la CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA, el órgano desconcentrado estaba facultado para ejercer las competencias comprendidas en el

Capítulo V del Reglamento General de Desconcentración, y los siguientes artículos que en lo referente a Contratación Administrativa son descritos en lo sucesivo.

#### 4.7.1 Personalidad Jurídica

Normalmente, es una característica de la descentralización administrativa y supone un grado de libertad y responsabilidad, ya que otorga una autonomía funcional al ente y un deber al estado, de conservar la potestad de dirección y contraloría del ente (Venegas, 2009).

Por su parte, Mauro Murillo señala que la desconcentración administrativa se produce cuando por ley es atribuida una competencia en forma exclusiva a un órgano inferior, siendo un fenómeno dado dentro de la misma persona jurídica sin originar un nuevo ente, implicando un rompimiento del orden jerárquico de competencias.

Se pueden precisar los requisitos para que se dé la desconcentración, entre ellos que se necesita una ley para desconcentrar las competencias que han sido conferidas (Benavides, 1986).

En dictámenes de la Contraloría General de la República C-240-97, C-10-1999 y C-214-2004, se indica que cuando se está en presencia de una desconcentración de potestades de imperio, es necesario que se realice mediante una Ley; asimismo, en el dictamen C-277- 2006, la Procuraduría General de la República señala que la desconcentración opera en materias específicas, por lo que en competencias no desconcentradas el órgano sigue sometido a una relación de jerarquía con poderes normales sobre los ámbitos no desconcentrados.

En todo caso, existen dos tipos de desconcentración y están regulados en el artículo 83 de la Ley General de Administración Pública. La máxima, es decir, cuando el inferior esta sustraído a órdenes, instrucciones o circulares del superior y este sólo puede dirigir, controlar y coordinar la actividad del inferior, y la mínima, no se pueda avocar competencia del inferior, y/o revisar o sustituir la conducta del inferior, sin embargo, se conserva la posibilidad de girar ordenes, instrucciones y circulares.

Desde este punto de vista, quien goza de personalidad jurídica se convierte en persona jurídica, siendo un sujeto de derecho, pero a la vez pudiéndosele imputar sus actuaciones. Cuando esta es instrumental y no territorial se limita a lo que expresamente se le confiere, o sea, especialidad.

Esta personalidad jurídica puede ser reconocida por el ordenamiento jurídico, cuando lo crea el estado, o, mediante un acto ya sea este administrativo -actividad reglada o legislativo -actividad discrecional-.

La personería jurídica instrumental desarrolla en modelos de desconcentración administrativa máxima y referida a ciertos aspectos, cuya finalidad es la autonomía presupuestaria.

#### 4.7.2 Compromiso de Gestión

Como una parte del proceso de modernización del Sector Salud se formularon estrategias para la implementación del proceso de desconcentración separando las funciones financiadoras de las compradoras y proveedoras en todos los niveles de la CCSS. De esta manera, quien financiaba recaudaba los fondos y a través de una negociación con el comprador se establecían cuáles servicios de salud brindarían los distintos proveedores -áreas de salud y hospitales-, cuáles eran sujetos de compra y evaluación.

El Compromiso de Gestión era una herramienta de gestión de los servicios de salud que abarcaba todos los aspectos: estratégicos, organizativos, operativos, relacionados con los recursos humanos, tecnológicos y financieros, así como los concernientes a la atención de las personas; también, era un mecanismo para la rendición de cuentas y de control interno, con el objeto de vincular la asignación presupuestaria con el cumplimiento de los objetivos de organización, asistenciales y de calidad. Esto implicó un salto cualitativo, ya que la meta de los compromisos de gestión no era únicamente racionalizar el gasto, sino, ante todo, introducir incentivos hacia la calidad y eficacia en los servicios de salud, procurando maximizar la salud de

la población mediante servicios e intervenciones costo-efectivas (Caja Costarricense de Seguro Social, 1997).

Con la firma de estos documentos, se pretendió alcanzar una vinculación entre la actividad, el plan anual operativo y el presupuesto de cada unidad de prestación de servicios médicos; se esperaba, asimismo, que promovieran, con la eficiencia en su accionar, los procesos de autonomía y la desconcentración.

Además, con el Compromiso de Gestión se establecieron y controlaron de la mejor manera las condiciones de acceso a determinados servicios, tomando decisiones en los momentos de escasez de recursos sobre qué servicios priorizar y cuáles eran demorables.

Las condiciones económicas abarcaron la implantación de un presupuesto por producción, que se aplicó en forma paralela al presupuesto histórico. Del total del presupuesto efectivo -asignación histórica-, se podía destinar hasta un 10 % para constituir un fondo de incentivos, cuyos recursos podrían ser reintegrados al ente prestador para flexibilizar la inversión en partidas que mejoraran la calidad de las prestaciones, y un fondo de compensación, que constituía un margen de protección o compensación contra imprevistos en la ejecución presupuestaria, tales como producción que exceda la actividad prevista o incrementos del costo de la producción.

En el caso de las áreas de salud, este diez por ciento se subdividía en 5 % para el Fondo de Incentivos y otro 5 % para el Fondo de Compensación Solidario. Para los hospitales se basó en el pago por UPH (Unidades de Producción Hospitalaria), que variaba según la relación global entre presupuesto por producción y el presupuesto ejecutado, pasando posteriormente a los GRD (Grupos Relacionados Diagnósticos) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 1998).

La asignación de recursos al Fondo de Incentivos estaba condicionada al cumplimiento de los objetivos, y en forma proporcional a su grado de cumplimiento. Algunos de los elementos a los que se podían destinar los recursos del Fondo de Incentivos y el Fondo de Compensación Solidario (en el caso de las áreas de salud),

eran: las inversiones en activos menores de maquinaria y equipo, mejoras al inmueble, capacitación adicional a la que ya estaba establecida, becas y otras inversiones que mejoraran la calidad de atención y la capacidad resolutive del centro en común acuerdo con el financiador-comprador, incentivos económicos y sociales para los trabajadores por mejoramiento de la eficiencia, buen funcionamiento de los servicios e innovación. En ese momento, el uso y destino de estos recursos era una decisión autónoma de la unidad proveedora.

La introducción de incentivos ligados al cumplimiento de las actividades pactadas supuso un cambio en la forma de asignar recursos, ya que, en la CCSS, no se contemplaba la relación entre la asignación presupuestaria y el desempeño en las unidades prestadoras de servicios de salud, porque predominó la oferta sobre la demanda y los presupuestos se entregaban a las unidades en función de la tendencia histórica, independientemente de la demanda que hubieran tenido generándose, así, un proceso de crecimiento del gasto desvinculado de los resultados y las necesidades reales de salud de la población.

Un elemento adicional incorporado en el Compromiso de Gestión es que la unidad proveedora podía manejar los ingresos extraordinarios provenientes de la venta de bienes y servicios a terceros. El uso de estos fondos se definía en forma porcentual para cada una de las unidades proveedoras y de acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas.

Para el primer nivel se contemplaban tres fases para la innovación del financiamiento: en la primera, los recursos correspondientes a los gastos de personal más servicios no personales se asignaban de acuerdo con el presupuesto histórico, pero se introducía el 10 % de asignación variable.

En la segunda fase, se introducía el pago per capita: las tarifas se obtendrían de dividir la asignación fija histórica por el número de habitantes cubiertos. Se creaba, asimismo, un “fondo de capacidad resolutive”, cuyo financiamiento provendría de reducciones equivalentes del presupuesto de los hospitales, y que se asigna a la

atención primaria de acuerdo con su capacidad para atraer clientes y contener el uso de los hospitales.

En la tercera fase, el pago per capita sufriría un ajuste por tasas de mortalidad infantil, sexo y estructura de edades, y los patrones concomitantes de uso de servicios. Para fortalecer el sistema de referencias, el nivel primario captaría, entonces, los recursos destinados anteriormente a la “primera visita” de la consulta externa hospitalaria, en tanto que los hospitales facturarían a los centros de atención primaria por los pacientes que les sean remitidos.

Los indicadores de desempeño hospitalario se organizaban en torno a tres ámbitos: objetivos organizativos, tales como el registro de referencias del sector primario o el desarrollo de un sistema centralizado de gestión de las listas de espera; objetivos asistenciales o de programas específicos, destinados a problemas como la reducción de las listas de espera o la disminución de la tasa de cesáreas; objetivos de calidad, que mejoran la atención y satisfacción del usuario.

En la primera fase del financiamiento por producción, la actividad global del hospital se desglosaba en cuatro áreas: hospitalización; atención ambulatoria en consultas especializadas y no especializadas; urgencias; programas asistenciales especiales, docentes y de investigación. Se determina una unidad de producción homogénea para los cuatro tipos de actividad, denomina la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH).

Una segunda fase donde se pretendió avanzar hacia el pago por casuística o combinación de patologías atendidas. En la tercera fase, para establecer tarifas acordes con la complejidad hospitalaria, el financiamiento por UPH crecientemente debió ceder terreno al uso de la casuística (“case mix”), o de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).

#### 4.7.3 Evaluación del proceso de desconcentración

Desde la implementación del proceso de desconcentración según el “Informe de evolución y estado del proceso de desconcentración” del 2012 fueron realizadas varias evaluaciones: “por distintos órganos, institucionales, cada uno desde su ámbito de competencia, sin embargo, a la fecha se carece de una evaluación integral del proceso”. Estas son algunas:

1. Análisis de la producción en salud, período 1995 – 2007.
2. Análisis de resultados de evaluación del Compromiso de Gestión, centros desconcentrados período 2000-2007.
3. Encuesta aplicada por la Superintendencia General de Servicios de Salud de la Caja, año 2003.
4. Monitoreo de Desconcentración por la Asesoría Técnica, en Desconcentración y Juntas de Salud.
5. Diagnóstico de Desconcentración, Consultoría Proyecto de Modernización, año 2003.
6. Con el propósito de elaborar el Plan Estratégico de Desconcentración, en el año 2006, se realizaron diversas actividades evaluativas, por ejemplo:
  - Estudio sobre el estado de la gestión de las competencias desconcentradas.
  - Encuesta a Directores Médicos de los 34 centros de salud desconcentrados.
  - Taller con representantes del nivel central y local.
7. También, se elaboró un FODA sobre el proceso.
8. Informe de la gestión en recursos humanos en centros de trabajo con desconcentración máxima, año 2007.
9. Autoevaluación de la gestión de la contratación administrativa de los centros desconcentrados, año 2007.
10. Evaluación de la gestión de contratación administrativa, año 2008.



11. En el año 2007, la Evaluación de la gestión presupuestaria y el análisis comparativo centros desconcentrados y no desconcentrados.
12. En el año 2008, la Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, elaboró un documento denominado: “Análisis del proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social (efectos de la Ley 7852)”.
13. En el año 2012, la Dirección Técnica de Bienes y Servicios presentó un informe de desarrollo y cierre actividades año 2012, sobre evaluaciones técnicas desarrolladas a todas las unidades de Compra a nivel institucional (local, regional y central).
14. La Dirección de Presupuesto realiza una evaluación anual de la ejecución presupuestaria de todas las unidades institucionales, utilizándose el mismo instrumento de evaluación indistintamente de su condición de desconcentrado o no desconcentrado.
15. La Dirección de Administración y Gestión de Personal, en el año 2008, eliminó el área de evaluación con que contaba y no realizó más evaluaciones sobre la gestión del recurso humano.
16. Informes de Auditoría Interna y Contraloría General de la República.

#### 4.7.4 Principales resultados de las evaluaciones del proceso de desconcentración

Se plantea, en el informe, que las anteriores evaluaciones a pesar de ser esfuerzos aislados por los diferentes órganos y departamentos representan una misma realidad sobre lo que fue, significó y se logró con el proceso de desconcentración, enunciándose de la siguiente manera

los informes antes referidos son contundentes y precisos, en cuanto a que, fundamentalmente, el proceso de desconcentración hoy existente en la CCSS, dista mucho de ser lo que se pretendió con el mismo, como un mecanismo o forma de organización que hiciera efectivo el principio de eficacia y eficiencia, a partir de un mayor grado de autonomía de cada una de las dependencias

desconcentradas, en las tres materias en que operó (Contratación Administrativa, Presupuesto y Recursos Humanos), al punto que, como se verá, dicho proceso presenta una patología técnica y estratégica desde sus propios orígenes, en lo que debieron ser los aspectos o elementos esenciales, claves para el éxito del proceso y que hoy se echan de menos (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012)

Esto hace alusión a distintas situaciones que pudieron ser causantes de los resultados obtenidos, entre los que se destacan:

- a) Ineficiente planificación del proceso (objetivos, selección, seguimiento y evaluación del proceso).
- b) Falta de conducción estratégica del proceso.
- c) Insuficiencia en la definición de políticas y directrices claras en la gestión médico-administrativa de los hospitales y clínicas desconcentrados.
- d) Conflictos en las relaciones de los diferentes órganos institucionales, cuya génesis viene desde la misma ley y su reglamento, ya que hay términos que no fueron lo suficientemente explícitos y se interpretaron de manera inadecuada, como por ejemplo, la sensación de autonomía que presentaron ciertos centros, por el estilo de gestión de sus directores, donde se pretendía una separación completa de toda la estructura jerárquica y una desvinculación con la estructura organizacional, llevando a imprecisión sobre el alcance de las competencias de los diferentes órganos involucrados.
- e) Falta de claridad de roles tanto del nivel central como local.
- f) Clima organizacional de disconformidad, entre nivel local (desconcentrados y no desconcentrados), nivel regional y nivel central.
- g) Las capacidades resolutorias y resultados de gestión eran semejantes en los entes desconcentrados y los concentrados.

- h) También, se planteó que la ausencia de un programa integral de monitoreo y evaluación del proceso no permitió identificar debilidades y realizar las medidas correctivas para fortalecer el proceso.
- i) Asimismo, se alude a que las evaluaciones realizadas con iguales para los entes concentrados que los desconcentrados, por lo tanto, sin poderse demostrar las diferencias en la gestión de los ámbitos que fueron desconcentrados (Recurso Humano, Presupuesto y Contratación administrativa).
- j) Uno de los más importantes es que no se percibió un efecto sustantivo sobre los servicios de salud ni red de servicios.
- k) No se pudo determinar si los efectos jurídicos -personalidad jurídica instrumental- generaron diferencia entre los entes desconcentrados y concentrados.
- l) Escaso involucramiento por parte de las Gerencias en el proceso y falta de acompañamiento de las instancias técnicas.

En el mes de agosto de 2011, la Comisión de Salud de Junta Directiva presentó un análisis del tema, donde destacó que el proceso, a pesar de estar contenido en la reforma del estado y sector salud y en el proceso de modernización institucional y contar con financiamiento externo, inició sin una planificación institucional, aún más, sin insertarla en el Plan Estratégico 2010-2015, que la regulación jurídica era confusa, con vacíos y con contradicciones en la interpretación de conceptos jurídicos fundamentales.

Establecen, también, que no se realizaron los estudios técnicos de selección que solicitan el Artículo 1 de la Ley 7852 y el Artículo 5 de su reglamento. Señalaron, de igual manera, que

es preciso anotar que a pesar de que la centralización ya no responde a las necesidades de una nueva generación, persiste una resistencia de un nivel central para desconcentrar la autoridad y más bien se mantiene una tendencia a la centralización de las

decisiones; posiblemente la institución no ha estado preparada para asumir estos cambios generacionales, tanto a nivel local, regional y nivel central (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011)

Las diferencias en la remuneración económica también fue uno de los puntos señalados

El sistema de compensaciones disímiles entre desconcentrados y unidades concentradas, está creando disconformidad y presión de los “centralizados” para obtener pago similar, ya que en la práctica realizan las mismas tareas y tienen las mismas responsabilidades, sin percibir remuneración por la obligación y responsabilidad de estar en disponibilidad (Contraloría General de la República, 2006).

Por todo esto, concluyeron que posterior a “diez años de emitida la ley” se desconocía el estado del proceso de desconcentración en toda su magnitud y decidieron cesar el proceso de desconcentración y que las instancias técnicas asumieran las funciones previamente desconcentradas. Ratificándose y fortaleciéndose el proceso de juntas de salud.

La desconcentración de Hospitales y Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, si bien es cierto emerge como parte del proceso de supuesta modernización institucional, así como consecuencia de la Reforma del Estado y del Sector Salud, y que ha contado con líneas de Financiamiento externas e internas, ésta da inicio sin una planificación institucional; y actualmente no está inserta en el mapa estratégico de la CCSS definido para el período 2010-2015” (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011).

Ante este escenario, su regulación jurídica es confusa, porque por una parte otorga el grado de desconcentración máxima cuando el órgano desconcentrado esté sustraído ordinariamente a órdenes, instrucciones o circulares del superior, pero, también, esta regulación anota que

Estos últimos quedarán sujetos únicamente a la Ley, a los reglamentos generales de la Institución, a su compromiso de gestión y a las disposiciones administrativas y técnicas que lo desarrollen o que garanticen el cumplimiento de los compromisos y de las políticas de salud (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011)

Más bien, se interpreta que la desconcentración máxima está sustentada únicamente en el otorgamiento de la personalidad jurídica instrumental, esto por cuanto en ese momento las unidades no estaban sustraídas a órdenes, instrucciones o circulares del superior y estaban limitadas por una regulación jurídica, administrativa y técnica interna de la Caja, pues la institución debía responder a lo que la Ley Constitutiva le confiere.

Así las cosas, no hay claridad sobre el proceso de desconcentración, al tiempo que se dan vacíos técnicos y jurídicos en la legislación reguladora del proceso de desconcentración. Aunado a esto, no existió consenso suficiente para mantener una sola interpretación sobre algunos conceptos jurídicos fundamentales, entre ellos el de desconcentración máxima a órganos con personalidad jurídica, para clarificar el accionar tanto de los órganos desconcentrados, el nivel central y sobre todo el nivel regional.

Al respecto, la Ley 7852 en su Artículo 1 y su Reglamento en el Artículo 5 indican que para proceder a la desconcentración de unidades se requerirá de estudios técnicos que justificaran la medida, esos estudios no se realizaron, todo lo contrario, lo que se abocó la CCSS en ese momento fue a que se hiciera un análisis de aquellos aspectos negativos y positivos de los posibles candidatos a otorgárseles la desconcentración, de esta manera, la Contraloría General de la República en su informe efectuado en el año 2006 sobre el proceso de desconcentración, manifiesta: “Cabe mencionar que esta Contraloría no obtuvo información relacionada con la existencia de criterios para determinar la cantidad de órganos a desconcentrar por grupo”, por lo tanto, no se cumple con lo que la Ley el Reglamento dispone, más bien,

lo actuado por la institución no permite establecer una línea cero para determinar en el proceso de implementación de la desconcentración, si ha impactado en la gestión de los establecimientos de salud a los cuales se les ha otorgado la desconcentración, esto último ha favorecido que a la fecha haya una total ausencia de evaluaciones integrales permanentes; además, no se conocen los efectos del proceso de desconcentración ni se visualiza protagonismo de la Red de Servicios en el modelo de gestión en forma desconcentrada.

Tampoco se identificó una efectiva práctica de seguimiento y supervisión de los órganos desconcentrados, los cuales actúan según conveniencia ante situaciones especiales.

En esa coyuntura, la administración de procesos técnicos era similar entre un modelo desconcentrado y el modelo tradicional, no existiendo diferencias significativas entre las unidades desconcentradas y no desconcentradas.

Lo mismo refirió la presidenta de la CCSS en una entrevista a la Nación

Recursos Humanos lo está viendo, porque si un hospital desconcentrado funciona igual que uno concentrado, donde no se paga el plus, entonces se está dando un trato diferente. Con el mismo quehacer, unos (directores) tenían algunos privilegios salariales y otros no; por eso ahora tenemos que buscar un sistema más equitativo (Díaz, 2013).

## Capítulo 5 Resultados y análisis de la información

Con la Ley 7852 se regulan dos procesos institucionales: el de desconcentración, para introducir mayor responsabilidad en las distintas unidades de salud, mejorando la eficiencia, y el de Juntas de Salud, una estrategia de participación ciudadana que promueve la institución; ambos procesos establecidos como independientes. Sin embargo, para contextualizar el fundamento de la creación de esta Ley hay que analizar el momento político-económico cuando fue creada.

La crisis económica vivida en los años ochenta en Costa Rica fue la peor de la segunda mitad del siglo XX, caracterizada por una fuerte caída en la producción nacional, con un franco deterioro en los ingresos de las familias, muy altas tasas de desempleo, una inflación galopante, un tipo de cambio muy adverso, una fuerte protesta social y la oposición a los recortes presupuestarios de instituciones públicas, en virtud de los compromisos adquiridos con organismos financieros internacionales.

Dicho de otro modo

Debido a la crisis en el modelo agroexportador y el abandono de participación significativa del Estado en la economía, estimulado, con los Programas de Ajuste Estructural (PAES), se plantearon soluciones tecnocrático-bipartidistas al proceso de reforma del Estado, con el fin de modernizar la organización estatal, para esto se siguieron cuatro directrices básicas: reducción de la magnitud del aparato estatal, se reformular el centralismo estatal, el desarrollo de mayor participación de la sociedad en la gestión de lo “público” y la “microgestión de lo público” y el “macrocontrol de lo político (Madrigal, 2011).

En Costa Rica, el Poder Ejecutivo, o Gobierno, se encarga de organizar, dirigir y encauzar a la sociedad en todos sus aspectos político, jurídico, económico y social, sin embargo, en virtud de los cambios ejecutados en esta década, se iniciaron procesos que ejecutaron estas funciones de forma diferente

El rediseño de la arquitectura estatal, a fin de satisfacer los cada vez más heterogéneos y particulares requerimientos de la población (salud, educación, vivienda, etc), supuso el ensayo de variadas modalidades de gestión: regionalización, desconcentración, descentralización y hasta la tercerización/privatización de servicios; tales variables han surgido como una respuesta alternativa (a veces intencionada, en el caso particular de la privatización) frente a la verticalidad y limitada capacidad de respuesta del aparato público (Madrigal, 2011).

Así, nacen los procesos de descentralización de las instituciones autónomas (artículo 188 a 190 de la Constitución Política, 1949) y de la desconcentración (artículo 83 de la Ley General de la Administración Pública, 1978), por tanto, estas funciones las puede realizar el Estado mediante otros entes sin delegar sus competencias constitucionales, tal y como está dispuesto en los artículo 26 inciso b) y 27.1 de la Ley General de la Administración Pública, donde se mantiene en el Poder Ejecutivo, la función de dirección y coordinación de las tareas de Gobierno y de la Administración Pública Central en su conjunto, y también de la Administración descentralizada.

En el marco de la reforma del Estado de los años 90, el Gobierno de la República emitió el Decreto Ejecutivo 20262-P-H-RE-S del 20 de febrero de 1991 conformando una Comisión Evaluadora del Sector Salud que ayudó a la elaboración del Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, y publicado por MIDEPLAN en 1993, que incluía cuatro puntos: 1) Fortalecimiento institucional de la CCSS. 2) Readequación del modelo de atención de la CCSS. 3) Nuevo modelo de asignación de recursos financieros. 4) Rectoría del Ministerio de Salud.

Con esta reforma, la CCSS se hizo cargo, desde 1995, no sólo de la atención de segundo y tercer nivel de la población asegurada, sino, también, de la atención primaria, hasta entonces a cargo del Ministerio de Salud, pasando a ser rector del



sector salud.

También, como parte de la reforma inicia la modernización institucional que tenía como objetivo básico la búsqueda de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios de salud, fundamentada en: 1) El fortalecimiento del modelo de atención integral en salud. 2) Diseño e implantación de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros. 4) Mejoras en la eficiencia y la eficacia en la recaudación de ingresos. 5) Otorgar mayor autonomía en la gestión de las unidades de atención mediante la desconcentración de funciones administrativas, financieras y operativas.

Ante esto, en la sesión N° 7028, Artículo 12 del 5 de mayo de 1996, la Junta Directiva acordó la aprobación del marco conceptual de la conducción del proceso de modernización para la asignación de recursos, que incluía; la separación de funciones de: financiamiento (Gerencia de División Financiera) compra (Gerencia de División Administrativa) y provisión de servicios (Gerencia de División Médica de salud), el desarrollo de la capacidad gerencial y la transformación del modelo de presupuestación.

Al mismo tiempo, amparándose en que la Ley 4750, artículo 6 del 27 de abril de 1971 faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social a desarrollar todo tipo de proyectos tendentes al mejoramiento de la calidad de los servicios, la Junta Directiva incorporó el “Compromiso de Gestión” como una estrategia que integraba y promovía la implementación de las políticas institucionales, creando la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), que junto a otras direcciones institucionales y la firma Ardersen Consulting crearon el primer “contrato programa”; para iniciar la prueba piloto se eligieron siete hospitales y cinco áreas de salud, los primeros Compromisos de Gestión fueron firmados en presencia de las máximas autoridades de la institución y del país, el 19 de diciembre de 1996.

Con el acuerdo No 7173, Artículo 4, del 10 de junio de 1997, la Junta Directiva de la CCSS delegó en la Gerencia de División Administrativa la función de compra, y

vinculó directamente el plan de financiamiento/compra y la provisión de servicios basada en el cumplimiento del Compromiso de Gestión.

Para el año 1998, participaron 14 hospitales, 10 Áreas de Salud, 4 cooperativas y funcionarios de la Dirección Técnica de Servicios de Salud, Dirección de Presupuesto, Costos Hospitalarios y del Proyecto de Modernización. El Decreto de Ley 18012-P, del 12 de febrero de 1988, define recursos financieros adicionales que incentivaban la producción y la calidad, cuyo acceso quedaba sujeto al cumplimiento de los objetivos pactados.

Por su parte, el 28 de abril de 1998 la Junta Directiva, en el Artículo 18 de la sesión No 7219, creó la Dirección de Compra de Servicios de Salud con una estructura matricial para desarrollar la función de compra y que esta fuera la encargada del Compromiso de Gestión definido como: “el instrumento legal y técnico que establece un convenio entre Comprador y Proveedor, en que se definen los objetivos y metas de salud a alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asigna los recursos financieros para el período correspondiente”, cuyos objetivos eran

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

1. Orientar la prestación y el desarrollo de los servicios de salud a la consecución de la atención integral en salud.
2. Fortalecer un sistema de información en salud que fomentara la autogestión de los servicios y la evaluación del desempeño institucional en todos los niveles de gestión.
3. Establecer un proceso sistemático de rendición de cuentas de los servicios de salud brindados a la población.

4. Lograr resultados intermedios en la prestación de servicios de salud acordes a las necesidades de salud de la población, según la capacidad resolutoria del Proveedor.
5. Promover la equidad en la prestación de servicios de salud en cantidad y calidad.
6. Estimular el desempeño de los proveedores hacia el logro de metas y objetivos institucionales.
7. Asignar los recursos financieros disponibles para la atención en salud del periodo correspondiente.

Como se puede ver desde 1996, la Junta Directiva establece la separación de funciones, crea el compromiso de Gestión, vincula el presupuesto a la producción, crea un fondo de incentivos (10 % del gasto en efectivo y 2,5 % de materiales y suministros), ajusta las diferencias entre presupuesto otorgado y presupuesto por producción, reconoce la recaudación de ingresos por la venta de bienes (no activos) y servicios a terceros por actividades docentes y enuncia la desconcentración de funciones específicas.

Sin embargo, la Gerencia administrativa asume la responsabilidad por las acciones de los proveedores y toda modificación presupuestaria debe ser acordada mediante *adendum*, así como la Junta Directiva se reserva el derecho de rescindir el compromiso de gestión (Compromiso de Gestión, 1997).

Como se mencionó, producto del proyecto de modernización se promueve la desconcentración, como una manera de incrementar la eficiencia, la calidad de la atención, equidad, ampliar la cobertura y reorientar la asignación de recursos, con esto se redistribuía el poder del nivel central, trasladando competencias del nivel central hacia el “órgano desconcentrado” y modificando el esquema ordinario de competencias y subordinación jerárquica institucional; además, se introdujo el control ciudadano sobre la gestión pública en pro del mejoramiento en la oportunidad, eficiencia, eficacia y celeridad de la gestión administrativa local, dentro del mismo marco jurídico aplicable a la Caja, como una única entidad pública encargada de los

servicios.

Este proceso de reforma del Sector Salud y de desconcentración impactó la prestación de servicios de salud, fue una época de cambios sustantivos y severos en la práctica diaria de la atención de los usuarios a nivel nacional, en otras palabras

*cuando nosotros empezamos la desconcentración en el 2004, 2000 algo así, nosotros veníamos empezando el proceso de la reforma del sector, la reforma viene de los años noventa, veníamos, entonces, un montón de gente del Ministerio, como 25 personas a engrosar una cantidad que en ese momento creo que eran como 28 los de la Clínica, era un proceso muy congestionado, decía el de Recursos Humanos: “¿qué tengo que hacer?, ¿para dónde voy?, ¿qué es lo que voy a hacer?”, o sea, viene todo un proceso que al final de cuentas, yo siento que la misma confusión favoreció, que eran tantas las cosas, ni nadie sabe qué es desconcentración, que la reforma que vienen todos los del Ministerio, que en cuál cuenta presupuestaria nos metían, estamos todos en una cuenta fantasma, fantasma porque no existía y tuvieron que crearla para meternos a todos, mientras empezaban a mandarlos a los diferentes puestos. (código informante: 1SU)*

Por su parte, la Ley General de la Administración Pública establece, en el artículo 83, que la desconcentración tiene las siguientes características

todo órgano distinto del jerarca estará plenamente subordinado a éste y al superior jerárquico inmediato, salvo desconcentración operada por ley o por reglamento. Desconcentración Mínima: cuando el superior no puede avocar competencia del inferior; y revisar o sustituir la conducta del inferior, de oficio o a instancia de parte. La desconcentración será máxima cuando el inferior este sustraído además a ordenes, instrucciones o circulares del superior. La imposibilidad de revisar o sustituir la conducta del

inferior hará presumir la potestad de avocar la misma y a la inversa. 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 extendida en su favor (1978).

Asimismo, es importante aclarar que debe entenderse por jerarquía lo que acota el Artículo 101, de la Ley de Administración Pública: “Habrà relación jerárquica entre superior e inferior cuando ambos desempeñen funciones de la misma naturaleza y la competencia del primero abarque la del segundo por razón del territorio y de la materia” (1978).

Como se dijo, la desconcentración puede ser mínima o máxima según el grado de independencia otorgada al inferior y debe distinguirse de la figura de la descentralización. Es importante hacer notar que el proceso que se lleva en la CCSS como institución autónoma es el de desconcentración y no el de descentralización.

Por su parte, en el ordenamiento jurídico nacional, el Tribunal Contencioso Administrativo ha explicado la diferencia entre: desconcentración, o sea, el traslado de competencias dentro de un mismo órgano (a lo interno), y descentralización, que es el traslado de competencias entre un órgano y otro órgano.

Al respecto, impresiona que las unidades desconcentradas en la CCSS en sus procesos de capacitación sí recibieron la inducción adecuada

*en muchas de esas reuniones que fuimos nosotros, ¿verdad?, este, siempre lo ponían: “quede claro qué es descentralización, quede claro qué es desconcentración”, y nosotros lo que estamos es desconcentrados, pertenecemos a la misma institución, no estamos descentralizados, no somos un ente autónomo en el caso mío que conocí muy bien el Ministerio, no es el INCIESA que está descentralizado de la institución ahora el programa de CENCINAI que está descentralizado de Salud, pero pertenece al Ministerio,*

*pero tiene que poder y vida propia. Esa parte a nosotros en las reuniones siempre nos la dijeron. (código informante: 1SU)*

*La desconcentración, según como te digo, sonaba así interesante desconcentrar, ¿significa qué?, diay, probablemente un poco más de opciones, de libertad de actuar, pero, diay, desconcentrar no quiere decir descentralizar, significa que seguís siendo parte de una misma institución donde tenés que mantener todo el engranaje, pero posiblemente con algún poco más de libertad. (código informante: 4R)*

De su parte, en el ordenamiento jurídico costarricense, los órganos desconcentrados tienen como característica estar dotados de una personificación presupuestaria que les permite administrar sus recursos con independencia del presupuesto del ente público al que pertenecen (Dictamen 313, del 10 de setiembre, Procuraduría General de la República, 2008), esto es de suma importancia, tal y como lo dejan ver algunos dictámenes de procuraduría

El dotar de personalidad jurídica y patrimonio propios, a los entes desconcentrados es una forma de asegurar en parte esa autonomía, pero a menos que cuente, además, con una personalidad presupuestaria le falta su autonomía económica, consistente en la libre disposición de los bienes que forman su patrimonio propio y en la aprobación y ejecución que hagan de su presupuesto sin injerencia de ninguna autoridad central (Dictamen de la Procuraduría General de la República N. 115-89 de 4 de julio de 1989).

Dicho esto, la figura de la desconcentración constituye una técnica de distribución de competencias y materias vía Ley o Reglamento, a través de la cual se transfiere del órgano superior al órgano inferior una función determinada y especializada para que la ejerza como propia y con total independencia del superior,

aunque sin que aquel escape de la estructura administrativa de éste.

Asimismo, el dictamen C-277- 2006 de la Procuraduría General de la República señala que la desconcentración opera en materias específicas, por lo que en competencias no desconcentradas el órgano sigue sometido a una relación de jerarquía con poderes normales sobre los ámbitos no desconcentrados.

En el caso del proceso de desconcentración en la CCSS, los ámbitos específicos transferidos fueron:

- PRESUPUESTO, el órgano desconcentrado estaba facultado para ejercer las competencias comprendidas en el Capítulo VI del Reglamento General de Desconcentración (Artículos 40 al 49).

Lo anterior a partir de la proyección anual de ingresos que definía la Dirección Actuarial y de Planificación Económica y la Gerencia Financiera, que vinculaba los recursos financieros disponibles con la producción en salud y la eficiencia, considerando, entre otras variables, cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, la capacidad instalada, su gasto histórico y estructural, así como la aplicación de la política económica institucional, el comportamiento inflacionario y el crecimiento económico institucional. Sin embargo, esto no se dio totalmente, se basó más en una asignación del presupuesto según los montos de años anteriores (histórico).

- RECURSOS HUMANOS, donde se planteaba que para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y técnicos en el ejercicio de la gestión desconcentrada el órgano desconcentrado tenía la potestad para ejercer las competencias comprendidas en el Capítulo IV del Reglamento General de Desconcentración (artículos del 20 al 31).

De igual forma, se verá más adelante que en este ámbito la institución ya estaba desconcentrada en la mayoría de los procesos, aun así, tuvo aspectos

positivos, como la asignación de incentivos a los centros desconcentrados, lo que significó un reconocimiento a la labor de los funcionarios que, en algunos casos, fomentó el espíritu de competencia entre los centros y también les facilitó la ejecución de mejoras en las plantas físicas.

- CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA, el órgano desconcentrado estaba facultado para ejercer las competencias comprendidas en el Capítulo V del Reglamento General de Desconcentración (Artículos del 32 al 39) y que fue, a criterio de los entrevistados, el punto más favorable del proceso de desconcentración.

En Costa Rica, el proceso de desconcentración en el nivel central, hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social se decidió establecer mediante la Ley 7852 -reiteramos-, con esta se propicia -aún no está derogada- una separación funcional real y efectiva de la rectoría estratégica y técnica que corresponde a los órganos superiores, con respecto a la gestión eficiente y oportuna desarrollada por un nivel local, técnica y jurídicamente competente para ello.

Se estableció, por Ley, por varias razones, entre ellas, cumplir con lo estipulado en el Artículo 83 de la Ley General de la Administración Pública donde establece que: “todo órgano distinto del jerarca estará plenamente subordinado a éste y al superior jerárquico inmediato, salvo desconcentración operada por ley o por reglamento” (1978).

Así lo manifiesta Ricky Benavides en su artículo sobre desconcentración

Se pueden precisar los requisitos para que se dé la desconcentración, entre ellos que se necesita una ley para desconcentrar las competencias que han sido conferida por ley... reformar cada ley de creación de una persona jurídica podría traer inconvenientes, por lo que podría ser una solución establecer que el Congreso autorice expresamente a las personas jurídicas del



sector público a tomar las medidas para que opere la desconcentración dentro de su institución cuando lo crea conveniente (sf).

Lo mismo se ha plasmado en dictámenes de la Contraloría General de la República C-240-97, C-10-1999 y C-214-2004, que dictan: “cuando se está en presencia de una desconcentración de potestades de imperio, es necesario que se realice mediante una Ley”.

Mientras tanto, Mauro Murillo señala que la desconcentración administrativa se produce cuando por ley es atribuida una competencia en forma exclusiva a un órgano inferior, un fenómeno dentro de la misma persona jurídica sin originar un nuevo ente, implicando un rompimiento del orden jerárquico de competencias.

Por eso, Román Navarro Fallas al tocar algunos aspectos jurídicos de la desconcentración establece: “la personalidad jurídica instrumental no supone una descentralización y por tanto la creación de una entidad nueva e independiente del ente matriz. Reiteramos que su ejercicio continúa cabalgando sobre los alcances y limitaciones propias de un órgano desconcentrado”. (Navarro, 2003)

Esta última fue la tesitura aplicada en la CCSS, ya que a los centros elegidos se les otorgó PERSONALIDAD JURÍDICA INSTRUMENTAL para ejecutar la desconcentración, otorgando una “naturaleza jurídica de carácter administrativo” para adquirir y poseer toda clase de bienes, asumir responsabilidades, contraer obligaciones, ejecutar acciones administrativas, laborales, civiles, penales y de cualquier otra naturaleza, acordes con el principio de legalidad que rige sus actuaciones y realizar las tareas necesarias para ejercer la desconcentración máxima en la gestión de los Servicios de Salud, del Presupuesto, de la Contratación Administrativa y de los Recursos Humanos. (Compromiso de Gestión 2002, título tercero, artículo noveno).

Así las cosas, quien goza de personalidad jurídica se convierte en persona jurídica, siendo un sujeto de derecho a quien se le pueden imputar sus actuaciones.

Cuando esta es instrumental y no territorial, se limita a lo que expresamente se le confiere (especialidad). La personería jurídica instrumental, entonces, se desarrolla en modelos de desconcentración administrativa máxima y referida a ciertos aspectos, cuya finalidad es la autonomía presupuestaria, que no se dio en forma completa.

De hecho, a pesar de que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social designó al Proveedor como órgano desconcentrado en grado máximo, llama la atención que no se manejaba bien el concepto de que el poder otorgado fuera de naturaleza máxima

*todos tenían el mismo grado de desconcentración. Nunca hubo diferenciación de si alguien tuvo máxima, mínima o media, nunca, lo que había diferencias era en el sentido de que era diferente ser desconcentrado, un hospital desconcentrado a un área desconcentrada, ¿por qué?, por los límites de suma, porque el presupuesto de una unidad era más alto que el de la otra, ¿verdad?, yo puedo financiar seis áreas de salud, seis con el presupuesto de un hospital nacional, entonces, el límite de suma variaba ahí, pero no era porque el nivel de desconcentración fuera diferente. El nivel de desconcentración era el mismo para todos, de hecho, si usted viene y revisa el Título Tercero de hospital nacional, si quiere, y de área de salud, el título tercero es prácticamente lo mismo, lo que varía son los límites de suma para contratación administrativa o para plan presupuestario, pero no habían diferentes niveles. (código informante: 6C)*

*La parte esta es en una coyuntura de reforma que favoreció muchas cosas de las que nos dijeron: usted puede hacer lo que le dé la gana, usted puede hacer lo que quiera, usted es representante institucional, entonces, incluso la inscripción de la firma de poder con límite de suma era todo el mundo, yo iba la jurídica, iba a no sé dónde y nadie sabía con el famoso poder,*

*porque yo tenía que presentarlo en todas esas cosas que le cuento que hicimos... Una vez nos metieron en tres o cuatro oficinas y nadie sabía dónde estaban los poderes, el poder instrumental con límite de suma que teníamos los directores en ese entonces, al final ya apareció, a J y a mí nos encerraron en un círculo: "Cuando a usted le pidan el número es este, con esto usted hace la contratación que quiera, allá en la jurídica, por aquello de las dudas". (código informante: 1SU)*

De la Ley 7852 se crea el Reglamento General de Desconcentración, que define los límites máximos y mínimos en el ejercicio de determinada competencia, sin embargo, ambas hacen alusión continuamente al Título Tercero del Compromiso de Gestión, que da una visión más operativa y de los límites a que los entes estarán sujetos en su práctica diaria.

La importancia de todo lo descrito radica en la cronología y los fines de cada uno de los hitos que rigieron este proceso, así como los vacíos producidos desde que se enuncia la ley, hasta que se completan todos los hitos:

- a) Del orden cronológico, en 1996, se crea el Compromiso de Gestión. El 30 noviembre de 1998 se crea la Ley 7852. El 2 de diciembre de 1999 fue aprobado el reglamento a la Ley (sesión de Junta Directiva 7394), por último, es hasta los compromisos de gestión del 2001 que se incluye el Título Tercero; igualmente, aquí se alude a que en caso de omisión, de manera supletoria, se deben seguir las reglas previstas en la Ley General de Administración Pública, la legislación conexas aplicables a la materia y las normas y políticas institucionales.

Sin embargo, es hasta en el Título Tercero del 2006 - 2007 donde se describe la "Técnica interpretativa" (Artículo 25), la cual explica el orden lógico que se esperaba para la interpretación y aplicación de la desconcentración

Se entenderá que la desconcentración operada en la Caja Costarricense de Seguro Social es un modelo de organización

administrativo, con fundamento en el ordenamiento jurídico, cuya interpretación de sentido, contenido y alcances deberá hacerse mediante el análisis que implica, en primer término, la revisión de las facultades contempladas en la Ley 7852 y el Reglamento General de Desconcentración, con el propósito de definir los límites máximos y mínimos en el ejercicio de determinada competencia. Posteriormente, deberá revisarse el Título Tercero del Compromiso de Gestión vigente, para verificar si existe una regulación en específico de tales competencias para el período correspondiente; debiendo aplicar, en caso de omisión, de manera supletoria las reglas previstas en la Ley General de Administración Pública y legislación conexas aplicables a la materia. De no haber previsión expresa en La Ley 7852 y su Reglamento, ni en el Título Tercero del Compromiso de Gestión, debe valorarse si el tema en particular podría estar implícitamente comprendido en las facultades desconcentradas; de forma tal, que de no estarlo, estaría excluido; y de considerarse comprendido deberá, la instancia técnica competente según el caso, valorar si la facultad en discusión resulta transferible a instancias inferiores a la Junta Directiva, es decir, si es un tema delegable, pues algunas de éstas resultan totalmente intransferibles, cuando lo que está en juego es el ejercicio de una función esencial derivada de una potestad de imperio exclusiva de la Junta Directiva. (art. 66 LGAP). Caso contrario (competencia delegable), podría ser susceptible de ser transferida al órgano desconcentrado, para lo cual deberá formalizarse o regularse lo pertinente (Sic).

Por lo tanto, en años anteriores a la firma del Compromiso de Gestión 2006, los Directores de los entes desconcentrados se enfrentaban a un Título Tercero que cambiaba en cada nuevo Compromiso de Gestión -así siguió ocurriendo hasta la finalización del proceso-, además de los vacíos e incongruencias entre todos los

elementos descritos, aunado a la falta de un apoyo jurídico local y un débil proceso de inducción y capacitación para todas las instancias incluidas, todo esto implicaba una dificultad para aplicar la desconcentración.

Desde el inicio, la instancia Compradora (Gerencia Administrativa) regía el proceso de compra de servicios, luego en el 2002 es la Dirección Compra de Servicios encargada de la compra de servicios y del compromiso de gestión la encargada de coordinar con las unidades de sede competentes en razón de la materia (recursos humanos, contratación administrativa o presupuesto), para la definición de los aspectos técnicos y estratégicos que debían ser incorporados al Compromiso de Gestión como: objetivos, metas, indicadores, y procedimientos de evaluación aplicables en el ejercicio de las materias desconcentradas, a fin garantizar su incorporación congruente e integral al texto del documento

Para que luego, (Compromiso de Gestión de 2006-2007) aparezca la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud como la encargada de coordinar con las unidades de sede competentes en razón de la materia (recursos humanos, contratación administrativa o presupuesto) para la definición de los aspectos técnicos y estratégicos que debían ser incorporados al Compromiso de Gestión con el propósito de ajustar las potestades desconcentradas a las políticas institucionales vigentes, en cada una de las materias señaladas.

- b) De los fines, el COMPROMISO DE GESTIÓN tenía como objeto vincular la asignación presupuestaria con el cumplimiento de los objetivos de la organización, asistenciales y de calidad. Para 1997 se entendía como: “el acuerdo entre el nivel central de la CCSS, en adelante llamado “Financiador-Comprador”, quien fijará la tarifa que se pagará por unidad de actividad, y cada uno de los Proveedores, u hospitales de la CCSS, en adelante llamado “unidad proveedora”, quienes definirán el volumen de actividad a realizar, la forma de financiamiento, el nivel de calidad esperado, los mecanismos financieros, y el método de evaluación que deben seguir para evaluar el cumplimiento de los objetivos de volumen y costo”. (Compromiso de Gestión, 1997)

Para el año 2000, se incorporaron criterios para alcanzar una vinculación entre la actividad, el plan anual operativo y el presupuesto de cada unidad de prestación de servicios médicos, así como promover la eficiencia en su accionar, los procesos de autonomía, posteriormente de la desconcentración, y vinculando el Compromiso de Gestión como un requisito previo de eficacia para el ejercicio de tal personería jurídica instrumental delegada, aunque en estos compromisos quedan sujetas las funciones que se delegarían a la reglamentación de la ley

El “Compromiso de Gestión”, en los términos que establece la Ley N° 7852 del 30-11-98 “Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, habilitará al Proveedor para el ejercicio de las potestades que eventualmente se deriven de la reglamentación a dicha Ley.

El 2002 se le coloca como: “el medio técnico y jurídico para conducir la desconcentración operativa y funcional de la Caja, dada la naturaleza flexible y dinámica de este instrumento para la definición de objetivos estratégicos de salud y de organización administrativa” (Compromiso de Gestión, 2002)

Sin embargo, los Compromisos de Gestión se realizaron, desde el inicio, en forma indistinta en unidades concentradas y desconcentradas, y el fin perseguido era el mismo para ambos tipos de unidades

*la dirección lo que hace es la evaluación de la prestación de servicios, es decir, la dirección, si la dirección lo que hace es evaluar los resultados, ¿ok?, se utiliza un diseño estándar para todo el país y se aplica el diseño estándar para todo el país, o sea, nunca se hizo diferencia entre desconcentrado y no desconcentrado, porque nosotros lo que mediábamos era el resultado en salud, nosotros no medimos nunca las áreas desconcentradas, es decir, nunca medimos recursos humanos, nunca medimos contratación, nunca medimos presupuesto... Se*

*supone que estas tres unidades tenían que tener informes anuales de cómo iba cada una de estas tres áreas desconcentradas, que al final cuando nosotros como Comisión hicimos el informe esas evaluaciones nunca existieron y elaboraron una evaluación al final como petición de nosotros como Comisión, ¿verdad?, entonces, que le quede claro que el compromiso nunca, nunca estaba responsable de evaluar cosas diferentes, si no era producción, que nosotros teníamos que ver cómo si nosotros soltábamos más al centro, en estas dízque trabas que tenían que eran contratación, recurso humano y presupuesto cómo si se soltaban eso se tenía que traducir aquí en resultados. (código informante: 6C)*

En lo que se respecta al TÍTULO TERCERO aparece en los compromisos de gestión hasta el 2001. En el artículo noveno del compromiso de gestión se establece su naturaleza jurídica

El marco de desconcentración de naturaleza administrativa que por voluntad del legislador se articula en el presente TÍTULO, comprende una traslación de facultades y competencias a instancias distintas del nivel central de la Caja, con el propósito de romper el esquema ordinario de competencias y subordinación jerárquica institucional, en pro del mejoramiento en la oportunidad y celeridad de la gestión administrativa local, dentro de un mismo marco jurídico aplicable a la Caja como una única entidad pública encargada de los servicios. En ese sentido, el ejercicio de las potestades desconcentradas no puede sustituir, modificar o suprimir disposiciones legales, reglamentarias y normativa específica, que tutelén condiciones diferenciadas de empleo y servicio, en beneficio de contratos individuales y colectivos de trabajo, que en la práctica constituyan límites legales para la adopción y ejecución de actos administrativos concretos.

En este se establecen potestades, limitaciones y acciones conexas. De esta manera, impresiona que se utilizó el Compromiso de Gestión como vehículo para operativizar acciones que no están especificadas en la Ley 7852 ni en su Reglamento

*en realidad, si usted me pregunta ahora a posteriori, nunca debió haber estado un Título Tercero en el compromiso de gestión, nunca, ¿por qué?, porque el compromiso de gestión no es eso, no es para eso, no es para implementar una ley. Un compromiso de gestión, como se llamaba antes, un diseño de evaluación, como lo llamamos ahora, tiene que mantener la total objetividad de una evaluación estandarizada que permita la comparabilidad de los establecimientos y que no solo a nivel de país sino a nivel internacional, que permita tener información veraz y oportuna que permita tomar decisiones. (código informante: 6C)*

Al describir el proceso de implementación de la desconcentración, se evidencia que desde sus inicios existieron condicionantes que afectaron el desarrollo de esta modalidad de gestión, entre ellos: los lapsos existentes en la publicación de los documentos que delimitaban el proceso de desconcentración de la CCSS, (Compromiso de Gestión 1996, Ley 7852 1998, reglamento a la Ley 1999, Título Tercero 2001), la interrelación de lo enunciado en cada uno de ellos y la aparente falta de alineamiento estratégico a lo interno de la organización

*entonces, el compromiso nunca, nunca, ni lo dice el Título Tercero, nunca, que se va a evaluar diferente. ¿Qué pasa?, que cuando se crea la ley no se crea el reglamento a la par. El reglamento se produce como dos años después, sino más, dos o tres años después, porque cambió gobierno se fue el Dr. Piza, se fue Román Navarro, nadie más se acordó del reglamento, y quedó a cargo de esto... eh, lo coordinaba Aiza María Solera, por varios años, que empezaron por entender qué era la desconcentración, porque era un idioma que era solo de cúpula, de presidencia ejecutiva...*



*Empezaron a ver, empezaron a entender, y luego, yo no sé por qué, cómo fue, ni quién, quitó a Aiza María Solera, y nombró a Franklin Vargas. Entonces, Franklin fue el que empezó a hacer el reglamento, pero ese reglamento salió como tres años después, pero ¿qué pasaba?, que había prisa de la parte de la presidencia ejecutiva y del asesor de empezar con el proceso ya, y no tenían reglamento, solo una ley, que como usted dice tiene muchos vacíos, entonces, redactaron un Título Tercero para meterlo al compromiso de gestión para aclarar un poco qué era lo que se le estaba pidiendo a cada unidad, pero eso nunca sustituyó ni el reglamento ni nada, eso era solamente como una herramienta a mano, para introducirlo rápidamente, a falta de reglamento. (código informante: 6C)*

*Entonces, desde que se crea la desconcentración, a raíz de eso se promulga la Ley había que buscar un enfoque que implementara aquello, pero lo más que se pudo fue hacer lo que se incorporó como indicadores al Título III de Compromiso de Gestión y es lo que se estuvo replicando año con año. (código informante: 7C)*

A continuación, se muestra cómo dichas externalidades afectaron la labor de los directores y administradores de los centros desconcentrados, así como de los departamentos encargados del proceso en el nivel central, ya que existía incertidumbre jurídica, que se vio incrementada en ocasiones por la directriz de que “en caso de omisión de manera supletoria se debían seguir las reglas previstas en la Ley General de Administración Pública, la legislación conexas aplicables a la materia y las normas y políticas institucionales”.

La implementación de Ley 7852 “Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, fue impulsada desde la cúpula gerencial de la CCSS

*el Dr. Piza fue, digamos, en su figura de presidente ejecutivo, fue el que más impulsó la parte de desconcentración que me refería a la reforma, y él creía firmemente en la desconcentración y Román Navarro es un abogado que fue asesor, de él, del Dr. Piza, en sus años de presidencia ejecutiva. Entonces, es la gente que de la génesis tiene más información, ¿verdad? (código informante: 6C)*

## 5.1 Análisis Cualitativo

En esta sección del capítulo se confrontan la información de tres fuentes, es decir, se trata de la triangulación propuesta.

a) La Ley 7852, que está dividida en tres capítulos:

**Capítulo I** define el objeto de la ley y se compone de un solo artículo.

**Capítulo II** se relaciona con las Juntas de Salud y se compone de cinco artículos.

**Capítulo III** de la desconcentración y dirección de los hospitales y clínicas, que se compone de cinco artículos.

b) El Reglamento de la Ley 7852, que está dividido en siete capítulos:

**Capítulo I** Del acuerdo de desconcentración y se compone de seis artículos.

**Capítulo II** De la dirección, representación y organización de los Órganos Desconcentrados y se compone de ocho artículos.

**Capítulo III** De los compromisos de gestión con las Unidades Desconcentradas y se compone de cinco artículos.

**Capítulo IV** De los Recursos Humanos y se compone de doce artículos.

**Capítulo V** De la Contratación Administrativa y se compone de ocho artículos.

**Capítulo VI** De la Gestión Presupuestaria y se compone de diez artículos.

**Capítulo VII** De la Intervención del Hospital, Clínica o Centro Desconcentrado y se compone de seis artículos.

**Disposiciones finales** se compone de un artículo.

**Transitorios** se compone de seis.

c) Entrevistas a siete informantes clave.

El criterio fundamental para desarrollar el análisis fue la Ley 7852 y sus artículos, que aparecen según el orden numérico con que la Ley fue publicada.

Para cada uno de estos artículos se correlacionaron los artículos del reglamento de dicha ley, pero no aparecerán en orden numérico, ya que un mismo artículo del reglamento se puede relacionar con varios artículos de la ley.

De la misma forma, para cada uno de los artículos de la Ley 7852 se incluyen fragmentos de las entrevistas de los informantes clave, cada artículo puede tener uno o más comentarios.

## Capítulo 1

### Objeto

**Artículo 1 de la “Ley N° 7852 de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja”** (en adelante conocido como Ley 7852), “impulsa el proceso de desconcentración de Hospitales y Clínicas para que se tuviera mayor autonomía en la gestión presupuestaria, contratación administrativa y de los recursos humanos” (...) “Que la Junta Directiva podría ampliar la desconcentración a otros centros con estudios técnicos que la justificaran de acuerdo con las necesidades del centro y de su población asignada”, lo mismo se establece en el Artículo 5 del Reglamento a la Ley 7852: “De previo al acuerdo de la Junta Directiva de la institución, para proceder a la desconcentración de cada unidad se requerirá de la realización de los estudios técnicos que justifiquen la medida, considerando las necesidades del área, centro de salud u hospital a desconcentrar y de su población asignada”.

Pero estos estudios no se dieron

*que yo siento que es como cuando dicen que el bebé venía muerto, o sea, hay situaciones que cuando usted analizó con respecto a qué nos dijeron a nosotros realmente no fue mucho, en el buen*

*sentido de la palabra, a mí me llaman a la Dirección Regional porque había una actividad y luego me llaman afuera y me dicen, no voy a hablar de nombres, el gerente y el subgerente me dicen: “Vamos a empezar un proceso de desconcentración y lo vamos a hacer como un plan piloto en algunas unidades que consideramos que tienen los requisitos para ser desconcentrados”, “¿y cuáles son los requisitos?”, “no, no, usted no se preocupe”, de pronto cuando uno analiza uno pregunta: “¿Qué requisitos ocupaba?”, desde un abogado que no teníamos hasta una serie de situaciones desde el punto de vista administrativo que no teníamos, infraestructura, entonces, de pronto la desconcentración fue porque era un plan piloto y porque nosotros pertenecíamos a un área de Salud que querían hacerlo como un plan piloto nacional como una desconcentración de hospital y las tres áreas de salud. Entonces, esa condición fue la que se nos presentó con una situación muy especial, significa que realmente nos escogieron por una condición especial, y algunos porque sí tenían requisitos (...) Si usted me pregunta a mí qué requisitos no sé, a mí nada más me dijo: “ustedes califican, ustedes están bien, tienen muy buenas notas de evaluación, ustedes manejan bien el presupuesto, ustedes están listos”, o sea, si había requisitos o no, si estaban escritos en alguna parte no sé, eso fue lo que me dijeron a mí, ¿verdad?, (código informante: 1SU)*

*la verdad, tenemos mucha historia, tal vez el hecho de los requisitos es que somos aventureros y de que vamos a “hacemos las cosas bien”, yo no sé si eso es lo que querían con la gente de la desconcentración como era plan piloto, ¿verdad?, lo que querían era ver si las cosas funcionaban, y no podemos decir que no. (código informante: 2SU)*

*Yo creo que fue como una oportunidad, ante tanta necesidad que se tenía en la Clínica, y yo siento que se dio por el desempeño que se tenía en el área, del trabajo... Todo eso se vio y entonces vimos una oportunidad de poder crecer, se lo facilitaba la situación para hacer muchas de las cosas que estábamos haciendo. (código informante: 3SU)*

*En sí, digamos, cuando esto arranca, digamos, se vio por parte de las unidades que aceptamos, se vio como un reto sin saber gran cosa, tenías muy poco conocimiento, no tenías una opción de ventajas o desventajas, simplemente se habló de que habían escogido algunas unidades mejor por parte de hospital o por parte de áreas de salud, que si las unidades aceptábamos entrábamos en el proceso, si no aceptábamos, pues no entrábamos quedábamos a fuera. (código informante: 4R)*

*Pero, en principio, se apostó por los establecimientos, se apostó por la propuesta y para que esa propuesta fuera exitosa teníamos que seleccionar centros que hubieran demostrado ser exitosos en, en... yo digo evaluación que fue el que yo conocí, pero yo asumo que se valoraron otros aspectos no los conozco... esto del lado de las autoridades institucionales, de lado de los establecimientos todos querían entrar, era sumamente atractivo por dos cosas, porque le incrementaba en un 50% el salario, y porque lo percibieron como que iban a hacer libres para hacer lo que quisieran y esas dos cosas son sumamente atractivas, entonces, todo mundo quería. (código informante: 6C)*

*Entonces, en ese primer momento, me parece que simplemente fue una escogencia casi aleatoria, más discrecional, por consideraciones propias de la Junta Directiva, la gerencia de los factores de gestión y las ubicaciones geográficas de las distintas*

*unidades y algún tipo de la representatividad, porque recuerdo que el primer grupo estaban todos los hospitales nacionales, después se incorpora Cartago, pero al principio eso era, hospitales nacionales, áreas de salud como Coronado, la de no sé si Puriscal, o sea, habían varias, que tenían esa proyección, vea que Puriscal fue un CAIS, después, o en aquel momento, no recuerdo muy bien, entonces, tenía una proyección de darle capacidad para administrar, por eso, cae dentro del concepto de desconcentración, lo que pasa es que fueron por factores más discrecionales que de otra cosa. El primer grupo me acuerdo que era un tema voluntario quiénes quieran estar desconcentrados, entonces: “yo”, “yo”, “yo”, y otros no querían, “si me dan los recursos yo me meto en ese enredo, pero si no, no... ¿por qué desconcentró a un centro y no desconcentró a otro?, ahí está e iban a haber grupos... es más, yo hice una... no una medida, porque no se podía medir, pero una estimación de que, al menos, de los treinta y resto, creo que eran 32 centros desconcentrados, por ahí andaban, creo que eran 14, 15 Cartago y 17 después, por ahí andaba, creo que sí, 32, de esos 32 el 70 % se les iba a tener que eliminar la desconcentración, o sea, que iba a quedar un grupillo como de seis o siete, probablemente los hospitales, si acaso, ¿por qué?, porque contaban con mayores capacidades resolutivas para subir, pero todo lo demás iba y tenía evidencia, es que era prueba de fuego, usted decía: “¿y por qué yo no la tengo?”, porque empezaron a pedir que desconcentraran a todo el mundo, porque tras de eso satanizan el tema, se les da un plus al director del centro desconcentrado, un plus exorbitante, eso nació después de la desconcentración. (código informante: 7C)*

*...no, esa fue una escogencia al azar, en realidad, una escogencia que en realidad nosotros no teníamos ni idea, como te digo,*

*nosotros no teníamos idea, digamos, que aceptábamos ser desconcentrados, o sea, la ley todavía no había empezado, ni mucho menos los compromisos de gestión. A nosotros se nos informó de los compromisos de gestión cuando habíamos aceptado ser desconcentrados, entonces, se nos empezó a dar información de qué se nos pedía, de qué se buscaba y a nosotros se nos empezó a evaluar hasta un año después, digamos, de que empezó la desconcentración... No sé, interesante. Se suponía que era por el grado de, digamos, el grado de gestión que mostraba la unidad, a nivel región, entonces, aquí lo que definieron ellos no sé si el porcentaje que fue un 30% del total de unidades, algo así, ese porcentaje de unidades de este país lo decidieron no sé cómo, porque pudieron haber sido 20%, 25% un 10% decidieron un 33% o algo así del total de las unidades a las cuales se les iba a desconcentrar... También, decía, se iba a desconcentrar por región cierta cantidad de unidades dependiendo de la cantidad de población, en el caso nuestro se iba a desconcentrar básicamente era un hospital y un área de salud de aquí de la región, y a nosotros se nos propuso, como área de salud, que si aceptábamos, dijimos que sí, pero si hubiéramos dicho que no, meten a otra. Ahora, se nos dijo que si aceptábamos era por eso, por el grado de gestión que se venía haciendo en el sentido de que era un área que normalmente trabajaba bien en el sentido de que no ponía peros, imagino, que no ponía objeciones de que la gente, digamos, se mantenía más o menos contenta, de que si había un ambiente laboral más o menos adecuado, imagino que con una serie de parámetros de este tipo, de cómo estaba la percepción de la unidad, o sea, normalmente, usted podía saber de cuáles unidades se hablaba bien y de cuáles no se hablaba bien. Entonces, de Cariari se hablaba bien, de Siquirres se hablaba bien, de Matina se*

*hablaba bien, en aquel momento. Entonces, de ahí no sé cómo hicieron la escogencia. (código informante: 4R)*

Por la posición teórica, según Alejandra Venegas Solano, en su documento: “La desconcentración en la Caja Costarricense Seguro Social, Ley 7852” de 2009”, las unidades que iniciaron la desconcentración, además, debieron cumplir con algunos aspectos, pero que estuvieron ausentes en la Ley, el Reglamento y el Título Tercero:

- Proceso voluntario e inducido de participación.
- Centros de participación en el plan piloto para la introducción de los compromisos de gestión.
- Calificaciones obtenidas en la evaluación de los compromisos de gestión.
- Calificación técnica en gerencias y direcciones de sede con competencia técnica o jerárquica para hacerlo.
- Aprobación de propuesta en consejo de presidencia ejecutiva y gerencias.
- Aprobación de la propuesta por la junta directiva.

Llama la atención que estos temas se fueron cumpliendo conforme e iba avanzando en el proceso y de forma inicial para la selección

*tome, está desconcentrado, aquí está la ley y el reglamento, vaya lea y empiece”... Empezó así, en realidad empezó así, sin embargo, se habló de que había una evaluación, se habló de un compromiso de gestión que sí se nos pidió: “aquí está esto es lo que la institución propone”, fue pre y post y en el centro estaba lo que negociábamos. Bueno, necesitamos que ustedes tengan muy claro el pre y el post, porque depende de eso vamos al final de cuentas a pedirles cuentas cuando llegue el centro, entonces, sí, esa lectura se suponía que todos debíamos haberla hecho a consciencia y sacar todas las dudas, todas las cosas que nos*



*parecían problemáticas, como para discutir las para tener claridad de dónde íbamos a quedar parados... Ahora, sí te puedo decir que más adelante, como ya estábamos desconcentrados, entonces, la misma desconcentración exigía que para que un director ocupara el puesto de director necesitaba tener una maestría, al menos en Administración de servicios de salud, y diay, prácticamente la mayoría no lo teníamos, fue muy interesante, porque la Caja nos dio la maestría, nos puso a hacer el curso, nos llevó, me acuerdo que nos llevó al CENDEISSS y nos dieron el curso para la maestría y lo va a facilitar la institución a los directores actuales, el curso tiene un costo de tanto, no se los vamos a cobrar, va a ser gratis, incluye alimentación, incluye esto, la forma que se va a trabajar es a través de la UNED, o sea, era presencial una o dos veces al mes, la mayoría iba a ser todo virtual, ya ellos traían todo el poco de material, aquí están todos los libros, si decide que es hoy y toman el curso lo llevan, o me dicen que no y ponemos a otro, el que diga no queda fuera. Entonces, ya había avanzado uno como para decir no, entonces, ya empezamos a decir que sí, tuvimos que asumirlo, se sintiera capacitado o no hay que decir que sí y llevar la maestría porque hay que llevarla a como dé lugar. Entonces, eso sí, la institución sí nos respaldó en ese sentido, nos dio el estudio, nos obligó a ponernos las pilas y volver a ser estudiantes, y volver a todos los niveles requeridos para tener la formación, pero después de un montón de años de no estudiar, había que empezar de nuevo a hacer el hábito de estudio y esa parte se llevó en el CENDEISSS, se fueron desarrollando las clases, eran cada quince días, con tareas de los diferentes temas, de las diferentes temáticas que se iban llevando, me acuerdo del Dr. Guido Miranda era uno de los que en ese momento estaban, y habían otros, entonces, era cada quien sus temas y Guido Miranda con su batalla de toda una vida*

*del manejo de la institución, el conocimiento histórico que ese hombre maneja de la institución, del país, es una cosa increíble, entonces, con profesores de ese tipo fue con los que nos fuimos formando poco a poco, dos años es lo que duraba, casi dos años, al final de cuentas salimos bien, y ya nos graduamos y ya eso nos daba el respaldo legal para seguir trabajando... uno de los problemas fue el hecho de estar en desconcentración obligaban a que la unidad, el director no podía tener ningún ligamen con nadie más a excepción de con la institución, entonces, yo tenía mi propio consultorio, tuve que eliminarlo, o sea, fue un ultimátum, o lo toma o lo deja, si quiere seguir siendo desconcentrado y ganarse el incentivo, pasa a ser, pero nada más usted va a trabajar para la institución, no va a trabajar en lo privado, porque era al final de cuentas... pero, además de mantener el incentivo se te va a dar ese otro de prohibición para ejecución de la profesión en otros medios, y eran dos incentivos que, más o menos, te daban, y ni modo, hay que quitar la práctica privada y de ahí se eliminó, pero todo eso fue muy obligatorio, o lo toma o lo deja. (código informante: 4R)*

Queda, entonces, la duda de si los catorce centros fueron elegidos de una forma técnicamente adecuada y si las nuevas incorporaciones al proceso de desconcentración siguieron un proceso sistemático.

Además, cuál fue la razón esencial de que fueran estos específicamente, porque en los gestores locales entrevistados existe una particularidad que es común a todos ellos y es su proactividad para la consecución de resultados en salud, pudiendo ser esta una fortaleza que perseguía el proceso y que pudiera ser garantía de éxito.

Sin embargo, de acuerdo a sus resultados en los compromisos de gestión habría que valorar que no todos los centros lo habían circunscrito para esas fechas, y

que se tenían resultados de poco tiempo, lo que habría inducido a un error estadístico sujeto a que las probabilidades de mantener resultados altos no se mantuviesen en el tiempo. Igualmente, pudo ser que estos centros presentaran resultados sobre la media de otros centros, pero que su capacidad estuviera al límite, por lo que el salto cualitativo en la prestación se viera limitada después.

En el extremo opuesto estarían las unidades que presentaban resultados limitados, donde la implementación de un proceso como este pudo darlos positivos, si lo que hacía falta era precisamente la capacidad de gestión que brindaban los ámbitos que fueron desconcentrados o, por el contrario, se hubiera igualado o incrementado la ineficiencia e ineficacia ya mostrada.

Mucho de esto dependía de lo que los tomadores de decisión definieran como: “necesidades del área, centro de salud u hospital a desconcentrar y de su población asignada” y su priorización sobre la búsqueda de resultados exitosos a corto plazo para garantizar la continuidad del proceso y la inclusión de nuevas unidades a esta modalidad de gestión, aunque en ambas se buscara la mejora en la prestación de los servicios de salud.

## **Capítulo 2**

### **Juntas de Salud**

**Artículo 2 de la Ley 7852** Crea las Juntas de Salud como auxiliares de Clínicas y Hospitales para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero y la participación ciudadana.

Debían colaborar con los directores de los hospitales y las clínicas en elaborar proyectos, modificaciones a presupuestos, velar por su correcta ejecución, emitir criterio sobre los compromisos de gestión respecto de los candidatos al cargo de director antes del nombramiento, participar en la definición de prioridades y políticas de inversión, contratación y promoción de incentivos a los trabajadores, así como otras funciones y atribuciones que les otorgaba el mismo Reglamento y no afectarían la

administración correcta de los centros de salud.

Cabe decir que solo está en la Ley y su Reglamento, no en el Compromiso de Gestión, ni en el Título Tercero y que es la única con efecto a este momento. Es más, fue otro tema poco delimitado que causó inestabilidad en el proceso, pero esta vez a nivel local, ya que las funciones encomendadas eran amplias

*pero lo que yo supe es que al momento que se estaría desconcentrando un grupo representativo de los usuarios, por sectores, patronos, asegurados y organizaciones sociales para que fiscalizaran el ejercicio, para que fuera un garante de que había una sana administración de los recursos y que aquel que iba a estar desconcentrado con mayor capacidad ejecutiva y decisiva no se sintiera soberano que fue lo que pasó que muchos empezaron a sentir que: “esto es mío, aquí no se meta ningún gerente, ni ningún director regional, yo hago lo que quiero, para eso soy desconcentrado, para eso tengo personalidad jurídica e instrumental, que es lo que dice la Ley, entonces, no se metan conmigo, yo hago aquí lo que me da la gana”, entonces, esa anarquía, esa independencia, esa soberanía pasó la factura a la organización, entonces, dijeron: “un momento, usted no puede hacer eso en la conducción de redes y todo lo demás, se requiere que se respeten las políticas, la normativa, los requisitos de controles que yo le voy a solicitar y tiene usted que alinearse a lo que yo le voy a solicitar el trabajo”. (código informante: 7C)*

A nivel de los órganos desconcentrados, especialmente de las áreas de salud, la posición inicial de las Juntas de Salud fue inquietadora a juicio de los directores y administradores y, en lugar de facilitar la ejecución del proceso mediante la sana crítica y aportes positivos en representación de la comunidad, comenzaron las intromisiones, algunas pretendían cogestionar con los encargados de los Servicios de Salud

*era una de las cosas que se le reclamaban a la Gerencia, por qué, de hecho, se suponía que si dependíamos directamente de la Gerencia, la Gerencia debería estar supervisándonos, debería estar apoyándonos, debería estar pidiéndonos cuentas, de hecho, me acuerdo una vez que nos hicieron un auditoraje, me llevaron a mí a la Dirección, hubo una queja de una gente de Ticaban, entonces, la gerente en ese momento mandó la Auditoría para acá para ver, para supuestamente, estábamos incurriendo en negligencia y un poco de cosas ahí que al final de cuentas les demostramos todo lo contrario, por dicha, pero en ese momento, de esa llegada de la Auditoría nos trataron de fregar, tratando de demostrar que la desconcentración, supuestamente, nos estaban dando un montón de poder, y no estábamos ejecutando o prácticamente no estábamos haciendo nada. (código informante: 4R)*

*Tuvimos dos partes, una que era muy ligada a la comunidad, pero otra que pedía la cabeza de la Dra. ¡Ah, sí! Llegamos a ese punto, entonces, ahí es hacia dónde vamos y tuvimos que analizar muy bien el proceso, no era conveniente, no estaba llegando a buen puerto. Llegamos a los dos puntos, porque hubo una muy buena, excelente, pero hubo otra que no, que cuestionaba, ya pedía más apertura, más agilidad en los procesos, meterse más en la parte presupuestaria que ellos creían que se podía manejar esta parte y no era así. Había que cumplir con cierta parte del proceso. (código informante: 3SU)*

*La primera junta fue con el abogado que no nos acordamos, todos estamos en lo mismo, en algún momento el primero, decía: “Dra., vea...”, yo me senté en varias ocasiones como interpretación, porque aquí dice claramente que nosotros somos ese enlace con*

*la comunidad para que nos oigan y nos digan, entonces, yo siento que él tenía muy claro la parte de desarrollo comunitario con el Dr. Ortíz en esta zona, aquellos puentes de salud lo tenían muy claro... la segunda y la tercera junta como que venían con el machete, literalmente, a volarnos la cabeza a J y a mí, ¿por qué?, ¿la verdad?, ni nos pudieron demostrar nada, ni nos dijeron nada...“el que llegó a pedir la cabeza mía fue otro abogado, que decía que no que todo era político, cuando empiezan a meter la política y todo ese tipo de cosas, la política qué, dijo que yo ganaba mucho y que no hacía nada, así entró... y este que se vino realmente no sé cuál fue la situación específica, solamente que la mariachi tenía muy buena relación con los A y entonces me llama, don M.A., aquí hay dos señoras de la Junta pidiendo su cabeza, le dije que iba a ver si se las daba, y lo del administrador también, “que ustedes no sirven para nada, que no dicen nada”, yo le dije “pero de qué se trata”, me dijo, “no lo sé, por eso, no le voy a dar la cabeza”, “¡ah, bueno!, muchas gracias porque no me voy a ir de aquí”, entonces, la gente empezó a entender que si tenían injerencia para echar a la Dra. L de aquí, J que no nos van a echar a menos que nos demuestren algo, se hizo no se hizo, pasó no pasó, se modificó o qué... los que seguían decían, por ejemplo, cuando había que enviarles las modificaciones del presupuesto yo puedo decir que no, que no estoy de acuerdo. Yo podría decir que no, pero yo qué voy a conocer de esto, pero a muchas Juntas, sesionaron con nosotros en Consejo Técnico, a todas se les invita, incluyendo a que asistan a Consejo Técnico, la Comisión del Gasto, que es de los más sensibles, porque en Consejo Técnico se ven generalidades y en Comisión de Gasto el manejo del presupuesto y en qué vamos a invertir y qué vamos a hacer, cada dos meses tenemos reunión de eso, a todos se les invita, mire es que a mí no me parece, entonces,*

*mire, vamos a explicarle... Digamos, dos o tres, después de eso, algunos participaban mucho, como don Rafael, don Rafa que no se perdía nada, dice que le interesaba mucho o don J.Á.V, que también venía mucho, pero el resto no, o sea, la gente viene: "¿en qué podemos ayudar, Dra.?, ¿cómo hacemos?", "mire, le voy a contar que esto es así, así" le damos la instrucción a todos si tienen dudas del presupuesto, si tienen dudas van donde J, lo que es Recursos Humanos es esto... Entonces, cuando ya llega gente consciente de eso, cuéntenme cómo es la cosa, ustedes son los que saben, va a haber uno y otro... pero, ¡bueno!, al final de cuentas, lo que tenían era como un deseo de poder incidir directamente sobre eso y realmente cogestionar con nosotros, bueno, si usted tiene capacidad venga y nos ayuda, pero primero tiene que conocer cómo es que trabaja la institución, porque esta institución no es fácil de conocer, y eso de quienes hemos andado por otros lados sabemos que esta institución es muy compleja. (código informante: 1SU)*

Con relación a las Juntas de Salud, en su función también existieron vacíos que no ayudaron a aclarar el proceso, como en capacitación y rendición de cuentas

*Yo siento que también tiene que ver con la orientación que se le da a esa Junta cuando ingresa, mire la función de ustedes... mejoremos el área, porque aquí vienen a hacer ruido, pero necesitamos que nos digan qué padece la gente, qué necesidades ven en la comunidad, sobre qué van a capacitar, qué tipo de talleres hacemos, manejo de situaciones podemos hacer, y coordinar, porque como ese entonces teníamos mucha relación directa con el Ministerio, si el asunto era de ambiente, trabajemos con el técnico del ambiente, pero era coyuntural... Vea yo le voy a contar por ejemplo de una vez a Coronado... bueno, hemos ido a varias,*

*fuimos a varias, las cosas más anti... anti qué, más anti educativa del mundo, estábamos: todas las juntas, todos los directores, todos los administradores y todas las trabajadoras sociales que les delegaron a ellas la responsabilidad de asesorar, coordinar y guiar a la gente de las juntas de todo el país en el auditorio de Coronado, y así fueron muchas las que fuimos en las primeras y nosotros decíamos: “esto es anti todo”, para no decir nada más... cansado, este, di, usted no podía preguntar porque no podía preguntar, si éramos como mil gentes ahí... La parte esta de la Junta que aunque usted diga: Franklin les pedía a ellos este un listado de logros: “¿Qué hicimos, Dra., este año?”, y nosotros hacíamos, ¿se acuerda la reunión de diciembre cuando hicimos una lista de logros y de todo lo que había, desglosada, y nosotros como desconcentrados, o sea, qué contratamos, qué personas contratamos más, o contratación administrativa o la ejecución de presupuesto, o qué pudimos mover, toda esa cosa, eso lo hacíamos nosotros, porque la Junta como tal pedían que lo llevara.  
(código informante: 1SU)*

**Artículo 3 de la Ley 7852** Las Juntas las componen 7 miembros: 2 representantes patronales, 3 asegurados, y 2 representantes de asociaciones pro clínicas u hospitales.

**Artículo 4 de la Ley 7852** Los cargos de la Junta se ejercerían *ad honorem*, la Junta Directiva de la Caja podría revocar el nombramiento.

**Artículo 5 de la Ley 7852** Los integrantes de las Juntas de Salud se mantendrán en sus cargos por cuatro años y podían ser reelegidos. Todos debía ser mayores de edad, tener domicilio en la zona y disponer de tiempo.



### Capítulo 3

#### Desconcentración y Dirección de Hospitales y Clínicas

**Artículo 6 de la Ley 7852** La Caja podía organizar los hospitales y las clínicas como órganos desconcentrados mediante la suscripción de un Compromiso de Gestión determinando el grado de gestión.

Sin embargo, este Compromiso de Gestión estaba previo a La ley y su Reglamento, se firmó con todas las unidades y se evaluó igual, fueran concentradas o desconcentradas, los cambios entre un compromiso y otro se deben a la inclusión del Título Tercero.

El Artículo 2 del Reglamento establece que

por acuerdo de Junta Directiva se autoriza la desconcentración, y el Compromiso de Gestión que posteriormente se suscriba o su Addendum, establecerían las competencias que le eran transferidas, así como el plazo de vigencia de dicho compromiso y las condiciones de resolución anticipada. Dicho plazo sería el mismo que tendrían el acuerdo de desconcentración y las delegaciones de funciones que se autorizaran.

Como dijimos, desde 1997, el Compromiso de Gestión se define como

el acuerdo entre el nivel central de la CCSS, en adelante llamado “Financiadador-Comprador”, quien fijará la tarifa que se pagará por unidad de actividad, y cada uno de los Proveedores (hospitales de la CCSS), que en adelante llamado “unidad proveedora”, quienes definirán el volumen de actividad a realizar, la forma de financiamiento, el nivel de calidad esperado, los mecanismos financieros, y el método de evaluación que deben seguir para evaluar el cumplimiento de los objetivos de volumen y costo. (Compromiso de Gestión, 1997)

Mientras que en el 2002

constituye el acuerdo entre partes (PROVEEDOR y COMPRADOR) que define y evalúa la relación alcanzada en este ejercicio entre la asignación de recursos con la producción en salud, bajo criterios de calidad y oportunidad esperados de acuerdo con el estándar institucional asignado por el Comprador, en razón del análisis comparativo entre unidades de similar nivel de naturaleza y complejidad. Desde el punto de vista técnico, constituye una herramienta de adaptación y adecuación en el tiempo del modelo de atención a la resolución oportuna de los problemas y necesidades reales de salud de la población.

Por lo anterior, es el instrumento legal y técnico que establece un convenio entre Comprador y Proveedor, donde se definen los objetivos y las metas de salud a alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asigna los recursos financieros para el período correspondiente. No es como lo establece el Artículo 2 de la Ley 7852 de 1998: “y el Compromiso de Gestión que posteriormente se suscriba o su Addendum, establecerían las competencias que le serán transferidas”, eso solo se vislumbra en el Título Tercero y, como quedó dicho, no se incluyó hasta el 2001, es decir, tres años después, en los compromisos firmados con las unidades.

Nuevamente, existe un vacío jurídico que dificulta el potencial de desarrollo del proceso de desconcentración, pues según el Compromiso de Gestión -órganos desconcentrados- y las jerarquías institucionales entendían otra cosa de lo que se les estaba pidiendo

*porque el Compromiso de Gestión no es eso, no es para eso, no es para implementar una ley. Un compromiso de gestión, como se llamaba antes, un diseño de evaluación, como lo llamamos ahora, tiene que mantener la total objetividad de una evaluación estandarizada que permita la comparabilidad de los*

*establecimientos y que no solo a nivel de país sino a nivel internacional, que permita tener información veraz y oportuna que permita tomar decisiones... la dirección lo que hace es la evaluación de la prestación de servicios, es decir, la dirección, si la dirección lo que hace es evaluar los resultados, ¿ok?, se utiliza un diseño estándar para todo el país y se aplica el diseño estándar para todo el país, o sea, nunca se hizo diferencia entre desconcentrado y no desconcentrado, porque nosotros lo que mediábamos era el resultado en salud, nosotros no medimos nunca las áreas desconcentradas, es decir, nunca medimos recursos humanos, nunca medimos contratación, nunca medimos presupuesto. (código informante: 6C)*

De igual forma, esto llevó a que en relación con las competencias transferidas también existiera diferencia de criterios entre entes desconcentrados y jerarquías

*te digo que hay que verlo en dos formas: la teórica y la práctica porque era muy, muy diferente, porque los que hicieron el... los que redactaron la desconcentración no se dieron cuenta de que eso le quitaba poder a los mandos medios, sobre todo los mandos altos de la oficina Central de la avenida segunda, porque uno podía tomar ciertas decisiones (código informante: 5SU).*

*En el camino... tal vez de momento no, pero en el camino ya fuimos viendo la parte legal, la parte técnica en muchas de estas áreas de contratación, la financiera, donde teníamos que asumir cierta responsabilidad, entonces, fue donde pensamos a ponerle un poco de freno al asunto, donde hacíamos las solicitudes, en las instancias superiores, lo que había que hacer, entonces fue donde empezaron las trabas, las limitaciones para poder continuar con el proceso (código informante: 2SU).*

Dicho esto, impresiona que el Compromiso de Gestión pasó de ser la herramienta técnica para: “definir los objetivos y metas de salud a alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asignar los recursos financieros”, a una herramienta que utilizó la Junta Directiva para instaurar, controlar y delimitar el proceso, ante una Ley 7852 y un Reglamento que no fue clara para la aplicación institucional de la desconcentración.

En el Artículo 3 del Reglamento a la Ley 7852, se establece que existen grados de desconcentración según el órgano que este sustraído a órdenes, instrucciones o circulares del superior, estableciendo, a su vez, que los órganos a los que se otorgue personalidad jurídica instrumental tendrán desconcentración máxima, sujetándolos únicamente a: “la Ley, a los reglamentos generales de la Institución, a su compromiso de gestión y a las disposiciones administrativas y técnicas que lo desarrollen o que garanticen el cumplimiento de los compromisos y de las políticas de salud”.

Para las unidades desconcentradas y del nivel central no estaba claro qué grado de desconcentración tenían y cuáles eran las diferencias entre desconcentración mínima y máxima, lo más importante es que no se tenía claro cuáles eran los límites de cada una de ellas, hecho que se trató de solventar con los cambios que se realizaban en el Título Tercero con la firma de cada nuevo compromiso (2002, 2003, 2004, 2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, en el 2012-2013 lo que se firmó fue un adendum).

*usted empieza a ver desconcentración y usted dice: “Ok, usted tiene desconcentración máxima con límite de suma a su presupuesto a usted le dan un poder, usted tiene la potestad de hacer y deshacer”, es más, le contamos que muchos de los primeros contratos de conato de préstamos de la comunidad de nosotros, porque aquí todos los Ebais pertenecen a las comunidades lo hacemos nosotros, los primeros están firmados por J y por mí, y por el Presidente de la Asociación, porque cuando eso*

*no se podía hacer a nosotros nos dijeron: “todo se puede hacer” este sí sé, por ejemplo, a nosotros nos dijeron en Recursos Humanos: “usted no tiene que mandar a la Dirección Regional nada, no tiene que mandar los reingresos, todo lo hace usted”.*  
(código informante: 1SU)

**Artículo 7 de la Ley 7852** Los hospitales y las clínicas gozarían de personalidad jurídica instrumental en la sección Presupuestaria, Contratación Administrativa y de los Recursos Humanos dentro de las disposiciones legales aplicables y los límites fijados por la Caja y el Compromiso de Gestión.

El Artículo 9 del Reglamento establece que los hospitales, las clínicas y las áreas de salud que la Junta Directiva de la Caja acuerde desconcentrar en grado máximo gozarán, una vez que se firme el correspondiente Addendum al Compromiso de Gestión y dentro de los límites que en él se establezcan, de personalidad jurídica instrumental para el manejo y la gestión presupuestaria del órgano para las contrataciones administrativas que deban realizarse con el propósito de cumplir sus objetivos y metas, y para el manejo y la organización de sus recursos humanos.

Siendo que la personalidad jurídica instrumental le concede al órgano desconcentrado la capacidad jurídica para decidir en nombre propio, dentro de su circunscripción territorial o competencial, sobre la materia propia de las competencias que le han sido trasladadas, como un medio para satisfacer de manera adecuada, eficiente y equitativa, los servicios integrales de salud que brinda la Caja a las personas usuarias, de conformidad con la legislación y normativa vigente.

Parte de este concepto ‘personería jurídica’ lo ejecutaban los directores y administradores de los órganos desconcentrados, sin embargo, su conocimiento sobre este tema fue superficial en cuanto a las potestades otorgadas y a las responsabilidades que conllevaba, lo mismo ocurrió a nivel central

*Eran tres grandes rubros donde se manejaba la desconcentración, que era el rubro de la parte presupuestaria, la parte de recursos*

*humanos y la parte de adquisiciones, compras, digamos, a eso se le dio la libertad a las unidades, bajo algunas pequeñas reglas pudieran trabajar más rápidamente, entonces, digamos, nosotros para montar una compra el hecho de ser desconcentrado te acompañaba del respaldo legal, ese respaldo legal era una personería jurídica instrumental que te daban, entonces, con esa personería jurídica podías hacer... podías firmar, podías firmar contratos, que antes solo la Gerencia Médica podía hacerlo, entonces, te daba libertad eso generaba un avance enorme, entonces, sin contar con la Dirección Regional, entonces, la mayoría de las cosas se agilizaban montones porque no dependías de la Dirección Regional (código informante: 4R).*

En algunos órganos desconcentrados, la postura sobre los grados de desconcentración y personería jurídica fue radical

*Entonces, hacían lo que les daba la gana era lo que le daba la gana, o sea, habían una serie de medidas que tenías que mantener, entonces, la Caja trataba de mantenerte topes máximos de compras, topes de ciertos tipos de compras y se les empezó a ir la mano, entonces, empezó a notarse que: “yo hago, yo soy”. (código informante: 4R)*

En ese sentido, la falta de claridad en la información y el aprender haciendo fueron la constante durante el proceso de desconcentración

*“¡ah!, no, no, es que usted ya va a poder hacer lo que usted quiera”, para no decir la expresión que nos dijeron, por qué, porque usted va a tener personería jurídica, usted va a ser representante institucional, usted va a poder hacer contratación de personal, usted va a poder hacer este contratos con cualquier empresa, institución, con cualquier proveedor, usted lo puede hacer sola,*

*usted ya no tiene que pedirle permiso ni a la gerencia ni a la Dirección Regional ni a nadie, usted va directamente hacia arriba, si es, por ejemplo, construcción, se va directamente a la Gerencia de Infraestructura, si es algo de Recursos Humanos usted se va directamente con Abarca, ¿era el que estaba en ese momento?... no recuerdo, bueno, se va directamente con... usted no tiene que pasar por nada de nada del resto, porque usted ya es representante institucional con la misma potestad, nada más que con límite de suma a su presupuesto que la Gerencia Médica y que todas las gerencias... Mire yo pertenezco al Área de XXXX [se omite el nombre para mantener la anonimización] soy desconcentrada”, “¿Qué es eso?, este mire no, concentrada o no concentrada, aquí las cosas tienen que hacerse así, usted tiene que pasar con un visto bueno de la Dirección Regional, usted tiene que venir a la Gerencia Médica, usted tiene que venir acá y aquí yo no le recibo esta contratación mientras usted no cumpla con esto”, “pero es que a mí me dijeron que yo podía hacer esto”, “no, no, no el que le dijo eso no sabe nada”, “¿usted conoce la Ley?”, “¿cuál ley?, no, aquí es la normativa que se rige por la Institución, entonces, por eso es que en algunas de las reuniones que hicimos estaba Ileana Balmaceda en Belén-Flores jocosamente dijimos: “Hagamos un Consejo de Perdiditos porque ni nosotros ni los de arriba saben nada, qué significa la desconcentración. (código informante: 1SU)*

*A veces la cancha no estaba muy clara y había que consultar y había que correr riesgos, había que tomar decisiones, día y, como en todo, de la parte administrativa que peca uno no solo por un accionar... un mal accionar sino también por una omisión, entonces, en la parte de omisiones había que tener mucho cuidado, porque una auditoría que te quiera joder te llega a buscar no tanto lo malo que pudiste haber hecho sino las omisiones que cometiste:*

*“¡ah!, es que usted mire, por tal cosa, por tal y tal y tal, usted, la Caja perdió tanto dinero, o no se ahorró tanto, tal cosa...”, entonces, la cancha no estaba bien marcada, definitivamente, pero bueno en administración uno tiene que correr riesgos. (código informante: 5SU)*

Como consecuencia, los directores y administradores buscaron otros mecanismos de información, como por ejemplo, la consulta entre pares, de manera que las experiencias de unos aportaran a las necesidades de otros

*la cosa es que hacíamos reuniones y todos nos volvíamos a ver: “¿alguien sabe cómo se hace esto?” Nosotros mismos, “¿alguien sabe?”, “bueno, yo hice esto y esto y nadie me dijo nada”, entre nosotros los de la desconcentración lo manejábamos así, y tal vez usted tenía una buena amistad con alguien entonces preguntaba: “mirá, ¿vos estás desconcentrado?”, “sí”, “¿cómo hacemos esto y esto?”, “yo lo que hice fue esto”, o en las mismas reuniones que teníamos de desconcentración... Lógicamente, se oían mucho los de hospitales nacionales que eran los que llevaban la voz cantante con respecto a la desconcentración, porque la desconcentración de ahí era mucho más compleja que la de nosotros, la situación de ellos... entonces, se preguntaba, “mire, tal y tal cosa se puede hacer o no se puede hacer”, “no mire, es que eso no se puede hacer” porque entonces la Ley le da a usted la potestad, pero entonces no sé si eso específicamente se puede hacer, entonces, ese Consejo de Perdidos es por eso, porque ni ellos, pero sí fuimos a muchas reuniones, yo no te puedo contar ahora cuántas, pero sí a cada rato nos llamaban a los desconcentrados: “favor venir a reunión para capacitación sobre esto, sobre este tipo de cosa”, entonces, ahí fue aclarándose, porque cuando tuvimos dudas de si podíamos hacer o no contrataciones o contrataciones*



*de personal y todo lo demás, entonces, nos llevaban a la gente de Recursos Humanos, a don GA y a todos sus secuaces para que nos dijeran qué sí se podía y que no... "No se puede contratar trabajadora social", todo mundo volvía a ver a B, eche a la trabajadora social porque no lo podía hacer porque ya lo había hecho, a mí nadie me había dicho que no, y yo no me esperé a que me dijeran que no que es de esperar que termine la contratación, entonces, todo ese tipo de... nos fuimos aprendiendo todo en el proceso... (código informante: 1SU)*

Otro método usado por algunos órganos desconcentrados fue crear vínculos con funcionarios específicos de los mandos medios en cada una de las dependencias y gerencias, y aunque su nivel de desconcentración les permitía obviar estas consultas ante las dudas pedían ayuda

*Cuando hicimos unas reuniones que nos llamaron a la Dirección Regional a contarnos de qué se trataba la Ley de Desconcentración, pero no en la parte minuciosa de qué es lo que se podía hacer. Entonces, nos dijeron: en Recursos Humanos usted puede hacer esto, esto y esto, ¿¡verdad!?!; en Contratación ustedes pueden contratar a quien quiera siempre y cuando les dé el presupuesto, siempre vamos a tener el nivel presupuestario que ustedes tienen, entonces, cuando usted empezó a ver y a buscar opciones para arriba, yo siempre he dicho que soy muy tranquila y muy obediente yo seguí mi... vamos a decir mi Coordinación General con la Dirección Regional me parece que hay gente, en aquel entonces, con mucho conocimiento como A, como la Dra. T gente que tenía mucho conocimiento en algunos elementos y que yo siempre las llamaba: "mirá, tal y tal cosa", con A.Ch. de Recursos Humanos: "mirá, tal y tal", "sí, sí se puede", entonces, nos vamos para el Nivel Central y en el Nivel Central nadie, pero*

*absolutamente nadie sabía qué significaba eso. (código informante: 1SU)*

*No cuando había cosas que necesitaba se pasaba a Gerencia Médica, si acaso había una situación particular, ya sea uno... directamente con el Gerente o la Gerente, o ya uno, pues hacía un poco de amistad o comunicación con los asistentes de la Gerencia, entonces, ya uno llamaba: “mirá, ayudame con tal cosa, decile a R o a ME que tal cosa porque no puedo comunicarme con ella, que me ayude con tal que está la nota tal, o, vos sabés cómo manejarlo, pero no eso era directamente con la Gerencia Médica que era la autoridad superior inmediata. (código informante: 5SU)*

Todo esto ocurría sin que los encargados del nivel central lo conocieran, una vez que percatados de las acciones que realizaban las unidades, que en ocasiones se debían a vacíos o interpretaciones inadecuadas de la Ley, el Reglamento o el Título Tercero, iniciaban uno de dos procesos, la capacitación o la restricción de facultades operativas a los órganos desconcentrados que se dio aceleradamente en los últimos años del proceso

*Sí, claro. Eso al final de cuentas se permitía todo, pero antes no, antes era, usted podía solicitarlo y se le aprobaba, pero cuando se hizo la desconcentración prácticamente lo que usted solicitaba se lo hacían, entonces, era como una petición que se cumplía: “necesito que este dinero me lo pasen acá, me rebajen, me suban”, entonces, después lo que hicieron, para que no se fuera mucho la pelota, vinieron una cierta cantidad de presupuesto por mes, para que no se desbaratara, entonces, cinco movimientos por mes. (código informante: 4R)*

**Artículo 8 de la Ley 7852** 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 aludida en los Artículos 6 y 7 de la presente Ley.

En el Artículo 15 se dice que 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 el tanto que en el Artículo 16 se enuncia que en el proceso de negociación del Compromiso de Gestión deberán participar, al menos, los siguientes funcionarios: El director del Órgano Desconcentrado; un representante de la Gerencia Médica; 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 de Seguro Social. En este artículo no se especifica que debe estar un representante de la Dirección de Presupuesto, de Recursos Humanos y de Planificación, lo que implicaría que en el momento de negociación de las metas no se incluían las dependencias encargadas de los ámbitos desconcentrados.

Además, este proceso de negociación tenía particularidades, como la negociación que se refería a producción en salud no a indicadores de las funciones desconcentradas

*Entonces, en la negociación, sí, en la negociación, nosotros sí le negociábamos coberturas más altas a las áreas de salud y les negociábamos mayor producción sobre todo de quirófanos, y le negociábamos más de consulta externa, y más de otras cosas, pero como producción en salud, asumiendo que al liberarlos de estas trabas ellos iban a producir mejor y hasta ellos se entusiasmaron y pensaron que sí, que iban a producir más y nos negociaban más producción, y los llevamos al techo de producción y de ahí nunca más volvieron a crecer porque era su techo, era su techo porque era su capacidad instalada, igual que nos está pasando actualmente con las áreas de salud, tienen un techo, ¿por*

*qué?, porque tienen una capacidad instalada determinada, no le puedo pedir más por lo mismo, le puedo pedir más calidad, sí, pero más por lo mismo no puedo, porque tiene los mismos soldaditos y las mismas herramientas. (código informante: 6C)*

Al mismo tiempo, las experiencias fueron muy diversas en cada uno de los centros, de acuerdo con la importancia que le diera el centro al cumplimiento de lo negociado en el Compromiso de Gestión que, como se verá más adelante, obedecía al reconocimiento institucional al órgano desconcentrado cuando tenía excelentes notas y a la asignación de los incentivos por cumplimiento de las metas

*Pero, en realidad, en aquel momento a usted le tocaba la negociación verdadera donde a usted le proponían: “vea, tenemos estos indicadores que vamos a evaluar, creemos que ustedes a como han venido están desarrollando un 65 % les vamos a pedir un 60 % ¿aceptan?”, “sí, claro”, “en este, ustedes han hecho prácticamente un 72 %, les vamos a pedir un 74 %, ¿aceptan?”, entonces, empezaba el estira y encoje hasta donde podía uno decidir si aceptaba o no y finalmente entre esa negociación de estira y encoje llegabas a un acuerdo final en donde vos te comprometías a cumplir con estas coberturas, con estos parámetros de calidad al finalizar el año, entonces, si lograbas eso, lograbas una nota que en aquel momento las calificaciones sí empezaron, no sé, me acuerdo que no fueron muy buenas, pero conforme ya le fuimos agarrando el grado al asunto, entonces, fue más fácil y me acuerdo que en un momento nosotros llegamos a tener una nota que fue una cosa increíble, un 99.98 %, pero, o sea, fue la nota que obtuvo el área, fue prácticamente el 100 % y como área de salud, ahí estábamos dominando el sistema súper bien, fue la época en que tuvimos la mejor calificación del país, o sea, fue una cuestión que para el área de salud fue genial porque habíamos*

*logrado llegarle al sistema, bueno, ahí estábamos desconcentrados. (código informante: 4R)*

En ese mismo artículo 15 se estableció que

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 y garantizar el cumplimiento de las normas y de los objetivos institucionales para la prestación de los servicios de salud.

No podían convenirse disposiciones por encima de los montos presupuestarios asignados al órgano desconcentrado o en violación de la política presupuestaria institucional y, de acuerdo con el Artículo 40 del reglamento: “la responsabilidad en el manejo y gestión del presupuesto que se asignaba desde el nivel central le corresponde a los entes desconcentrados”, lo que llevó a que se utilizaran otras estrategias para obtener los recursos necesarios para cumplir con las metas solicitadas

*Existían estrategias financieras, o sea, que las tenían allá, escondidas, o sea, ellos las utilizaban allá, pero nadie las conocía, en la parte de desconcentración nos fuimos dando cuenta... (código informante: 3SU)*

*...dónde colocar ese dinero, en partidas fijas, que ellos tenían ahí, para si realmente aprobado el presupuesto lo bajamos de ahí para cumplir con la política presupuestaria, pero nosotros nos enteramos por los pasillos... (código informante: 2SU)*

*...entonces, le poníamos, qué sé yo, por decir algo, de las cuentas que casi no utilizábamos nosotros, le metíamos diez millones,*

*nunca la íbamos a ocupar, porque ni la ocupábamos, simplemente que ya después nosotros podíamos invertir y jalar, que a mí me parece estúpido, porque, o sea, yo tengo que medirme porque yo sé planificar mi producción con respecto a mi presupuesto, ¿por qué tengo que disfrazarlo? ¡Ah, porque la política presupuestaria no se lo permite, Dra., entonces, si usted quiere meterlo, en esto, la gente de arriba en algún momento nos ayudó como de abajo, di, haga lo que hacemos nosotros aquí, métalos en otras cuentas las que usted casi no ocupa, y como ustedes pueden hacer rapiditas cada rato, ¿verdad?, ya no tienen que esperarse a las tres ordinarias, y así lo hicimos, y lo seguimos haciendo. No, o sea, nos permite a nosotros... ¡claro!, después nos dijeron: “esta no, esta no, esta no porque ustedes ya no están desconcentrados”, pero, entonces, nos permitían hacer eso, hasta nos enseñaban a hacer eso para que pudiéramos después gerenciar, entonces, yo digo, esto es un adefesio de todo el estudio de administración. (código informante: 1SU)*

De esta manera, aunque la asignación de recursos debía depender de la viabilidad financiera institucional y las necesidades de salud, en realidad, se dio con un presupuesto histórico que aumentaba un 10 %, y en los últimos años estuvo caracterizada por las medidas de contención del gasto a nivel institucional por la debilidad financiera en que la institución se encontraba.

Entonces, independientemente del desempeño en los indicadores y la justificación de necesidades, el presupuesto era asignado con margen de negociación reducido, lo único que cambiaba era la asignación de los montos en los incentivos según los logros en el Compromiso de Gestión

*Inclusive, los... se suponía que en la parte financiera uno pudiera tener... este... rendimientos mejores, pero no... no... no te permitían en la parte presupuestaria... eh... mejorar o deteriorar*

*porque el presupuesto era histórico, o sea, si yo, por ejemplo, cerré con un superávit muy bajo, hice una ejecución muy alta, entonces, puede que me dieran un presupuesto mayor, o que si no fui muy productivo y cerré con un superávit muy alto... este... porque no ejecuté los dineros que me rebajaran el presupuesto, sino que era un histórico... ellos decían: “ese es el presupuesto y se acabó”, no había una interacción donde uno dijera: “bueno, vea, yo, tuve un ahorro, tuve un rendimiento, tuve una producción, y... entonces, necesito que se me incremente el presupuesto o mantenerme ahí”, o sea... nosotros no participábamos en la decisión de lo que era la asignación del presupuesto” (código informante: 5SU).*

Si una parte importante del ejercicio de las competencias de la personalidad jurídica instrumental quedaba sujeta a la vigencia del Compromiso de Gestión (Ley 7852, artículo 8) y considerando que este llevaba implícito una evaluación, se esperaba que los resultados de dicha evaluación correspondieran a las materias desconcentradas, sin embargo, no fue así: *“si la esperanza fuera... por eso decía que se apostó por ese proyecto, pues la esperanza era que si todo esto iba a ser exitoso (DESCONCENTRACIÓN) se iba a traducir en mejores resultados en la evaluación de la prestación de servicios”*. (código informante: 6C)

Según el Artículo 15 del reglamento la evaluación de las Unidades Desconcentradas corresponderá a los órganos competentes que haya determinado la Junta Directiva de la institución; empero, no existió una coyuntura a este respecto, ya que, por un lado, estaba la Dirección de Compra de Servicios de Salud (Gerencia Administrativa) y, por el otro, las Direcciones de Presupuesto, Recursos Humanos, entre otros. Así lo expresaron los involucrados en el proceso

*eran evaluaciones independientes, no tenían una integralidad, no tenían objetivos comunes, o una meta en común, digamos, no pretendían, las tres materias generara un norte a la gestión, y eso siempre lo vi como que le faltaba, o sea, para mí, por ejemplo, el*

*hecho de haber obviado en el Título Tercero indicadores de desarrollo de gestión... de indicadores sobre administración de servicios en general fue una falencia, usted medía en los Títulos I y II la parte de clínica y la parte de salud, a ver cómo lo estaban haciendo... (código informante: 7C)*

*Pero el gran pecado del fracaso, que llevó al fracaso a la desconcentración fue una falta de evaluación específica para los hospitales desconcentrados, o sea, una evaluación de la desconcentración en sí: sirve o no sirve, qué mejoras ha tenido, qué... este... por qué nos ha servido la desconcentración, realmente vale la pena, no vale la pena, seguiremos dependiendo de la Dirección Regional, seguiremos dependiendo de Oficinas Centrales directamente... (código informante: 5SU)*

*No, o sea, eso fue... bueno, una de las cosas que tenía que decirte que nos evaluó, precisamente, la Auditoría era y qué evaluaciones tienen ustedes por parte de la Gerencia, o sea, ¿a quién le dan cuentas ustedes? A nadie. Yo le daba cuentas a la Dirección Regional y no le daba cuentas a la Gerencia porque nunca me pedía cuentas de nada, entonces, bueno, “¿usted con el compromiso de gestión?”, bueno, sí, yo cumplo con el compromiso de gestión, “¿y cómo más lo evalúan?”, si eso fue un fallo grandísimo de la institución. Si el modelo quería depender de, entonces, automáticamente, debería haber una unidad dependiendo de Gerencia que debería estarme pidiendo cuentas, cuentas de la base, del compromiso de gestión. Eso fue otro fallo institucional. (código informante: 4R)*

*que a mí me evaluaran separada la desconcentración se pactó muchas veces en los compromisos de gestión, pero nunca se ejecutaron, para decir: “obtuve en el compromiso de gestión”*



*nosotros, por dicha, siempre estuvimos de 90 para arriba en Compromiso de Gestión, por dicha, pero, entonces, que yo diga que en la desconcentración yo tenía un 90, un 95, un 98 y que en la parte digamos de producción digamos un 90, nunca. La única nota que existe ahí es la nota que nos daba la Gestión de Compras. Nada más. La desconcentración como tal la podíamos nosotros medir en que qué dicha que pudimos hacer esto, qué dicha J que pudimos desconcentrar esto, o qué dicha que pudimos sacarle plata a aquella gente, o gastarle la plata a aquella otra, o pudimos comprar o pudimos contratar, nada más, pero entre nosotros. Esa lista de logros que hacíamos a final de año nos sentábamos con las jefaturas y bueno: “logros: yo tengo una silla nueva, gracias a desconcentración”, porque, diay, entonces, pudimos comprar sillas porque no se podía comprar sillas, por poner un ejemplo. (código informante: 1SU)*

Como parte del Artículo 15, las instancias negociadoras podían delegar en sus respectivas direcciones o dependencias, los aspectos técnicos y la preparación de las propuestas de compromisos de gestión. La Gerencia Médica determinaba el papel de compra que les correspondía cumplir por delegación en esta materia a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

Sin embargo, en el Artículo 7 del reglamento se establece que el Director será el jerarca del órgano desconcentrado, y responderá ante la Junta Directiva de la institución por la gestión del hospital, clínica o área de salud a su cargo, así como por el cumplimiento del Compromiso de Gestión y las disposiciones legales, reglamentarias, y de política institucional que lo regulan, por que las Direcciones regionales desde el reglamento estaban excluidas del proceso de desconcentración, en algunos casos la regional únicamente conocía de las fechas de negociación para que ayudara con la convocatoria a firma de Compromiso de Gestión y para que prestara sus instalaciones para el proceso; incluso, ninguno de los compromisos

firmados durante la vigencia de la desconcentración tiene las firmas de algunos de los Directores Regionales, ya que en representación de la Gerencia Médica la firma era del gerente de turno y se hacía en momentos diferidos

*En mi caso yo, apoyado en la desconcentración, me eché más de un pleito con los directores regionales porque yo me los brincaba, ellos... como se suponían que estábamos desconcentrados, entonces la gerencia me mandaba las notas directamente. A los quince días me llegaba una nota que decía: “atendiendo la circular taca taca taca taca, le instruyo, le indico taca taca”, entonces, yo lo que hacía: “ya eso está atendido, porque se atendió en el oficio tal de fecha tal y tal” directamente de la Gerencia Médica, pero... la desconcentración básicamente lo que quería era eso: agilizar los procesos, agilizar economía de dinero, economía de tiempo, economía en los diferentes procesos. (código informante: 5SU)*

Pero el director del órgano desconcentrado deberá solicitar criterio a la Junta de Salud, por un plazo no mayor de un mes calendario, sobre el proyecto de compromiso de gestión, antes de su firma (Artículo 15 del Reglamento). Esto era un sin sentido, porque no eran discutibles los puntos a negociar y los porcentajes de producción se establecían durante la negociación en donde no estaba representada la Junta de Salud, incluso las únicas acciones que podían modificar en parte los objetivos planteados se hacían al finalizar la negociación en forma de adendum a lo firmado.

En su lugar, el “Plan de Atención Integral en Salud a las Personas y la estrategia de compra serán aprobados por la Junta Directiva a propuesta de la Presidencia Ejecutiva”, esto se refería a que las metodologías y diseños del plan de compra de servicios debía conocerlos previamente la Junta Directiva, quien daba su aval para iniciar la negociación y la evaluación del compromiso de gestión.

En el Artículo 17 del Reglamento, por ejemplo, se dice que los mecanismos de evaluación de la gestión y de cumplimiento de resultados que se incorporen a los Compromisos de Gestión deberán ser uniformes para todos los órganos desconcentrados, y solamente se admitirán diferencias entre éstos atendiendo al nivel de atención en que opera el órgano o a especiales y muy calificadas condiciones de operación; en todo caso, deberán observarse e incorporarse, según sea el caso, todos los requisitos dispuestos en este Reglamento y en la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja.

En realidad, los Compromisos de Gestión se firmaron por igual en los órganos concentrados y desconcentrados

*La dirección lo que hace es la evaluación de la prestación de servicios, es decir, la dirección, si la dirección lo que hace es evaluar los resultados, ¿ok?, se utiliza un diseño estándar para todo el país y se aplica el diseño estándar para todo el país, o sea, nunca se hizo diferencia entre desconcentrado y no desconcentrado, porque nosotros lo que mediábamos era el resultado en salud, nosotros no medimos nunca las áreas desconcentradas, es decir, nunca medimos recursos humanos, nunca medimos contratación, nunca medimos presupuesto. (código informante: 6C)*

*Se supone que estas tres unidades tenían que tener informes anuales de cómo iba cada una de estas tres áreas desconcentradas, que al final cuando nosotros como Comisión hicimos el informe esas evaluaciones nunca existieron y elaboraron una evaluación al final como petición de nosotros como Comisión, ¿verdad?, entonces, que le quede claro que el compromiso nunca, nunca estaba responsable de evaluar cosas diferentes, si no era producción, que nosotros teníamos que ver cómo si nosotros soltábamos más al centro, en estas dizque trabas que tenían que*

*eran contratación, recurso humano y presupuesto cómo si se soltaban eso se tenía que traducir aquí en resultados... si bien es cierto, la desconcentración se introdujo, porque no había reglamento vía Título Tercero del Compromiso de Gestión, eso no cambió la objetividad de la evaluación de la prestación de servicios de salud, a la par de eso que yo evaluaba que eran resultados, que los evaluaba igual que hacemos ahora, tenían las áreas desconcentradas, presupuesto, contratación y recursos humanos que hacer toda la evaluación concreta, porque los elementos que se desconcentraron eran elementos puros de cada materia, y tenían que garantizar ir a ver si eso se estaba cumpliendo o no se estaba cumpliendo... o sea, cuando nosotros hacíamos el informe de evaluación hacíamos un apartado de desconcentración, entonces, eso se presentaba, no siempre, usted ya tiene muchos años aquí y usted sabe que presentar los resultados de la prestación de servicios de salud a la Junta Directiva, depende de si la Junta Directiva quiere oírlos o no quiere oírlos, a pesar de que la Presidencia Ejecutiva pueda proponer oírlos. Y hay juntas que se han abiertamente manifestado que no les interesa. Yo... eh, si me preguntan, por lógica, yo no entiendo por qué no le interesa.*  
(código informante: 6C)

Con respecto a los temas desconcentrados, no estaban incluidos en la negociación de metas de los Compromisos de Gestión, solo estaban enunciados en el Título Tercero, pero sin metas. En su lugar, cada uno tuvo sus particularidades de implementación

Sobre Recursos Humanos, el Artículo 20 del Reglamento establece que

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 Addendum celebrado al efecto

Sin embargo, no todas estas competencias correspondieron precisamente al proceso de desconcentración, ya que muchas de las facultadas conferidas ya estaban así contempladas sin un proceso de desconcentración a todas las unidades.

Así lo evidencia el Artículo 21 del Reglamento de desconcentración

La Gerencia Administrativa de la Caja, por medio de la Dirección de Recursos Humanos, será responsable del diseño técnico de la política institucional en materia de recursos humanos y de su adecuada planificación, así como de las propuestas de reglamentación. Esas competencias serán ejercidas, en particular, en cuanto a: a) promoción, emisión, modificación y sustitución reglamentaria; b) la política general de salarios; c) la política y los límites generales para la creación de plazas, diseño, clasificación y valoración, y la realización de estudios grupales e integrales de puestos a solicitud de las unidades desconcentradas; d) la política general de reclutamiento y selección de personal; e) el manejo de las relaciones laborales de orden general; f) cualesquiera otras delegadas por ley o reglamento; indispensables para una eficiente administración del recurso humano en la Caja.

Por eso, *“Se estableció, entonces, los elementos que iban a caracterizar esos tres elementos de desconcentración; sin embargo, cuando la desconcentración cae, por ejemplo, ya Recursos Humanos había desconcentrado bastantes de sus procesos que antes estaban muy centralizados”* (código informante: 6C).

*En Recursos Humanos, ahí sí, normalmente la institución no se metió mucho, porque en realidad, en Recursos Humanos está tan normado todo, o sea, que hay demasiado poco espacio, cuando intentabas hacer algo: “no, por esto”, intentabas por este: “no, porque acá”, entonces, “no, porque ya después dicen que no”, entonces, todas las puertas casi las cosas nuevas que uno podría intentar como novedad legalmente, automáticamente, estaba prohibido por reglamento realizarlo, ejecutarlo... Recursos Humanos llenaba papeles, enviaba un consolidado a las unidades para pagos de salario, vacaciones, permisos, de todo, era tramitado por la Dirección Regional y aprobado por el nivel central (...). Casi fue al golpe, ir haciendo las cosas y hacer propuestas de lo que se iba a hacer y mire esto, de acuerdo a como está armado el sistema no se puede, esto sí se puede, y esto sí se puede y esto no se puede, digamos, se hacían propuestas de lo que a uno le interesaba, por ejemplo, a uno le gustaba mucho cómo estimular al trabajador y era un amarre terrible, porque la forma en cómo la institución tiene montado y la institución dice qué es lo que hay que hacer con todo el trabajador, igual si es para sanción, la institución dice qué es lo que hay que hacer y no hay... usted no tiene más opciones que seguir lo que ya está establecido dentro de la institución. Ellos buscaban cómo se modificara, cómo se tratara de legislar diferente, pero si ya lo que estaba escrito decía eso, si digamos si un trabajador se oponía: “lo que está escrito es esto y usted no me puede juzgar si no es de esta forma”, aunque usted hiciera propuestas tenía que ser negociado, pero no había así como un mecanismo que le permitiera a usted implementarlo de acuerdo a su criterio si era bueno implementar esto o lo otro, o sea, no podía hacerlo, o sea, estaba tan reglamentada, tan*

*reglamentista que hacía que prácticamente todo estuviera escrito.*  
(código informante: 4R)

En este sentido, se establece que son atribuciones del órgano desconcentrado en la gestión y administración de los Recursos Humanos a su cargo (Artículo 20), mas nuevamente surge la falta de capacitación y el desconocimiento del nivel central sobre las materias desconcentradas como el punto medular para que mucho de lo esbozado en la Ley y su Reglamento no se cumpliera

*Nos dijeron: “usted no puede contratar porque si ustedes contratan establecen relación obrero-patronal y no puede ser porque es una contratación a terceros, entonces, toda la figura de contratación a terceros que se hace a Cooperativa no la podemos hacer nosotros aquí, se supone, pero nosotros nos quedamos así”. Entonces, empezaron las trabas, de todo lo que nos dijeron a nosotros que se podía hacer usted llegaba arriba y: “esto viene de la Región, y ¿la gerencia ya sabe de esto?”, entonces, empiezan las trabas de lo que nos habían dicho que no teníamos que hacer los todólogos y non plus ultra, “no, así no es, les dijeron mal”, bueno, pero cuando ya habíamos leído la Ley dice que “si yo estoy desconcentrada tengo estas potestades”... “¿a dónde dice eso?”, es que mucho fue, bueno, la parte de Recursos Humanos por ejemplo, fue recontrataciones, que hicimos como dos o tres, este nos decían que no, entonces, “no mire, es que la Ley dice que yo puedo hacer...” (código informante: 1SU).*

Por lo anterior, de las atribuciones por Reglamento se debieron aplicar las siguientes:

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

El Artículo 26 establece que el órgano desconcentrado podía definir, la variación de las condiciones laborales de los contratos individuales y colectivos de trabajo, relacionadas con la modificación de horarios, jornadas, labores o prestación y lugar de trabajo.

Producto de esto surgen diversas formas de interpretar y aplicar lo establecido, que incluso ameritaron aclaraciones (correcciones) en el Título Tercero de varios Compromisos de Gestión a partir del 2002.

Ejemplo de las acciones que llevaban a cabo a este respecto los entes desconcentrados es el siguiente:

*en el proceso contrataban, utilizaban el tiempo extraordinario para contratar eso... (código informante: 2SU).*

*y sin plaza, entonces, todavía, por ejemplo, nosotros aquí contratamos cuando abrimos vespertino, porque abrimos vespertino también, pero esa nos la dio S cuando gerente con el Proyecto España debajo del brazo traía la computadora: "sí, sí me alcanza para darle la extraordinaria", "pero no tengo farmacéutico... ¿puedo contratar a alguien?", "sí", entonces, contrataba a alguien... lo contratábamos de cuatro de la tarde a ocho de la noche, en tiempo extraordinario sin plaza en la institución, todas las aberraciones que no se saben si se pueden hacer se podían hacer con la venia de la Gerencia Médica, porque estábamos en un proceso de instauración de una nueva forma de gerenciar la salud que no podemos decir que era un sistema de salud nuevo, ¿verdad?, era una manera nueva de gerenciar o de gestionar la salud, y lo hicimos" (...) "hicimos la primera contratación de seguridad, con Y, que es la que está de*



*administradora en Alajuela, sin conocimiento de nada, de nada en el buen sentido de la palabra, porque lo que usted conoce ahora de contratación administrativa en aquel entonces no se conocía tampoco, pero entonces yo decía, ahora usted analiza, usted ve todas las empresas, los que están participando, los porcentajes, quién más y quién menos, y se nos ha llenado la Sala de Sesiones no sé si era como de veinte proveedores y nosotros así... y esa gente con así colmillo, que ya participaban en otros hospitales y en el ICE y en todo lado y: “pero es que eso no, yo apelo por eso”, y nosotros nada más nos volvíamos a ver por todo lado, nosotros ¿qué hicimos?” (código informante: 1SU).*

- b) El reclutamiento y selección de personal, aplicando directamente el proceso de selección legal o reglamentario que corresponda, de acuerdo con el grupo ocupacional al que pertenezca el (la) servidor (a). Lo cual es reafirmado en el Artículo 23.

Sin embargo, los artículos 20 y 21 establecen que solo la Dirección de Recursos Humanos puede manejar el sistema integrado de información en materia de Recursos Humanos, y que junto con la Gerencia Administrativa diseña la política institucional, la planificación, y la reglamentación, supeditándolas a la política general de salarios; la política y los límites generales para la creación de plazas, diseño, clasificación y valoración, y la realización de estudios grupales e integrales de puestos a solicitud de las unidades desconcentradas, la política general de reclutamiento y selección de personal, el manejo de las relaciones laborales de orden general, limitando las facultades y obligaciones brindadas al ente desconcentrado y ligándolo a una estructura común a los otros entes no desconcentrados y no a la Junta Directiva, esto hace ver que el accionar de las unidades desconcentradas estaba muy regulado y limitado antes y durante otorgamiento de la desconcentración.

- c) El diseño y desarrollo de incentivos no económicos para sus servidores (as), tal y como se establece adelante.

El Artículo 27 manifiesta, al respecto, que correspondía a la Junta Directiva la aprobación de los sistemas de incentivos económicos, y cualquier sobresueldo implementado, y que los órganos desconcentrados podrían diseñar los sistemas de incentivos no económicos, procesos de participación y de gestión para mejorar la eficiencia, incrementar la motivación de sus funcionarios, y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, en la medida que no afectaran las políticas presupuestarias de la institución.

Esta fue una de las acciones positivas realizadas con los dineros de los incentivos por cumplir las metas de los Compromisos de Gestión, lo que implica que quien no alcanzaba las metas no tenía derecho a los incentivos y menos capacidad de cumplir con este punto, pues estaba relacionado a la capacidad presupuestaria del centro

*Así, por ejemplo, también, en su momento esa misma opción que teníamos como desconcentrados nos permitía hacer algún tipo de contrataciones de personal, entonces, sobre esa... o sea, buscábamos algún tipo de contenido económico para la cuenta, y a través de ella nosotros podíamos contratar y una vez hicimos unas capacitaciones para el personal y empezamos a tratar de darle como énfasis con todo lo que tiene que ver con desconcentración, mejoramiento de ser más competitivos, buscar mejores calificaciones, porque ya todo eso traía arrastrado el compromiso de gestión y la calificación que había que dar al final como para mostrar los avances que se iban obteniendo, entonces, eso nos permitía como estímulo al trabajador hacer ese tipo de contrataciones (...) Contratábamos los servicios de un salón, los servicios de catering service, los servicios de oradores o profesores, diay, todo eso lo podíamos hacer, diay, ¿cómo teniendo eso en mano, cómo se nos fue? (código informante: 4R)*

*Entonces, los que están desconcentrados de buscar algunos mecanismos económicos y no económicos como para estimular al trabajador, y entonces, por ejemplo, ofrecíamos, ¡qué se yo!, un monto de colones para el Ebais para comprarle algunos activos si el Ebais lograba el primer lugar, o el que lograra mejor calificación, y poníamos así como una especie de competencia los mismos Ebais, porque sabíamos que teníamos opción de tener un dinero para ofrecerlo, entonces, en el caso de este el premio que daba de Compromiso de Gestión te daban un premio del año que usualmente lo pagaban que era una garantía de ayuda para las unidades, porque eran un poco de millones de colones que tenían que gastarlo en cosas que eran de uso para la institución, entonces, ofrecíamos, no sé, un millón de pesos al Ebais que saliera mejor, ahí se bajaba, entonces, al final el Ebais decía: “quiero un tele y quiero un electro y quiero esto” y se acomoda el millón de pesos y ahí se baja, y así. Fue interesante porque nos permitía que la gente estuviera sintiéndose competitiva, porque era importante, porque si ocupábamos competencia para salir bien, y a la vez lográbamos tener a la gente contenta, porque, diay, ganaban, quedaban entusiasmados para seguir, y el que quedó muy cerquita quedaba entusiasmado para ganarlo en la siguiente. Entonces, era interesante. (código informante: 4R)*

- d) La creación y desarrollo de los programas de capacitación y formación de personal para sus servidores (as). El impacto económico de estos programas y de las remuneraciones resultantes será asumido por el presupuesto de la unidad desconcentrada.

Para cumplir esta directriz, los entes desconcentrados decidieron utilizar el dinero de los incentivos de los Compromiso de Gestión y solicitar dinero en partidas que normalmente no usaban e incluso en algunas que no existían para áreas de salud

sino solo para hospitales; igualmente, utilizaban la capacidad conferida vía desconcentración para cambiar contenido presupuestario entre partidas y entre centros

*Tal vez un poquito, con el presupuesto, la gente muy motivada, los médicos y los auxiliares, todo mundo, estaba pendiente de esa nota, porque sabíamos, primero, que teníamos un equipo que necesitábamos, y luego capacitaciones, hemos traído gente de afuera a darnos diferentes tipos de talleres, entonces, siento yo que hicimos bastante (código informante: 2SU).*

*...que no existe en áreas, porque aquí no hay alimentación, alimentación hay en hospitales, entonces, nosotros la habíamos abierto y era específicamente, de verdad, para capacitación. Entonces, los talleres de estilos de vida saludable, los del diabético, los del todo... a todo el mundo le dábamos por lo menos un refrigerio, por lo general era un refrigerio (código informante: 1SU).*

*Nosotros podíamos, teníamos un rubro que después nos lo quitaron, por cierto, también, era para compra de servicios de capacitación, entonces, teníamos no sé, un millón de pesos, no sé, un millón, entonces, podíamos contratar con la UNED, con el ICAP o con alguno de esos un curso sobre tal y tal cosa, sí, sí había, sí existía esa libertad (código informante: 5SU).*

Por otra parte, al establecer que los procesos de diseño e incentivos no económicos y la creación de programas de capacitación recaen sobre el director y el presupuesto del centro, surgieron nuevas incoherencias, ya que en el Artículo 27 se establece que correspondía a la Junta Directiva la aprobación de los sistemas de incentivos económicos y cualquier sobresueldo; mientras que el Artículo 30 limita a los centros en sus facultades respecto de los programas de capacitación, ya que era la Junta Directiva, a solicitud del CENDEISSS o de la Dirección de Recursos

Humanos, según su planificación estratégica, quienes formulaban las políticas y definían los programas de becas para la formación, capacitación e investigación en los distintos niveles de atención a los asegurados.

- e) La reasignación individual de puestos, para lo cual deberá contar con los recursos financieros necesarios y garantizar la viabilidad a la luz del próximo presupuesto anual ya negociado o aprobado.

En el Compromiso de gestión 2006-2007, se incluyó en el Título Tercero: “Las reasignaciones individuales de puestos que acuerde el órgano desconcentrado, deberán ser informadas a la Dirección de Recursos Humanos, por medio de copia de las resoluciones”. En el Título Tercero del 2008-2009 se establece que: “el estudio individual de puestos deberá contar con los recursos financieros necesarios y garantizar la viabilidad a la luz del presupuesto anual negociado o aprobado, así como con la revisión y aprobación, por parte de la unidad técnica especializada de la Dirección de Recursos Humanos, antes de la resolución final que dictará la Dirección del centro”.

Nuevamente, el Título Tercero viene a ajustar imprecisiones u omisiones de la Ley y el Reglamento, pero sin el debido cuidado de no oponerse a la génesis de estas. De igual manera, con lo establecido en los Artículos 7 del Reglamento y el Artículo 10 de la Ley 7852 sobre la independencia de los entes desconcentrados en las materias específicas.

- f) Cualquier otro previsto en la presente reglamentación o que en el futuro se establezca por la Junta Directiva de la Caja.

La Dirección de Recursos Humanos tendrá a su cargo el control del Sistema Integrado de Información en materia de Recursos Humanos, debiendo proveer a los centros de trabajo de los programas o componentes que les permitan incorporarse al sistema e interactuar en él. Dichos programas o componentes solo podrán ser modificados, total o parcialmente, por la Dirección de Recursos Humanos, previo informe a la Gerencia de División Administrativa.

Otro de los temas desconcentrados fue la Gestión Presupuestaria, el Artículo 40 establece que correspondía al órgano desconcentrado el manejo y la gestión del presupuesto que por año se les asigne centralmente, de conformidad con este Reglamento, atendiendo a la asignación presupuestaria y a los límites que determine el correspondiente Compromiso de Gestión y la política presupuestaria institucional. Esa política presupuestaria se basaba en los estudios de la Gerencia Financiera y debía ser aprobada por la Junta Directiva quien, además, aprueba el presupuesto, y el marco de asignación de recursos para los servicios que brinden lo órganos desconcentrados (Artículo 41), siendo asignados en forma prospectiva en cada negociación de Compromiso de Gestión (Dirección de Presupuesto, de la Gerencia Financiera) (Artículo 42), para esto, el ente desconcentrado debe presentar un proyecto de presupuesto, cuando se asignaran recursos adicionales se debía adaptar el Compromiso de Gestión e incorporar la producción concertada (Artículo 43), sin embargo, en la practica el presupuesto era asignado de forma histórica.

Al mismo tiempo, se les autorizaba realizar las modificaciones presupuestarias internas y adoptar las modificaciones externas, con la aprobación del Director del centro, el conocimiento de la Junta de Salud y de la Dirección de Presupuesto, para que actualizara las partidas afectadas antes de su ejecución; no obstante, en el Artículo 46 se establece que la Gerencia Financiera es quien debe aprobar las modificaciones externas previamente y si no hay respuesta en 10 días se podía tramitar directamente ante la Contraloría General de la República (Artículos 44 y 45).

Además, la Gerencia Financiera por medio de la Dirección de Presupuesto debía vigilar las tendencias del gasto y la evaluación de la gestión presupuestaria con una periodicidad trimestral basado en un plan único de cuentas, consolidando las diferentes partidas y comparando los órganos entre sí de acuerdo con el nivel en que operen.

Producto de estas evaluaciones, el nivel central podía realizar medidas preventivas y correctivas, así como se podrá limitar o suspender el ejercicio de la

autonomía presupuestaria (Artículo 49). Mientras que en el Artículo 50 se establece que la Junta Directiva de oficio o por solicitud del presidente ejecutivo, o de cualquiera de la de las Gerencias, Auditoría Interna, Superintendencia General de Establecimientos y Servicios de Salud, del Director del órgano desconcentrado o de la Junta de Salud podía intervenir total o parcialmente los centros asumiendo los servicios y administración del órgano desconcentrado.

Dentro de las posibles causas de esta medida se establecieron: la desviación de obligaciones, objetivos y metas de los Compromisos de Gestión, el incumplimiento de disposiciones legales reglamentarias e incumplimiento de la política institucional o del Ministerio de Salud, las denuncias graves o inconformidad de la población asegurada y cualquier causa que la Junta Directiva considere incluso en el Artículo 53 y 54 se le da la potestad a la Presidencia ejecutiva y a la Gerencia Médica a adoptar medidas cautelares provisionales de intervención y que, posteriormente, las comunicara a la Junta Directiva para su ratificación, modificación o derogación. Dependiendo del caso la Junta Directiva designaba un Órgano Director que brindaba un informe a la Gerencia Médica quien resolvía y que 3 días posteriores se podía apelar a Junta Directiva.

Como podemos ver, estar supeditados a otras estructuras (incluyendo, la parte presupuestaria) y de la comunidad, creó inestabilidad al inicio del proceso, debido a la falta de claridad de los límites de las Juntas de Salud y los niveles de mando. Estas experiencias refirieron los involucrados en el proceso

*el presupuesto era asignado, eh... ya si éramos desconcentrados, pues llegaba la asignación, y lógicamente, pues que... que... hubo un momento en el que lo manejábamos directamente, después la Gerencia dijo que no, que todos los manejábamos por la Dirección Regional, que lo hiciéramos consolidado y que lo hiciéramos todos juntos, entonces, ya de ahí empezaron a romper la desconcentración (código informante: 5SU).*

*El presupuesto era básicamente le asignamos tanto, pero se decía, es que nunca funcionó como debía de haber funcionado, o sea, el hecho de que exista un presupuesto que a usted le asignen, pero que desde el principio le dicen: “esto es lo que a usted le toca”, ya desde ahí empezamos mal, porque debería ser al revés: “¿cuánto es lo que usted ocupa?”, “yo ocupo esto”, “¿por qué?”, “porque voy a hacer esto, esto y esto, y esto implica ordenar este gasto, este gasto, este gasto, tantas horas”, usted hace el estudio y usted sabe que casi siempre es un cachín de plata más que la que la institución te ofrece, partimos al revés, de lo que la institución ofrece, pero no lo que necesitás. Lo normal es que el presupuesto es deficitario y así terminás el año. Antes con los pagos llegaba setiembre, octubre y ahí esperate, con el pago de los tiempos extraordinarios y todo ese tipo de cosas, porque era plata que no estaba presupuestada, porque la institución se comprometía y al final de cuentas nos ayudaba a hacer el pago, pero era plata que la ocupabas desde principio de año, yo ocupo esto para garantizar el pago de todo lo que ocupo hacer durante el año. Así como eso hay un montón de cosas que no se podían hacer por la falta presupuestaria (código informante: 4R).*

*En cuanto a presupuesto, se planteaba que la unidad tuviera la potestad de gestionar su presupuesto, es decir, que la unidad tuviera la potestad con evidencia demostrar cuánto dinero necesitaba que la institución le diera ese dinero y la unidad poderlo gestionar, porque, tú sabes, hoy por hoy con este tipo de presupuesto que manejamos como presupuestación histórica, un 70 % del presupuesto corresponde a gasto estructural. Sobre el gasto estructural poco puede hacer el ejecutor local, es decir, ya tiene comprometidos salarios, cargas sociales, tiene comprometido agua, luz, teléfono, tiene contratos para... bueno, el que tiene*



*contrato para limpieza o jardinería tiene que cumplir esos contratos, es decir, todo eso consume entre el 70 % y el 80 % del presupuesto de la unidad, por lo tanto, el gestor local puede gestionar un margen muy pequeño, esto es diferente para áreas y hospitales... Si logramos que la gente entienda muy bien qué significa estar desconcentrado, podemos darnos cuenta de que eso es absolutamente imposible en una institución cuyo ejercicio presupuestario se basa en la relación histórica. Es totalmente imposible, y eso existe literatura hasta... no puede haber una desconcentración si tú tienes una presupuestación histórica (código informante: 6C).*

Las condiciones económicas abarcaron la implantación de un presupuesto por producción, que se aplicó en forma paralela al presupuesto histórico. Del total del presupuesto efectivo, es decir, asignación histórica, se podría destinar hasta un 10 % para constituir un fondo de incentivos, cuyos recursos podrían ser reintegrados al ente prestador para flexibilizar la inversión en partidas que mejoren la calidad de las prestaciones, y un fondo de compensación, que constituye un margen de protección o compensación contra imprevistos en la ejecución presupuestaria, tales como producción que exceda la actividad prevista o incrementos del costo de la producción.

En el caso de las áreas de salud, este 10 % se subdividía en cinco por ciento para el Fondo de Incentivos y otro 5 % para el Fondo de Compensación Solidario. Para los hospitales se basó en el pago por UPH (Unidades de Producción Hospitalaria), que variaba según la relación global entre presupuesto por producción y el presupuesto ejecutado, pasando posteriormente a los GRD (Grupos Relacionados Diagnósticos) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 1998).

Nuevamente, los incentivos se utilizaban para cumplir con los mismos requerimientos de los aspectos desconcentrados

*Porque, por ejemplo, los incentivos de compromiso de gestión, los*

*que no estaban desconcentrados tenían para ejecutarla. Por ejemplo, las capacitaciones, en palabras de uno de los gerentes, decía: “Díay, la gente se mató. Hagámosle algo bonito”, entonces, fue cuando empezaron los cuentos de ir a hoteles y toda la cosa, talleres de estilo de vida saludable, y de verdad que se hacía, nosotros somos conscientes de que lo hacíamos. De 7 a 12 era puro taller, charlas, dinámicas. A partir de las 12 almuerzan y disfruten donde estemos, y lo hicimos, pero ya nos pasaron el santo, por eso le dije que lo hicimos entre nosotros, porque entra como taller estilo de vida saludable. la gente estaba feliz (código informante: 2SU).*

*Contrataban las capacitaciones de cómputo, y todo el personal se capacitó en Word, en Windows y en una serie de programas... (código informante: 6C).*

Por consiguiente, los entes no desconcentrados no tenían igual capacidad presupuestaria para lograr incentivar de esta forma a su personal, sugiriendo cierta falta de equidad

*La gente estaba muy agradecida, realmente la gente se mataba por eso, porque era: “¿a dónde vamos este año?”, “si nos ganamos un 90, dónde vamos”, más o menos eso era lo que usted conoce ahora y yo conozco ahora de los terceros. Cuando usted entrevista gente ahora, por ejemplo: “Yo soy nutricionista, pertenezco a Barva, si nosotros nos ganamos incentivos, es esto”, en las entrevistas salían casa por casa: “Señora, ¿ya tiene el Papanicolau, es que necesitamos...”, ya, así, por eso, todos cumplen, porque ellos tienen también un incentivo mayor, si lo ganamos, ustedes se ven beneficiados, como las horas extra.<sup>20</sup> Por ejemplo, la nutricionista*

---

<sup>20</sup> Donde el entrevistado refiere a incentivos, lo correcto es depósito de garantía, que es lo que aplicaba a las unidades de compra externa,

*de Barva nos decía eso: “Dra., yo salgo en las tardes, en las noches, los sábados y toco puertas: ‘Señora, ¿tiene citología? Tome, tiene cita para el lunes. Venga vamos’, o sea, el asunto es por qué sí estamos cumpliendo con la ficha técnica, yo no puedo sacar a la nutricionista a hacer eso (código informante: 1SU.)*

Del mismo modo, el Artículo 44 autoriza a los órganos desconcentrados a realizar las modificaciones presupuestarias internas y adoptar las modificaciones externas, junto con el Artículo 45 que les autoriza a variar las partidas de su presupuesto y podría elaborar la modificación interna y ejecutarla con la aprobación del Director e informada la Junta de Salud. Luego, debía enviar una copia a la Dirección de Presupuesto para su inclusión en el Sistema de Control de Presupuesto y actualizar los saldos de las partidas afectadas, antes de su ejecución lo mismo con el consolidado de las modificaciones internas realizadas durante el período.

De acuerdo con quienes desarrollaron tales acciones, este fue uno de los puntos positivos de la desconcentración, porque les daba ventajas respecto de las unidades no desconcentradas

*me acuerdo que en materia de presupuesto básicamente se hablaba de modificaciones rápidas de presupuesto que se podían permitir vía Compromiso de gestión y acuerdos de la Junta Directiva amparados en el proceso de compromiso de administración, pero eso simplemente era algo muy mecánico que en el procedimiento a seguir para el trámite de ese tema presupuestario, por ejemplo, habían modificaciones... habían tres modificaciones al año y pasaron a ser, no sé, modificaciones rápidas o a permitir que fueran cinco, entonces, obviaron algún trámite que era totalmente insulso y agilizó la gestión del procedimiento. (código informante: 7C)*

*Otra cosa que hacíamos los desconcentrados entre nosotros era*

*gastarnos la plata, ¿verdad?, entonces, por ejemplo, la parte esta entre desconcentrados, porque entonces, no había ninguna limitación desde el punto de vista de la Dirección Regional de por qué está mandando plata usted, o por qué tal otro le está gastando la plata a usted, si aquí dentro de la Región hay necesidades, que suena lógico, que es lo que pasa o lo que pasaba antes, por ejemplo, de todo este proceso, qué se yo, nosotros teníamos necesidades en la 2156 para ver si pinto la clínica, este le está sobrado a BF o le está sobrando a Santo Domingo, entonces, lo agarra la Región y la Región lo acomoda, pero nosotros lo hacíamos entre desconcentrados, entonces “mire, que si usted tiene” entonces ya J llamaba: “la plata, sí, ¿y qué me da?, y ¿qué ocupa?, en tal y tal y tal”, no, así era, entonces, qué es lo que hacía por ejemplo no sé cuál cerámica pusimos nosotros y ellos nos pintaron parte de la Clínica para ponerte un ejemplo, te estoy poniendo ejemplos así que tal vez no..., pero sí recuerdo que compramos cerámica y yo le dije a J: “¿esto qué es?”, “no eso que se lo vamos a dar, verdad, cuando usted firma aquí”, entonces, hacíamos todo este proceso entre nosotros, pero nosotros porque podíamos, nadie nos estaba objetando nada, y teníamos un mayor gasto de presupuesto... En términos generales, esta Clínica ha manejado muy bien el presupuesto, como constantemente tenemos reuniones, entonces, tratamos de ir sacando el presupuesto, pero entonces decía: “a aquel le está sobrando, entonces hagamos algo nosotros”, y aquí inventábamos algo, porque a veces entre los desconcentrados: “¿alguien ocupa plata?”, “yo necesito”, alguien ocupa plata en tal parte porque nos está sobrando y si a los desconcentrados nos sobraba entonces sí era más torta, ¿verdad?, eso sí era más torta... Entonces, esa parte, por ejemplo, a nivel presupuestario los administradores a*

*veces nada más nos comentaban: “vea, este la gente de allá ocupa esto y nosotros ocupamos esto entonces vamos a hacer un intercambio”, “perfecto”, ¿verdad?, no necesariamente era plata por plata, no era que yo le presto cien y usted me devuelve cien, yo necesito en esto y usted necesita en esto y se gastan las dos partidas y se acabó el tema, aunque yo le diera dos millones y él me diera cien mil pesos, lo importante es que los presupuestos se gastaron, ¿verdad?, y nosotros llenábamos nuestra necesidad y ellos la de ellos y así se manejaba... Eso en presupuesto, por ejemplo, era muy factible y era muy frecuente... nosotros, más bien, aprovechamos, en mucho, la desconcentración, o sea, teníamos tal vez este los ojos así, como ¿a quién le está sobrando?, ¿qué está pasando?, habían unos más temerarios, como el que estábamos hablando, y otros más miedosos... “traiga, traiga, nosotros la gastamos no se preocupe”, ese tipo de cosas, ¿verdad?, por ejemplo, algo de poner cerámica abajo se puso con eso, pero todo ese tipo de cosas tenían que ver con el manejo de las platas de los presupuestos como gerentes, cómo gerenciar el proceso, si nos están dando la oportunidad la aprovechamos (código informante: 1SU).*

*Presupuestos tampoco, nunca nos objetaron nada: “es que como ustedes tienen esas rapiditas que ahora ya es de todos”, por dicha, para nosotros era genial, porque si no teníamos que meternos en las tres o cuatro, las ordinarias, sí, o sea, las ordinarias donde vamos todos y pedimos recursos de diferentes, “a mí me está sobrando aquí”, y qué es lo que hacíamos nosotros, di, entonces, le metíamos plata que nos permitían abrir a otras cuentas y después lo que hacíamos eran unas rapiditas, lo llevamos a donde lo ocupamos, porque la institución nunca nos iba a dar fuera la política, ¿verdad? (código informante: 1SU).*

*“Sí, nosotros podíamos hacer apoyo a otras instituciones, digo, a otros centros y a muchísimos ahí en Cariari, y D también, a veces me pasaba platas... por ser desconcentrados”* (código informante: 5SU).

Por su parte, el Artículo 49 establece que correspondía a la Gerencia de División Financiera por medio de la Dirección de Presupuesto vigilar las tendencias del gasto de las partidas y la evaluación de la gestión presupuestaria, así como implementar un sistema de evaluación sobre ejecución del gasto y un Sistema Integrado de Información Presupuestaria que permitiera consolidar las diferentes partidas y comparar los diferentes órganos entre sí, de acuerdo con el nivel de atención en que operaban, de forma general y por regiones. Como se verá, estos procesos no se llevaron a cabo.

Además, el Título Tercero de los Compromisos de Gestión se enunciaba que

a efectos de que la Unidad Desconcentrada pueda realizar acciones inherentes a control y evaluación y proceda a realizar y gestionar los ajustes contables respectivos, la Dirección de Presupuesto conjuntamente con la Dirección de Recursos Humanos, garantizará el envío oportuno de los Informes Diario y Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias y SPL, de conformidad con la calendarización establecida institucionalmente.

Por último, en cuanto a las facultades conferidas a los entes desconcentrados está la Gestión Administrativa.

En el Artículo 32 a los entes desconcentrados se les da la competencia para contrataciones de bienes, servicios y obras supeditadas a la legislación, lineamientos estratégicos y normativa técnica institucional, a su vez, limitado por el mismo reglamento y el Compromiso de Gestión. Se les da la responsabilidad de acatar las

prohibiciones, a cumplir con los requisitos previos procedimientos y trámites para garantizar la eficiencia, igualdad y libre competencia.

Pero en el Título Tercero se le permite al ente desconcentrado: “celebrar contrataciones administrativas de bienes, servicios y obra pública, desarrollando directamente todo tipo de procedimientos de contratación administrativa, de acuerdo con el estrato que le corresponda al “Proveedor” en la Tabla de Límites Económicos, de los Procedimientos de Contratación establecidos por la Contraloría General de la República al efecto, con base en el presupuesto de bienes y servicios no personales debidamente aprobado por la Junta Directiva, con ajuste al marco legal, política institucional, procedimiento y disposiciones técnicas establecidas. Mientras que en el Artículo 33 del Reglamento se establece que mediante el Compromiso de Gestión

pueden trasladarse al órgano desconcentrado, en materia de contratación administrativa y dentro del ámbito de competencia territorial, todas o algunas de las competencias, deberes, potestades y funciones reconocidas a la Caja por las Leyes, reglamentos, normas generales que le afecten o propias de la institución que regulen esas actividades, a las que se encontrarán sometidos, al igual que a los pronunciamientos que en esa materia le resulten vinculantes.

Los órganos desconcentrados serán responsables del acatamiento de todas las disposiciones relacionadas con el régimen de prohibiciones, cumplimiento de requisitos previos, procedimientos de contratación y trámites que garantizan la eficiencia, la publicidad, la igualdad y libre competencia, así como de toda regulación relacionada con el debido cumplimiento de las obligaciones por parte del contratista.

Según esto, se le podían “trasladar” todas o algunas competencias. sin embargo, en el mismo reglamento se establecen límites a esas competencias

conferidas, como por ejemplo, la capacidad de acción de los entes desconcentrados ante diversas situaciones, entre ellas: los centros desconcentrados no podían contratar anualmente más del 15 % del presupuesto anual del centro (Artículo 35), además, debían cumplir con no modificar el perfil de funcionamiento ni desarrollar en forma “excesiva” la capacidad de oferta de sus servicios. Por otra parte, las contrataciones adjudicadas eran recurribles por los interesados ante la Junta Directiva quien definía los montos y modalidades de contratación.

En el Título Tercero (2006-2007) se establece que

La política sobre niveles de adjudicación es una potestad exclusiva de la Junta Directiva, y que el Director General y el Administrador del órgano desconcentrado podrá adjudicar las contrataciones de bienes, servicios y obra pública, según corresponda, hasta por el monto que haya aprobado la Junta Directiva (Artículo 41), vigente para este período. Tal facultad es indelegable a lo interno del órgano desconcentrado.

Seguidamente, se estableció que el órgano desconcentrado podrá realizar solo contrataciones de obra menor y baja complejidad, mientras que la gestión de proyectos de infraestructura de mediana y alta complejidad serían responsabilidad directa de la Dirección de Recursos Físicos (lo mismo con el equipamiento).

*En contratación administrativa se planteaba, bueno, que las unidades tuvieran la potestad de poder hacer sus propias contrataciones administrativas, yo no recuerdo si tenían un monto establecido, tope, techo, hasta cuánto podían ellos comprar, o sea, realizar todo el proceso que establece la contratación administrativa para contratar un servicio, ellos se iban a encargar de hacer todo el proceso en trámite de todo el proceso y, pero creo que había un monto, un techo límite de compra que ellos podían hacer, más allá de eso tenían que ser aprobados por Junta*



*Directiva* (código informante: 6C).

Otras restricciones en el accionar fueron: la compra de servicios médicos y hospitalarios que debían autorizarse por la Gerencia Médica, con un carácter temporal (Artículo 38). La compra de medicamentos se mantenía a nivel central salvo situaciones de urgencia donde, además, había que tener la autorización de Farmacoterapia (Artículo 37). Pero esto se estableció sin conocer realmente las capacidades algunos centros

*¿Con la Farmacia nunca pudieron? Los cupones eso fue otro convenio, nosotros contratamos, ¿cuántos eran?... Veinte mil cupones de Farmacia, o sea, la Farmacia y lo que hacíamos era un proceso, porque ¿para dónde?, la gente tiene que estar aquí, y en ese entonces solo había dos privadas: Farmacia XXX y la de XXX [se omite el nombre para mantener la anonimización], y tenían que haber tres proveedores porque no hay, el proveedor tiene que estar aquí en el centro y en este momento hay como veinte, pero en ese momento solo había dos (...). Es que ahora hay muchos, pero antes no había nada y con dos las hicimos y con dos la autorizaron y después vienen y nos dicen: “¿Ustedes están controlando psicotrópicos de esa farmacia? Dra. Ch., que era la farmacéutica, vaya usted y empiece a supervisar usted, porque eso nadie lo está supervisando nadie nos dijo, o sea, hicimos un montón de cosas, por el bien de la Institución, y de la comunidad, eso está claro, entonces, la gente de la comunidad, mixta y empresa recibían su atención en la Farmacia privada, porque habíamos contratado creo que veinte mil cupones, la cantidad ahorita no me acuerdo, este situación que en el 2010, nos dijeron eso no puede ser, eso no existe, se elimina, y diay, pero son veinte mil, treinta mil, cincuenta mil cupones qué, “no, le damos farmaceutas y técnicos?”, nos dieron siete técnicos entre uno y tres y dos farmacéuticos y eso*

*nosotros lo habíamos contratado, nosotros dos, o sea, y la otra, de pronto, como decía P ahora que estábamos hablando en el sindicato las acciones de regreso, que no tenemos para pagar lo poquito que nos queda para trabajar, realmente, nos hicieron hacer muchas cosas, en el buen sentido de la palabra, o nos permitieron, porque nadie nos ponía trabas, porque como estábamos desconcentrados y nadie sabía qué era el asunto, entonces, “¡ah! No, estos eran desconcentrados, póngale visto bueno, vaya póngale visto bueno. (código informante: 1SU)*

Por esto se llega a la pregunta: ¿Tenían los entes desconcentrados los recursos necesarios para asumir todas o algunas de competencias conferidas a la CCSS, considerando su magnitud y complejidad? Para los que desarrollaron el proceso no fue así.

Incluso las disparidades entre el Reglamento y los contenidos del Título Tercero, donde se podían transferir todas las competencias que tenía la Caja en cuanto a contratación administrativa y la posibilidad de que pudieran realizar todo tipo de contratación, pero que, también, en esos mismos documentos se limitaran esas capacidades o las asumiera nuevamente la Junta Directiva y las sedes de área provocó controversia.

Para los más cautos, la incertidumbre limitó su accionar, mientras que otros interpretaban esos vacíos, obviando los riesgos, como una oportunidad para ejecutar, así lo tomaron y “se aventuraron” en el proceso

*Cuando hicimos unas reuniones que nos llamaron a la Dirección Regional a contarnos de qué se trataba la Ley de Desconcentración, pero no en la parte minuciosa de qué es lo que se podía hacer. Entonces, nos dijeron: en Recursos Humanos usted puede hacer esto, esto y esto, ¿¡verdad!?!; en Contratación ustedes pueden contratar a quien quiera siempre y cuando les dé*

*el presupuesto, siempre vamos a tener el nivel presupuestario que ustedes tienen”... “Mire yo pertenezco al Área de XXX [se omite el nombre para mantener la anonimización] soy desconcentrada”, “¿Qué es eso?, este mire no, concentrada o no concentrada, aquí las cosas tienen que hacerse así, usted tiene que pasar con un visto bueno de la Dirección Regional, usted tiene que venir a la Gerencia Médica, usted tiene que venir acá y aquí yo no le recibo esta contratación mientras usted no cumpla con esto”, “pero es que a mí me dijeron que yo podía hacer esto”, “no, no, no el que le dijo eso no sabe nada”, “¿usted conoce la Ley?”, “¿cuál ley?, no, aquí es la normativa que se rige por la Institución, entonces, por eso es que en algunas de las reuniones que hicimos estaba Ileana Balmaceda en Belén-Flores jocosamente dijimos: “Hagamos un Consejo de Perditos porque ni nosotros ni los de arriba saben nada, qué significa la desconcentración (código informante: 1SU).*

*No, por eso, le digo, si empezamos a analizar hay muchas cosas que nosotros pudimos hacer y que al final de cuentas la gente dice la diferencia entre un concentrado y un desconcentrado es tal o tal realmente en las funciones todos hacemos lo mismo, nosotros teníamos libertad por desconocimiento de la gente, la que nos podía poner freno de lo que se podía hacer, y así le digo cuando el Dr. B dijo: “yo contraté a una trabajadora social”, “me dijeron que no contratación”, “a mí me dijeron que por ser desconcentrado usted hiciera las cosas que quisiera”, y él las hizo y contrató la trabajadora social no sé si uno o dos años, y después la compra de servicios a Laboratorio también estuvo mezclada con el apoyo con la necesidad, imagínese XXX [se omite el nombre para mantener la anonimización] sin Laboratorio, entonces, ese tipo de cosas el principal problema fue que ni la Junta Directiva y menos los que están, unos repiten, pero ni la Junta Directiva ni la Presidencia*

*Ejecutiva y de ahí para abajo sabía qué significaba (código informante: 1SU).*

*En contratación administrativa es prácticamente lo que te digo, la facilidad que teníamos de topes más altos, o sea, podemos contratar obras de mayor complejidad en donde nosotros también podíamos contratar esos servicios profesionales, que nos facilitaba todo. Usted contrataba, primero, la empresa que le iba a hacer la obra, y luego esa empresa se dedicaba a hacer la obra, esa parte para mí fue la que mejor funcionó de contratación administrativa (código informante: 4R).*

A su vez, el Artículo 34 designa como responsable a la Gerencia de Operaciones por medio de la Dirección de Recursos Materiales para comunicar estudios técnicos sobre suministros para adquirir a nivel institucional por economía de escala, los mecanismos de negociación centralizada y planificación de las contrataciones que no pudiera realizar el órgano desconcentrado.

De igual modo, eran los encargados de establecer un registro obligatorio de proveedores, y los programas de acreditación y registro para la contratación de los proveedores con las mejores condiciones económicas, según los intereses de los entes desconcentrados y del nivel central; dicho esto, se puede notar que se limitaban las capacidades a los entes desconcentrados quedando, nuevamente, supeditados a entes diferentes y a la Junta Directiva, y que sus decisiones obedecían no solo a sus necesidades sino a las del nivel central

*Hicimos la primera contratación de seguridad, con Y, que es la que está de administradora en Alajuela, sin conocimiento de nada, de nada en el buen sentido de la palabra, porque lo que usted conoce ahora de contratación administrativa en aquel entonces no se conocía tampoco, pero entonces yo decía, ahora usted analiza, usted ve todas las empresas, los que están participando, los*

*porcentajes, quién más y quién menos, y Paul se nos ha llenado la Sala de Sesiones no sé si era como de veinte proveedores y nosotros así... y esa gente con así colmillo, que ya participaban en otros hospitales y en el ICE y en todo lado y: “pero es que eso no, yo apelo por eso”, y nosotros nada más nos volvíamos a ver por todo lado, nosotros ¿qué hicimos?... La apertura, ¿¡verdad!?, llegó todo el mundo, cuando normalmente la apertura llega una o dos que les interesa... Llegaron veinte y nosotros viendo para todo lado. Realmente, la administración, digamos, que todo lo que hicimos nosotros en su momento todo bien, nunca hubo un problema mayor, nos ganamos muchos de esos recursos, sobre todo, recursos humanos que nosotros, entonces, son situaciones que uno analiza el pro y el contra de este proceso, porque además le voy a contar. (código informante: 1SU)*

Asimismo, la Gerencia de Operaciones tenía la obligación de apoyar a los órganos desconcentrados en información de proveedores, publicación nacional o internacional de concursos, servicios de almacenamiento y distribución y otros, para que las Unidades realizaran directamente la contratación de bienes y servicios. Sin embargo, en algunas ocasiones la realidad fue otra

*pero para la institución era facilísimo porque ya le llegaba todo cocinado a los ingenieros de la Caja a nivel de la región, o sea, le llegaba un proyecto ya con toda la forma, o sea, nosotros decíamos vamos a hacer el Ebais tal, bajo tal convenio, el terreno está aquí, la escritura lo que se ocupe, y la empresa tal que fue contratada elaboró planos, elaboró todo el proceso de los requerimientos para la elaboración de la obra y aquí simplemente para su revisión y su aprobación, entonces, revisaban y si todo estaba de acuerdo, chequeo, firma, regreso, y nosotros montábamos ya a través de la oficina de Compras, montábamos un cartel invitábamos a varias*

*empresas de constructores, di, las empresas simplemente participaban. (código informante: 4R)*

*Entonces, lograba uno varias cosas, uno abaratar enormemente la obra, a pesar que la gente se ponía viva porque era con la Caja, pero ya no era con la Caja directamente, sino con la Caja cajita, nosotros no tenemos tanta plata, en cambio, a la Caja le piden las empresas, pero es así destornillados y la Caja simplemente paga porque diay sí eso es lo que cuesta, en cambio, nosotros regateábamos íbamos, jodíamos y pedíamos y al final de cuentas lograbas abaratar precios, pero tamaño montón, reducción de tiempos de espera para que iniciaran las obras y para que te ejecutaran las obras... nos dieron la plata, pero nos la dieron muy pasado el año, o sea, la dieron en julio o agosto, desde ahí empezar a montar el cartel, empezar a montar todo para ejecutarlo antes de que finalizara diciembre, eso fue un carrerón que no te imaginás, pero lo hicimos, o sea, logramos negociar con las mismas empresas de acortar los tiempos al mínimo posible de tal manera que se hizo todo conforme la ley, pero con la reducción de tiempos al mínimo, y logramos negociar con la empresa que ya el tiempo que les dábamos a ellos, nos pedían, por ejemplo, cinco meses o cuatro meses para cumplir, diay, en dos meses lo hicieron, o sea, son cosas que se pueden, las tiene uno a mano, entonces, para la empresa es más fácil negociar así directamente con alguien que en este caso era la misma empresa de ingenieros y arquitectos que uno contrataba la que velaba por toda la obra para los ingenieros y la Dirección Regional venía de vez en cuando para inspeccionar parte de las obras, o sea, se ejecutaba la obra directamente con la empresa que uno contrató, y la Dirección General simplemente dar el visto bueno de que la obra va de acuerdo a lo planificado. (código informante: 4R)*

El Artículo 36 establece que los órganos desconcentrados ejecutarán las contrataciones de infraestructura, bienes inmuebles y adquisición de tecnología en general. La Gerencia de Operaciones, por medio de las Direcciones correspondientes, debía cumplir con las siguientes funciones:

- a. Desarrollar, asesorar y dotar a los órganos desconcentrados de un sistema de información para mantener actualizado el inventario técnico de la infraestructura y equipo, que contenga entrega de los datos pertinentes para establecer su estado de funcionamiento, conservación, confiabilidad y eficiencia. Este sistema de información debía contribuir con la definición de las políticas de inversión en infraestructura física y equipamiento de las distintas unidades, así como, facilitar a los Órganos Desconcentrados el mejoramiento de la gestión de conservación y mantenimiento.
- b. Debía elaborar y poner en conocimiento de la Junta Directiva de la CCSS, las propuestas de políticas de mantenimiento y la normativa técnica para la infraestructura y equipo, que debían incluirse en los Compromisos de Gestión. Estas políticas y normativas no fueron incluidas en ninguno de los Títulos terceros de los Compromisos de Gestión.
- c. Debía consolidar los diferentes estudios de vulnerabilidad que se requirieran para determinar la política institucional en esta materia, de forma tal que coadyuvara a la prevención y atención de factores de riesgo atendiendo a la política que se determinara, los órganos desconcentrados elaborarían los planes de contingencia.
- d. Debía difundir entre los órganos desconcentrados la normativa técnica general en el ámbito de su competencia, sin embargo, esta función no se desarrolló de forma que los entes desconcentrados la desarrollaran a cabalidad.

*Hicimos contrataciones o convenios, realmente fueron convenios, por ejemplo, con la Asociación Cívica XXX [se omite el nombre para mantener la anonimización], la Escuela, el MEP y nosotros para hacer la Clínica Dental que está en este momento construida por la Asociación Cívica, en terrenos del Ministerio de Educación Pública, con funcionarios de la Caja, ¿qué le parece?, y nosotros dos firmamos eso. ¿¡Verdad!?. En este momento no existe nada, ahí está la escuela, las Clínicas Dentales del Ministerio de Salud, la mayoría trabajaban en edificios prestados, Ministerios menos, ¿¡verdad!?. (código informante: 1SU)*

*Nosotros nos brincábamos todos los niveles, y el nivel central, como no conocía hacía, “mirá, yo no sabía que se podía hacer esto, y ustedes no podían firmar ese convenio tripartito”, di, ya lo firmamos y ya lo hicimos, y ahí está, y si quiere vaya deshaga la clínica escolar. (código informante: 1SU)*

*...“de la Regional iban a estudiar el caso, porque no conocían un convenio tripartito”. (código informante: 3SU)*

*Entonces, la Asociación Cívica XXX [se omite el nombre para mantener la anonimización] había firmado la adenda, la Escuela había firmado y J y yo habíamos firmado, y ahí está el convenio, la Clínica Dental y pertenece, di, al final de cuentas pertenece al MEP, y trabajan funcionarios nuestros, entonces, cuando a nosotros nos dijeron en la Dirección Regional: “¿Ustedes qué hicieron?”, “di, a nosotros nos dijeron que todo esto se puede hacer”, “no, esto no se puede hacer”, “entonces, déjenos estudiarlo porque no sabemos cómo se hace esto” y como dice J de ahí lo hemos retocado dos veces con la Licenciada E y dice que son cosas muy raras, son convenios, convenios de diferentes formas de hacer y*



*contrataciones administrativas que yo siento que fueron una de las cosas que más se hizo porque, ¡qué sé yo!, la primera contratación de seguridad y de limpieza la hicimos nosotros y son esto de conocimiento de lo que ahora conocemos, porque yo ahora me quiero meter debajo de la mesa, porque en aquel momento las contrataciones se hacía en la Dirección Regional. (código informante: 1SU)*

*Te digo que eso para mí, como te digo, fue uno de los mayores avances porque nos permitió en infraestructura avanzar un montón, nosotros firmábamos en aquel momento se habían aceptado convenios llamados Como data, que es un tipo de contrato o convenio que se hacía con las asociaciones de desarrollo o el dueño de una propiedad que en algunos momentos nosotros tuvimos resistencia, asociaciones o localidades que no querían ceder terreno a la Caja, entonces, proponía, “bueno, se lo presto por cien años”, entonces, para eso había que hacer un convenio Como data, permitía que la Caja asumiera la responsabilidad de ese terreno e iba a mantener por la derecho de la propiedad por cien años, pero al cabo de cien años eso regresa a la comunidad, en aquel momento la Caja aceptó ese convenio, ya más adelante eliminaron la figura del convenio Como data, diay, eso ahí nos amarró, porque ya tenían que ser terrenos titulados a nombre de la Caja. (código informante: 4R)*

e. Debía capacitar a los órganos desconcentrados para que contrataran y supervisaran adecuadamente sus propios proyectos de inversión. Aunque esto no ocurrió, los entes desconcentrados buscaron formas alternas para poder desarrollar sus propios proyectos:

*Aquí teníamos que agenciárnoslas con el hospital de San Ramón si queríamos hacer algo, en infraestructura, que hubiera un respaldo de ingeniería al menos, los croquis y los planos, para poder hacer algunas mejoras en los edificios que son tan viejos. (código informante: 3SU)*

*Imagínese que nosotros, le voy a contar, el año pasado perdimos ¢20.000.000 porque L no vino en todo el año. En aquel entonces, nosotros con ¢20.000.000 claramente podíamos decir y B, porque no habían ingenieros en el Hospital, B era un maestro de obras, muy bueno, eso sí: “vea B queremos hacer esto, esto lo hicimos la parte de Consulta Externa la hicimos con eso, vea queremos hacer esto así y así, ¿usted nos ayuda?”, entonces, “sí, claro”, hace el croquis y nosotros le entregábamos. Ahí sí pedíamos los tres proveedores y hacíamos esto, el centro de acopio igual aquí nunca vino un ingeniero... (código informante: 1SU)*

f. Debía establecer los mecanismos de evaluación de la gestión de los órganos desconcentrados en cuanto a los proyectos de inversión a su cargo, de conformidad con los lineamientos de política de la institución y los compromisos adquiridos por el Órgano Desconcentrado en el Compromiso de Gestión. Por medio de las evaluaciones operativas periódicas propiciaría que los Órganos Desconcentrados mantuvieran un proceso de mejoramiento continuo de su capacidad de ejecución de sus proyectos de inversión, de cuyos resultados debería informar oportunamente a la Junta Directiva de la institución. Nuevamente, uno de los elementos más débiles del proceso fue la evaluación

*Incluso, por ejemplo, cuando nos decían los de contratación, este, J, decían bueno es que ustedes los desconcentrados después les van a evaluar esa parte, pero yo tengo que evaluar aquí, nunca vino nadie más, o sea, por lo menos lo que evaluaba lo de la Dirección Regional le decían a uno: “¿están bien?”, o “les falta*

*esto”, nos daban las recomendaciones que eran mínimas no mayores, sino que no se había foliado o que le faltaba cosas, detalles, realmente no era propio del fondo de la contratación. Ya le digo, y eso era por parte de la Dirección Regional, es que si usted me habla a mí de quién tenía que evaluarnos que era la oficina de desconcentración, nunca, nunca. (código informante: 1SU)*

**Artículo 9 de la Ley 7852** El director administraría y actuaría conforme a los objetivos y obligaciones señaladas en los Compromisos de Gestión los reglamentos y lineamientos de política que emitiera la institución y las Juntas de Salud coadyudarían a la fiscalización y definición de sus prioridades y participarían en ellas.

En el Artículo 8 del Reglamento se establece que el Director y el Subdirector, cuando exista el cargo, de las unidades desconcentradas serían nombrados por la Junta Directiva de la Caja por períodos de cinco años, pudiendo ser reelectos. Antes de su nombramiento, la Gerencia Médica debía consultar a la Junta de Salud del Órgano Desconcentrado sobre los candidatos propuestos.

*En caso de que el puesto quede vacante o vencido el plazo de su nombramiento sin que la Junta Directiva hubiese acordado su reelección, a recomendación de la Gerencia Médica, el cargo será sacado a concurso. Corresponderá a la Gerencia de División Médica, en coordinación con la Dirección de Recursos Humanos, implementar los procedimientos, preparar los atestados correspondientes y presentar una terna para que la Junta Directiva realice oportunamente la elección, de conformidad con la legislación vigente.*

En el Artículo 11 del reglamento se establece que el Director del Órgano Desconcentrado, previa consulta del nombre de la persona propuesta con la Junta de Salud, nombraría un Administrador, quien ejercía las tareas de administración y financieras de conformidad con la normativa aplicable de la institución. El Director era su superior jerárquico.

**Artículo 10 de la Ley 7852** El director representaba el centro de salud con las facultades de su nombramiento y era responsable de su gestión ante la Junta Directiva y su remoción estaba sujeta a las disposiciones legales y políticas de la institución.

Cabe mencionar que en el Artículo 7 del Reglamento se establece que el Director era el jefarca del órgano desconcentrado y respondía ante la Junta Directiva de la institución por la gestión del hospital, clínica o área de salud a su cargo, así como por el cumplimiento del Compromiso de Gestión y las disposiciones legales, reglamentarias, y de política institucional que lo regulaban.

También, en el Artículo 10 del reglamento se establece que correspondía al Director la representación legal del Órgano Desconcentrado, quien tenía las facultades que le concediera la legislación y el Addendum del Compromiso de Gestión.

Para determinar la extensión de las facultades que se reconocían al Director se debía considerar al menos:

- El grado de desconcentración máxima del órgano que dirigía.
- Las limitaciones que imponen la ley y los reglamentos generales de la institución.
- Los antecedentes del órgano en el cumplimiento de los objetivos, metas y obligaciones pactados en los Compromisos de Gestión que hubiere suscrito con anterioridad.

Asimismo, en el Artículo 6 del reglamento se establece que en caso de incumplimiento injustificado de la normativa general aplicable a la Caja, del compromiso de gestión o de los límites presupuestarios, la desconcentración, así como cualquier delegación de funciones que en virtud de esta normativa se hubiese acordado en favor de cualquier hospital, clínica o área de salud, podía ser revocada, sustituida o modificada, total o parcialmente, en cualquier momento, mediante acuerdo fundado de la Junta Directiva de la institución, previo informe de la Gerencia

de División competente, siguiendo los procedimientos de intervención establecidos, esto sin perjuicio de las medidas cautelares que se adoptaran por la Gerencia competente o la Junta Directiva para garantizar el servicio de salud encomendado a la institución.

Por lo que se comentó, en el caso del director y el administrador no solo estaban pendiendo de un hilo sus puestos por las Juntas de Salud, sino que, también, había un riesgo aumentado por la incertidumbre, tanto de los Órganos Desconcentrados como del nivel central y los vacíos entre la Ley, el Reglamento y el Compromiso de Gestión. Aunado a que este último no podía arreglar, con un Título Tercero cambiante año con año, todo lo que se legisló o reglamentó en forma poco explícita.

Además, hay que tomar en cuenta que el cumplimiento de todas estas normativas, políticas y leyes de la administración pública o las establecidas por la institución debían ser conducidas por estos dos funcionarios sin la ayuda de un departamento legal a nivel local, ya que no fue considerado como parte de la estructura mínima necesaria en los centros para desarrollar el proceso de desconcentración, por eso

*La cuestión es que decidimos entrarle, no le dijimos que no, nos metimos y poco a poco fuimos recibiendo algún tipo de capacitación sobre el tema, sobre lo que eran las Juntas de Salud por un lado, y lo que era la desconcentración por el otro, qué se esperaba de uno, qué se esperaba de otro, el hecho de que, digamos, las Juntas de Salud, según el esquema, directamente de Junta Directiva, día y el problema era que se acababan las Direcciones Regionales, se acababan las gerencias, día se acaba todo, para efectos de los tipos de directores, director daba cuentas directamente a la Junta Directiva, entonces, ahí creo yo que trajo implícito el granito de la destrucción, día los directores de las unidades, en algunos casos, día, se les fue la mano, empezaron*

*a sentirse libres, prepotentes, lo máximo, nadie puede sobre mí, yo soy la Junta Directiva, entonces, yo no tengo que darle cuentas a la Dirección Regional, para nada, ni siquiera que me tope con el gerente, entonces, eso mismo generó un caos, porque, me acuerdo yo en aquel momento, por ejemplo las unidades como el Calderón Guardia era una cosa terrible, en aquel momento el director no aceptaba, pero así, no aceptaba para nada al director regional, o sea, era como si no existiera, era un irrespeto, era una barbaridad que se dio siendo la misma institución... Ahora, quizás la misma desconcentración no contemplaba depende directamente de, pero bajo un engranaje que por... digamos que la jerarquía se pueda... como decir... se pueda delegar, entonces, que la Junta Directiva delega en Gerencia y Gerencia delega en Dirección Regional y el proceso sigue igual, pero como no lo decía así, no lo menciona de ninguna forma, sino que nada más depende de... o sea, del grado de dependencia, entonces, diay, los directores ve uno en algún momento, algunos, optaron en algún momento por hacerse los rusos para ellos la institución era Junta Directiva no había más digamos, organismos dentro de la institución a quienes darles cuentas de nada, y hacían lo que les daba la gana... Nosotros tratamos, en la medida de lo posible de no desconocer la Dirección Regional, eso fue lo primero que para nosotros éramos parte de un engranaje, que a pesar que tal vez la ley no decía así: "una dependencia" estricta de la Dirección Regional, pero sentíamos que tenía que haber una coordinación absoluta con la Dirección Regional. Entonces, nosotros hicimos todo lo posible por tratar de mantener una buena relación... De la Gerencia Médica. Normalmente, originalmente, dependíamos de la Junta Directiva, o sea, así estaba en el papel y así lo decía en el reglamento de desconcentración, pero en la práctica, de un momento a otro, la*

*Junta Directiva delega en la Gerencia Médica y es la Gerencia Médica es la que negocia con nosotros y nos respalda o nos hecha el caballo encima, lo que sea, pero ya es directamente Gerencia Médica con las unidades y por Junta Directiva, pero lo que sí fue la equivocación gravísima, siento yo, fue el hecho de dejar por fuera una dirección regional que el engranaje era muy importante, dentro del engranaje el director regional era el que mediaba entre las unidades y la gerencia normalmente (código informante: 4R).*

Ahora bien, hay otros artículos y lineamientos de política institucional que establecen que los entes desconcentrados además de estar supeditados a la Junta Directiva y a las Juntas de Salud hay otros actores a quienes debían rendir cuentas, por ejemplo, en el Artículo 12 del reglamento se establece que la organización administrativa del órgano desconcentrado y sus modificaciones corresponderán al Director, quien las hará de conocimiento de las gerencias de la institución, de la Junta de Salud y a la no objeción de la Junta Directiva, y que respecto de los “lineamientos de política” podrían entenderse como lo estipulado en el Artículo 1 del Reglamento a la Ley 7852, donde se establece que: “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 competencias vigentes”, dicho esto, queda duda razonable de si los entes desconcentrados están exclusivamente supeditados a la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva o, también, a las otras estructuras señaladas. La importancia de este hecho radica en que algunos de los entes desconcentrados ignoraron toda relación con las demás dependencias, ya que las consideraban ajenas a Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva.

Corresponde a la Gerencia de División Modernización y Desarrollo proponer las políticas y normas institucionales de carácter general que aprobará la Junta Directiva, que rigen el diseño y rediseño de la estructura organizacional de los

establecimientos de salud desconcentrados, y es responsable de la asesoría, capacitación y evaluación de los resultados del proceso.

La Junta Directiva de la Caja, previa consulta con las Gerencias de División Médica, Administrativa y de Modernización y Desarrollo, podrá objetar esa organización administrativa o sus posteriores modificaciones, cuando con ellas se incumplan normas generales de la institución, lineamientos de la Caja, o del Compromiso de gestión acordado.

Ahora bien, entre las funciones de todos estos actores en el proceso de desconcentración se establecieron funciones de capacitación y de evaluación o control de los procesos, pero no se realizaron de una manera efectiva mostrándose como los procesos más débiles, tal y como lo vino a mostrar el análisis de una comisión formada para establecer la viabilidad y permanencia del proceso de desconcentración.

En cuanto a los responsables de la evaluación se indica que, sobre el Director (a) del centro y según el Artículo 14 del Reglamento, el titular de la unidad órgano, departamento y/o dirección del hospital, clínica o área de salud era el responsable de establecer, mantener y perfeccionar su sistema de control interno, entendido como el conjunto de normas que regulan el control dentro de la organización. Este control administrativo debía ser ejercido en forma previa, concurrente y posterior a las operaciones.

En ese sentido, los órganos desconcentrados debían establecer un sistema de gestión de calidad de los procesos de los Recursos Humanos dentro del marco de sus competencias. El sistema que se implementara debía tener la capacidad de medir, cuantificar y evaluar periódicamente dichos procesos, así como el de integrarse a los sistemas de evaluación institucionales (Artículo 31).

Referente a la Auditoría Interna de la Caja, como parte integral del sistema de control interno, ejercería sobre estos Órganos Desconcentrados sus funciones con independencia funcional y de criterio en todo su ámbito, con el objeto de evaluar



sistemáticamente todas las transacciones que se ejecutaran, así como velaría por el cumplimiento del sistema de control interno, como forma de brindar un servicio de asesoría a la administración para el logro de sus objetivos y metas, en las mejores condiciones de eficiencia, eficacia y economía.

Sobre la Junta Directiva, que cualquier delegación de funciones hacia el ente desconcentrado, las obligaciones de los órganos centrales, los objetivos, obligaciones y las metas del órgano desconcentrado las manejaría la Junta Directiva, responsable de los instrumentos, procedimientos de verificación y evaluación del cumplimiento de dichos compromisos y de los resultados de la gestión del órgano.

La Dirección de Recursos Humanos tenía a su cargo la gestión del Sistema Integrado de Información en materia de Recursos Humanos, debiendo proveer a los centros de trabajo de los programas o componentes que les permitieran incorporarse al sistema e interactuar en él. Sobre el resto de actividades que comprendían la gestión de Recursos Humanos, ejercería la evaluación técnica de las actuaciones desarrolladas por los Órganos Desconcentrados, en los términos o condiciones que se fijan adelante (Artículo 21).

De la Gerencia Administrativa, debía establecer los mecanismos de evaluación de la gestión de los Órganos Desconcentrados en la actividad de la contratación administrativa, de conformidad con los lineamientos de política de la institución y los compromisos adquiridos por el Órgano Desconcentrado en el Compromiso de Gestión.

Asimismo, debía cumplir con el reporte trimestral a que se refiere el Artículo 101 de la misma Ley de la Contratación Administrativa. Por medio de las evaluaciones operativas periódicas propiciaría que los Órganos Desconcentrados mantuvieran un proceso de mejoramiento continuo de la capacidad de gestión de sus suministros, de cuyos resultados debían informar oportunamente a la Junta Directiva de la institución (Artículo 34).

Debía establecer los mecanismos de evaluación de la gestión de los Órganos Desconcentrados en cuanto a los proyectos de inversión a su cargo, de conformidad con los lineamientos de política de la institución y los compromisos adquiridos por el Órgano Desconcentrado en el Compromiso de Gestión. Por medio de las evaluaciones operativas periódicas propiciaría que los Órganos Desconcentrados mantubieran un proceso de mejoramiento continuo de su capacidad de ejecución de proyectos de inversión, de cuyos resultados debía informar oportunamente a la Junta Directiva de la institución (Artículo 34).

De la Gerencia Presupuesto, correspondía a la Gerencia de División Financiera por medio de la Dirección de Presupuesto vigilar las tendencias del gasto de las diferentes partidas de las asignaciones hechas a los Órganos Desconcentrados, y la evaluación de la gestión presupuestaria de cada uno de ellos. La Gerencia debía implementar un sistema de evaluación trimestral sobre ejecución del gasto y un Sistema Integrado de Información Presupuestaria que permitiera, basado en un plan único de cuentas, consolidar las diferentes partidas y comparar los diferentes órganos entre sí, de acuerdo con el nivel de atención donde operaban, de forma general y por regiones (Artículo 49).

De la Dirección de Compra de Servicios de Salud, que el Compromiso de Gestión constituía una herramienta de carácter técnico-administrativo desarrollada por la Caja para posicionar una cultura de “rendición de cuentas”, conducía la operación de los servicios de salud hacia el logro de metas y objetivos estratégicos, vinculando la producción en salud con la asignación de recursos financieros requeridos en el período correspondiente.

En el Artículo 18 del reglamento se dice que

*el proyecto de compromiso de gestión será sometido a la aprobación de la Junta Directiva de la institución. Las gerencias compradoras deberán presentar, anexa al proyecto de Compromiso de Gestión, la evaluación sobre la gestión del Órgano Desconcentrado o por desconcentrarse y sus recomendaciones al respecto.*

En el Capítulo 8, Artículo 35 del Compromiso de Gestión se hace alusión al Artículo 21 y 34 para enfatizar en que los procesos de evaluación de los aspectos desconcentrados corresponden a Recursos Humanos y a la Gerencia de Operaciones y que sus resultados: “no forman parte ni afectarán las condiciones de evaluación, incentivos y asignación de recursos financieros establecidos en los Títulos I y II de este documento, que se refieren a la producción en salud convenida”, esclareciendo de los incentivos están circunscritos al objeto evaluado por parte del Compromiso de Gestión, que es producción en salud, dejando fuera incluso el Título Tercero.

De igual manera, se establece la periodicidad mínima de evaluación por parte de esas Gerencias, fijándola en un año, además, debía ser a través de un Informe Técnico con “una valoración del nivel de rendimiento y grado de eficiencia alcanzado por el órgano desconcentrado, con especificación de los principales aciertos e inconsistencias detectadas durante el período, junto con las conclusiones y recomendaciones que resulten pertinentes”, en los dos meses siguientes a la ejecución del monitoreo o evaluación cuyos destinatarios eran la Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud a la Gerencia Médica y para un proceso de retroalimentación a las unidades desconcentradas.

Cabe destacar, respecto de la evaluación, que en algunos de los Compromisos de Gestión firmados sí se incluyeron indicadores referentes a los tres temas desconcentrados, aunque no los abarcaban todos y eran de registro o producción. Siendo de la siguiente forma:

- a. **2003** indicadores de Recursos Humanos, Materiales y Presupuestarios.
- b. **2004** se establecieron indicadores de capacitación al personal para integrarse a la desconcentración, Plan Integral de Desconcentración, Certificación de Funcionamiento de la Desconcentración.
- c. **2005** no se evaluó la desconcentración. En el capítulo noveno del proceso de evaluación se establece que las Direcciones de Sede (encargados de cada uno de los temas desconcentrados) debían remitir a la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud un informe técnico de las

materias desconcentradas con la valoración del nivel de rendimiento y eficacia alcanzada con aciertos e inconsistencias detectadas, conclusiones y recomendaciones para realizar el proceso de retroalimentación a las unidades desconcentradas. Así se haría un informe general que se enviaría a Junta Directiva.

- d. **2006-2007** Hay reglas en cuanto a la desconcentración no evaluación. Se evaluó exactamente igual a desconcentradas o no. Se establece que el Área de Asesoría y Desconcentración va a realizar indicadores y evaluarlos:

Considerando que el modelo desconcentrado pretende el fortalecimiento de la capacidad administrativa que posee el Proveedor para el mejoramiento de su gestión interna, de conformidad con un marco normativo y técnico propio, corresponderá a cada una de las unidades de sede antes señaladas, encargarse del diseño de los indicadores, la aplicación del sistema de evaluación, y coordinar con la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, la incorporación de las condiciones técnicas en el Compromiso de Gestión correspondiente, así como participar en el proceso de negociación que deba celebrarse al efecto. La Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, podrá convocar a las instancias internas competentes y coordinar lo que corresponda con órganos externos, a fin de articular la conducción técnica del proceso de desconcentración, en procura de una participación proactiva de sus gestores. Toda medida preventiva o correctiva, de carácter técnico o administrativo que se requiera en apoyo al proceso de desconcentración creado, deberá solicitarse por la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, al nivel gerencial competente o ante la Junta Directiva para que disponga lo pertinente (Compromiso, 2006-2007).

El Artículo 35 del Reglamento, sobre monitoreo y evaluación del proceso reza de la siguiente manera

Tal como lo establece el Reglamento General de Desconcentración en los artículos 21, último párrafo en lo relacionado con Recursos Humanos, en el artículo 34, inciso j) en lo que atañe a contratación administrativa y del artículo 49 en lo referente a la gestión presupuestaria, el ejercicio de las competencias desconcentradas continuarán siendo monitoreadas y evaluadas por las Direcciones de Sede involucradas en el proceso, con base en la normativa técnica y jurídica aplicable al efecto, en el entendido de que cualquier desviación o abuso en la gestión que fuere detectada podrá dar pie a la aplicación de cualesquiera de las medidas correctivas o disciplinarias aplicables al órgano o a sus representantes, previstos en el Reglamento de Desconcentración y normativa laboral vigente, de conformidad con la gravedad de la falta cometida.

La acreditación de resultados en el ejercicio de las materias desconcentradas del período correspondiente se ajustará a las condiciones de evaluación que se detallan específicamente en este título, cuyos efectos y alcances no forman parte ni afectarán las condiciones de evaluación, incentivos y asignación de recursos financieros establecidas en los Títulos I y II de este documento, que se refieren a la producción en salud convenida.

En razón de lo anterior, los efectos de las evaluaciones que se practiquen poseen condiciones y reglas propias de acuerdo con lo pactado, y deberán ser valorados a la luz del reglamento a la Ley 7852 (Reglamento de Desconcentración).

De esta forma, cada una de las instancias técnicas competentes del Nivel Central darán seguimiento al desempeño alcanzado por parte de los Órganos Desconcentrados en el ejercicio de las competencias desconcentradas, debiendo monitorear periódicamente y evaluar al menos una vez al año el grado de eficiencia logrado.

Cada una de las Direcciones de Sede mencionadas remitirá a la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, dentro de los dos meses siguientes a la conclusión del período anual correspondiente, con base en el análisis técnico del desempeño en la materia que se trate, un Informe Técnico que contenga una valoración del nivel de rendimiento y grado de eficiencia alcanzado por el órgano desconcentrado, con especificación de los principales aciertos e inconsistencias detectadas durante el período, junto con las conclusiones y recomendaciones que resulten pertinentes.

Dicha información servirá para realizar un proceso de retroalimentación con las unidades desconcentradas, para luego integrarla en un Informe General que remitirá la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud a la Junta Directiva y a las Gerencias involucradas, para su competencia lo cual permitirá conocer el grado de avance o evolución del proceso de desconcentración durante el período.

Por lo tanto, se hace alusión a los Artículos 21 y 34 del Reglamento de la Ley 7852, sobre los encargados del proceso de evaluación de los aspectos desconcentrados, pero, a su vez, ratifica que los incentivos dados corresponden con la evaluación de los Títulos I y II, que son de producción en salud y se evalúan por la Dirección Compra de Servicios de Salud a TODAS las áreas de salud y TODOS los hospitales, por lo que se les brindaba a todos, no solo a los desconcentrados.

- e. **2008-2009** Vuelven a aparecer indicadores de desconcentración.
- f. **2010-2011** Se estableció que la gestión administrativa de la desconcentración se debía realizar a nivel regional por las Direcciones de Sede.
- g. En el artículo trigésimo quinto sobre monitoreo y evaluación del proceso se estableció que se incluyeron indicadores en todas las áreas de salud (desconcentradas o no) como parte de la Dimensión Administrativa.

No obstante, para el presente período del Compromiso de Gestión, no se considera conveniente la inclusión en este documento de objetivos, indicadores y mecanismos de evaluación a aplicar sobre las materias desconcentradas; considerando que ya han sido incorporados en su Título II indicadores de gestión administrativa, en sustitución de los indicadores contemplados tradicionalmente en el Título III. Adicionalmente, se encuentran en desarrollo indicadores de igual naturaleza, como parte de las actividades que coordina la Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, para el fortalecimiento del proceso, que eventualmente servirán de insumo para complementar los establecidos en esta materia, para este período. (Compromiso, 2010-2011)

Sin embargo, los temas no tenían que ver con las funciones desconcentradas, la mayoría eran certificaciones, como por ejemplo, GAT, Presupuesto, Recursos Humanos, Invalidez, Emergencias, Salud Ocupacional.

En el **2011** solo no se evaluaron todas las unidades por un conflicto sindical, en su lugar:

- h. **2012-2013** Se extendió el mismo compromiso 2010-2011 mediante *adendum*.

En este, por oficio GM-13779-2 de fecha 07 de febrero 2011, suscrito por la

Dra. Rosa Climent Martín, Gerente Médica, se elimina de la Dimensión de Gestión Administrativa, el indicador 6-16-05-1-1 Certificación del Desempeño en el Monitoreo de Procesos sustantivos aplicados por el Nivel Regional.

i. **2014** no se evaluó ningún Compromiso de Gestión

Sin embargo, en el 2014 la Junta Directiva decidió dar por terminado el proceso de desconcentración; para esto, solicitó a una comisión preparar un informe que mencionaría resultados de otros informes de Auditoría y Contraloría.

Según el “Informe de Evolución y Estado del Proceso de Desconcentración” del 2012, desde la implementación del proceso de desconcentración, fueron realizadas varias evaluaciones: “por distintos órganos, institucionales, cada uno desde su ámbito de competencia, sin embargo, a la fecha se carece de una evaluación integral del proceso”, de manera que el proceso de evaluación formal de las facultades transferidas a los entes desconcentrados no se dio, y así fue reafirmado en las entrevistas a los informantes clave

*Así fue, o sea, porque es lo que estamos hablando. Las tres áreas de nosotros, específicas de desconcentrados que teníamos el adendum del compromiso de gestión de esas tres áreas y esas tres áreas nunca se evaluaron como tal, si hicimos o no hicimos, si nosotros mandamos informes, pero que nos hayan dicho: en el área esta ustedes fallaron por esto y esto, en el área esta... es más, lo que sale a relucir en las notas que nos mandan es lo que nos daba compras... Se continuaba exactamente igual, las mismas supervisiones anuales de la Dirección Regional, la Región era la que decía. (código informante: 1SU)*

*...la Región era la que decía y supervisaba con los mismos instrumentos, todo. (código informante: 2SU)*

*...A, por ejemplo, cuando venía A, A decía: “bueno, pere pa’ver”,*



*esa era así punto por punto, ¿yo no sé si conociste a ACH?, porque ella era así, punto por punto cada una de las cositas: “bueno, esto ¿cómo lo hicieron ustedes?”, “así, así y así” le decía el muchacho de Recursos Humanos, “mmmm, ¡ah!, es que ustedes están desconcentrados ¿verdad que sí?”... ¡ah! Ok. debe ser por eso, check, ¿verdad?, así lo hacía A, y la finada R, que vino la otra vez a evaluarnos, o sea, el mismo desconocimiento de ellos de si era o no era y sí me acuerdo que A en una de esas dijo: “sí, pero no hagan ustedes las que hizo B porque contrata, porque ahí la relación...”, para ellos eso era fundamental, usted no podía contratar tal porque entonces había una relación obrero-patronal, y usted no podía hacerlo, lo tenía que hacer a una gente a una empresa que usted estaba contratando, pero los servicios profesionales usted no podía hacerlo. No, eso lo decían ellos. Entonces, si usted me dice, por ejemplo, que ellos vinieron, “mire, Dra., usted contrató esto, y por qué contrató”, por ejemplo, en las recontrataciones que hicimos sí estaba a derecho con el reglamento, no si era pertinente o no de acuerdo a esa persona podía entrar, como usted es desconcentrada: check, como usted es desconcentrada: check. Presupuestos tampoco, nunca nos objetaron nada: “es que como ustedes tienen esas rapiditas que ahora ya es de todos”, por dicha, para nosotros era genial, porque si no teníamos que meternos en las tres o cuatro, las ordinarias, sí, o sea, las ordinarias donde vamos todos y pedimos recursos de diferentes, “a mí me está sobrando aquí”, y qué es lo que hacíamos nosotros, di, entonces, le metíamos plata que nos permitían abrir a otras cuentas y después lo que hacíamos eran unas rapiditas, lo llevamos a donde lo ocupamos, porque la institución nunca nos iba a dar fuera la política, ¿verdad? Nivel central nunca, digamos F aquí nunca vino a evaluarnos absolutamente nada. Nunca. Nos*

*dijeron que ustedes los de compras nos iban a hacer la evaluación, y como eso estaba que sí que no, que esas entradas... (código informante: 1SU)*

*Igual, la misma tónica de la Dirección Regional, las mismas evaluaciones. (código informante: 2SU)*

*Sí, se suponía que tenía una evaluación de la desconcentración, elaboraron una serie de indicadores que si a nosotros nos hubieran dicho: "todos los años se los veinte indicadores sobre los que los vamos a evaluar", y esos veinte indicadores, al final, los coge la Gerencia Médica y la Junta Directiva y los revisa y dice: "no, esto está mal, no está funcionando porque vea, si se revisan los indicadores de productividad, este indicador o está funcionando perfectamente bien, o muy bien", entonces, este... o sea, no existió claridad en la evaluación, no existió... son varias cosas, como resumen: no existió claridad en la evaluación, no existió libertad para poder aplicar la Ley de Desconcentración como... como debió ser, y tercero... eh... la concentración del poder en Oficinas Administrativas de la Avenida Segunda es altísimo, de tal forma que no quieren soltar... soltar... este... alternativas de independencia, digámoslo así, de los hospitales y de las áreas de salud porque estarían degradando sus posibilidades de control y de poder sobre las... pero fue un proceso muy mal manejado, porque no, como le digo, no habían evaluaciones, no había controles, simplemente ahí está la desconcentración, ustedes tienen libertad, personería jurídica instrumental, decían ellos, que te daba para hacer los montos de las compras, te los subían, para las contrataciones, contrataciones de obras, de infraestructura, para la contratación de personal te daban un margen mayor, inclusive cantidad de vacaciones que se pueden dar a un*

*trabajador, ya no tenían que ir a San José, sino que... no de cantidad, no de permisos sin goce de salario, tuve un caso ahí muy particular, y después lo que eran las vacaciones, los controles de vacaciones y como siempre, por encima de uno, pues estaba la Auditoría jodiendo y revisando, pero no en una forma emparejada, como debiera ser, o a la par de..., para valorar el proceso como tal, no, te hacían auditorías en base a los indicadores que ellos utilizaban y punto. (código informante: 5SU)*

*que la evaluación operativa que se estaba practicando era eso, sin norte, sin fin, sin objetivo claro, era una concesión de algunas potestades, me acuerdo que en materia de presupuesto básicamente se hablaba de modificaciones rápidas de presupuesto que se podían permitir vía Compromiso de gestión y acuerdos de la Junta Directiva amparados en el proceso de compromiso de administración, pero eso simplemente era algo muy mecánico que en el procedimiento a seguir para el trámite de ese tema presupuestario, por ejemplo, habían modificaciones... habían tres modificaciones al año y pasaron a ser, no sé, modificaciones rápidas o a permitir que fueran cinco, entonces, obviaron algún trámite que era totalmente insulso y agilizó la gestión del procedimiento. (código informante: 7C)*

Además, en el informe se plantea que las evaluaciones anteriores, a pesar de ser esfuerzos aislados por los diferentes órganos y departamentos, representan una misma realidad sobre lo que fue, significó y se logró con el proceso de desconcentración, enunciándose esto de la siguiente manera

los informes antes referidos son contundentes y precisos, en cuanto a que, fundamentalmente, el proceso de Desconcentración hoy existente en la CCSS, dista mucho de ser lo que se pretendió con el mismo, como un mecanismo o forma de organización que

hiciera efectivo el principio de eficacia y eficiencia, a partir de un mayor grado de autonomía de cada una de las dependencias desconcentradas, en las tres materias en que operó (Contratación Administrativa, Presupuesto y Recursos Humanos), al punto que, dicho proceso presenta una patología técnica y estratégica desde sus propios orígenes, en lo que debieron ser los aspectos o elementos esenciales, claves para el éxito del proceso y que hoy se echan de menos. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2012)

Esto se reafirma con el criterio de los informantes clave, porque se quería llegar a un resultado específico, sin embargo, la herramienta por la que se quería llegar no cumplía con los requisitos, ya que su fundamento y control no se dio de la forma adecuada.

En sus palabras,

*empezaron esos centros desconcentrados a resolver, a decidir, de forma autónoma otras cosas que anteriormente lo resolvía la instancia central o regional, incluso llegó un momento en que la filosofía era que se pudiera independizar de la región y de la gerencia respectiva entendiendo que el ejercicio a nivel local iba a ser mucho más ajustado a la necesidad real de los usuarios y a la agilidad de los procedimientos que se requerían, o sea, iba a lograr mayor eficiencia, una mera presunción, no era que se estaban haciendo la aplicación de metodologías para medir ese tipo de resultados, no era una proyección, era un supuesto... Entonces, al no ver claridad pasa eso, que usted realmente no ve cuál fue el aporte, de hecho, no hubo, es que no hubo, es que yo siento que no hubo desde el principio qué es lo que se pretendía con tener a ese centro desconcentrado, la presunción era que al darle mayor capacidad y eficiencia, lo iba a hacer más ágil en resultados, ese era el fin del ejecutivo a perseguir, no era el resultado inmediato*

*que se iba a alcanzar, se pretendía eso, pero no se sabía si realmente se iba a lograr, luego, para llegar a eso usted tiene que darle una serie de condiciones de gestión y mucho más íntegra de horas, no solamente hablar de esos tres conceptos, sino hacer una valoración de todo lo que conforma la gestión del centro, de forma integral en todas las áreas, entonces, sí es cierto no hubo en su momento (código informante: 7C).*

*O.k. Entonces, en relación a desconcentración también tiene usted que entender algo, cuando un proceso es... es exclusivamente del interés de un presidente ejecutivo y de sus asesores, cuando ese presidente ejecutivo y sus asesores se van, el proceso empieza a morir. Eso le pasó a desconcentración, porque ni siquiera los mismos antes desconcentrados estaban súper cómodos, las unidades desconcentradas, estaban muy cómodas porque no le rendían cuentas a nadie, porque pasaban de todo el mundo y cuando uno les decía algo, decían: "a mí solo la Junta Directiva me puede dar órdenes", estaban felices, ni siquiera ellos estuvieron interesados en evitar que la criatura se muriera.*

*O sea, ponerlo en la ley fue una jugada política que lo que intentó fue darle sostenibilidad en el tiempo, porque para estar en una ley, bueno, le daba categoría de ley de la República y le garantizaba sostenerlo en el tiempo, con el agravante de que ellos no previeron que en un sistema tan dinámico como un sistema de salud las cosas pueden o no estar en una ley de la República. Hay miles de cosas que hacemos todos los días en los servicios de salud que no figuran en ninguna ley, y las hacemos todos los días del mundo, por qué, porque tenemos gente interesada en hacerlas, y las unidades consideran importante hacerlas y se hacen y no están en ninguna ley de la República, pero en salud eso pasa, pero en un*

*sistema de salud eso es totalmente natural, totalmente natural, entonces, pudo no haber estado una ley de la República, y el resultado es exactamente el mismo, pudo haber sido solo una iniciativa institucional de la Presidencia Ejecutiva de ese momento trabajarlo duro, como él lo trabajó con sus asesores, tener 34 centros, hacer un Título Tercero, empezar con los 34 centros... igual estaría muerto hoy, se requieren cambios estructurales, a lo interno de la institución que permitan la posibilidad de desconcentrar, o sea, tu con este modelo de asignación presupuestaria no puedes desconcentrar ni se te ocurra, con este modelo centralizado de manejo de recurso humano no se te ocurra, con el manejo entrabadísimo que tiene la Contraloría, lo primero que se debe de desconcentrar es la Contraloría, quien tendría que hacer un esfuerzo por desconcentrar la contratación administrativa y decir: "de toda la contratación administrativa qué nivel se hace y en dónde", para que la gente pueda hacerlo, pero en estas condiciones estructurales no va a pasar, y por lo tanto ahí le contesto, la última pregunta que usted me iba a hacer: si creo que es posible un proceso de desconcentración en esta institución: no. Así como está no. Por eso, si me dices: "Di, sí, fracasó", di, yo diría que sí, que sí, pero porque no contaba con... con las bases, o la plataforma requerida para que fuera exitosa, porque la principal plataforma es la presupuestaria, o sea, también reconozco que Recursos Humanos no quería ceder poder, y entonces no hubo mucho ahí... Recursos Humanos es un problema, sigue siéndolo, y Contratación Administrativa, a parte de las obligaciones propias que tiene cada unidad, porque la Contratación Administrativa no es fácil, la Contratación Administrativa, primero es un proceso sumamente largo, sumamente tedioso y peligrosísimo para manejo, para manejo de gestor local, peligrosísimo, por una*

*peseta, por una peseta te podés ir a la cárcel, y tampoco es algo que se coja con gran entusiasmo, ¿me entiendes? (código informante: 6C).*

Dicho esto, enfatizan en que no hay claridad sobre el proceso de desconcentración, más bien, se dan vacíos técnicos y jurídicos en la legislación reguladora del proceso de desconcentración que no permite clarificar el accionar tanto de los órganos desconcentrados, el nivel central y sobre todo el nivel regional

*Eso fue, para mi gusto, un mal entendimiento, lamentablemente, los desconcentrados en aquel momento, tal vez por la forma en que se generó el proceso, la inducción que se les dio quizás los hizo percibir que era eso, que se podían apartar totalmente del esquema organizativo y de controles que tenga la Caja y eso no era así, eso fue que se manejó no mal, pero un poco imprudentemente, o nos faltó mayor precisión al momento de inducir, de dar la inducción a los órganos desconcentrados. (código informante: 7C)*

*Entonces, eso, te digo yo, siento yo, al final de cuentas fue generando un... diay, un cuidémonos, diay, ¿qué mostrito tenemos ahí?, más, a todos los mandos medios de toda la institución diay, ¿cómo puede ser que estos carajos estén por encima de nosotros, no nos respetan, como puede ser...?, o sea, un gerente viendo a ver qué hacía porque los directores le pasaban por encima.*

*Al final de cuentas, siento yo, sí, que eso fue como la arena que llevó a la autodestrucción, porque entonces, eso llevó a una aversión a nivel de los mandos medios de la institución y a los altos mandos, digamos, antes de llegar a la Junta, la misma gerencia, todas las direcciones, en realidad, sentían que la unidad que trabajaba bien, digamos, a gusto con el nivel central, pero no porque ellos pudieran obligarlo, entonces, esa sed de poder al final*

*de cuentas, como te digo, fue quitando o haciendo más bien como que la Gerencia cada vez pidiera más o montara más mecanismos para controlar esos directores desbocados, entonces, fueron quitando una serie de beneficios que en su momento sí se tenían. Lamentablemente, eso nos llevó a que las altas autoridades empezaran a darse cuenta del mostrito que tenían ahí que era peligrosísimo para la misma institución, y empezaron a poner, diay, barreras y barreras y barreras, entonces, ya finalmente, estábamos desconcentrados, pero no podíamos hacer nada porque ya había cerrado todos los portillos, teníamos ventajas sobre las otras unidades; por el contrario, empezaron a darle más poder a otras unidades de que pudieran hacer contrataciones como las que hicimos, entonces, por ejemplo, el tope de las contrataciones directas que podía hacer cualquier unidad ya no solamente desconcentrados sino cualquier unidad, podía hacerse con un montón de millones que antes no podían, entonces, simplemente, eso fue como repartiendo el poder, repartiendo el poder. (código informante: 4R)*

*Bueno, eso siempre fue, a pesar de que estaba implementado por una ley y complementado por un reglamento, fue muy represivo, como te digo, la gente no quería soltar el poder, entonces, por eso es que el actuar de uno había que hacerlo con mucho cuidado, midiendo muy bien los pasos, echándose broncas también, como me las eché yo más de una vez con el director regional, ya con X, con Y, y con el anterior que no me acuerdo cómo se llama, con A nadie pelea, ese se acomoda, pero con X, era más estricto y con Y ni se diga, más de una bronca nos echamos, porque yo me brincaba la regional, yo abiertamente lo decía: "para mí, ustedes como Dirección Regional no tienen que existir" (...)*



*yo pienso que fue incapacidad, incapacidad administrativa de control de las autoridades superiores, puedo decirlo, ellos no tuvieron la capacidad para controlar la desconcentración y al final el pato de la fiesta fuimos nosotros los directores que no servíamos para... que no pudimos implementar bien el... la desconcentración, entonces, nosotros fuimos los culpables, no fueron ellos, y ellos no nos dieron los recursos ni los controles, ni se hicieron los controles periódicos después de todos esos años que al final llegan y digan: “vamos a evaluarlos”, diay, ¿pero de esa evaluación qué, cómo es la cosa, cuándo usted me dijo que me iba a evaluar con esta forma, con estos indicadores?, entonces, ahí fue donde ya se... y por ejemplo la Procuraduría y la Contraloría estuvieron muy de acuerdo en que la desconcentración funcionaba, y creo que hay un pronunciamiento de ellos donde dice que no se ha implementado de la forma adecuada. (código informante: 5SU)*

*Entonces, todo el proceso, pienso yo, es mi manera de pensar que sí aprovechamos mucho la instancia y la distancia así como se lo dije, y usted lo repitió, por el desconocimiento de arriba, porque si de allá arriba alguien hubiera tenido conocimiento a lo mejor no nos dejan hacer algunas unas cosas... o sea, pocas veces dentro de todo eso, quizás por desconocimiento superior, recibimos un no rotundo, o sea, “no, eso no se puede hacer”, “mirá, es que qué son los desconcentrados yo no sé, déjeme averiguar”, ¿verdad?, esa fue como una tónica general que nos decían: “yo no sé qué se puede hacer, dejame averiguar”, y en ese esperar nos metíamos, a veces dejaban el portillo medio abierto nos metíamos: “por esto, esto y esto no se puede”, fueron pocas, o sea, un no rotundo, como de que: “eso no se puede hacer” o que usted diga: “voy a recontractar”, “no, eso no se puede hacer, porque tiene que tener la venía de la directora Regional”, en este momento están muy*

*tácitos, en ese entonces todo era gris, no había ni blanco ni negro, habían grises porque los grises los teníamos todos, desde los que estábamos desconcentrados hasta los que estaban dando la desconcentración, ¿verdad?, y la misma oficina de desconcentración y Juntas de Salud, con su proceso de inestabilidad de son o no son, de tenemos o no tenemos siento que favoreció el que se pudieran hacer muchas cosas que eventualmente, vamos a decir desde el punto de vista legal, no era que estaban mal sino que lo que se necesitaba, se supone, otro camino, otra venia, otra bendición papal de alguien más, y de una vez se hicieron directo, ¿verdad?, porque se permitió. (código informante: 1SU)*

Incluso, el sin sentido más grande de todo este proceso de desconcentración lo da una misma nota del 2002 en el encabezado en el Reglamento de la Ley 7852, aprobada en 1998 y el Reglamento en 1999 y que reza de la siguiente forma.

**NOTA DE SINALEVI:** La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 7° de la sesión 7502, celebrada el 30 de noviembre 2000, con respecto a este Reglamento emitió la siguiente disposición:

En relación con el Reglamento a la Ley número 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta Directiva acuerda aclarar que las únicas tareas que corresponden directamente a la Junta Directiva respecto de los directores de los órganos desconcentrados es el tema del nombramiento de acuerdo con las normas vigentes en el Reglamento a la Ley número 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, y lo que concierne a la destitución o suspensión que como medida cautelar corresponda adoptar, sin

perjuicio de las funciones que competen al Gerente conforme al artículo 53° del Reglamento vigente. Todo lo demás, es una relación administrativa con la Gerencia de División correspondiente, en este caso, con la Gerencia de la División Médica y las demás instancias señaladas en el artículo 1°, inciso 2° del mismo Reglamento "en sus respectivos ámbitos de competencia.

De manera que todos los Artículos posteriores, a este encabezado, donde se expone que la Junta Directiva es a quien responden directamente los directores de los Órganos Desconcentrados, quedan sin efecto por lo que esta nota modifica la génesis de la Ley y el Reglamento, por tanto, vuelve a establecer una relación de jerarquía y de dirección donde son dependientes de las direcciones de sede sobre los elementos desconcentrados reconociéndolos nuevamente como órganos superiores<sup>21</sup> para efectos de los órganos desconcentrados.

---

<sup>21</sup> **ÓRGANOS SUPERIORES:** Constituyen los órganos superiores de la jerarquía institucional, aquellas instancias administrativas que por disposición constitucional, legal, reglamentaria o acuerdo de Junta Directiva, en ejercicio de las facultades de administración y gobierno propias de la autonomía institucional, en razón de su grado y especialidad técnica, se les ha asignado el ejercicio de competencias específicas para la definición de políticas, la producción normativa y la regulación técnica de las materias tuteladas por la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, pudiendo ejercer potestades de planificación, dirección, fiscalización y evaluación sobre las actividades de la organización en general, para el mejor cumplimiento de la función social asignada a la Caja. Tal como lo establece el artículo 1, inciso 2 del Reglamento General de Desconcentración, se considerarán como "órganos superiores" los siguientes: la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva, Auditoría, las Gerencias de División, Direcciones Regionales y el CENDEISSS.

**RELACIONES DE JERARQUÍA:** Constituyen relaciones de jerarquía, aquellas que se dan entre órganos superiores con el resto de la organización institucional - con excepción de los órganos en desconcentración máxima -, en razón del grado o estrato administrativo ostentado conforme al organigrama institucional; cuyas jefaturas, en línea vertical u horizontal, ejercen potestades de mando, dirección, control y disciplina respecto de las actuaciones de sus subordinados inferiores, en virtud de las cuales, las competencias de los subordinados formarán parte de las de sus superiores, en razón del territorio y la materia; lo que impone a los inferiores subordinados, un deber de obediencia respecto de las órdenes, instrucciones y resoluciones que emanen de los superiores inmediatos. En ese sentido, cuando exista una relación de jerarquía, - que igualmente se presenta al interior del órgano desconcentrado - los superiores pueden -aún discrecionalmente- por avocación o subrogación, invadir el ámbito de las competencias o facultades que les han sido delegadas a los subordinados, generándose una responsabilidad compartida y solidaria sobre el grado de eficiencia y calidad de las actuaciones y decisiones de sus inferiores, en razón del deber de supervisión y vigilancia a cargo del superior.

**RELACIONES DE DIRECCIÓN:** Es la relación que se da entre los "órganos superiores" - con las salvedades que procedan en el caso de la Junta Directiva - y los "órganos en desconcentración máxima", en virtud de la cual, careciéndose entre ellos de relación jerárquica y subordinación administrativa directa o indirecta, una puede imponer a la otra, en razón de su competencia material y territorial, y por aspectos de interés y política institucional, las metas, objetivos y los medios que ha de emplear para alcanzar los fines generales y constitucionales de la Caja, así como el cumplimiento de procedimientos, regulaciones técnicas y actividades generales o particulares,

Lo mismo se establece en el Artículo 27 del Compromiso de Gestión sobre la Relación de Dirección: “La Junta Directiva como máximo superior jerárquico de la Caja, será igualmente el superior jerárquico de los “órganos desconcentrados”. Para efectos organizacionales y funcionales, la relación existente entre “órganos superiores” y “órganos en desconcentración máxima” constituirá una “relación de dirección”

*En este sentido, le será obligatorio al “órgano desconcentrado” el acatamiento de las directrices que en ejercicio de tales competencias emanan de los “órganos superiores”, para el cumplimiento de objetivos e intereses institucionales, entendiendo que entre ellos se encuentra comprendido el deber de suministrar información relevante, participar de las actividades de coordinación y conducción que fueren requeridas, atender los lineamientos técnicos o el cumplimiento de fines y metas institucionales, garantizar el acceso a instalaciones para el cumplimiento de las funciones asignadas al resto de las instancias administrativas (con las restricciones que institucionalmente resultan procedentes para el desarrollo de estas actividades), y otras igualmente calificadas.*

*Lo anterior resulta válido, en la medida en que la facultad ejercida por los “órganos superiores” no constituya en la práctica un medio para invadir, sustituir o arrogarse el conocimiento y decisión sobre asuntos concretos (actos) que, de acuerdo con el “marco de desconcentración”, normativa y legalmente competen a los “órganos desconcentrados”, que*

---

en respuesta a disposiciones legales o reglamentarias específicas que resulten indispensables para el adecuado funcionamiento de los servicios, y el fiel cumplimiento de la función social e interés público tutelados por la institución; siempre y cuando no representen la subrogación o avocación en el ejercicio de las potestades y competencias asignadas a esa unidad en particular, para la toma de decisiones de los asuntos que les han sido expresamente confiados; y en virtud del cual, sus representantes resultan frente a la Administración, responsables directos de sus decisiones, en razón de la capacidad concedida, lo que hace a la Caja solidariamente responsable ante terceros por sus actuaciones.

Constituyen el ejercicio de potestades de dirección, entre otras de igual naturaleza, las siguientes: la emisión de política, normativa técnica, planes, programas, reglamentos, fiscalización, control y evaluación, coordinación intrainstitucional, y cualquier otro lineamiento general que pretenda regular las actividades, mas no imponer la decisión para la emisión de un acto concreto o resolución en específico al órgano desconcentrado que se encuentre debidamente facultado para ello. (Compromisos de Gestión)

*hacen a sus representantes frente a la Administración, responsables directos de sus decisiones.*

Sin embargo, la Junta Directiva al establecer esa disposición (30 noviembre del 2000) aducía que la Administración de los entes desconcentrados correspondía a las Gerencias respectivas y no a ella misma, por lo que la independencia y traslado de funciones conferida estaba enmarcada en los intereses de esas Gerencias. Esto contradice los principios de un proceso de desconcentración que conllevó a la falta de articulación entre los actores del proceso de desconcentración.

Aunado a esto, no se identificaron prácticas de seguimiento efectivas, ni de supervisión de los órganos desconcentrados, los cuales actuaban según conveniencia ante situaciones especiales.

Este aspecto reviste especial importancia por dos hechos:

El primero, los Directores y Administradores escogían cuáles procedimientos ejecutaban utilizando sus libertades de acción, incluso excediéndose, ya que por su complejidad preferían utilizar la vía convencional, utilizada por los entes no desconcentrados, o seguir la cadena de mando a través de las regionales

*A nivel local se quejaban porque todo lo tenía que resolver las gerencias, pero cuando tenían que resolver a nivel local, sino a nivel de gerencia, entonces, ahí sí iba para arriba, entonces, lo malo: me lavo las manos, yo lo elevé, le avisé a todo el mundo, "atiéndame a la región o el gerente", o sino la Junta Directiva, en eso, en lo feillo, en lo hueso, como que no soy desconcentrado, pero en lo demás ahí sí quería tomar las decisiones, ahí está lo fregado. (código informante: 7C)*

*La oficina de desconcentración, como tantas cavernas que hay allá en San José, no sabe uno cómo existen, pues sí era un ente relativamente como... como... ¿qué te digo?... como... se suponía*

*que era para orientar el proceso, pero por esa misma lucha de poderes, que las gerencias no querían soltar, y en ese tiempo estaba Rosa Climent, de no muy grata memoria, este, ellos sostenían el poder, entonces, no aflojaban, se suponía que si existía una oficina de coordinación de desconcentración era la que nos apoyara, o esa, es que en el proceso administrativo no solo está la coacción, no solamente está la sanción, sino está el acompañar en la elaboración y la aplicación de los procesos, que eso era lo que a nosotros nos dejaron solos, totalmente solos... Ocasionalmente uno ocupaba algo, alguna cosa ahí ya muy fina, por alguna contratación que estaba haciendo, alguna compra o algún problema de recurso humano, entonces, uno llamaba: "mirá, ¿cómo acomodo aquí...?", pero así, no es que nosotros teníamos una asesoría permanente y continua, no había ni asesoría ni había evaluación de desconcentración. (código informante: 5SU)*

El segundo, por su parte, también generó conflicto, pues se trató del sobrepago a los Directores por estar desconcentrados, debido a que en ciertos momentos las acciones que ejecutaban los desconcentrados eran similares a los no desconcentrados, pero recibiendo un sobresueldo importante; cabe agregar que este aspecto no está contemplado ni en la Ley, su Reglamento o el Título Tercero. Así lo confirman quienes desarrollaron el proceso

*A partir de aquí va a ganar más, primero, ¿y qué hay que hacer para ganar más?, entonces, a usted se les va a dar mayor responsabilidad, lógicamente. De hecho, a ustedes, ahorita que están entrando, digamos, no está muy en el aire, pero a futuro el puesto de quien entra en la dirección desconcentrada está en patitas de cucaracha porque esa plaza va a ser revisada cada cinco años, si la gestión ha sido adecuada, la Junta Directiva aprobará mantener la plaza y darle la vigencia, pero si no la Junta Directiva*

*puede destituir y nombrar a otra persona... Era un riesgo. Era un riesgo que nos estábamos jugando. Al final de cuentas valoramos, pero claro eso era: "le pago más", o sea, "se la juega usted aceptando eso o se echa para atrás", diay, nos pusieron entre la espada y la pared a decidir y al final de cuentas aceptamos. Consideramos que no iba a ser muy difícil entre lo que nosotros hacíamos, más bien que si nos iban a dar más armas íbamos a poder hacer más. (código informante: 4R)*

*Entonces, eso generó otro problema, los que estábamos desconcentrados ganábamos más que los que no estábamos desconcentrados, y ya los que no estaba desconcentrados les habían metido casi las mismas responsabilidades que originalmente teníamos nosotros. Entonces, eso generaba otro sin sabor por parte de los directores de otras unidades que no estaban desconcentrados, pero que por la misma institución, al ver el problema que generó con las unidades desconcentradas simplemente le dio poder a las unidades, pero con el mismo salario, o sea, las responsabilidades de los desconcentrados, pero con los mismos salarios, el mismo estatus.*

*Lógico que todo eso generaba: "¿Cómo vamos a hacer las mismas cosas que están haciendo ustedes si yo gano menos que usted?", diay, la verdad es que tengo la mismas responsabilidad, si algo pasa en la unidad yo soy responsable las 24 horas, igual éramos responsables, para cualquier cosa que pasara usted tenía que estar ahí inmediatamente tenía que dar cuenta, inmediatamente, entonces, todos los demás decía: "¿pero a cuenta de qué?", diay, el desconcentrado tiene un 30% un 35% más del salario y los hospitales nacionales era un 40% más del salario, era tamaño poco de dinero de diferencia. Entonces, esa parte generó igual conflicto,*

*conflicto entre los mismos directores de las unidades, yo digo que más o menos como por ahí donde anda la historia de la desconcentración. (código informante: 4R)*

Así mismo, la administración de procesos técnicos era similar entre el modelo desconcentrado y el tradicional, no existiendo diferencias significativas entre las unidades desconcentradas y no desconcentradas

*El informe concluye que no se evidenció cambios, no se evidenció cambios, ni en las áreas desconcentradas, digamos, Contratación, Presupuesto y Recursos Humanos, pero que tampoco se demostró cambio en los resultados, lo que se argumentó siempre que era mayor celeridad para gestionar no se demostró tampoco, entonces... y por otro lado se demuestra el incremento importante en el gasto, que la institución obtuvo, incluso las cifras están, están en el informe. (código informante: 6C)*

*Se dio el documento formal de todo el proyecto de desconcentración y nos dieron una capacitación sobre eso, pero después de que nosotros dijéramos: “bueno, la Gerencia Médica nos está poniendo, nos está diciendo: “Utilicen para la desconcentración estos diez indicadores, los vamos a evaluar en base a esos diez indicadores”, o sea, no hubo un proceso de evaluación diferente, sino que simple y sencillamente no... no había diferencia con los hospitales concentrados. (código informante: 5SU)*

Pero para los informantes, se les valoraron resultados de indicadores comunes entre todos los entes, concentrados y desconcentrados, sin existir indicadores específicos para realmente conocer cómo se procedía en esos aspectos desconcentrados y mucho menos que se les diera retroalimentación.

Sin embargo, y para concluir el proceso, la Junta Directiva y la Comisión sí



hacen alusión a esas materias desconcentradas sobre las que no hubo evaluación, definitivamente, nunca se evaluó el proceso, pero se juzgó como ineficiente utilizando datos que no corresponden a lo hecho en los elementos desconcentrados

*La desconcentración se hicieron diecisiete estudios, creo que fueron diecisiete estudios sobre la desconcentración, quince fueron hechos por la Caja y dos fueron hechos una por la Procuraduría y otro por la Contraloría, este... la Contraloría General de la República en los que se demostró que no... que la desconcentración no estaba funcionando, entonces, a los directores nos dejaron en indefensión, porque esos estudios... sobre todo el de la Contraloría y el de la Procuraduría demostraron que no había un nexo entre las autoridades y los entes desconcentrados, entonces, no, no... al no existir esa articulación no se podían implementar adecuadamente todos los procesos, las contrataciones, el recurso humano, la infraestructura, porque siempre había una dependencia grande de las Oficinas Centrales, ¡claro!, desconcentración no quiere decir de que sea... de que los hospitales o áreas de salud sean entes aislados, no, no, existe toda una interacción entre las diferentes gerencias, pero el problema fue que esos dos, el de la Contraloría General de la República, creo que fue, y el de la Procuraduría hablaban de esa falta de planificación y sobre todo de evaluación de los procesos que se estaban llevando, entonces, usted sabe que eso en administración es muy importante, no solo buscar objetivos y metas, desarrollar procesos, sino que también fundamentar la evaluación de los procesos que estás realizando, y la desconcentración se cayó porque utilizaron una serie de indicadores de evaluación, díjeme indicadores de evaluación que nosotros nunca tuvimos, nunca se nos dieron y al final ellos los aplicaron y, lógicamente que al final... pues habían muchas deficiencias y cosas pues de que se veía que*

*no era lo más adecuado. Si la desconcentración hubiera sido bien aplicada, bien dirigida, bien evaluada, este... hubiera sido excelente, lo que pasa es que ese fue el fracaso (código informante: 5SU).*

*nuevamente, sí hubo evaluaciones, esas evaluaciones reflejan una realidad actual, como te dijera, lo que reflejó es el estado de la situación en ese momento, no puedo decir que no fue evaluado para la toma de decisión de la Junta Directiva, no estoy hablando de que se evaluó el proceso, se evalúa para que la Junta Directiva tome la decisión de continuar o no continuar y la Junta Directiva tomó la decisión de no continuar, lo cual fue sano, en eso quiero ser categórico, fue sano, pero no por esos resultados negativos al momento de calificar veo que las personas que están encargadas de los procesos, no están haciendo las cosas que yo, hasta ahora empiezo a decir, que debieron haber logrado x, y y z, pero hasta ahora, como lo yo lo planteé en el origen, entonces, aquella gente cómo sabía? Ignoraba que iba a ser evaluado, ¿me explico? (código informante: 7C).*

*En la realidad, en la práctica, sinceramente, los años que duró la desconcentración nosotros nunca pudimos evidenciar diferencias, entre lo que hacía un desconcentrado y lo que hacía un no desconcentrado, pero no digo que sea porque no mostraban diferencias, lo que digo es que ellos no mostraban diferencias en sus resultados, o sea, no eran su producción no había aumentado, su calidad de servicio no se evidenciaba diferente, no habían más coberturas para las áreas desconcentradas, o sea, en cuanto a resultados de salud no se logró demostrar diferencias, entre cómo se comportaban antes de la desconcentración y cómo se comportaron después, puede ser que las diferencias, si, digamos,*

*si la gente experta en contratación administrativa iba y evaluaba en particular o revisaba en particular los cambios o las transformaciones que esa unidad había tenido en relación a la contratación administrativa puede que sí haya encontrado diferencias, o, que si la gente de presupuesto buscaba específicamente elementos en particular de las diferencias en el manejo presupuestario en centros desconcentrados puede ser que lo haya hecho, o igual en Recursos Humanos, pero lo que yo estoy diciendo es que nosotros, con la evaluación de compra a nivel de resultados de salud, no se evidenció diferencias, ¿verdad? (código informante: 6C).*

Por todo esto, concluyeron que posterior a “diez años de emitida la Ley” desconocían el estado del proceso de desconcentración en toda su magnitud, entonces, decidieron cesar el proceso de desconcentración y que las instancias técnicas asumieran las funciones previamente desconcentradas. Ratificándose y fortaleciéndose, a su vez, el proceso de Juntas de Salud.

Sin embargo, llama la atención que lo que se quería por parte de la Junta Directiva no era conocer el estado del proceso, sino encontrar las razones suficientes o no, para terminarlo

*la desconcentración, entonces, bueno, ya se venía hablando de... y por otro lado, varios inconvenientes, uno esto del incremento del gasto, el otro era el problema de que entonces ellos no respondían a ninguna autoridad que no fuera la Junta Directiva, porque así estaba establecido, entonces, todo lo que era la parte de lineamientos técnicos que se emitían desde la gerencia, desde las diferentes gerencias, ya sea en el orden financiero, presupuestario, administrativo, estructural, lo que fuera ellos pasaban sobre eso, ¿verdad?, entonces, se empezó a convertir en un montón de centros de los que nadie tenía ingerencia, ¿verdad?, y*

*perfectamente ellos... si la Gerencia Médica emitía una instrucción podrían decirle a la Gerencia que no, que ellos no se iban a acoger a dicha instrucción, entonces, empezó a generar un problema, también, en ese sentido, entonces, ya se empezó a generar un ambiente no tan positivo para la desconcentración y se empezó a hablar de que había que revertir la desconcentración y de que había que revertirla... hasta que llegó a tal punto el malestar que Junta Directiva tomó la resolución de que se hiciera un informe para justificar revertir la desconcentración, entonces, se nombró una comisión que la tenía a cargo y la coordinaba el Licdo. Gilbert Alfaro que es el director de la Dirección Jurídica, porque había que ver mucho, mucho, mucho lo jurídico, porque esto estaba incluso en una ley de la República. (código informante: 6C)*

*Ya tenía tiempo, se oía que ya la Caja, ya un año antes nos habían llamado a una reunión a la Gerencia donde se nos decía que se estaban haciendo estudios para determinar si continuaba o no continuaba la desconcentración. Empezaron a haber ciertos pros y contras de definir si se puede o no se puede quitar la desconcentración, es una ley y cómo vas a quitarla de un día para otro, tendrías que derogar la ley, pues la cuestión entiendo que la institución empezó a buscar alternativas y analizó muy bien lo que decía la ley, y la ley había dejado un portillo para eliminarla que era que era potestad de la Junta Directiva de la Caja el apoyarse en la desconcentración o no, o sea, podía hacerlo, o sea, estaba en la potestad de si quería hacerlo como modelo o si no quería no lo hacía, entonces, lo cortaron por ahí, como es potestad nuestra entonces decidimos que a partir de tal fecha se elimina la desconcentración si nos llevaron como a dos reuniones donde se definía la fecha en la que se iba a eliminar la desconcentración, o sea, ya era formalizando algo por la parte económica, porque en*

*realidad las funciones ya no se hacían, ya de hecho te habían quitado todas las alas, o sea, no teníamos potestad de actuar en beneficio o en contra de la institución, por lo menos como desconcentración no podías actuar, entonces, lo que estaba de por medio era el pago o el no pago, o sea, al formalmente eliminar la desconcentración, formalmente se eliminaba el pago. (código informante: 4R)*

Una vez decidido que el proceso llegaba a su fin, también se adujeron los costos económicos del sobrepago por dedicación a los Directores y Administradores

*Sin embargo, al lado de esto se vio un incremento monstruoso en el gasto de operación de los hospitales o de los centros desconcentrados, porque establecía un plus por ser desconcentrado, que no me acuerdo si era del 50% adicional al salario, y pero, no solamente era para el director sino para el subdirector y para el director administrativo de la unidad, en solo ese incremento del 50% de los salarios de estas personas se... tuvo un costo impresionante, ¿verdad? (código informante: 6C)*

No obstante, en lugar de reducirlos los aumentaron, porque la decisión que tomó Junta Directiva fue brindarles este incentivo a todos los Directores, ya nadie estaba desconcentrado

*los directores de los centros desconcentrados se manifestaron muy molestos, porque esto les involucraría a ellos perder el 50% adicional, entonces, ellos metieron un recurso legal que no me acuerdo si era al contencioso administrativo, laboral o un recurso de amparo, no me acuerdo qué fue, porque ellos argumentaban que ese 50% adicional ya era un derecho adquirido, entonces, se estaba trabajando en el informe, por un lado, y por otro, los*

*directores de los establecimientos estaban ya haciendo sus movimientos legales en ese sentido. (código informante: 6C)*

*usted conoce esta Región, de las más pelionas FM, “¿por qué ella sí y yo no?, y yo no me estoy ganando el montón de plata que se está ganando A”, por ejemplo, muy amigas, este..., cuando se devolvió S a Santo Domingo dijo: “hagamos un recurso”, que fue el que pusieron ellos, bueno, de las Heredías varios hicieron un recurso que lo mandaron a la parte laboral, porque no era recurso de amparo no estaban cercenando ninguna ley constitucional, sino que era laboral, por qué, qué requisitos....en esta Región que tiene, diay, yo pienso gente muy profesional y gente muy peliona, esta gente llegó, yo no sé cuánto tiempo a esta gente ese recurso, no sé qué fue lo que pusieron que no hace mucho tiempo les contestaron les dijeron que sí, que no al lugar, no hace mucho no, hasta que entró a regir la Ley de Prohibición, ¿verdad?, que entonces, si era bueno para el ganso, cuando se acabó la desconcentración se dieron cuenta que todos los demás tenían el por qué tener la prohibición, ¿verdad?, que fue la que a nosotros nos daban era, este, a parte de la prohibición, el estar disponible... la dedicación exclusiva, que no, supuestamente los médicos no la tenían porque estaban en los laudos de la luz médica, la ley esta, y por qué ellos sí y por qué nosotros no, o sea, entonces, más bien, cuando se acabaron las contrataciones todo mundo feliz, entonces, lo que dijeron es que la plata que nos estaban quitando a nosotros de esta disponibilidad para tener una dedicación se la estaban dando a ellos para que no ejercieran la profesión. Entonces, aquí a lo interno yo pienso que no, fue como más el chiste, y más la parte legal, que sí, yo no me acuerdo cuántos, pero sí me acuerdo que FS y no me acuerdo cuántos más se unieron y presentaron ese recurso para obtener, porque la diferencia entre la función como tal*

*no era mucha, o sea, realmente no lo era. (código informante: 1SU)*

*Los incentivos todos en la bolsa, y los demás siguieron ganando lo mismo. Sí, con lo único que se permitió el pago del incentivo, el incentivo de dedicación exclusiva, que no lo permitían antes del pago, eso sí se lo dieron a todos, entonces, desconcentrado o no desconcentrado le dieron un incentivo, no era gran cosa, pero era algo para todas las unidades, todas mejoraron un poco. (código informante: 4R)*

*Entonces, se revertió la desconcentración, pero, por otro lado, se llega a la conclusión de que sí, de que se les puede pagar por dedicación exclusiva o por... hay un concepto, no me acuerdo cómo se llama, ahí aparece también el que se les iba a pagar más y salió como en un 60 % de más, pero ya no solo cubría a los 34 establecimientos desconcentrados, sino que cubría a todos los directores de establecimientos de salud de todo el país. Entonces, lo que se hizo con la intención de bajar el costo se vino a grabar, porque se redobló el costo, y hoy por hoy así de caro así de redoblado... considero, que a como se estaba dando la desconcentración claro que había que revertir el proceso de desconcentración, totalmente de acuerdo, de todo lo que estudiamos, de todo lo que investigamos, todo nos demostró que había que cerrarlo; sin embargo, ya lo dije y lo vuelvo a decir, me pareció totalmente, totalmente equivocado que para compensar a los directores de esos hospitales la institución, la Junta Directiva tomara la decisión de pagar un 60 % adicional a todos los directores de los establecimientos de salud. (código informante: 6C)*

*Esta Comisión lo que hizo fue solicitar un informe a Presupuesto, solicitar un informe a Recursos Humanos, solicitar un informe a Contratación Administrativa, y nos solicitó a nosotros también un*

*informe, para que el objetivo del informe era hacer un análisis histórico del comportamiento de las unidades desconcentradas en relación a los temas desconcentrados, y a nosotros en relación a los resultados de salud, se trabajó varios meses en el informe, y a todo esto. Entonces, se concluye que sí, que hay que revertir la desconcentración. Cuando se presenta el informe toda la Junta estaba convencida, totalmente, de que había que revertirla, entonces, la decisión era revertirla, pero cómo evitar... cómo evitar la avalancha de demandas que se iban a venir por derechos adquiridos de los directores de los centros hasta ese momento desconcentrados. Entonces, a la par de eso se hizo un transitorio que iba a valorar cómo pagarle, un transitorio mientras se hacía la... esto no lo hizo la Comisión, esto lo hizo la Junta, cómo pagarle un adicional a los directores de estos establecimientos por ser directores, nada más, no por el elemento desconcentración. (código informante: 6C)*

Hay que recordar que los primeros Compromisos de Gestión fueron firmados por todas las jerarquías institucionales incluso por el Presidente de la República, sin embargo, el proceso de conclusión de la desconcentración y de la suspensión de esa parte de la ley no fue tan claro para todos los Directores y Administradores de los entes desconcentrados

*Nadie, o sea, nosotros nos dimos cuenta del cese por la nota que llega de la EZ, de que la Junta Directiva acordó a partir de tal fecha este ya no somos desconcentrados, se acabó el tema, ni explicaciones, ni por qué... léase en la nota de la Junta Directiva diciendo que no sirvió, que después del informe, ¡ah, bueno!, porque el informe que se hizo y nos mandan el informe, nada más viene la nota de la Junta Directiva que dice que a partir de tal fecha ya no somos desconcentrados, este, de acuerdo al informe que*



*presentaron fulano y fulano y mengano y toda la cosa y todo lo que viene ahí, entonces, solicitaron, solicitamos el informe: “no mire, es que estamos en edición”. Pancho pidamos, porque además estábamos en el Sindicato habíamos como cuatro desconcentrados, nos llegó el otro día, la siguiente semana nos llegó: “eh, mire, es que falta editarlo y hacerle...”, “sí, pero queremos ver cuáles son las causas”, y quien hizo el estudio aquí nunca vino a preguntar, aquí no vino a decir “funciona o no funciona”. (código informante: 1SU)*

*Así, claro, aquí tuvimos a la Junta Directiva, la misma Junta Directiva hicieron una presentación de por qué razón se quitaba la desconcentración. Presentaron esos diecisiete informes y allá la Junta Directiva nos dijo que ya se terminaba la desconcentración a partir de tal fecha. Sí, el cierre fue formal. Lamentablemente, pues no funcionó por incapacidad administrativa gerencial de oficinas centrales, tanto de las gerencias como de la Junta Directiva. (código informante: 5SU)*

De esta manera, la Junta Directiva tomó la decisión de suspender una sección de la Ley 7852 sin derogarla. Entonces, aquella que corresponde a la desconcentración fue suspendida y la de Juntas de Salud fue reforzada

*Entonces, la Ley, en el caso de la desconcentración dice: “la Ley que la Caja podrá desconcentrar”, en el caso de las Juntas dice: “la Ley deberá” es más imperativo. En el caso de la Ley 7852 la creación de Juntas de Salud es una imposición de Ley al tema de la desconcentración que lo cedió como una facultad no obligatoria para la institución, entonces, la Caja decide darse un stand by” ... con los acuerdos que tomó la Junta Directiva sobre la desconcentración no es una renuncia al modelo, o sea, dejan entre líneas decir que, eventualmente, consideran a futuro si lo ven*

*conveniente o no, eso puede ser real o ficticio, puede ser un decir o puede ser la voluntad de retomar un modelo que hoy por hoy se necesita, o sea, hay un refrán que dice: “pagan justos por pecadores”, el modelo se le estigmatizó, se le asignó una serie de responsabilidades que realmente no le correspondían al modelo en sí ni a los centros desconcentrados, sino que fueron omisiones y faltas cometidas por el nivel central en la no contemplación actual para asumir el marco normativo y técnico para asumir la desconcentración. en alguna medida comparto los acuerdos de la Junta Directiva sobre ese tema de que frenaron el proceso, porque después de una serie de evaluaciones, de haber sido ejercidas, encontraron que era un proceso que estuvo mal manejado, mal regulado, que no tenía controles suficientes y por eso mejor suspenderlo. (código informante: 7C)*

Desde otra perspectiva, y a pesar de que los informes de la Contraloría, la Procuraduría y las diferentes comisiones, dieron por hecho que el proceso de desconcentración no funcionó en la CCSS y que no hubo cambios, los entrevistados, que corresponden al nivel operativo de la desconcentración manifiestan que sí hubo aspectos positivos

*Sí, antes de eso lo tenía que hacer el gerente, era el que lo hacía, o sea, el gerente lo hacía si no estaba desconcentrado. Si estada desconcentrado el director de la unidad podía, como te digo, habían unas cosas que sí facilitaban muchísimo a nivel local y aceleraba los trámites, porque en realidad el que acelera las cosas es el interesado. (código informante: 4R)*

De manera que, estos fueron algunos de los aportes en cada uno de los temas desconcentrados:

## **Recurso Humano**

- a) Nuevas Plazas de personal: *“Sí, salimos ganando, pero al final de cuentas lo hicimos nosotros, allá nadie nos dijo que no se podía, porque al final de cuentas como nadie sabía nada, entonces, todo el mundo lo permitió, y nos ganamos esas plazas, que incluso al principio teníamos cinco y apenas nos dieron seis, lo que alcanzaba con el presupuesto, lo mismo con Misceláneos, que ya después creció”*. (código informante: 1SU)

*“hablando de Recursos Humanos no la habríamos tenido nosotros nunca, jamás, cómo estaba la institución y que recibiéramos siete plazas de Farmacia y dos de farmacéuticos, jamás, ¿verdad?, en ese momento, porque ya después se vino todo el proceso de Farmacia las que más plazas les han dado, pero sí, la misma plaza de Servicio Social que trajimos para acá y se hizo todo el proceso”*. (código informante: 1SU)

- b) Traslado de Plazas: *“Nosotros, por ejemplo, vea, una de las cosas que se hacía mucho en ese entonces entre desconcentrados, ¡ah, bueno!, traslado de plazas, la de R se vino directo de Upala, Upala estaba desconcentrado, el Dr., nos mandó para allá y nosotros mandamos de aquí para allá, o sea, la de O con Esparza, otra cosa que hicimos directo nosotros, no mediaba Director de Regional: “¡qué mire que...”. Todo lo hacíamos nosotros directamente”*. (código informante: 1SU)

### **Infraestructura y equipamiento**

- a) Nuevo mobiliario: *“Es que, también, ahora, como ya la institución salió de su crisis mayor no del todo, pero sí, hay incentivos en esto, pero en ese entonces, para cambiar una silla hay que ganarse el 90, y de ese 2 % vamos a darle ese equipo a materiales, entonces, usted va a hacer la realización, luego con el Laboratorio, luego con la Farmacia, esto y esto”*. (código informante: 1SU)
- b) Remodelaciones: *“Bueno, primero el incentivo lo dieron los primeros años, después aunque se asignó el incentivo no lo dieron, de los últimos años no lo dieron, pero esos dineros se utilizaban, los utilizábamos para algunos*

*proyectos específicos de infraestructura, que había que hacer una remodelación en archivo, que había que hacer... entonces, esa plata la cogíamos para hacer... para esas cosas, porque se supone que era para utilizarlo, lógicamente, dentro de la misma institución, pero... decía: "bueno, cojamos esa plata para remodelar la casa número tal y hacemos... metemos ahí la Clínica del Dolor", una cosa así, que fue como se fue haciendo, pero ya al final, aunque ganábamos no nos daban el dinero."* (código informante: 5SU)

c) *Agilidad y mayor eficiencia en tiempo y uso de recursos: "este año andamos perdiendo cerca de veinte millones... (código informante: 3SU) ..."porque no viene el ingeniero, y en este momento si no me arriesgo a hacer absolutamente nada, excepto una básica que sea con el apoyo de Ingeniería. Ahorita si no me arriesgo a hacer sin el apoyo de Ingeniería lógicamente, ahorita está todo más controlado, pero sí que en ese entonces usted tenía la apertura y la gente no te ponía ninguna... si tuviera una Dirección Regional que funcionara adecuadamente, ¿verdad?, pero ya le digo, perdimos veintitrés millones el año pasado, ¿usted cree que estando desconcentrados los habríamos perdido?, para la 2156 que es la infraestructura, que para nosotros, bueno, la clínica ahora la terminamos de ver no está tan mal, que nosotros hemos ido haciendo y haciendo que nosotros hemos visto en las evaluaciones. (código informante: 1SU)*

d) *Mejor ejecución del presupuesto: "Pero sí tenemos muchas necesidades, muchísimas necesidades, ¿yo hubiera perdido veinte millones?, ¿J hubiera dejado que se pierdan veinte millones?, ¡jamás!, ¿M?, ¡jamás!, ¡jamás!, si nosotros ya hubiéramos hecho y deshecho para arriba y otra vez buscar un ingeniero: "venga pa'cá", en su momento, uno de los que más nos ayudaba, ingeniero, era C, que ahora está en la Dirección Regional, pero que en aquel entonces estaba arriba, no me acuerdo dónde estaba, como vivía aquí en Palmares le decíamos: "C, usted puede hacernos el favor", "sí, pídale permiso al jefe", Paul y en cuestión de un mes teníamos todo, o sea, yo no me hubiera*

esperado. (código informante: 1SU)

- e) Mayor resolutiveidad y control de las necesidades de los centros: *“...incluso nosotros tuvimos que modificar las instalaciones eléctricas porque teníamos una orden sanitaria eléctrica, este, hicimos, para ponerle un ejemplo que en desconcentrados no nos hubiera pasado, una serie de acciones nosotros que también nos soplaron por ahí: “mire, váyase por allá, pregunte allá”, total vino un muchachito recién graduado, Ingeniero eléctrico, sobrino de una ATAP, dice: “mire, yo vine aquí por si ocupan algo en este momento estoy desempleado, pero quisiera aportar”, esa gente que viene con esa mística y con esa... “ajá, mire, nosotros lo que tenemos es...” y le contamos, entonces, el chiquillo se interesó, se fue y averiguó en el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos hay un área de bien social o de acción social, y a instituciones públicas les puede servir, y yo puedo hacer”, “Ok, perfecto”, ¿qué hay que hacer? Entonces, nos mandan un formulario, lo llenamos, ¿y quién firma aquí, el Director Regional, el que tiene personería jurídica?, lástima que no me sirve la anterior, mandamos a la Dirección Regional, en este momento, hace tres años, estamos esperando que lo devuelvan, con una orden sanitaria en medio. El chiquillo nos hacía lo que nos está pidiendo el Ministerio, que es el mapa, ¿cómo se llama?..(P1) ...el diseño, el diseño eléctrico, y J se había contactado con H, de la Dirección de allá arriba, del que nos iban a dar el presupuesto, ¿cómo se llama?, ¿el ingeniero?, ¡eh!, el presupuesto, ¿el material?, ¿el ingeniero aquel...?, se me fue el nombre, bueno con O, el ingeniero que fue no sé qué, bueno, la cosa es que nosotros hicimos todas las conexiones, era decirle a la Dra: “firme esto, dígame al ingeniero que usted tiene ahí, que venga que lo analice, que le pregunte al ingeniero que ya está todo listo es nada más que firmen aquí que lo eleven ya conectamos allá arriba para que nos den el material para poder hacer”... tres años, que probablemente, él, desconcentrado, nosotros ya lo hubiéramos hecho, o sea, tendríamos una instalación eléctrica nueva, completa, porque teníamos facilidad. (código informante: 1SU)*

- f) Facilidades para cumplir con las necesidades de la comunidad que ahora se entraban en la Burocracia de las Direcciones Regionales y las Gerencias: *“en cambio, ahora, o después de que pasó la desconcentración aunque hubiera dinero en este momento, el año pasado, bueno, yo me metí en la Junta de Salud al salir como para apoyar un poco al área de salud y decidimos una solicitud de una audiencia con la Gerencia Médica para, como para tratar de ver de qué manera la Gerencia Médica pone los ojos al área de salud y un con un poquito de presión externa a la comunidad... di, si la Gerencia facilita mejorar un poco las cosas, entonces, pedimos la construcción de plazas, de nuevos Ebais, pedimos la reubicación del área, ahí peticiones que se hicieron a la Gerencia.*

*“Por ejemplo, entre las cosas que pedimos fue la construcción de varios Ebais, lugares de visita periódica, que eso en su momento para nosotros era facilísimo hacerlo, simplemente lo que ocupaba era que hubiera dinero y hágalo”.* (código informante: 3SU)

*“El año pasado la Gerencia dijo: “claro, háganlo, pero lo que pasa es que ustedes no son desconcentrados, entonces, les vamos a dar autorización a la Dirección Regional para que ellos lo hagan”, y ahí están, ya por llegar a otro nivel si no es por medios propios, diay, las cosas no se mueven, no se hacen, sencillamente, ofreciéndoles esa opción de que ellos puedan firmar ese tipo de contratos de que ellos puedan tener dinero en esa cuenta en esa partida, la ayuda que la Dirección pueda dar sería enorme porque uno de los puntos que tenemos nosotros claves, como cuellos de botella a nivel de contrataciones, es el hecho de que no exista de que esté una Dirección Regional con poquísimo personal en la parte de personal de Ingeniería y Arquitectura, o sea, la Dirección Regional tiene toda la responsabilidad de ejecutar las obras y todas las obras a nivel de la región, pero casi no tiene gente, la misma gente que está desde hace un montón de años para toda la región”.* (código informante: 3SU)

*“Entonces, ellos no dan abasto, pero estábamos dando la opción de que ellos contraten otra empresa que les haga esos trabajos duros, que la empresa les haga, les contrate la elaboración de planos, estudios de suelo, estudios de impacto ambiental, o sea, que ellos puedan hacer todo eso, porque todo eso les quita tiempo, o sea, que la Dirección Regional sea simplemente como un supervisor de esa otra empresa, y aún así, fijate, esa alternativa y no la han aprovechado a la fecha”. (código informante: 3SU)*

*“Nosotros, por ejemplo, estuvimos reunidos y estábamos pidiéndole cuentas a la Dirección Regional porque no han hecho nada, o sea, según nos dice el director del área de salud de esa petición que hicimos hace casi un año a la fecha la Dirección Regional que se quedó para ver la viabilidad técnica regional de ese tipo de contrataciones por terceros, diay, no ha respondido, eso... achanta... porque opciones tan buenas para la región, digo yo, para avanzar rápidamente, no se aprovecha, porque la Caja, nos decía la Dra. V., no tiene plata, en este momento así, así y yo dispongo de veinte mil millones o treinta mil millones, pero yo se los puedo dar ya si usted me construye... y nada de eso pasa... ve por ejemplo ahorita que la Dirección Regional no está interesada, o sea, a nosotros nos interesaría que a la Dirección Regional le interese para hacer el Ebais de XXX, de El XXX, de La XXX [se omite el nombre para mantener la anonimización], o sea, se nos dio la plata está si ustedes me manejan esto a nivel regional y ahí está, porque no existe ese interés que nosotros lo habríamos asumido desde hace rato, o sea, un interés propio de ver construidas esas sedes de Ebais uno se mueve hasta que lo logra, pero el hecho de que este interés no exista... como te digo, la Gerencia Médica tiene el dinero, pero no puede gastarlo por la ineficiencia de las direcciones regionales.” (código informante: 4R)*

*“los convenios de los Ebais, hubo que sacarlos de la Región y llevarlos allá directamente...” (código informante: 3SU)*

*“...¿a la Gerencia?...” (código informante: 1SU)*

*“en esa línea salieron, tenían seis años de estar ahí y en menos de dos meses salió directamente por Gerencia, entonces, cosas que se agilizaban bastante, pero la gente...”. (código informante: 3SU)*

### **Incentivo al personal y proyección comunal**

- a) Proyección a la comunidad: *“Por ejemplo, el 15 de setiembre venían los chiquitos aquí a bailarnos y a hacernos el acto cultural y a hacernos el acto cívico, a todos les dábamos un jugueto y una galleta, y salía de esa cuenta, o sea, tampoco desperdiciábamos la plata, en este momento si lo hacemos nos van a decir como le dijeron a S, que tiene que pagar noventa y ocho mil pesos porque tenía esa cuenta abierta y esa cuenta no la puede tener abierta, acaba de pagar noventa y ocho mil pesos en el mes de noviembre, y dice: “pero es que se gastó en...”, “no, es que usted no puede tenerla abierta”, en ese entonces teníamos apertura en esas cosas”. (código informante: 1SU)*
- b) Identidad de grupo y de competencia: *“Sí, rescato mucho esa parte, la de los incentivos, yo siento que la gente perdió mucho esa... en lo que era la atención... nadie incentiva... antes algo había y yo sentía que se luchaba un poquito más para alcanzar objetivos, ahora nadie... se ha perdido mucho...”. (código informante: 3SU)*

*“La evaluación era algo interesante para la que todos nos preparábamos, de hecho, el equipo de apoyo los obligaba a trabajar como equipo, para lograr salir bien en los compromisos de gestión, obligaba a que todas las jefaturas, que en este caso nada tenían que ver con la calidad del niño supiera qué era lo que debía hacerse a cada niño para ver cómo evaluar. Tenían que colaborar en un proceso de evaluación de la calidad del niño, pero tenía que aprender a hacerlo, hacer todo el paquete de las jefaturas de servicio teníamos que involucrarlos, para que al final de cuentas tuviera un seguimiento, y que todas las jefaturas que tuvieran alguna autoridad tuvieran el conocimiento de qué estaba pasando y qué se buscaba y cómo se buscaba, entonces, uno*



*necesitaba el compromiso, definitivamente, de todo el equipo de apoyo era fundamental lógico la administración indispensable para avanzar, pero sí era fundamental el compromiso de todo el equipo de apoyo, y de ahí adelante lo que usted pudiera motivar a los Ebais y a los demás". (código informante: 4R)*

## **Presupuesto**

- a) Comunicación intersectorial: *"Sí, nosotros podíamos hacer apoyo a otras instituciones, digo, a otros centros y a muchísimos ahí en Cariari, y D también, a veces me pasaba platas... Por ser desconcentrados." (código informante: 5SU)*

*"Nosotros nos brincábamos todos los niveles, y el nivel central, como no conocía hacía, "mirá, yo no sabía que se podía hacer esto, y ustedes no podían firmar ese convenio tripartito", di, ya lo firmamos y ya lo hicimos, y ahí está, y si quiere vaya deshaga la clínica escolar. Bueno, esa clínica escolar cuánto costó, ¿verdad?, y como era un convenio tripartito el MEP no puso objeción, la Asociación Cívica nos construyó, no me acuerdo cuántos millones costó, y había una clínica ejemplar, ¿verdad?". (código informante: 1SU)*

- b) Mejor gestión del presupuesto institucional y apoyo entre los entes desconcentrados: *"que nosotros más bien aprovechamos, en mucho, la desconcentración, o sea, teníamos tal vez este los ojos así, como ¿a quién le está sobrando?, ¿qué está pasando?, habían unos más temerarios, como el que estábamos hablando, y otros más miedosos... "traiga, traiga, nosotros la gastamos no se preocupe", ese tipo de cosas, ¿verdad?, por ejemplo, algo de poner cerámica abajo se puso con eso, pero todo ese tipo de cosas tenían que ver con el manejo de las platas de los presupuestos como gerentes, cómo gerenciar el proceso, si nos están dando la oportunidad la aprovechamos". (código informante: 1SU)*

## **Un nuevo proceso de desconcentración (Reestructuración)**

Ya que los entrevistados hicieron ver bondades del proceso de desconcentración se les preguntó sobre una nueva implementación que, además, se relacionó con el planteamiento del proyecto de reorganización del nivel central, es decir, desconcentración mínima. Estas fueron sus impresiones

*la decisión de Junta Directiva de frenar un poquito el proceso, me parece que fue atinada, pero que debió haber sido acompañada, como lo dice el acuerdo, cuando se detenga la desconcentración se retomará el modelo, entonces, no se debió haber frenado del todo, sino que se debió haber avanzado, entiendo que la gente que está encargada ahora, por ejemplo, del proyecto de fortalecimiento de los servicios de salud, diay, andan por ahí... (código informante: 7C)*

*Diay, primero que les suelten las ataduras para realmente aplicar la Ley de Desconcentración, que le den la libertad de la desconcentración y de la utilización de la personería jurídica instrumental, ya fundamentada en eso, pues yo me hago responsable y doy la cara ante la Gerencia Médica, si yo no estoy utilizando bien esa desconcentración, la personería jurídica, pues entonces tengo que rendir cuentas, lo que pasa es que al final quitaron la desconcentración, pusieron unos indicadores, que hicieron al final la evaluación del sistema de desconcentración que a nosotros nunca nos habían mandado...yo creo en la desconcentración, pero una desconcentración honesta, sincera, eh... donde te den... te permitan el ejercicio de una forma adecuada, de acuerdo a la ley, no que porque: "ya aquí me están quitando poder, mejor eso no, no lo haga, deje eso así, o hágalo así o hágalo de otra forma", entonces, este... entonces, la desconcentración bien manejada, bien administrada, bien supervisada y bien evaluada te da un perfecto recurso de*

*administración que te va a ahorrar trámites, recursos, te va ahorrar un montón de cosas... tiempo, etc. (código informante: 7C)*

*Mirá, como en todo proceso lo más importante es marcar la cancha que la ley está ahí, la ley está que simple y sencillamente pongan a funcionar la ley y que a la par de la aplicación de la ley de desconcentración con su reglamento... este... exista un proceso de evaluación orientado... fundamentado en la desconcentración, porque si la desconcentración te está dando alternativas de mayores montos de contratación... este... bueno, analicemos a ver, ¿cómo está contratando?, ¿qué está contratando?, ¿cuál ha sido el beneficio institucional?, ¿cuáles han sido los rendimientos?, que... este el manejo del recurso humano... La desconcentración dentro de las restricciones que nos tenían nos pudimos sacar cosas, y yo creo en el proceso de desconcentración, porque agiliza mucho y economiza muchos recursos, entonces, si, por ejemplo ahora hubiera un gobierno que dijera: “bueno, vamos a desconcentrar todos los hospitales” y se hace parejo, pero con controles y con supervisión y con análisis y con evaluación de rendimientos por desconcentración, por desconcentración, no por funcionamiento normal, sino por desconcentración, yo creo que sería muy, muy bueno. (código informante: 5SU)*

*Yo creo que, o sea, yo creo que la institución debería regresar a sistemas similares, porque sí siento que se pudo avanzar, en infraestructura se avanzó, pero montones, y era demasiado sencillo para la institución que, por ejemplo, nosotros le hicimos ese planteamiento a la Gerencia y la Gerencia lo avaló prácticamente, o sea, le dio a la Dirección Regional de que hiciera el estudio de viabilidad técnica de hacer ese tipo de contrataciones por parte de la Dirección Regional y ahí se han dormido, porque no ha habido*

*respuestas, porque no le han puesto ganas, pero para mí esa sería una forma de avanzar que superaría las demás regiones, entonces, si la de aquí la toma e hiciera esa gestión de asumir esa responsabilidad siento que la región ganaría montones en lo que tiene que ver con infraestructura, porque era una forma agilísima de trabajar y no había riesgo y más bien a la institución le salía más barato, abarataba costos y reducía tiempos, como te decía. (código informante: 4R)*

*Lo que sea es que las unidades ganen, siempre y cuando esté más estructurado, más bases, límites que se conozcan con claridad desde el principio, donde se defina en qué aspectos se le permite a usted meter la cuchara... que existan medidas de evaluación de lo que usted está haciendo, o sea, que realmente sea evaluable, en el caso del compromiso de gestión lo hicieron a través de la calidad de la gestión, pero, digamos, esas otras cosas, de alguna manera se sale de la calidad de la atención para caer en un planteamiento administrativo. Tendrían que garantizar la forma de evaluación adecuada, y yo, honestamente te digo, si la Caja vuelve a meter la desconcentración regulada o como sea, la Caja gana, el país gana, las unidades ganan. Yo soy uno de los convencidos de que la desconcentración funciona, o algunas partes de la desconcentración y que depende muchísimo del interés de las unidades, del interés de Gerencia, pero fundamentalmente de cómo estructuren, que no queden esos vacíos tan grandes que quedaron que permitieron que desde que se formó la desconcentración ahí llevaba el virus para su destrucción, automáticamente, porque no había nada que frenara, porque el sistema permitía que el director de la unidad hiciera, casi, lo que le daba la gana, sino venía un zapatazo de la Junta Directiva,*

*así de: “calmate”, porque si no ocurría eso, ese director hacía lo que le daba la gana. (código informante: 4R)*

*Entonces, ese tipo de cosas, por ejemplo, la restructuración de desconcentración mínima yo pediría, funciones específicas y todos los requisitos que se requieren para poder estar desconcentrado, porque ya le digo a nosotros nos desconcentraron sin ton ni son y sin pedirnos a nosotros criterios de qué significaba todo eso, entonces, la parte administrativa, la parte legal que se torna lo más importante en el país, no solo en la Caja, todo mundo pone recursos y contenciosos por cualquier cosa, se va a triplicar y no tenemos un abogado aquí, ni vamos a tener apoyo ni de aquí ni de allá ni de ningún lado, ¿verdad?, porque ya le digo, la Dirección Regional que maneja el resto de unidades que no tenemos... es un caos, realmente es un caos... Entonces, desconcentración mínima a dónde nos va a llevar, a dónde va a estar, está limitado o no está limitado, no está claro ahí, ahí no está claro, por lo menos lo que nosotros leímos, claramente, y en el foro que se hizo en el Colegio de Médicos, el mismo MV no supo definir. (código informante: 1SU)*

Como se puede ver, las opiniones son compartidas respecto a que sería un proceso que ayudaría a la gestión de los centros y a la institución, siempre y cuando se dé una visión clara del proceso y de las definiciones de las potestades brindadas, así como un marco de acción y de evaluación acorde con los temas en que se desconcentrarían las unidades y el tipo de desconcentración que se haría, o sea, máxima o mínima, donde, además, se refuercen las capacidades del nivel local, primordialmente en lo legal.

## **Capítulo 6 Conclusiones**

La OMS, en 2008, promulga que las reformas en la atención primaria en salud tienen por objeto canalizar los recursos de la sociedad para una mayor equidad, con servicios de salud que giren entorno a las necesidades y expectativas de la población, y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades, donde la participación de los ciudadanos es indispensable.

En consonancia con lo anterior, podemos relacionar varios objetivos del proceso de desconcentración y Juntas de Salud, donde se pretendía mejorar la capacidad resolutive de los niveles locales, así como eficacia, eficiencia y la rendición de cuentas tanto a la institución como a la comunidad.

Sin embargo, estos puntos, no se encontraron en el proceso de desconcentración de la Caja Costarricense de Seguro Social. Las razones son muchas y algunas aún no han sido enunciadas en los artículos e informes existentes al respecto.

### **1. De la Genesis**

Los procesos de desconcentración nacen como parte de cambios estructurales del gobierno de Costa Rica con la Reforma del Sector Salud y la modernización institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social en busca de la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, específicamente, en el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud y en el diseño e implantación de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros para otorgar mayor autonomía en la gestión a los órganos desconcentrados en las funciones administrativas, financieras y operativas.

Los Compromisos de Gestión en salud nacen en 1996. Obedecían a la separación de funciones y a la suscripción de un contrato de compra y venta de servicios (cuasicontrato), en ninguno de sus objetivos está claramente enunciado apoyar al proceso de desconcentración, al contrario, fueron creados para medir la

prestación de salud e instaurar un sistema de rendición de cuentas en todos los centros de salud, fueran estos concentrados o desconcentrados.

En sus términos, el proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social se rige por la Ley de Desconcentración 7852 que fue aprobada en 1998, el Reglamento de esta Ley fue aprobado hasta 1999 y el Título Tercero del Compromiso de Gestión que se incluye hasta el 2001, que no fue diseñado para ese fin, por lo que existen lapsos de tiempo entre uno y otro; cuando en la práctica deberían ser complementarios ya que una vez publicada la Ley se enuncian obligaciones y derechos conferidos y limitados por las otras dos herramientas de gestión.

Por lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social es una institución autónoma, con sus propios estatutos, sin embargo, la Junta Directiva decide impulsar la Desconcentración por medio de una Ley, para asegurarle la continuidad en el tiempo y el contenido presupuestario para realizarlo, y no como un proceso interno, esto se debe a que cuando se desconcentran potestades de imperio se debe realizar mediante Ley, así como, para que estos centros no estuvieran subordinados a sus superiores jerárquicos. En ese sentido, aunque existen modas y modalidades de gestión, algunas impuestas por organismos internacionales, no siempre coinciden con la dinámica de organización institucional.

Por tal motivo, los procesos deben instaurarse con un soporte, es decir, una visión institucional y un planteamiento estratégico acorde con los objetivos, y no depender de intereses y compromisos de sujetos aislados, ya que se vuelve insostenible en el tiempo si la organización no está alineada con el cambio.

## **2. De la reglamentación**

La publicación de la Ley 7852, su Reglamento y del Título Tercero, en años diferentes, creó vacíos jurídicos y contradicciones, provocando incertidumbre en todos los actores del proceso de Desconcentración.

Por su parte, los Compromisos de Gestión se utilizaron como herramientas para implementar el Título Tercero que, al mismo tiempo, fue parte operativa de la desconcentración, donde se ampliaban o restringían las facultades transferidas y, en ocasiones, complementando y sugiriendo la interpretación que debía dársele a los artículos del reglamento de desconcentración.

En cuanto a la técnica interpretativa que debía seguirse para la desconcentración operada en la Caja Costarricense de Seguro Social, no siempre se siguió el análisis establecido donde, primero, debía consultarse la Ley 7852, luego, el Reglamento General de Desconcentración, posteriormente, el Título Tercero del Compromiso de Gestión vigente y que, en caso de omisión, se debían seguir las reglas de la Ley General de Administración Pública y legislación conexas, más bien, usualmente, se actuó de manera que temas específicos se tomaban como implícitamente comprendidos en las facultades desconcentradas, en caso contrario, la instancia técnica valoraba si era transferible a instancias inferiores a la Junta Directiva, incluso en contra de lo establecido en la Ley y su Reglamento.

En cuanto a la Desconcentración por ley de potestades de imperio, esto se contradice con el Artículo 25 del Título Tercero del Compromiso de Gestión, donde la instancia técnica competente valora si la facultad es delegable o intransferible por ser una potestad de imperio exclusiva de la Junta Directiva, (Art. 66 Ley General de Administración Pública).

#### **a) De la desconcentración máxima**

Es un tema que desde el inicio del proceso no fue comprendido por ninguno de los actores del proceso de desconcentración, porque por parte de la Junta Directiva, la interpretación fue cambiando con el tiempo, cabe recordar que estas Juntas Directivas cambian con cada elección del gobierno de la República, y que cada una tiene su propia visión de las líneas estratégicas por las que debe alinearse la institución.

Por parte de los superiores jerárquicos, el personal de estas instancias no



sabía qué era la desconcentración ni sus alcances, haciendo que las acciones de estos Órganos Desconcentrados siguieran el proceso habitual (el que usaban los no desconcentrados). Con el tiempo, y sin conocer tampoco los alcances de la desconcentración, ya no ponían objeción alguna por el simple hecho de que esos órganos estaban desconcentrados, tratando de regular el proceso mediante el Título Tercero del Compromiso de Gestión no sin antes generar luchas de poder, ya que estos superiores jerárquicos no podían controlar a estos centros desconcentrados porque tenían que resolver algunas situaciones que los órganos desconcentrados sí debían asumir.

Por parte de los Directores de los Órganos Desconcentrados, la interpretación fue que se les permitía realizar cualquier acción en los temas desconcentrados sin necesidad de dirigirse a las Direcciones Regionales o las Gerencias, incluso interpretaron que esto era extendido a todas sus labores, hasta los temas no desconcentrados.

#### **b) De la personería jurídica**

La personería jurídica instrumental se desarrolla en modelos de desconcentración administrativa máxima y referida únicamente a las funciones transferidas, con la finalidad de dotarlos de autonomía presupuestaria y de capacidad jurídica para decidir en nombre propio, dentro de su circunscripción territorial o competencial. Cuando se otorga se dan derechos, pero también se adquieren obligaciones, en cuyo caso las implicaciones no fueron asimiladas por la organización al igual que lo que significaba la desconcentración administrativa máxima.

Entonces, las jerarquías institucionales quisieron regular estas funciones. Incluso nunca se les dio libertad o autonomía presupuestaria, más bien, sus facultades fueron limitándose con el tiempo aún en contra de lo establecido en el mismo reglamento de desconcentración.

Por parte de los Directores y Administradores no tenían claras las implicaciones legales de dicha facultad causando, según ellos, que algunos tomaran

“riesgos” y otros fueran “temerarios” en su accionar, por supuesto, como resultado de un inadecuado proceso de inducción, reglas poco claras y ausencia de apoyo jurídico, que muchas veces mostraron los “errores” cometidos.

### **c) En cuanto a las relaciones de dependencia de la Junta Directiva**

La Ley 7852 establece, claramente, que los Órganos en Desconcentración máxima gozarán de personalidad jurídica instrumental en el manejo de las facultades transferidas y sus representantes, esto es Director y Administrador, y que serán responsables y responderán por su gestión ante la Junta Directiva de la Caja.

De igual manera, el Reglamento establece lo mismo sobre esta responsabilidad en su Artículo 7, incluso establece que es la Junta Directiva la que aprueba o no las acciones de las demás dependencias, o sea, organización administrativa, Compromiso de Gestión, incentivos económicos, formulación de políticas y programas, pero en otros señala que las relaciones del órgano desconcentrado con los órganos centrales superiores de la institución se darán por medio de su Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva, las Gerencias de División, la Auditoría Interna, el CENDEISS, la Superintendencia y las Direcciones Regionales en sus ámbitos de competencia; no obstante, queda sustraído ordinariamente a órdenes, instrucciones o circulares del superior, sujetos únicamente a la Ley, a los reglamentos generales de la institución, al compromiso de gestión y las disposiciones administrativas y técnicas que lo desarrollen o que garanticen el cumplimiento de los compromisos y de las políticas de salud.

Por último, en el 2000 y mediante anotación al Reglamento, la Junta Directiva aclarará que la única tarea que le corresponden directamente respecto de los directores de los Órganos Desconcentrados es el nombramiento, destitución o suspensión, que todo lo demás es una relación administrativa con la Gerencia de División correspondiente. Como se aprecia, es imposible seguir una línea de trabajo, de mando y de rendición de cuentas para todos y cada uno de los implicados en el proceso de desconcentración con tales contradicciones.

### **3. De la aplicación**

#### **a) Selección**

El proceso de selección de los centros no fue claro para los órganos desconcentrados, ya que se dio por invitación y tomando como resultado las evaluaciones de los Compromisos de Gestión iniciados años antes y asumiendo los buenos resultados como buena capacidad de gestión; sin embargo, no se tomó en cuenta si la capacidad del centro había llegado a su límite o no.

En ese sentido, los directores invitados a participar en la desconcentración como un plan piloto debían considerarlo como un proceso en inicio, con poca claridad, verlo como una oportunidad y un riesgo que les aumentaba el salario, pero les limitaba ejercer funciones fuera de la institución; además, debían considerar si su centro de salud estaba en condiciones y tenía el personal suficiente, condicionando su participación, pues en caso contrario se elegía otro en su lugar.

Por su parte, el Director debía tener conocimientos sobre Administración o recibía una maestría, empero, no tenía formación en procesos de desconcentración, sino que fue inducido con un proceso no formal y de acuerdo a las necesidades de la institución y todo su rol de jerarquía.

#### **b) Capacitación**

El Reglamento de la Ley 7852 es explícito sobre las funciones de capacitación de los encargados de cada uno de los temas desconcentrados, sin embargo, lo que se tuvo como capacitación fueron procesos aislados.

Los Directores de los Órganos Desconcentrados debían estar formados o formarse en Administración de Servicios de Salud, por eso, se realizaron capacitaciones sobre los conceptos generales de desconcentración versus descentralización, y sobre personería jurídica al inicio del proceso.

Respecto a las facultades desconcentradas, las llamadas a capacitación no eran sistemáticas, sino reactivas a los temas que fueran generando dudas o

inconveniencias para los implicados en el proceso.

La Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud estuvo “ausente” en el proceso de acompañamiento y capacitación según los entrevistados, la mayoría de su aprendizaje fue de manera informal mediante consultas entre los pares desconcentrados.

### **c) Desarrollo**

Dentro del recurso humano necesario para el desarrollo de la desconcentración no se contempló la necesidad de un abogado, a pesar de que la mayoría de los temas sobre las facultades y responsabilidades conferidas son de índole jurídico.

No hubo un acompañamiento del nivel central, ni por las Direcciones de Sede (Gerencias), ni por la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, excepto por algún personal de mandos medios y por una relación de afinidad, quienes funcionaban como referentes de consulta sobre algunas de las acciones realizadas por los Órganos Desconcentrados.

Las facultades transferidas en cuanto a Recursos Humanos estaban delimitadas de previo al proceso de desconcentración, ya que algunas de estas acciones habían sido desconcentradas.

Uno de los pilares de la Desconcentración debía ser el manejo presupuestario a nivel de los entes desconcentrados, sin embargo, carecían de personificación presupuestaria, más bien, dependía de las capacidades institucionales y, sobre todo, que estaba ligado a una asignación presupuestaria histórica para cada órgano, limitando su crecimiento y el desarrollo de las facultades transferidas por desconcentración por lo que se dificultaba cumplir con las necesidades específicas de su población, aunque se tuviera personería jurídica, estaba amarrada a la capacidad presupuestaria del centro.

En su lugar, las facultades conferidas crearon luchas de poder entre el nivel

central y los Órganos Desconcentrados, y mayor división entre las unidades concentradas y desconcentradas, así como el recelo de las Direcciones Regionales.

Como consecuencia, el “incentivo” dado a los Directores y Administradores se vio como injusto y como un costo elevado del proceso de desconcentración, ya que algunas de las funciones que realizaban los órganos desconcentrados fueron solicitadas posteriormente a los Directores de los órganos no desconcentrados y otras eran resueltas en casos específicos por las Direcciones regionales o las gerencias, sin embargo, no se valoró el peso y riesgo que involucraba para estos su personería jurídica, la posibilidad de ser destituido ante recomendaciones de las Juntas de Salud y el que su puesto fuera valorado cada cinco años.

#### **d) Evaluación**

La evaluación realizada sobre el uso de las facultades transferidas en los temas de Recursos Humanos, Contratación Administrativa y Presupuesto no fueron realizadas en forma sistemática, ya que las existentes -en los primeros y últimos años de la desconcentración- no corresponden a todas las facultades transferidas, sino a temas específicos y otros sin relación alguna con el proceso.

Las evaluaciones anuales del Compromiso de Gestión no incluían facultades desconcentradas, ya que el Título Tercero no agregaba indicadores a esta evaluación. De manera que el Compromiso de Gestión se evaluó uniformemente a concentrados y desconcentrados y siguiendo los mismos criterios, además, la variabilidad en las metas no estaba definida por la desconcentración, sino por los resultados de cada uno de los centros y de las necesidades de la institución.

Las instancias encargadas de realizar procesos de evaluación, como las Direcciones de Sede y la Asesoría Técnica de Desconcentración y Juntas de Salud, según el Reglamento de la Ley 7852 sobre las distintas facultades transferidas, no realizaron el proceso ni tampoco coordinaron con la Dirección encargada de la evaluación de los Compromisos de Gestión, o sea, Dirección Compra de Servicios de Salud, para incluir indicadores de evaluación a estos respectos, por lo tanto, al no

realizar evaluaciones periódicas, no se tuvo control del proceso y se fue actuando conforme aparecían los eventos.

#### **4. De la conclusión del proceso**

Se partió del hecho de que no hubo diferencia entre los resultados de un órgano concentrado y uno desconcentrado, sin embargo, esta diferencia no podía ser evidente si lo que se les evaluaba era lo mismo, las funciones que no estaban desconcentradas.

Al no existir evaluaciones sistemáticas de cada una de las Direcciones de Sede (Gerencias) encargadas, la Junta Directiva solicitó un análisis del proceso de desconcentración, pero enfocados en terminar el proceso, por lo que se encontró lo que se buscaba: razones para suspender la desconcentración, no para reforzarla y continuarla.

El proceso tuvo varias fortalezas que no fueron tomadas en cuenta al terminar ni incluidas en los informes de la Comisión y en las decisiones de la Junta Directiva, como por ejemplo: contrataciones rápidas, convenios con otras instituciones y con la comunidad, manejo de dineros entre entes y entre partidas, reducción de tiempo en los procesos, la contratación directa de personal con el que no contaba la institución y las destrezas que aprendieron los Directores y Administradores y que los órganos concentrados no tenían y sus contactos con mandos medios que les permitían ejecutar las acciones de forma más rápida.

No se consideró, por parte de la Comisión redactora del informe, que varios años antes mediante el Título Tercero las facultades de los órganos desconcentrados se fueron reduciendo y limitando, dejando sin opciones a los Directores y Administradores para ejecutar el proceso en forma adecuada.

Con la suspensión del proceso de desconcentración se pretendía ahorrar recursos, sin embargo, estos aumentaron al tener que equiparar los salarios a todos Directores de las unidades en el rubro de prohibición de ejercer como profesionales

liberales, lo cual es un sin sentido.

La Junta Directiva que regía cuando se termina el proceso de desconcentración hizo una interpretación del Artículo 1 de la Ley 7852 donde se anunciaba que la Caja Costarricense de Seguro Social podía ampliar la desconcentración a otros centros, y el Artículo 1 del Reglamento de la Ley 7852 donde dice que podría organizar sus hospitales, clínicas y áreas de salud, como órganos desconcentrados de la institución. Con esto se suspendió la desconcentración sin tener que derogar la Ley, mientras que lo tocante a las Juntas de Salud no se pudo suspender porque la Ley 7852 fue explícita en su creación como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas.

#### **5. De una nueva aplicación**

Para lograr este fin se debe recordar que la Ley 7852 está vigente, no se ha derogado, y lo correspondiente al proceso de desconcentración está suspendido, por lo que podría reactivarse si lo quisiera la Junta Directiva de turno.

Por parte de los entrevistados, algunos del orden de lo operativo y otros de control y evaluación, el proceso de desconcentración es necesario en la institución, pero, se deben solventar cada uno de los puntos enunciados, si se desea ponerla en práctica.

#### **6. Una conclusión general**

La incapacidad institucional para delimitar las potestades otorgadas fue una constante hasta la finalización del proceso. Las herramientas operativas e interpretativas a seguir, los vacíos e incongruencias entre todos los elementos jurídicos que enmarcaban el proceso de desconcentración (Ley 7852, su Reglamento, el propio Título Tercero, las políticas institucionales y otras leyes conexas), la falta de un apoyo jurídico local, y un débil proceso de inducción y capacitación para todas las instancias incluidas en el proceso, como únicos responsables de los resultados del proceso en su unidad y del uso correcto de las atribuciones conferidas mediante la

personería jurídica, el cambiante Título Tercero de los Compromisos de Gestión en cada nuevo Compromiso de Gestión provocaron que los Directores de los entes desconcentrados tuvieran que amoldarse a las impericias y nuevos requerimientos, implicando una dificultad para la aplicación del proceso de desconcentración.

En realidad, nunca existió una evaluación de las facultades conferidas mediante la desconcentración, sino una serie de evaluaciones de procesos y producción en salud. A pesar de todo eso, se obtuvieron resultados positivos de la desconcentración que no fueron sujetos de evaluación, ni tomados en cuenta por la Comisión que realizó el dictamen con el que la Junta Directiva justificó el término del proceso y la suspensión de esta sección de la Ley.



## Capítulo 7 Recomendaciones

En caso de que se tomara en consideración activar nuevamente el proceso de desconcentración en la CCSS en el contexto de una reorganización de servicios, el análisis de la implementación muestra importantes debilidades, pero pueden corregirse con las siguientes recomendaciones:

1. Revisar el marco jurídico donde se sustentará la desconcentración, de manera que se definan las herramientas e instrumentos para desarrollar y evaluar el proceso, esto evitará la incertidumbre para las personas encargadas de la implementación y las contradicciones entre la Ley, su Reglamento, el Título Tercero o cualquier otro que se utilice.
2. Junto con la delimitación del nuevo proceso de desconcentración deben existir una serie de acciones previas al inicio de la implementación, como por ejemplo:
  - a. Proceso de selección de las unidades a desconcentrar, sujeto a criterios técnicos.
  - b. Proceso de capacitación continua para los encargados de implementar el proceso.
  - c. Soporte técnico y jurídico por parte del nivel central, es decir, Gerencias y Direcciones, y de las Redes Integradas de Prestación de Servicios en Salud (RIPSS).
  - d. Procesos de monitoreo y evaluación periódica acordes a las facultades desconcentradas; con indicadores, metas, plazos y responsables.
  - e. Apertura de la Gerencia General, Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva para realizar las modificaciones necesarias según los resultados de las evaluaciones periódicas del proceso.
3. Utilizar la figura de desconcentración máxima y no la mínima, de manera que los directores y administradores de los centros tengan realmente la potestad de tomar decisiones y asuman en todos los extremos las facultades y deberes conferidos mediante la personalidad jurídica instrumental.

4. Para nuevas decisiones de tipo administrativo y que afectan la estructura jerárquica de la institución se debe valorar, detenidamente, si es necesario que estos cambios sean instaurados por Ley y no por las facultades propias conferidas por autonomía.
5. Toda acción que contemple decisiones que ameritan la reorganización de servicios, además de ser factibles, y con contenido económico para su desarrollo, deben obedecer a necesidades de la institución para brindar un mejor servicio, por lo que toda la estructura interna debe estar identificada con el desarrollo y la continuidad de los procesos, siendo los tres niveles de atención entes proactivos, esto permitirá que los procesos maduren y se consoliden, ya que no obedecerán a tendencias o imposiciones externas a la institución y no dependerán de pocas personas o de un contexto político dado.
6. Realizar estudios que complementen los análisis realizados del proceso de desconcentración, así como de procesos similares desarrollados en otras organizaciones con el fin de encontrar oportunidades de mejora que faciliten la implementación y el éxito de nuevos procesos de desconcentración en las instituciones públicas del país.

## Bibliografía

- Aguilar, J. (2005). Reforma y modernización del Estado en Costa Rica 1982-2004: Antecedentes, desarrollo y perspectivas. *ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública*, 183-205.
- Aguilar, J. (2009). Reforma y modernización del Estado en Costa Rica 1982-2004: Antecedentes, desarrollo y perspectivas. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 183-205. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Reforma-y-modernización-del-Estado-en-Costa-Rica-y-Aguilar/16dea7f05e50c25b4d870ecce6ceb4be6c338fb>
- Agüero, M. A. (Abril de 2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2).
- Benavides, R. (s.f.). La desconcentración. *Revista Jurídica*, 187.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (1997). El Compromiso de Gestión: Teoría y Evidencia. Documento interno.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). *El Sistema Nacional de Salud. Generalidades*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>
- Casassus, J. (1989). Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales. *Descentralización y desconcentración de los sistemas educativos en América Latina: Fundamentos y dimensiones críticas*, (págs. 143-162). Brasilia, Brasil.
- Centro de Información Jurídica (CIJUL). (s.f.). *Descentralización de la administración pública*. Costa Rica. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjY\\_sKcgtDxAhX4k2oFHawW9AHsQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fcijulenlinea.ucr.ac.cr%2Fportal%2Fdescargar.php%3Fq%3DODI4&usg=AOvVaw2yTewb\\_atUsB5B4hZA8pIH](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjY_sKcgtDxAhX4k2oFHawW9AHsQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fcijulenlinea.ucr.ac.cr%2Fportal%2Fdescargar.php%3Fq%3DODI4&usg=AOvVaw2yTewb_atUsB5B4hZA8pIH)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (1998). Hacia unas nuevas reglas del juego: Los Compromisos de Gestión en salud en Costa Rica desde una perspectiva Comparativa. Chile. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rj>

a&uact=8&ved=2ahUKEwjv\_ZW9hNDxAhXBI2oFHaALDDUQFjAAegQIAxAD  
&url=https%3A%2F%2Fwww.cepal.org%2Fes%2Fpublicaciones%2F6256-  
nuevas-reglas-juego-compromisos-gestion-salud-costa-rica-perspectiva-  
comparativa&usg=AOvVaw3u9tBAc0EUtO6d0\_sWFW69

Contraloría General de la República. (1999). *Panorama de la reforma del Sector Salud*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Panorama%20de%20la%20reforma%20del%20sector%20salud.%20Contralor%C3%ADa%20General%20de%20la%20Salud.pdf>

Fraga, G. (2007). *Derecho Administrativo*. México: Porrúa.

Gaceta. Asamblea Legislativa. (Enero de 1994). Ley 7374. *Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de:  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro\\_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=1807&strTipM=T](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=1807&strTipM=T)

Gaceta. Asamblea Legislativa. (Noviembre de 1994). Aprobación del contrato de préstamo no. 3654-cr y sus anexos, suscritos entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financiar el proyecto de reforma del Sector Salud. 7441. San José, Costa Rica. Recuperado de:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8w-TEgdDxAhXckmoFHTC7A3YQFjACegQIBRAD&url=https%3A%2F%2Fcgrfile.s.cgr.go.cr%2Fpublico%2Fjaguar%2FUSI%2Fnormativa%2FLeyes%2FL-7441.doc&usg=AOvVaw1PL9VptHPu8U5rMRLZtkCd>

Gastal, A. (1989). Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales. *Descentralización y Desconcentración, objetivos de una estrategia de desarrollo con equidad* (págs. 103-120). Brasilia, Brasil: ILPES

González, M. A., Estevez, J. D., & Rodríguez, M. D. (2018). *Conceptos de Salud Pública y Estrategias Preventivas*. (G. C. S.L., Ed.) España, Barcelona, España: ELSEVIER.

Gutiérrez Trujillo, G., Campos Vasquez, C., López Cervantes, M., & Acevedo Milán, L. (1989). La descentralización y los sistemas locales de salud en México. *Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de*

*los sectores y servicios sociales*, (págs. 351-382). Basilia, Brasil.

Herrera, C. P., Pacheco, P., & Suazo, J. (1994). Paradigmas cuantitativos y cualitativos. *Educación y Pedagogía*. Colombia.

Madrigal, E. C. (2011). *Ideario sobre la descentralización en Costa Rica*. San José: Instituto de Formación y Capacitación Municipal y de Desarrollo Municipal [IFAM].

Magaña, G. F. (1985). *Derecho Administrativo*. Argentina: Editorial Porrúa.

Martínez, M., De Irala, J., & Delgado, M. (2018). *Conceptos de Salud Pública y Estrategias Preventivas*. España: ELSEVIER.

Murúa Barbenza, P., Alvarez Vera, I., Misslin Fillol, M., Navarro Torres, R., & Mangili Fuentes, L. (1989). Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales. *Proceso de descentralización y desconcentración en Chile y su aplicación en el servicio de salud de Bio Bio*, (págs. 283-316). Brasilia, Brasil.

Navarro, R. F. (2003). Algunos principios jurídicos que informan la Ley 7852, Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592003000100004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100004)

Organización Mundial de la Salud. (2008). La atención primaria en salud. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: Recuperado de <https://www.who.int/whr/2008/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Informe de la Salud del Mundo 2008*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69864>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre los resultados de la OMS presupuesto por programas 2016-2017*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276530>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Perfil de Situación en Salud 2010*. Washington, DC. Recuperado de: <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Perfil%20de%20Costa%20Rica.pdf>

- Porto, J. P. (2009). *Definición de Ley*. Recuperado de: <https://definicion.de/ley/>
- Procuraduría General de la República. Dictamen, 3. (10 de 09 de 2008). Dictamen: 313 del 10/09/2008. *Procuraduría General de la República*. Recuperado de [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro\\_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=15414&strTipM=T](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/pronunciamiento/pro_ficha.aspx?param1=PRD&param6=1&nDictamen=15414&strTipM=T)
- Real Academia Española. (1970). *Diccionario de la Lengua española* (19<sup>a</sup>. ed.).
- Rodríguez, G., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Granada: España, Ediciones Selviula: Aljibe.
- Rodríguez Noba, P. (1989). Seminario Interagencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales. *Factores dinámicos de crecimiento y acceso social a los servicios esenciales*, (págs. 121-143). Brasilia, Brasil.
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. (25 de Febrero de 1992). Resolución N° 00495. *Acción de inconstitucionalidad*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://vlex.co.cr/vid/-497181530>
- Salas, R. A. (2002). *El Proceso de Descentralización en Costa Rica*. Editorial San José, Costa Rica.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. B. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. 6). México: Mc Graw Hill.
- Solano, A. V. (2009). La desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social, Ley 7852. San José, Costa Rica.
- Vallina Velarde, Juan Luis de la. "La desconcentración administrativa", *Revista de Administración Pública*, Madrid, núm. 35, mayo-agosto de 1961.
- Vargas González, R. A. (1997). *Calidad de los servicios. Experiencia de Costa Rica*. Recuperado de: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12591997000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004)
- Velásquez Gavilanes, R. (24 de 01 de 2009). Hacia una nueva definición del concepto de "política pública". *Desafíos*, 149-187. Recuperado de: <https://www.proquest.com/openview/5f3b0522757fa190ec6c12051a190675/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042448>

Velásquez Gavilanes, R. (2010). Hacia una nueva definición del concepto de Salud Pública. *Desafíos 20*, enero-junio, 2009, pp. 149-187. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3596/359633165006.pdf>

Villalobos Solano, L. B. (1996). La Reforma del Sector Salud: antecedentes, contexto y algunas implicaciones. *Economía y Sociedad*, 133-142. Recuperado de: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/economia/article/view/6853>

# Anexos



## **Anexo 1. Reglamento de la Ley 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social; La Gaceta 03: 05/01/2001**

Sistema de Estudios de Postgrado  
Maestría en Salud Pública



### **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

**NOTA DE SINALEVI:** *La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 7° de la sesión 7502, celebrada el 30 de noviembre 2000, con respecto a este Reglamento emitió la siguiente disposición:*

*"En relación con el Reglamento a la Ley número 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta Directiva acuerda aclarar que las únicas tareas que corresponden directamente a la Junta Directiva respecto de los directores de los órganos desconcentrados es el tema del nombramiento de acuerdo con las normas vigentes en el Reglamento a la Ley número 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, y lo que concierne a la destitución o suspensión que como medida cautelar corresponda adoptar, sin perjuicio de las funciones que competen al Gerente conforme al artículo 53° del Reglamento vigente. Todo lo demás, es una relación administrativa con la Gerencia de División correspondiente, en este caso, con la Gerencia de la División Médica y las demás instancias señaladas en el artículo 1°, inciso 2° del mismo Reglamento "en sus respectivos ámbitos de competencia"*

#### **Aprobación Reglamento**

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo ° de la sesión 7394, celebrada el 2 de diciembre de 1999, dispuso aprobar el siguiente Reglamento a la Ley N° 7852, Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social:

#### **REGLAMENTO A LA LEY N° 7852**

#### **DESCONCENTRACION DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

La Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, considerando:

- La Ley N° 7852 de 30 de noviembre de 1998 "Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social,
- La necesidad de desarrollar, aplicar y alcanzar los objetivos de la desconcentración y autonomía previstos en la citada "Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social".

Y de conformidad con la facultad que le confiere el artículo 14°, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja, aprueba el siguiente:

## REGLAMENTO GENERAL DE DESCONCENTRACION DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

### CAPÍTULO I

#### **Del acuerdo de desconcentración**

##### **Reglamento a la Ley N° 7852 Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la Caja**

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 Addendum al mismo, en el que se establecerán las condiciones individuales que regularán, respecto de la desconcentración que se opere, entre otros:

Las competencias de autonomía presupuestaria, de contratación administrativa, de manejo de sus recursos humanos y demás competencias que son transferidas o delegadas al órgano y los límites de su ejercicio.

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 CENDEISS, la Superintendencia y las Direcciones Regionales en sus respectivos ámbitos de

competencias vigentes. Las relaciones con el resto de órganos institucionales serán establecidas por Reglamento debidamente aprobado por la Junta Directiva.

Cualquier delegación de funciones que se realice hacia el centro o área de salud desconcentrados, así como los límites de esas delegaciones.

Los objetivos, obligaciones y metas que se compromete a cumplir el órgano desconcentrado durante el plazo de vigencia del compromiso.

Las obligaciones que asumen los órganos centrales de la Caja frente al Hospital, Clínica o Área de Salud desconcentrado.

Los instrumentos y procedimientos de verificación y evaluación del cumplimiento de dichos compromisos, y de los resultados de la gestión del órgano.

Artículo 2.- El acuerdo de Junta Directiva que autorice la desconcentración, y el Compromiso de Gestión que posteriormente se suscriba o su Addendum, establecerán las competencias que le son transferidas, así como el plazo de vigencia de dicho compromiso y las condiciones de resolución anticipada. Dicho plazo será el mismo que tendrán el acuerdo de desconcentración y las delegaciones de funciones que se autoricen.

Artículo 3.- El grado de desconcentración será máxima cuando el órgano desconcentrado esté sustraído ordinariamente a órdenes, instrucciones o circulares del superior. Los órganos a los que se otorgue personalidad jurídica instrumental tendrán desconcentración máxima. Estos últimos quedarán sujetos únicamente a la Ley, a los reglamentos generales de la Institución, a su compromiso de gestión y a las disposiciones administrativas y técnicas que lo desarrollen o que garanticen el cumplimiento de los compromisos y de las políticas de salud.

Artículo 4.- En todo caso, el órgano desconcentrado se encontrará obligado a actuar conforme al ordenamiento jurídico aplicable a la Caja, a los Reglamentos Generales de la Caja, los lineamientos generales de política que adopte la Junta Directiva, la política general de salud y a los objetivos y obligaciones que le señala el Compromiso de Gestión suscrito con los órganos centrales de la institución.

Artículo 5.- De previo al acuerdo de la Junta Directiva de la institución, para proceder a la desconcentración de cada unidad se requerirá de la realización de los estudios técnicos que justifiquen la medida, considerando las necesidades del área, centro de salud u hospital a desconcentrar y de su población asignada.

Artículo 6.- En caso de incumplimiento injustificado de la normativa general aplicable a la Caja, del compromiso de gestión o de los límites presupuestarios, la desconcentración, así como cualquier delegación de funciones que en virtud de esta normativa se hubiese acordado en favor de cualquier hospital, clínica o área de salud, podrá ser revocada, sustituida o modificada, total o parcialmente, en cualquier momento, mediante acuerdo fundado de la Junta Directiva de la Institución, previo informe de la Gerencia de División competente, siguiendo para ello los procedimientos de intervención que se establecen en este reglamento. Esto último, sin perjuicio de las medidas cautelares que se adopten por la Gerencia competente o la Junta Directiva para garantizar el servicio de salud encomendado a la Institución.

## CAPÍTULO II

### **De la dirección, representación y organización de los Órganos Desconcentrados**

Artículo 7.- El Director será el jerarca del órgano desconcentrado, y responderá ante la Junta Directiva de la institución por la gestión del hospital, clínica o área de salud a su cargo, así como por el cumplimiento del Compromiso de Gestión y las disposiciones legales, reglamentarias, y de política institucional que lo regulan.

Artículo 8.- El Director y el Subdirector cuando exista el cargo, de las unidades desconcentradas serán nombrados por la Junta Directiva de la Caja por períodos de cinco años, pudiendo ser reelectos. Antes de su nombramiento, la Gerencia Médica deberá consultar a la Junta de Salud del órgano desconcentrado sobre los candidatos propuestos. En caso de que el puesto quede vacante o vencido el plazo de su nombramiento sin que la Junta Directiva hubiese acordado su reelección, a recomendación de la Gerencia Médica, el cargo será sacado a concurso. Corresponderá a la Gerencia de División Médica, en coordinación con la Dirección de Recursos Humanos, implementar los procedimientos, y preparar los atestados correspondientes y presentar una terna para que la Junta Directiva realice oportunamente la elección, de conformidad con la legislación vigente.

Artículo 9.- Los hospitales, las clínicas y las áreas de salud que la Junta Directiva de la Caja acuerde desconcentrar en grado máximo gozarán, una vez que se firme el correspondiente Addendum al Compromiso de Gestión y dentro de los límites que en él se establezcan, de personalidad jurídica instrumental para el manejo y la gestión presupuestaria del órgano; para las contrataciones administrativas que deban realizarse con el propósito de cumplir sus objetivos y metas; y para el manejo y la organización de sus recursos humanos.

La personalidad jurídica instrumental le concede al órgano desconcentrado la capacidad jurídica para decidir en nombre propio, dentro de su circunscripción territorial o competencial, sobre la materia propia de las competencias que le han sido trasladadas, como un medio para satisfacer de manera adecuada, eficiente y equitativa, los servicios integrales de salud que brinda la Caja a los usuarios, de conformidad con la legislación y normativa vigente.

Artículo 10.- Corresponderá al director la representación legal del órgano desconcentrado, quien tendrá las facultades que le conceda la legislación y el

Addendum del Compromiso de Gestión. Para determinar la extensión de las facultades que se reconocerán al director se deberá considerar al menos:

El grado de desconcentración máxima del órgano que dirige.

Las limitaciones que imponen la ley y los reglamentos generales de la institución.

Los antecedentes del órgano en el cumplimiento de los objetivos, metas y obligaciones pactados en los Compromisos de Gestión que hubiere suscrito con anterioridad.

Artículo 11.- El Director del órgano desconcentrado, previa consulta del nombre de la persona propuesta con la Junta de Salud nombrará un Administrador, quien ejercerá las tareas de administración y financieras de conformidad con la normativa aplicable de la institución. El director será su superior jerárquico.

Artículo 12. —La organización administrativa del órgano desconcentrado y sus modificaciones, corresponderán al director, quien las hará de conocimiento de las Gerencias de la Institución, de la Junta de Salud y a la no objeción de la Junta Directiva.

Corresponde a la Gerencia de División Modernización y Desarrollo, proponer las políticas y normas institucionales de carácter general que aprobará la Junta Directiva, que rigen el diseño y rediseño de la estructura organizacional de los establecimientos de salud desconcentrados, y es responsable de la asesoría, capacitación y evaluación de los resultados del proceso.

La Junta Directiva de la Caja, previa consulta con las Gerencias de División Médica, Administrativa, y de Modernización y Desarrollo, podrá objetar esa organización administrativa o sus posteriores modificaciones, cuando con ellas se incumplan normas generales de la Institución, lineamientos de la Caja, o del Compromiso de gestión acordado. *(Así reformado mediante sesión 7404 celebrada el 13 de enero del 2000)*

Artículo 13.-En todos los casos, la organización del órgano desconcentrado deberá contemplar al menos la estructura básica necesaria para el cumplimiento del compromiso de gestión, la administración de los recursos humanos, la contratación administrativa, y el presupuesto.

Artículo 14. —El titular de la unidad. Órgano, Departamento y/o Dirección del Hospital, Clínica o Área de Salud, es el responsable de establecer, mantener y perfeccionar su sistema de control interno, entendido éste como el conjunto de normas que regulan el control dentro de la organización. Este control administrativo debe ser ejercido en forma previa, concurrente y posterior a las operaciones.

La Auditoría Interna de la Caja, como parte integral del sistema de control interno, ejercerá sobre estos órganos desconcentrados sus funciones con independencia funcional y de criterio en todo su ámbito, con el objeto de evaluar en forma sistemática todas las transacciones que se ejecuten, así como velar por el cumplimiento del sistema de control interno, como forma de brindar un servicio de asesoría a la administración para el logro de sus objetivos y metas, en las mejores condiciones de eficiencia, eficacia y economía. *(Así reformado mediante sesión 7404 celebrada el 13 de enero del 2000)*

### CAPÍTULO III

#### **De los compromisos de gestión con las Unidades Desconcentradas**

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:

El director del Órgano Desconcentrado;

Un representante de la Gerencia Médica;

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 de 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.

Las instancias negociadoras podrán delegar en sus respectivas direcciones o dependencias, los aspectos técnicos y la preparación de las propuestas de compromisos de gestión. La Gerencia Médica determinará el papel de compra que les corresponde cumplir por delegación en esta materia a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

El director del órgano desconcentrado deberá solicitar criterio a la Junta de Salud, por un plazo no mayor de un mes calendario, sobre el proyecto de compromiso de gestión, antes de su firma.



El Plan de Atención Integral en Salud a las Personas y la estrategia de compra serán aprobados por la Junta Directiva a propuesta de la Presidencia Ejecutiva.

Artículo 17.- Los mecanismos de evaluación de la gestión y de cumplimiento de resultados que se incorporen a los Compromisos de Gestión deberán ser uniformes para todos los órganos desconcentrados, y solamente se admitirán diferencias entre éstos atendiendo al nivel de atención en que opera el órgano o a especiales y muy calificadas condiciones de operación. En todo caso, deberán observarse e incorporarse, según sea el caso, todos los requisitos dispuestos en este Reglamento y en la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja.

Artículo 18.- El proyecto de compromiso de gestión será sometido a la aprobación de la Junta Directiva de la Institución. Las gerencias compradoras, deberán presentar anexa al proyecto de Compromiso de Gestión, la evaluación sobre la gestión del órgano desconcentrado o por desconcentrarse, y sus recomendaciones al respecto.

El compromiso de gestión de las unidades desconcentradas regirá a partir de su aprobación por parte de la Junta Directiva.

Artículo 19.-La Junta Directiva podrá requerir, además, de previo a aprobar el Compromiso planteado, el criterio de la Auditoría Interna y de la Superintendencia General de Entidades y Servicios de Salud.

## CAPÍTULO IV

### **De los Recursos Humanos**

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 addendum 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 en la contratación se regirán por lo dispuesto en el artículo 12 y siguientes del Reglamento Interior de Trabajo. 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 período definido no mayor de un año. Ante esta hipótesis, el Director General deberá valorar la transitoriedad o no del puesto contratado antes del vencimiento de dicho contrato, de ser necesaria la continuidad del mismo, desarrollará las acciones necesarias para el otorgamiento del (los) código (s) de plaza (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.

El incumplimiento en el trámite oportuno de estos puestos de trabajo, cuando se justifique, generara responsabilidad disciplinaria en el (los) funcionario (s). *(Así reformado el inciso a) mediante sesión 7605 celebrada el 3 de diciembre del año 2001)*

b) El reclutamiento y selección de personal, aplicando directamente el proceso de selección legal o reglamentario que corresponda, de acuerdo con el grupo ocupacional al que pertenezca el (la) servidor (a).

c) El diseño y desarrollo de incentivos no económicos para sus servidores (as), tal y como se establece adelante.

d) La creación y desarrollo de los programas de capacitación y formación de personal para sus servidores (as). El impacto económico de estos programas y de las remuneraciones resultantes, será asumido por el presupuesto de la unidad desconcentrada.

e) La reasignación individual de puestos, para lo cual deberá contar con los recursos financieros necesarios y garantizar la viabilidad a la luz del próximo presupuesto anual ya negociado o aprobado.

f) Cualquier otro previsto en la presente reglamentación o que en el futuro se establezca por la Junta Directiva de la Caja.

La Dirección de Recursos Humanos tendrá a su cargo el control del Sistema Integrado de Información en materia de Recursos Humanos, debiendo proveer a los centros de trabajo de los programas o componentes que les permitan incorporarse al sistema e interactuar en él. Dichos programas o componentes solo podrán ser modificados, total o parcialmente, por la Dirección de Recursos Humanos, previo informe a la Gerencia de División Administrativa".

Artículo 21.- La Gerencia Administrativa de la Caja, por medio de la Dirección de Recursos Humanos, será responsable del diseño técnico de la política institucional en materia de recursos humanos y de su adecuada planificación, así como de las propuestas de reglamentación. Esas competencias serán ejercidas, en particular, en cuanto a: a) promoción, emisión, modificación y sustitución reglamentaria; b) la política general de salarios; c) la política y los límites generales para la creación de plazas, diseño, clasificación y valoración, y la realización de estudios grupales e integrales de puestos a solicitud de las unidades desconcentradas; d) la política general de reclutamiento y selección de personal; e) el manejo de las relaciones laborales de orden general; f) cualesquiera otras delegadas por ley o reglamento; indispensables para una eficiente administración del recurso humano en la Caja.

La Dirección de Recursos Humanos tendrá a su cargo la gestión del Sistema Integrado de Información en materia de Recursos Humanos, debiendo proveer a los centros de trabajo de los programas o componentes que les permitan incorporarse al sistema e interactuar en él.

Sobre el resto de actividades que actualmente comprenden la gestión de recursos humanos, ejercerá la evaluación técnica de las actuaciones desarrolladas por los órganos desconcentrados, en los términos o condiciones que se fijan adelante.

Artículo 22.- Serán de carácter obligatorio en el manejo de los Recursos Humanos, los programas institucionales de orientación e inducción, y los de evaluación del desempeño, a fin de que los servidores se identifiquen con las funciones, alcances y deberes de su competencia, y con la misión y visión de la institución y del órgano.

Artículo 23.- Corresponderá a cada hospital, clínica o área de salud desconcentrados, la contratación de los empleados y funcionarios de la Caja que presten servicios en ese órgano, salvo disposición legal en contrario que determine su impedimento para la ejecución de un procedimiento o acto en particular. Para esos efectos, deberán seguirse los procedimientos establecidos en la ley, los reglamentos y estatutos generales de servicios de la Institución, así como en la normativa técnica de reclutamiento y selección general o específica; y el perfil descriptivo de puestos, de cada grupo ocupacional.

Artículo 24.- Los servidores permanentes de los órganos desconcentrados son, para todo efecto legal, servidores de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los nombramientos interinos y en propiedad, derivados de procesos de selección o concurso, que se promuevan para la contratación de empleados y funcionarios en los órganos desconcentrados de la Caja, todo tipo de remuneración que se acuerde por

sus servicios y la fijación de sus remuneraciones, deberán respetar los lineamientos de política salarial y de empleo de la institución y el marco de legalidad aplicable al grupo ocupacional correspondiente. En caso contrario, no se generarán derechos en favor del beneficiario

Artículo 25.- La evaluación del desempeño de los servidores corresponderá a la administración de cada órgano desconcentrado

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, 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.

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 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 servidores (as) involucrados (as), sin perjuicio de las acciones que establece la Normativa de Relaciones Laborales vigente, para objetar la ejecución de actuaciones presumiblemente irregulares en su perjuicio. *(Así reformado el párrafo segundo mediante sesión 7605 celebrada el 3 de diciembre del 2001)*

Quedan a salvo aquellas situaciones de emergencia, derivadas de estado de necesidad, fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otra d 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.

Artículo 27.- Corresponderá a la Junta Directiva la aprobación de los sistemas de incentivos económicos, y cualquier sobresueldo, que se implemente.

Los órganos desconcentrados podrán diseñar los sistemas de incentivos no económicos y los procesos de participación y de gestión que consideren más convenientes con los propósitos de mejorar la eficiencia; incrementar la motivación de sus funcionarios; y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, en la medida que no afecten las políticas presupuestarias de la institución

Artículo 28.- Es responsabilidad de las jefaturas de todos los niveles jerárquicos de los órganos desconcentrados, el facilitar y promover la comunicación interna, y lograr los mejores resultados en las funciones que desempeñan sus unidades, motivando la participación de todos los servidores en la búsqueda de las soluciones más apropiadas a los problemas que se enfrenten, así como en la previsión de las necesidades futuras.

Las jefaturas deberán velar por el cabal cumplimiento de la puntualidad y asistencia al trabajo, las normas morales, éticas y disciplinarias que regulan las relaciones de servicio con los funcionarios de su dependencia, de manera que contribuyan a que las mismas se desarrollen en un ambiente laboral armónico y participativo que propicie la motivación, para el mejoramiento de la calidad, la seguridad y la confiabilidad de los servicios que se brinden a los asegurados.

Artículo 29.- El Director del órgano desconcentrado, podrá desarrollar procesos de resolución alterna de conflictos de carácter individual o colectivo, con usuarios o servidores del respectivo centro de salud.

Los conflictos colectivos laborales y los gremiales de carácter económico y social serán atendidos, en el órgano desconcentrado en que se presenten, en el que se les deberá procurar encontrar solución atendiendo a los principios, normas y políticas que rigen a la Institución en esa materia.

La Gerencia de División Administrativa por medio de la Dirección de Recursos Humanos, lo mismo que la Gerencia Médica, deberá dar seguimiento a dichos conflictos e informar sobre los segundos oportunamente a la gerencia de división competente, a la Presidencia Ejecutiva y a la Junta Directiva de la Caja, de acuerdo con la magnitud e impacto que ocasione en los servicios la situación atendida.

Artículo 30.- La Junta Directiva, a solicitud del CENDEISSS o de la Dirección de Recursos Humanos, cada una en el ámbito de sus competencias, formulará las políticas y definirá los programas de becas para la formación, capacitación e investigación en los distintos niveles de atención a los asegurados. Esa definición se realizará a partir de los diagnósticos de necesidades institucionales o de los órganos desconcentrados y de la planificación estratégica del desarrollo de los recursos humanos de la Institución. En materia de investigación y experimentación las unidades de la Caja se regirán por las normas de bioética aplicables a la Institución. Corresponderá al CENDEISSS, la dirección y conducción de los campos clínicos, de los internados y de las residencias médicas, conforme a la normativa vigente, sin perjuicio de las delegaciones que a este propósito se determinen en favor de las unidades desconcentradas.

Artículo 31.- Los órganos desconcentrados deberán establecer un sistema de gestión de calidad de los procesos de los recursos humanos dentro del marco de sus competencias. El sistema que se implemente deberá tener la capacidad de medir, cuantificar y evaluar periódicamente dichos procesos, así como el de integrarse a los sistemas de evaluación institucionales.

## CAPÍTULO V

### **De la Contratación Administrativa**

Artículo 32.- Los órganos desconcentrados tendrán competencia suficiente para celebrar las contrataciones administrativas de bienes, servicios y obras que deban realizar con el propósito de cumplir sus objetivos y metas. Esta competencia deberá ejercerse de conformidad con la legislación vigente, los lineamientos estratégicos y la normativa técnica general que específicamente se defina a nivel Institucional, así como dentro de los límites que establece este reglamento y el correspondiente Compromiso de Gestión que suscriba el órgano con la Junta Directiva de la Caja.

Artículo 33.- Mediante el Compromiso de Gestión pueden trasladarse al órgano desconcentrado, en materia de contratación administrativa y dentro del ámbito de competencia territorial, todas o algunas de las competencias, deberes, potestades y funciones reconocidas a la Caja por las Leyes, reglamentos, normas generales que le afecten o propias de la institución que regulen esas actividades, a las que se encontrarán sometidos, al igual que a los pronunciamientos que en esa materia le resulten vinculantes.

Los órganos desconcentrados serán responsables del acatamiento de todas las disposiciones relacionadas con el régimen de prohibiciones, cumplimiento de requisitos previos, procedimientos de contratación y trámites que garantizan la eficiencia, la publicidad, la igualdad y libre competencia, así como de toda regulación relacionada con el debido cumplimiento de las obligaciones por parte del contratista.

Artículo 34.- Para que los órganos desconcentrados ejecuten adecuadamente la contratación de bienes y servicios, la Gerencia de Operaciones, por medio de la Dirección de Recursos Materiales deberá cumplir con las siguientes funciones específicas:



a) Realizará y comunicará anualmente, los estudios técnicos necesarios para identificar los suministros que presenten condiciones de significativa economía de escala a nivel Institucional. Adicionalmente, deberá emplear mecanismos de negociación centralizada del precio de los bienes y servicios, procurando reservar las contrataciones para que se continúen perfeccionando en el nivel desconcentrado. Cuando no sea posible trasladar el perfeccionamiento de la contratación al nivel desconcentrado, deberá planificar adecuadamente esas contrataciones hasta su efectiva ejecución y distribución, de manera que no se obstaculice la eficiencia de los órganos desconcentrados.

b) Deberá constituir y mantener un Registro General de Proveedores de la CCSS. Para el funcionamiento de dicho Registro se deberá establecer un procedimiento de acreditación y un sistema de información, en tres niveles integrados: Nacional, Regional y Local, y en al menos tres áreas específicas: Registro de Proveedores; Registro de Contratos según la modalidad empleada; y Registro de Sanciones. También deberá establecer los programas necesarios para que dichos procedimientos de acreditación y registro faciliten la contratación de las unidades desconcentradas con los proveedores que ofrezcan las mejores condiciones económicas, de seguridad y de atención, a los órganos desconcentrados y al nivel central.

Los órganos desconcentrados deberán utilizar obligatoriamente el Registro General de proveedores de la Caja.

c) Deberá elaborar, para conocimiento y aprobación de la Junta Directiva de la CCSS, las propuestas de normas y políticas institucionales generales en materia de contratación administrativa de bienes y servicios.

d) Deberá desarrollar, mantener y poner al alcance y disposición de los todos los órganos desconcentrados, un sistema de información para la gestión de los suministros, que permita entre otros aprovechar las ventajas tecnológicas disponibles y accesibles actualmente, en beneficio de la optimización de los procesos de compra, gestión de inventarios, precios institucionales, control de obsolescencia, consolidación a nivel institucional regional o local de compras e inventarios, registro de transacciones y consumos, evaluación operativa del desempeño.

e) Apoyar a los órganos desconcentrados, en los siguientes campos: información de proveedores, publicación nacional o internacional de concursos, servicios de almacenamiento y distribución y otros, para que las Unidades realicen directamente la contratación de bienes y servicios.

f) Deberá capacitar y asesorar los órganos desconcentrados sobre, procedimientos de exoneración de impuestos y des almacenaje, con el Ministerio de Hacienda necesarios para continuar aprovechando el escudo fiscal a que tiene derecho la CCSS.

g) Deberá capacitar a las unidades desconcentradas para que éstas realicen directamente los trámites interinstitucionales relacionados con el tema de contratación administrativa, especialmente con referencia a procedimientos ante la Contraloría General de la República.

h) Brindará a solicitud de los Órganos Desconcentrados la asistencia técnica para que puedan realizar una adecuada verificación de la calidad de sus adquisiciones.

i) Deberá mantener actualizados y a disposición de los Órganos Desconcentrados los catálogos, normas técnicas y especificaciones de Bienes y Servicios que se requieren para la adecuada prestación de los servicios institucionales.

j) Deberá establecer los mecanismos de evaluación de la gestión de los órganos desconcentrados en la actividad de la contratación administrativa, de conformidad con los lineamientos de política de la institución y los compromisos adquiridos por el órgano desconcentrado en el Compromiso de Gestión. Asimismo, cumplirá con el reporte trimestral a que se refiere el artículo 101 de la misma Ley de la Contratación Administrativa. Por medio de las evaluaciones operativas periódicas propiciará que los órganos desconcentrados mantengan un proceso de mejoramiento continuo de su capacidad de gestión de sus suministros, de cuyos resultados deberá informar oportunamente a la Junta Directiva de la Institución.

k) Deberá capacitar a los órganos desconcentrados, a su solicitud, para aspectos tales como: planeamiento de requerimientos, preparación de carteles, evaluación de ofertas, atención de recursos de apelación y similares, finiquito de contratos, trámites aduaneros, gestión de inventarios, gestión de la obsolescencia y de artículos inmovilizados, actualización en contratación administrativa, actividades que corresponden al Órgano Desconcentrado.

Artículo 35.- En materia de contratación de obras de infraestructura, bienes inmuebles y adquisición de tecnología en general, el Órgano Desconcentrado tendrá plena competencia para contratar, en tanto el costo anual de los compromisos que deben satisfacerse a los contratistas, no superen como máximo el quince por ciento (15%) del presupuesto anual del centro y siempre y cuando cumpla con la política y normativa vigente y las siguientes condiciones tendentes a evitar la desarticulación, la demanda auto inducida, los costos operativos excesivos y las inversiones infructuosas:

- a) No modifique, unilateralmente, el perfil funcional del establecimiento.
- b) No provoque, sin justificación técnica, un desarrollo excesivo de la capacidad de oferta de sus servicios de salud.

- c) Realice un adecuado mantenimiento, aprovechamiento y operación de su acervo tecnológico.
- d) Elabore los planes específicos que justifiquen la factibilidad y racionalidad técnico-económica de los proyectos de inversión, así como su capacidad técnica y financiera para ejecutarlos.

Para este tipo de contrataciones, se deberá incorporar al contrato una cláusula que garantice el cabal cumplimiento de lo ordenado. El incumplimiento de esta disposición será considerado falta grave de parte del director del órgano desconcentrado, lo que acarreará en su contra las responsabilidades personales de ley.

Las contrataciones adjudicadas de conformidad con estas disposiciones serán recurribles por los interesados ante la Junta Directiva de la Institución, de acuerdo con la cuantía y los procedimientos de contratación aplicables. Los montos y modalidades de contratación continuarán siendo definidos por la Junta Directiva de la Institución.

Artículo 36.- Los órganos desconcentrados ejecutarán las contrataciones de infraestructura, bienes inmuebles y adquisición de tecnología en general. La Gerencia de Operaciones por medio de las Direcciones correspondientes, deberá cumplir con las siguientes funciones:

- a) Desarrollar, asesorar y dotar a los órganos desconcentrados de un sistema de información para mantener actualizado el inventario técnico de la infraestructura y equipo, que contenga entrega los datos pertinentes para establecer su estado de funcionamiento, conservación, confiabilidad y eficiencia. Este sistema de información debe contribuir a la definición de las políticas de inversión en infraestructura física y equipamiento de las distintas unidades, así como, facilitar a

los Órganos Desconcentrados el mejoramiento de la gestión de conservación y mantenimiento.

b) Deberá elaborar y poner a conocimiento de la Junta Directiva de la CCSS, las propuestas de políticas de mantenimiento y la normativa técnica para la infraestructura y equipo, que deberán incluirse en los compromisos de gestión.

c) Deberá consolidar los diferentes estudios de vulnerabilidad que se requieran para determinar la política institucional en esta materia de forma tal que coadyuve a la prevención y atención de factores de riesgo atendiendo a la política que se determine, los órganos desconcentrados elaborarán los planes de contingencia.

d) Deberá difundir entre los órganos desconcentrados la normativa técnica general en el ámbito de su competencia.

e) Deberá capacitar a los órganos desconcentrados para que puedan contratar y supervisar adecuadamente sus propios proyectos de inversión.

f) Deberá establecer los mecanismos de evaluación de la gestión de los órganos desconcentrados en cuanto a los proyectos de inversión a su cargo, de conformidad con los lineamientos de política de la institución y los compromisos adquiridos por el órgano desconcentrado en el Compromiso de Gestión. Por medio de las evaluaciones operativas periódicas propiciará que los órganos desconcentrados mantengan un proceso de mejoramiento continuo de su capacidad de ejecución de sus proyectos de inversión, de cuyos resultados deberá informar oportunamente a la Junta Directiva de la Institución.

Artículo 37.- La compra de medicamentos, se mantendrá en el nivel central, sin embargo en casos excepcionales de emergencia o de especial urgencia el establecimiento desconcentrado podrá realizar la adquisición directa de los mismos,

en estos casos deberá actuarse de conformidad con la legislación vigente en materia de Contratación Administrativa y deberá obtenerse previamente la autorización del Departamento de Farmacoterapia, documentando la contratación y sus justificaciones en un plazo máximo de 5 días.

Artículo 38.- La compra de servicios médico u hospitalarios deberá ser justificada previamente ante la Gerencia de División Médica, quien deberá evaluarla de conformidad con la política institucional y darle el 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.

La compra de los servicios médicos o de salud a terceros deberá, en todo caso, ha de 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.

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 de la División 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 (Caja Costarricense de Seguro Social).

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" (Los últimos tres párrafos fueron adicionados en el artículo 12º de la sesión número 7605, celebrada el 3 de diciembre del año 2001).

Artículo 39.- Los órganos desconcentrados deberán registrar en el sistema de información todas las contrataciones administrativas que realicen y las sanciones que impongan a sus proveedores de conformidad con la ley de la Contratación Administrativa

## CAPÍTULO VI

### **De la Gestión Presupuestaria**

Artículo 40.- Corresponderán al órgano desconcentrado el manejo y la gestión del presupuesto que anualmente se les asigne centralmente, de conformidad con este Reglamento, atendiendo a la asignación presupuestaria y a los límites que determine el correspondiente Compromiso de Gestión y la política presupuestaria institucional.

Artículo 41.- La Junta Directiva, previo estudio de la Gerencia Financiera, considerando los ingresos estimados para cada ejercicio en particular, aprobará el Presupuesto y dictará anualmente la política presupuestaria de la Institución en el campo de salud. Asimismo, definirá la macro asignación de recursos correspondientes al financiamiento de la atención integral de la salud, la administración, las inversiones, el servicio de la deuda y los proyectos especiales dirigidos al mejoramiento de los servicios que se brindan a los asegurados en cada órgano desconcentrado.

Artículo 42.- La asignación de recursos a los órganos desconcentrados se determinará en forma prospectiva en el proceso de negociación del Compromiso de Gestión en el que finalmente deberá incorporarse. En ese proceso de negociación participará la Gerencia de División Financiera por medio de la Dirección de Presupuesto.

Artículo 43.- Dentro del monto preliminar asignado vía compromiso de gestión a cada órgano desconcentrado y la política presupuestaria institucional, el órgano desconcentrado presentará ante la Gerencia Financiera su proyecto de presupuesto para el ejercicio económico inmediato siguiente. La presentación deberá cumplir con los instructivos dispuestos para tal fin y se deberá formalizar dentro de los plazos que oportunamente y con la suficiente antelación, informará la misma Dirección.

En caso de no cumplirse en tiempo con la presentación del proyecto de presupuesto, la Dirección de Presupuesto asumirá la competencia de su formulación.

Cuando se asignen recursos adicionales, deberá adaptarse el compromiso de gestión para incorporar las variaciones previstas en la producción concertada.

Artículo 44.- Los órganos desconcentrados deberán cumplir sus compromisos con el presupuesto global asignado. Se autoriza a los órganos desconcentrados a realizar



las modificaciones presupuestarias internas y adoptar las modificaciones externas, para lo cual deberán aplicar los mecanismos establecidos y los instructivos vigentes sobre la materia.

Artículo 45.- Si el establecimiento de salud requiere variar las partidas de su presupuesto, podrá elaborar la modificación interna que corresponda, y ejecutarla con la aprobación del director del órgano, una vez informada la Junta de Salud correspondiente. El director deberá enviar una copia del documento aprobado a la Dirección de Presupuesto para su inclusión en el Sistema de Control de Presupuesto y actualizar los saldos de las partidas afectadas, antes de su ejecución.

De igual forma, deberá enviarse a la Dirección de Presupuesto, en las fechas establecidas, el consolidado de las modificaciones internas realizadas durante el período.

Artículo 46.- Las modificaciones externas se regirán por las disposiciones de la Ley y de la Contraloría General de la República en esa materia. El órgano desconcentrado requerirá la aprobación previa de la Gerencia Financiera para realizar los cambios propuestos. La Gerencia deberá responder a la solicitud en un plazo máximo de 10 días hábiles, vencido el cual, se entenderá aprobada la gestión a nivel interno y podrá tramitarse directamente ante la Contraloría General de la República.

Artículo 47.- El órgano desconcentrado ejecutará su presupuesto de acuerdo con la planificación realizada, lo pactado en el Compromiso de Gestión y las disposiciones legales y reglamentarias de aplicación a la materia.

Artículo 48.- El Director del órgano desconcentrado es responsable del control presupuestario. Podrá solicitarse la colaboración de la Dirección de Presupuesto en apoyo y asesoramiento de los procesos presupuestarios.

Artículo 49.- Corresponderá a la Gerencia de División Financiera por medio de la Dirección de Presupuesto vigilar las tendencias del gasto de las diferentes partidas de las asignaciones hechas a los órganos desconcentrados, y la evaluación de la gestión presupuestaria de cada uno de ellos. La Gerencia deberá implementar un sistema de evaluación trimestral sobre ejecución del gasto y un Sistema Integrado de Información Presupuestaria que permita, basado en un plan único de cuentas, consolidar las diferentes partidas y comparar los diferentes órganos entre sí, de acuerdo al nivel de atención en que operen, de forma general y por regiones.

En caso de incumplimiento de los límites presupuestarios aplicables trimestralmente, se adoptarán a nivel central medidas preventivas o correctivas que se deberán adoptar por las unidades desconcentradas. De mantenerse la situación, se limitará o suspenderá el ejercicio de la autonomía presupuestaria reconocida al órgano desconcentrado, sin perjuicio de lo dispuesto en el capítulo siguiente.

## CAPÍTULO VII

### **De la Intervención del Hospital, Clínica o Centro Desconcentrado**

Artículo 50.- La Junta Directiva de la Caja, actuando de oficio o a solicitud del Presidente Ejecutivo, de cualquiera de las Gerencias de División, de la Auditoría Interna, de la Superintendencia General de Establecimientos y Servicios de Salud, del Director de órgano desconcentrado, o de la Junta de Salud correspondiente, y mediante acuerdo fundado, podrá intervenir total o parcialmente un hospital, clínica o área de salud, asumiendo el control de los servicios que se prestan o la administración del órgano.

La intervención supondrá la suspensión, por el plazo señalado en el acuerdo en que se adopte, de la autonomía otorgada en general a la unidad desconcentrada o limitarse a los ámbitos presupuestarios, de manejo de los recursos humanos o de la contratación administrativa, según corresponda. Podrá aplicarse parcialmente a un

servicio o área de atención de la unidad desconcentrada, según la naturaleza de la causa que la sustente. La intervención deberá limitarse proporcionalmente a las materias, áreas o servicios que den lugar a la misma.

Artículo 51.- El mismo acuerdo de intervención deberá designar a los interventores que asumirán el control de la gestión del órgano, materia, área o servicio a intervenir, los límites de sus funciones, y el plazo de la intervención. Esos límites y plazos podrán ser modificados en cualquier momento, mediante acuerdos posteriores de la Junta Directiva.

Artículo 52.- Constituyen causales de intervención:

- 1) El incumplimiento grave o la desviación de las obligaciones, objetivos o metas convenidos en el Compromiso de Gestión.
- 2) El incumplimiento de disposiciones legales, reglamentarias o el incumplimiento grave de la política institucional o de las normas o directrices del Ministerio de Salud en el ámbito de su competencia.
- 3) Las denuncias graves o la inconformidad constante y comprobada de la población asegurada.
- 4) Cualquiera otra que la Junta Directiva de la Institución considere de mérito equivalente para adoptar la medida.

La Auditoría y la Superintendencia de Establecimientos y Servicios de Salud, deberán informar a la Junta Directiva, a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia de División Médica, sobre el conocimiento que tuvieren de tales hechos, así como sobre el resultado de las investigaciones que realicen en el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 53.- La Junta Directiva podrá adoptar las medidas cautelares que estime oportunas al momento de acordar la intervención de un órgano desconcentrado. Las distintas Gerencias de División y otras instancias de la Caja deberán recomendar inmediatamente a la Junta Directiva sobre las medidas correctivas que estimen

oportunas. La Presidencia Ejecutiva o la Gerencia de División Médica, podrá adoptar medidas cautelares provisionales de intervención, lo que se pondrá en conocimiento de la Junta Directiva, para que ésta las ratifique, modifique o derogue, según corresponda.

Artículo 54.- Cuando la intervención fuere total y la gravedad del motivo lo amerite, el director del órgano desconcentrado o los funcionarios que se estime oportuno, podrán ser suspendidos temporalmente de sus cargos en tanto se determina la verdad de lo sucedido en el debido proceso que se deberá iniciar de inmediato, y en el que los interventores deberán rendir un informe completo ante el Órgano Director que designará la Junta Directiva para esos efectos. En estos casos, el informe del Órgano Director deberá rendirse ante la Gerencia de División Médica, quien resolverá lo que corresponda. La resolución del Gerente será apelable ante la Junta Directiva, dentro de los 3 días posteriores al de la notificación de lo resuelto. Lo que la Junta Directiva resuelva agotará definitivamente la vía administrativa.

Artículo 55.- Dentro del plazo concedido para esos efectos, los interventores deberán presentar un informe a la Junta Directiva en el que especificarán los resultados de su intervención y las medidas que estimen oportuno adoptar a efecto de restablecer la normal administración del órgano en el menor plazo posible. La intervención, para todo efecto, deberá ser excepcional y por plazo definido, sin perjuicio de su renovación cuando se mantengan las condiciones que dieron lugar a su adopción, lo que deberá justificarse y motivarse adecuadamente.

### **Disposiciones finales**

Artículo 56.-Este Reglamento deroga, en lo que se le oponga, cualquier disposición anterior de igual o inferior jerarquía.

### **Disposiciones transitorias**

**Transitorio 1º—:** Los Directores de Hospitales, Clínicas o Áreas de Salud, que al momento de entrar en vigencia este reglamento se encuentren ocupando ese cargo,

en propiedad, permanecerán en él, conservando íntegros todos sus derechos adquiridos.

**Transitorio 2°—:** Las Gerencias de División deberán implementar inmediatamente programas de capacitación y asesoramiento a los Hospitales, Clínicas o Áreas de Salud que se desconcentren, sobre el manejo de las competencias que les serán conferidas y que sean propias de sus funciones de evaluación. Asimismo, deberán diseñar los Sistemas de Información Integrados a que se refiere este Reglamento, previendo mecanismos alternos y temporales, hasta tanto no se encuentren éstos en pleno funcionamiento.

**Transitorio 3°—:** En ningún caso, la aplicación de esta normativa podrá afectar los derechos adquiridos legítimamente por ningún servidor de la Caja.

**Transitorio 4°—:** El Capítulo IV sobre los recursos humanos, entrará en vigencia seis meses después de aprobado el presente Reglamento, con el objeto de que la administración central, adopte las medidas necesarias para la capacitación y planificación de los procesos a desconcentrar. El plazo podrá ser prorrogado por la Junta Directiva a instancia de la administración central o desconcentrada.

**Transitorio 5°—:** La compra de servicios médicos u hospitalarios prevista en el artículo 37°, solo podrá ejecutarse una vez aprobado el Reglamento de compra de servicios, por parte de la Junta Directiva.

**Transitorio 6°—:** Se autoriza el inicio de la negociación del addendum del Compromiso de Gestión que reconocerá la desconcentración, con los siguientes Hospitales o áreas de salud:

1. Hospital Nacional de Niños
2. Hospital Rafael A. Calderón Guardia
3. Hospital San Juan de Dios

4. Hospital México
5. Hospital Raúl Blanco Cervantes
6. Hospital Enrique Baltodano Briceño
7. Hospital San Vicente de Paúl
8. Hospital Escalante Pradilla
9. Hospital de San Carlos
10. Hospital San Francisco de Asís
11. Área de Salud de Coronado
12. Área de Salud de Santa Cruz de Guanacaste
13. Área de Salud de Chacarita
14. Área de Salud de Esparza

(Aprobado en el artículo 6° de la sesión número 7394, celebrada el -2 de diciembre de 1999).

San José, 15 de diciembre de 1999. —Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria, Junta Directiva. —1 vez—C-67830—(83607).

**Transitorio 7°—:** Los funcionarios pertenecen al centro en donde laboran en la actualidad y en los últimos seis meses, independientemente de la asignación por unidad ejecutora de la plaza que ocupan. Ello sin perjuicio de la decisión de la Gerencia competente de proceder a los traslados, de conformidad con las normas vigentes. (Así adicionado mediante sesión 7399, celebrada el 16 de diciembre de 1999)

**Transitorio 8°—:** Las presentes disposiciones no afectan las contrataciones a terceros que se encuentren en ejecución, ni los trámites de compra en curso o en vías de adjudicación, desarrollados con base en las disposiciones reglamentarias anteriores que estuvieron vigentes en su oportunidad. (Así adicionado mediante sesión 7605 celebrada el 3 de diciembre del 2001).

## Anexo 2. Guía de Entrevista

Sistema de Estudios de Postgrado  
Maestría de Salud Pública



### RECURSOS HUMANOS

1. ¿Realizaba el Área de Salud a su cargo el proceso de contratación de recursos humanos? ¿Cómo ejecutaba dicho proceso?
2. ¿Realizaba el Área de Salud a su cargo el proceso de selección y reclutamiento de personal? ¿Cómo ejecutaba dicho proceso?
3. ¿Realizaba el Área de Salud a su cargo el proceso de asignación de incentivos no económicos a los trabajadores? ¿Cómo ejecutaba dicho proceso?
4. ¿Realizaba el Área de Salud a su cargo el proceso de creación de programas de capacitación para los funcionarios? ¿Cómo ejecutaba dicho proceso?
5. ¿Implementaba el Área de Salud a su cargo el proceso de Estudio de puestos? (solicitud)
6. ¿Aplicaba el Área de Salud a su cargo los programas institucionales de orientación, inducción y evaluación del desempeño? ¿Cómo ejecutaba dichos programas?
7. ¿Aplicaba el Área de Salud a su cargo variaciones de condiciones laborales (horarios, jornadas, labores, lugar de trabajo) de acuerdo a las necesidades de los servicios? ¿Puede enumerar y explicar algunos de estas variaciones?
8. ¿Desarrollaban en el Área de Salud a su cargo procesos de resolución alterna de conflictos, de carácter individual o colectivo? ¿Cómo realizaban dichos procesos?
9. Realizaba el Área de Salud a su cargo diagnósticos de necesidades en formación capacitación e investigación. ¿Puede enumerar y explicar algunos de estos diagnósticos?
10. ¿Se establecieron en el Área de Salud a su cargo sistemas de gestión de la calidad de los procesos de recursos humanos? ¿Qué características tenía dicho proceso?

## CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA

1. ¿Realizaba el Área de Salud a su cargo contratación de bienes, servicios y obras? ¿Cómo se realizaban estas?
2. ¿Se realizaron para su Área de Salud procesos de negociación centralizada y contratación en la Gerencia de Operaciones de la Dirección de Recursos Materiales?
3. ¿Utilizaba su Área de Salud el Registro Nacional de Proveedores (acreditación, sistema de información (nacional, regional y local), en registro de contratos y sanciones) y tenía obligatoriedad del uso del Registro General de Proveedores? ¿Cómo se caracterizaban estos procesos?
4. ¿Se le brindaba al Área de Salud a su cargo apoyo en: información de proveedores, publicación de concursos, almacenamiento y distribución por parte de la Gerencia de Operaciones de la Dirección de Recursos Materiales?
5. ¿Funcionarios del Área de Salud a su cargo recibieron capacitación sobre exoneración de impuestos y des almacenaje, control de calidad, planeamiento de requerimientos, preparación de carteles, evaluación de ofertas, atención a recursos de apelación, gestión de obsolescencia, por parte de la Gerencia de Operaciones de la Dirección de Recursos Materiales?
6. ¿Se realizaron en el Área de Salud a su cargo procesos de evaluación de la gestión por parte de la Gerencia de Operaciones de la Dirección de Recursos Materiales?
7. ¿Se aplicaba el tope de contratación del 15% del presupuesto anual, para obras de infraestructura, bienes muebles y adquisición de tecnología? ¿Qué características tenían estos tipos de contrataciones?
8. ¿Se utilizaba un sistema de información actualizado para el inventario técnico de infraestructura y equipo? ¿Favorecía realmente este sistema la gestión de conservación y mantenimiento de las inversiones realizadas?
9. ¿Cómo se realizaba en el Área de Salud a su cargo el proceso de Adquisición directa de medicamentos y de compra de servicios médico-hospitalarios?
10. ¿Se registraban en el sistema de información todas las contrataciones y sanciones realizadas a los proveedores?



## GESTIÓN PRESUPUESTARIA

1. ¿Qué características presentaba su Área de Salud en la Ejecución y manejo anual del presupuesto asignado (histórico)?
2. ¿Se presentaba anualmente a la Gerencia Financiera un proyecto de presupuesto?
3. ¿Se realizaban modificaciones internas y externas a este presupuesto? ¿Qué particularidades tenía este proceso?
4. ¿Se realizaba en su Área de Salud la Evaluación trimestral de la ejecución del gasto por parte de la Dirección de Presupuesto de la Gerencia Financiera y mediante un sistema integrado de información presupuestaria?

### Anexo 3. Consentimiento informado sobre la aplicación de entrevista.

Sistema de Estudios de Postgrado  
Maestría de Salud Pública

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO  
Teléfonos:(506)2511-4201 Telefax:(506)2224-9367



#### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

#### *Evaluación del Proceso de Desconcentración en Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud de la Caja Costarricense del Seguro*

Código (o número) de entrevistado: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador Principal: Paul Ernesto Araya Vega

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Realizar un análisis de la implementación del proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social de manera que se conozcan las fortalezas y debilidades en la aplicación de la ley 7852.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Usted colaborará participando en la aplicación de una entrevista, en la cual se harán preguntas sobre acciones realizadas por la institución, encargados del proceso de desconcentración y su persona para el desarrollo del proceso de desconcentración. Al aceptar participar en esta investigación se utilizará en forma total y no parcial toda la información aportada durante la entrevista.
- C. **RIESGOS:** La participación en este estudio no evidenciará su identidad, más que para el entrevistador, ya que se asignará un código a la entrevista y transcripción textual de esta.
- D. **BENEFICIOS:** Realizar un análisis de la implementación de la Ley 7852 sobre

el proceso de desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social puede establecer algunos puntos de mejora para nuevos proyectos relativos a este campo de la administración de servicios de salud.

La autorización para este estudio se realizó antes del proceso de entrevista y debió ser explicado por Paul Ernesto Araya Vega. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- E.** Recibirá una copia digital de la transcripción realizada.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar en cualquier momento.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma

fecha

---

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

fecha

