

## ARTÍCULOS

### *COMPROMISOS DE GESTIÓN Y TRANSFORMACIONES LABORALES EN EL SECTOR SALUD DE COSTA RICA*

María Eugenia Trejos París  
José Manuel Valverde Rojas

#### RESUMEN

En este artículo se hace un análisis de las nuevas formas de contratación laboral que se están impulsando en el sector salud de Costa Rica, como parte del proceso de reestructuración del estado. La hipótesis básica que se plantea es que los llamados "compromisos de gestión" constituyen el instrumento mediante el cual se están desarrollando nuevas formas de contratación laboral, que conducen a una flexibilización y precarización de las condiciones laborales.

#### ABSTRACT

This paper analyses the new labor contracts taking place in the Health Sector in Costa Rica as part of the State Restructuring. The basic hypothesis is that "compromisos de gestión" are the main means to implement this new labor contracts which are meant to obtain labor flexibilization and precarious working conditions.

#### INTRODUCCIÓN

Las reformas de los sistemas de salud constituyen una de las transformaciones más sensibles, desde el punto de vista social, que están afectando a numerosos países en el mundo. Junto con la educación, la salud fue una de las principales expresiones del Estado Social que se conformó en las décadas 50-70 en algunos países de América Latina. Este tipo de instituciones de bienestar cumplieron dos funciones decisivas: permitir al capital desentenderse de una parte de las necesidades de sus trabajadores/as a través de la formación de lo que se ha llamado salario complementario y mejorar las condiciones de vida de amplios sectores de la pobla-

ción, tanto por los servicios que prestaban como por la cantidad de fuerza de trabajo que han llegado a emplear.

Con la aplicación en estos países de los programas de ajuste estructural, mecanismo ideado por los organismos financieros internacionales para paliar la crisis capitalista en el primer mundo, la concepción y el papel de los estados en el campo social se modificó. Diversos sectores del capital ven ahora en la educación, la salud, la recreación y la cultura, entre otros, campos fecundos para la valorización de su capital o mecanismos para salir de la crisis.

Esta nueva ideología, basada en la creencia de la imperiosa necesidad de la apertura de los mercados, la competitividad

internacional, el fortalecimiento de las relaciones de mercado, etc., ha logrado persuadir a las clases económicas y políticas de los países del Tercer Mundo acerca de las ventajas de las relaciones de libre mercado como instrumento de desarrollo económico. Así, en cuestión de dos décadas, todo lo que antes era bueno, ahora ha pasado a ser visto como malo. El estado social, que en muchos países fue generador de bienestar, ahora resulta ser el responsable de la crisis económica que, de manera persistente, azota a numerosos países de la región. En consecuencia, transformar el estado para que pierda sus funciones sociales se ha convertido en la receta neoliberal para resolver los problemas de acumulación de capital.

Costa Rica no ha sido la excepción, por el contrario, el experimento neoliberal se ha venido aplicando en este país desde hace ya dos décadas (1980-1990). La fuerte resistencia que en un principio encontraron las clases dominantes para privatizar los servicios públicos esenciales, las obligó a diseñar otros caminos que, aunque más largos y sinuosos conducen, en definitiva, al mismo destino. La salud y la educación no parecen escaparse a esa pretensión. Tanto una como otra están siendo sometidas a profundos procesos de transformación que se orientan, cada vez más claramente, hacia la privatización de los servicios que ofrecen.

En este artículo se expone el proceso de transformaciones que está sufriendo la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la principal institución prestadora de servicios de salud de Costa Rica, encargada de administrar el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el Régimen de Pensiones del Sistema No Contributivo y el Régimen de Enfermedad y Maternidad.

Algunos datos que ayudan a hacerse una idea del tipo de institución de que estamos hablando son:

- Para 1997, el total de trabajadores/as de la CCSS asciende a 27 269 personas. Los técnicos en salud representan el 42,3% del total, los Profesionales en Ciencias Médicas el 20,4%, los Servicios Generales

el 20,3%, los Administrativos el 14,6% y Otros Profesionales el 2,4% (Trejos y Valverde, junio 1998). En el caso del Ministerio de Salud, la segunda institución en importancia dentro del sector, el total de trabajadores/as para ese mismo año fue de apenas 6 683.

- Para 1996, del total del Gasto Público Real en salud, a la CCSS le correspondió un 75,49% y al Ministerio de Salud apenas el 8,02% (CCSS, marzo 1998: 24).
- El Seguro de Salud tiene una cobertura del 71% de la fuerza de trabajo del país (1 211 962 trabajadores/as) (CCSS, marzo 1998: 9).

Como se puede apreciar, el proceso de reforma ha venido a consolidar aún más el papel de la CCSS como la única entidad prestadora de servicios de salud. Lo anterior significa que el futuro de un amplio sector de la población costarricense dependerá de las decisiones que se tomen en esta institución. Lo anterior ha sido motivo suficiente para interesar a los autores a analizar el alcance y la orientación de las transformaciones laborales que están ocurriendo en esta institución las cuales, a no dudarlo, están teniendo efectos en la prestación de los servicios de salud.

## 1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

### 1.1. SURGIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La acción estatal en el campo de la salud en Costa Rica se inicia, en forma sistemática, con la creación de la Secretaría de Higiene en Salud Pública (1922) y la promulgación de la Ley sobre Protección Social y Salubridad Pública (1923)<sup>1</sup>. La Secretaría fue

1 Antes de esa fecha, las acciones curativas y preventivas eran débilmente desarrolladas por la Secretaría de Beneficencia o por grupos de voluntarios, mediante las Juntas de Protección Social (Cfr. Güendell *et al.*: *Reformas recientes en el Sector Salud de Costa Rica*, CEPAL, Santiago de Chile, 1994).

convertida en el Ministerio de Salubridad y Protección en 1927 y, a partir de entonces, la preservación de la salud de la población quedó en manos del nuevo Ministerio mediante actividades asistenciales y curativas.

Dos décadas después, en 1943, se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), acción que posibilitó el desarrollo de un ambicioso sistema de salud, que abarcó tanto la prevención y la promoción de la salud, como la curación y la rehabilitación de los enfermos. Dicho sistema se vio fortalecido con la incorporación en la Constitución Política (1943) de las garantías sociales, en donde se establece la obligatoriedad de los seguros sociales

"...en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, patrono y trabajadores/as, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. [Todo ello] a cargo de una institución autónoma denominada Caja Costarricense de Seguro Social" (Ley No. 24, junio de 1943).

Como parte de esta nueva política, se creó el Régimen de Enfermedad y Maternidad, el cual se empezó a aplicar a partir de 1942, extendiéndose su cobertura al Valle Central hacia 1947, al incluirse la población rural y al establecerse el seguro familiar. Por su parte, el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia en 1947, para dar protección obligatoria a la población asalariada.

Este proceso de fortalecimiento de la política estatal en materia de salud, recibió un fuerte impulso a partir de los años cincuentas, cuando el país entró en una nueva etapa de desarrollo capitalista, caracterizada por un crecimiento de la intervención y las funciones estatales. En el campo económico, la intervención estatal se orientó al desarrollo de nuevos ejes de acumulación (industrial y comercial), al desarrollo de los mercados (sobre todo el interno), y a la dotación de la infraestructura y los servicios que ese proceso económico demandaba. En el campo so-

cial, el Estado desarrolló numerosas acciones orientadas a asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, mediante la creación de una vasta red de instituciones y programas sociales, que dieron lugar a la formación de un Estado Social, con amplia cobertura territorial y numerosos servicios sociales.

En el caso concreto de la salud, las décadas de los cincuentas, sesentas y setentas se caracterizan por una fuerte expansión de programas y servicios de salud, sustentados en los principios de la salud pública y la seguridad social, que surgieron en la década de los cuarentas. Como resultado de este proceso se llegó a conformar, en los años setentas, un único Sistema Nacional de Salud y se avanzó en la universalización de la atención de la salud de la población. Para ello se unificaron los hospitales y la atención médica ambulatoria en una sola institución, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y se desarrollaron programas de atención primaria en comunidades urbanas y rurales, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (MS).

Simultáneamente se desarrollaron amplios programas de saneamiento ambiental, eliminación de excretas, abastecimiento de agua potable en zonas rurales, lactancia materna, planificación familiar, nutrición, entre otros. Este sinnúmero de acciones le permitió al país, en cuestión de tres décadas, colocarse en una posición sumamente favorable en cuanto a los principales indicadores de salud.

## 1.2. LOS AÑOS DE LA CRISIS Y SUS EFECTOS EN EL SECTOR SALUD

Durante la década de los ochentas, el sector salud empieza a atravesar una seria crisis. Esta crisis es producto de la combinación de varios factores: por un lado, de las ineficiencias acumuladas en la gestión y la administración de los servicios de salud creados en las décadas anteriores; por otro lado, de la crisis económica que vivió el país durante los años 1979-1982; y por último, de algunas políticas institucionales adoptadas a partir de 1982, como parte de las políticas de

ajuste estructural que empezaron a aplicar los diferentes gobiernos.

En el caso del MS, esta crisis tuvo las siguientes consecuencias: pérdida de interés por parte de los nuevos gobernantes hacia las funciones en el campo de la prevención y educación para la salud, que venía cumpliendo esta institución; y como corolario, recortes sucesivos en su presupuesto para liberar recursos que permitieran cumplir con las exigencias fiscales de los organismos financieros internacionales (OFI)<sup>2</sup>. La insuficiencia presupuestaria tuvo como resultado la reducción de la capacidad de respuesta de los programas preventivos hacia la población. Por ejemplo, el programa de Atención Primaria que en 1980 tenía una cobertura del 60% de la población rural y urbana de más alto riesgo, vio caer su cobertura a un 40% en 1994, hasta llegar prácticamente a desaparecer en 1993<sup>3</sup>.

La CCSS, por su parte, se vio afectada por la crisis de varias maneras: restricciones presupuestarias crecientes para cubrir las citadas demandas de los OFI, no pago del gobierno a la CCSS de sus obligaciones como patrono, desviación de recursos para atender el déficit fiscal. Estos factores acentuaron y aceleraron el proceso de deterioro en la calidad de los servicios que ya venía padeciendo la institución; provocaron la reducción del número de medicamentos de la lista básica; la prohibición de compra de nuevo equipo; el retiro de empleados mediante jubilación anticipada; la eliminación de algunos beneficios al personal y de servicios considerados como de muy alto costo (lentes de contacto y ortodoncia, por ejemplo).

Estas y muchas otras medidas adoptadas en esos años, evidenciaron que se esta-

ba produciendo un cambio radical de concepción y perspectiva en cuanto a la importancia y el papel del Estado en el bienestar de la salud de la población. Este cambio de perspectiva se verá posteriormente reflejado en la orientación de las transformaciones que empieza a sufrir el sistema nacional de salud del país, particularmente a partir de los años noventas.

### 1.3. EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Hacia finales de los años ochentas, con la activa participación y dirección de funcionarios del Banco Mundial, se inicia un proceso de análisis de la situación del sector salud y el diseño de un Proyecto de Reforma del Sector. En sus aspectos esenciales, este proyecto de reforma plantea las siguientes acciones:

- ♦ Reestructuración político-administrativa del sector.
- ♦ Readequación del modelo de atención /prestación de servicios de salud.
- ♦ Readequación del sistema de asignación de recursos financieros.

La reestructuración político-administrativa del sector está pensada en el marco de la reforma del Estado que se ha venido ejecutando en el país. En este orden pueden mencionarse acciones como las siguientes:

- Reorganización estructural y funcional del sector (fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud, impulso a los programas de descentralización y desconcentración administrativa, y el desarrollo de modelos alternativos de administración de servicios de salud en el ámbito hospitalario y ambulatorio).
- Readequación de la legislación vigente a las nuevas políticas sectoriales y nacionales (CCSS/MS, 1993: 32-35).

En materia de readequación del modelo de atención se propone el desarrollo de un enfoque de atención integral y continua

2 En 1980 el Ministerio aportó un 17,25% de los egresos efectivos del sector, en 1990 este aporte fue de apenas un 11,13%.

3 Información suministrada por el Sistema de Información del Programa de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

de la salud, a las personas y al ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y de equipos de apoyo (CCSS/MS, 1993: 35).

En cuanto a la readecuación del sistema de asignación de recursos financieros, por medio de los compromisos de gestión, se propone la constitución de nuevas modalidades de administración y asignación de recursos, buscando que las áreas de salud y hospitales los gestionen con mayor grado de autonomía y responsabilidad, mayor flexibilidad en su aplicación de acuerdo con las necesidades particulares de cada área de salud, y con un mayor estímulo a sus gestores para prestar servicios de máxima calidad (CCSS, mayo 1998).

Un análisis de la lógica subyacente en el proceso de reforma del sector salud de Costa Rica, revela cuatro aspectos que nos parece esencial plantear: primero, el proceso de reforma conduce a la desaparición —de hecho— del MS, y al fortalecimiento de la CCSS como la única entidad con los recursos, las competencias y la legitimidad necesarias para hacer valer el modelo que pretende imponerse. Segundo, el modelo de atención que termina por consolidarse, como producto de este proceso de reforma, significa el reforzamiento y la universalización del modelo bio-médico, curativo y hospitalario que ha predominado en esta institución desde su creación. Tercero, la imposición de este modelo se corresponde plenamente con la nueva lógica económica (neoliberal) que gobierna en la actualidad a la mayoría de países en el mundo. Cuarto, el “nuevo sistema de asignación de recursos” financieros que se propone, en el marco de este proceso de reforma del sector salud, constituye la punta de lanza de las verdaderas transformaciones del modelo de salud, hacia otro modelo que esté aún más en función de los intereses capitalistas privados que operan en el campo de la salud desde hace muchas décadas. Las páginas siguientes estarán dirigidas a demostrar estas afirmaciones.

## 2. COMPROMISOS DE GESTIÓN Y DESCONCENTRACIÓN ADMINISTRATIVA

### 2.1. COMPROMISOS DE GESTIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN SALUD

Si bien en un inicio el proceso de reforma del Sector Salud se sustentó en la necesidad de la promoción de “un modelo readecuado de atención”, que ponía el énfasis en una atención integral, participativa y de carácter preventivo, conforme se ha ido avanzando en este proceso, las acciones más importantes se han desplazado a la redefinición del sistema de asignación y administración de los recursos financieros, al que se le atribuye parte importante de la responsabilidad de los problemas que padece el sector en la actualidad.

En un documento de la CCSS se consignan algunos problemas en la asignación de recursos que, supuestamente, “...ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud de Costa Rica” (CCSS, marzo 1997: 12):

- La distribución centralizada de los recursos con base en un presupuesto histórico de los centros.
- Falta de incentivos a la eficiencia.
- Recursos orientados de acuerdo con la oferta de recursos humanos en infraestructura, independientemente de las necesidades de salud o la demanda real de la población.
- Percepción del riesgo como inexistente en la medida que los gastos realizados por los hospitales son cubiertos en su totalidad.

Estos y otros factores<sup>4</sup>, a juicio de las autoridades de salud, exigieron hacer modificaciones en la metodología de asignación del presupuesto institucional. El nuevo modelo de asignación que se propone, contiene los siguientes cambios institucionales:

4 Para mayor información sobre este punto puede consultarse CCSS, noviembre 1997: págs. 12-25.

- Separación de las funciones de financiamiento, compra y prestación.
- Introducción de la función gerencial.
- Definición de los objetivos de salud específicos para cada centro.
- Compromisos de gestión como instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo al prestador.
- Alternativas en los mecanismos de pago en las áreas de salud y hospitales (CCSS, noviembre 1997: 27).

Sobre la base de esta definición del problema, la CCSS propone un sistema regionalizado de distribución de recursos, basado en criterios como: densidad poblacional; necesidades de atención (incluyendo variables como tasa bruta de mortalidad general, tasa de mortalidad infantil, y porcentaje de niños de bajo peso al nacer); variables socioeconómicas tales como ingreso *per cápita*, tasa de desempleo y porcentaje de mujeres analfabetas, entre otros (*Op. Cit.*: 37).

Esta idea fue ratificada por Álvaro Salas, ex-presidente ejecutivo de la CCSS (1994-1998) cuando afirmó que los compromisos de gestión fueron concebidos como una parte del proceso de reforma del sector salud, "... el cual consiste en un componente de asignación de recursos que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población costarricense"<sup>5</sup> (CCSS, 1997: 21)<sup>6</sup>.

5 El primero de estos componentes es "... garantizar la cobertura real mediante la atención integral y la equidad en la prestación de los servicios de salud" (Salas, 1997: 20).

6 En Chile y Perú existen compromisos de gestión en los cuales se asignan los recursos, al igual que en Costa Rica, a partir del cumplimiento de metas. En Colombia, si bien no existe la figura del compromiso de gestión, se ha generado un proceso con características similares a través de la creación de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Las EPS son las responsables de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados/as, y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) –hospitales, consultorios, laboratorios etc.– son las encargadas de proporcionar los servicios de salud a la población que le refieren las EPS. En todos los casos el

Los compromisos de gestión son un "acuerdo mutuo entre el Ente Financiador-Comprador (Gerencia Médica y Financiera de la CCSS) y la Unidad Proveedora de Servicios de Salud, que especifica los objetivos esperados y los mecanismos de asignación de recursos" (CCSS, 1996: 5 y CCSS, marzo, 1997: 3). El objetivo propuesto por las autoridades es conducir a la unidad a mejorar la calidad de los servicios de salud, a hacerlo al menor costo posible mediante la asignación de presupuestos por producción. El indicador utilizado –en el caso de los hospitales– es la Unidad de Producción Hospitalaria (UPH)<sup>7</sup>.

Los compromisos de gestión se empezaron a ejecutar en 1997, como una experiencia piloto en las siguientes áreas de salud y hospitales: Turrialba (incluye 17 EBAIS y un hospital); en las áreas de Chacarita, Esparza y Barranca y en el Hospital Monseñor Sanabria

---

propósito de este modelo de gestión es el fomento de la competencia entre las instituciones prestadoras de servicios, la generación de excedentes, el fortalecimiento de la participación del sector privado en el sector, el logro de una mayor productividad y eficiencia, y el estímulo a la contratación de terceros para el cumplimiento de las metas. En los documentos a los que se tuvo acceso, no se encontró ningún análisis de los efectos laborales de esta nueva modalidad de gestión. Las menciones se refieren solamente a la necesidad de ofrecer capacitación y motivar a los/as trabajadores/as para que participen en los procesos de reforma, así como al desempeño y la productividad, es decir, el énfasis en los aspectos mencionados arriba parece dejar de lado la consideración sobre la situación de los/as trabajadores/as (Cfr. OPS Colombia: Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Santa Fé de Bogotá, junio 1999 y OPS, Chile: Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Santiago, marzo 1999).

7 La UPH es la "unidad de medida común en que se expresa la actividad realizada por el hospital". Es producto de multiplicar una ponderación que se asigna a cada una de ellas por la cantidad de producción de esa actividad, para obtener una unidad de medida común (CCSS, 1996: 6). El presupuesto del hospital resulta de la suma de las UPH que se compromete a producir. Si la Unidad Proveedora logra que el presupuesto utilizado sea menor al asignado o que la producción sea mayor, tiene acceso al Fondo de Incentivos.

de la Región Pacífico Central; el área de Santa Bárbara de la región Central Norte, así como el Hospital San Francisco de Asís; el Hospital Nacional de Niños y los hospitales Calderón Guardia, México y San Juan de Dios (CCSS, 1997: 21).

Posteriormente, en los años 1998 y 1999 se han continuado extendiendo a las demás áreas y hospitales del país. Para el año 1997, 5 áreas de salud y 7 hospitales habían firmado un compromiso de gestión; en 1998 lo hicieron 14 áreas de salud, 10 hospitales y 4 cooperativas; y para 1999 lo habían firmado 34 áreas de salud, 21 hospitales y cuatro cooperativas. La proyección es que para el año 2000 todas las áreas y hospitales de la CCSS estarán funcionando bajo esta nueva modalidad.

De acuerdo con esta propuesta, mediante la firma por parte de las unidades prestadoras de compromisos de gestión, se lograría una nueva modalidad de asignación y gestión de los recursos, y un auténtico proceso de desconcentración de funciones y responsabilidades para que, finalmente, sea el prestador de los servicios el que asuma las funciones de atención de la salud de la población, el control y calidad de los servicios que presta y la gestión laboral de su respectivo centro. De esta manera, se vinculan las actividades con los recursos y se traslada el riesgo de la prestación de los servicios y el manejo de los recursos al prestador.

## 2.2. LA LEY DE DESCONCENTRACIÓN ADMINISTRATIVA

Durante la administración Rodríguez (1998-2002) se ha dado un importante impulso a la firma de compromisos de gestión por parte de las diferentes áreas de salud y hospitales del país. Sin embargo, para el actual presidente ejecutivo de la CCSS –Rodolfo Piza–, la legislación vigente no favorece aún un auténtico proceso de desconcentración administrativa que haga posible que los compromisos de gestión sean “verdaderos contratos entre la Caja y los centros de salud, verdaderos Contratos de Gestión” (Piza,

agosto 1998: 4). Con tal propósito, el gobierno elaboró y presentó a la consideración de la Asamblea Legislativa el proyecto de ley titulado “Desconcentración Administrativa de Hospitales, Centros y Áreas de Salud de la CCSS”.

El 30 de noviembre de 1998 se aprobó en la Asamblea Legislativa esta iniciativa (Ley 7852: “Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la CCSS”). De esta nueva legislación nos interesa destacar los artículos 7, 9 y 10. En el artículo No. 7 se establece que los hospitales y clínicas

“... gozarán de *personalidad jurídica instrumental* en el manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión” (lo destacado es nuestro) (*La Gaceta*, 14/12/1988: artículo No. 2).

Dentro de esta nueva legislación, los/as directores/as de hospitales o clínicas tendrán la representación del centro (artículo No.10), y deben actuar de conformidad con los objetivos y obligaciones señalados en el compromiso de gestión suscrito con la CCSS (artículo No.9).

Para entender plenamente el alcance del proceso de desconcentración administrativa que sirve de soporte a los compromisos de gestión, es esencial clarificar el concepto de personalidad jurídica instrumental. En primer lugar, ésta es una figura jurídica que permite a las unidades prestadoras de servicios liberarse de una serie de trámites para su operación.

En segundo lugar, de acuerdo con el Lic. Román Navarro Fallas, asesor de la CCSS en esta materia,

“el nuevo órgano persona continúa perteneciendo al ente público pero con características propias de la descentralización respecto de los recursos y competencias sujetas a la personalidad”. [Lo anterior significa, en su opinión, que] “los fines y servicios –para

la gestión de los cuales el órgano con personalidad instrumental se crea— son los fines y servicios propios del ente al que se encuentra adscrito, cuya titularidad se mantiene y cuya responsabilidad política de organización y de eficiencia en la prestación del servicio siguen imputándose al ente público como unidad jurídica. El órgano persona no tiene fines propios, actúa directamente los fines del ente, aunque con alguna autonomía operativa. [Con este] “el control que sobre el órgano persona ejerce el ente es permanente, constante e intenso”; [y usualmente no se le reconoce legitimidad para impugnar las decisiones del ente matriz] (Navarro: 18 y 19. En Piza: agosto 1998).

En relación con los/as trabajadores/as, esta nueva legislación proporciona a los directores de hospitales y áreas de salud una mayor autonomía para su “conducción” y “organización”, pudiendo definir las necesidades de personal, las condiciones de contratación del mismo y las formas en que se organizará el trabajo.

De lo anterior se desprende, claramente, la importancia creciente y decisiva de los contratos de gestión para el futuro de las relaciones laborales y su regulación en el sector salud, en el actual contexto de reforma. Las implicaciones posibles de ello serán analizadas en el siguiente apartado.

### 2.3. LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN Y LA NUEVA LÓGICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Con los compromisos de gestión, la lógica de funcionamiento de los servicios de salud en Costa Rica se ha visto modificada. Antes del proceso de reforma, la atención en salud se había organizado como un servicio social de carácter público, en estrecha relación con la satisfacción de necesidades sociales. Actualmente, los requerimientos financieros se han vuelto determinantes en la asignación de los recursos y la prestación de los servicios, que pasan a ser organizados según criterios de mercado.

Algunos indicios de esta nueva orientación, hallados en la documentación de la CCSS, se exponen seguidamente. En primer lugar, las autoridades de la CCSS proponen una asignación de los recursos según una relación costo efectiva, en la cual interesa “maximizar la cantidad y calidad de los servicios para la población” (CCSS, 1997:28) produciéndolos al mínimo costo (CCSS, 1997:32). Con esta medida la organización de los servicios pasa a ser determinada por una perspectiva económico-financiera que prioriza el ahorro y la generación de excedentes.

En segundo lugar, se introduce la función gerencial en la organización de los servicios, con el traslado de los riesgos a las unidades prestadoras de servicios, la permanencia en el puesto de gerencia según los resultados obtenidos en la gestión y la aplicación de conceptos de la gerencia moderna (mejoramiento continuo de la calidad, calidad total, flexibilidad laboral, excelencia, productividad individual y grupal y clima organizacional). Las unidades de salud son concebidas como empresas privadas que deben ser organizadas con criterios de riesgo y productividad.

En tercer lugar, la calidad es entendida, fundamentalmente, a partir de consideraciones de orden financiero. La calidad de los servicios de salud no aparece como el objetivo primero y más importante en los contratos de gestión, sino que su importancia pasa a estar en función de la obtención de recursos, de acuerdo con metas de producción y minimización de costos. Así se pierde el carácter de servicio público para la atención en salud.

En cuarto lugar, se implantan los incentivos por producción, que hacen depender la asignación de recursos de la cantidad producida, tanto a nivel institucional como a nivel grupal e individual. El esfuerzo estará orientado hacia la cantidad producida y, la preocupación por el cumplimiento de metas cuantitativas, puede conducir al descuido de la calidad, tal como se ha encontrado en otras experiencias, como es el caso de Perú (ver Ministerio de Salud, Perú, 1998).

En quinto lugar, la desconcentración administrativa, como base para la redistribución

de recursos, permite transferir los recursos de un centro a otro según la población atendida y las referencias entre ellos. Esto genera entre las diferentes unidades de salud competencia por la obtención de los recursos, al igual que en el mercado.

En síntesis, la lógica tradicional de prestación de un servicio público para satisfacer necesidades sociales, está siendo sustituida por la lógica empresarial, de generación de excedentes por medio de una relación costo-beneficio adecuada y de la maximización de la producción con el mínimo costo. Evidentemente, esta nueva lógica podría estar afectando al personal de salud, orientándose sus esfuerzos más hacia la reducción de costos y la generación de excedentes que hacia la satisfacción de las necesidades de la población y tomando decisiones sobre cuestiones laborales con criterio de generación de excedentes. Las metas de producción y los incentivos a la cantidad se encargan de estimular ese cambio.

### 3. EFECTOS LABORALES DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

#### 3.1. GARANTÍAS LABORALES EN LAS MODALIDADES TRADICIONALES DE CONTRATACIÓN EN LA CCSS

Los compromisos de gestión representan la culminación del proceso de flexibilización laboral en la CCSS, cuyo motor está en la aplicación de nuevas formas de contratación. Para comprender los alcances de este proceso es conveniente comenzar por señalar cómo han sido los regímenes de trabajo en esta institución.

En la CCSS, al igual que en el resto del sector estatal, tradicionalmente se ha protegido la estabilidad laboral, favoreciendo el contrato por tiempo indeterminado. Por un lado, el Reglamento Interior de Trabajo lo considera "el tipo de contrato general por excelencia", y sólo reconoce contratos a tiempo fijo y por obra determinada en condiciones excepcionales, como la sustitución de personal, urgencia o experimentación, o cuando los trabajos por ejecutar "no son pro-

prios de las actividades específicas de la Institución" (artículo 14). Para los nombramientos por sustitución existen algunas limitaciones que se han negociado con los sindicatos.

El cumplimiento de lo que se ha llamado en el derecho laboral, el principio de continuidad laboral, se ve reflejado también en la incorporación de limitaciones al despido. Entre ellas están la definición precisa de causales para el despido sin responsabilidad patronal, como la que resulta de un proceso de amonestaciones (verbal y escrita) y de suspensiones anteriores.

En el Laudo Arbitral firmado en 1988 estas disposiciones se amplían y se afirma que

"La Caja garantizará a todos sus empleados la estabilidad en su trabajo. La institución únicamente podrá despedir a sus trabajadores con causa justa y con base en las disposiciones del artículo 81 del Código de Trabajo ... (en caso contrario) la Caja obligatoriamente lo(s) reinstalará inmediatamente en su puesto" (cláusula 37). [Además, se afirma que si la CCSS quiere despedir trabajadores/as por reducción forzosa de servicios (tal y como se estipula en el Código de Trabajo), esa necesidad] "deberá ser puesta previamente en conocimiento de la Junta Nacional de Relaciones Laborales" (cláusula 38). [Por último se afirma que, si se pretende suspender o despedir a un/a trabajador/a] "deberá realizarse una investigación administrativa y levantarse un expediente. Ningún trabajador/a podrá ser sancionado si previamente no se ha demostrado su culpabilidad o responsabilidad" (cláusula 39)<sup>8</sup>

8 Como veremos más adelante, el Laudo fue declarado inconstitucional y la mayor parte de sus disposiciones fueron incorporadas en un acuerdo entre algunos sindicatos y la Junta Directiva de la institución, llamado "Normas que regulan las relaciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social y sus trabajadores, a partir de enero de 1994". Entre las que se mantuvieron están las que hemos citado en este trabajo.

El personal nombrado para la sustitución de otros/as, llamado interino, tiene todos los derechos laborales y, después de un año de trabajar en la institución, tiene derecho al pago de indemnización por despido (OPS/OMS, 1999: 22). Además "podrá gozar de los beneficios<sup>9</sup> (que la CCSS garantiza a sus trabajadores/as) siempre que hayan laborado tres meses ininterrumpidamente en forma interina, o seis meses interrumpidos dentro del último año" (Peralta, 1992).

Además de lo anterior, la estabilidad laboral es reforzada con la posibilidad de ingresar a regímenes de carrera profesional o administrativa, y con el pago de anualidades por antigüedad y de incapacidades por enfermedad.

Como complemento de esta estabilidad laboral, los/as trabajadores/as de la CCSS tienen, además de los derechos estipulados en el Código de Trabajo, una serie de beneficios que varían según los diferentes gremios: posibilidades de capacitación (becas, permisos para estudios), aumento de las vacaciones, licencias con o sin goce de salario, vacaciones profilácticas, acceso a programas de crédito, pago por dedicación exclusiva o por disponibilidad, etc. (Peralta, 1992).

Por último, diferentes organizaciones gremiales de la CCSS han negociado condiciones que favorecen la estabilidad laboral. Por ejemplo, para el traslado de personal de salud preventiva del MS a la CCSS, se negoció que el personal que hubiere superado los tres meses sería nombrado en propiedad (Acuerdos CCSS-Comisión ATAP-UNDECA, 1998: artículo 16). Para los profesionales en Ciencias Médicas se negoció que "los interinatos en plazas vacantes que la Caja decida llenar, no podrán prolongarse por más de seis meses" (Arreglo CCSS-SIPROCIMECA, 1993: artículo 105). Con la Unión Médica Nacional se acordó que los contratos de trabajo de los médicos serían siempre en propiedad, excepto en casos específicamente señalados (Arreglo

CCSS-Unión Médica Nacional, 1993: artículo 33). Con los/as microbiólogos y químicos clínicos se acordó que "ninguna plaza regulada de MQC podrá ser ocupada en forma interina o por contrato a tiempo fijo sin causa debidamente justificada" excepto en casos que detallan más adelante (Decreto 21034-S, artículo 14 tomado de Otárola, 1997).

### 3.2. CAMBIOS LABORALES RECIENTES EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA

El proceso de reforma de los sistemas de salud, tanto a nivel internacional como en Costa Rica, ha estado cargado de una crítica a la organización y gestión tradicionales de la fuerza de trabajo en sus diferentes niveles. Esta crítica se dirigió principalmente hacia las oficinas de administración de recursos humanos y hacia las autoridades de salud con personal bajo su responsabilidad. Un análisis comparativo de algunas experiencias en países de América Latina, realizado por la OPS/OMS<sup>10</sup>, llegó a las siguientes conclusiones<sup>11</sup>:

En primer lugar, la administración de los recursos humanos en salud se ha venido limitando a la aplicación de procedimientos administrativos, en forma rutinaria, divorciados casi siempre de los procesos de organización del trabajo y de los propios trabajadores/as. El nivel de compromiso del trabajador/a, su rendimiento, su experiencia y conocimientos son rara vez tomados en consideración. Todo lo anterior, ha generado un sistema de administración de los recursos humanos que se ha caracterizado por ser vertical, burocrático y alejado de la realidad y dinámica de los servicios de salud.

9 Peralta entiende por beneficios las condiciones que están por encima de lo establecido en el Código de Trabajo.

10 Los puntos que se enumeran a continuación han sido obtenidos del trabajo: *Propuesta para el desarrollo de la administración del personal de salud*, Santo Domingo, noviembre 1998. Hemos introducido algunas modificaciones al texto original con fines puramente expositivos.

11 En nuestro criterio, estos elementos son aplicables perfectamente al caso costarricense.

En segundo lugar, la administración del personal se ha desarrollado en forma fragmentaria, caracterizada por un listado de funciones y procedimientos que no se corresponden con los procesos de trabajo y de organización de los servicios.

En tercer lugar, prevalece la concepción del trabajador/a como un sujeto pasivo, el cual debe adecuarse, motivarse, controlar, asignar funciones, capacitar, etc., en función del trabajo que debe ser realizado. Es decir, el trabajador/a no es comprendido como un sujeto cognoscente y activo en el proceso de trabajo.

En cuarto lugar, se concibe al trabajador/a como un problema para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud, desconociéndose de esta manera la complejidad de los problemas involucrados en los procesos de trabajo y la presencia de aspectos sociales, psicológicos y políticos.

En quinto lugar, existe una dependencia directa de las unidades de administración de personal del nivel operativo con respecto a las de nivel central, sin la correspondiente autoridad para ejercer la dirección del servicio responsable de la gestión integral a su nivel.

Esta misma opinión es compartida por las autoridades de salud de la CCSS de Costa Rica, en un documento en el cual se mencionan como problemas que resultan de la estructura piramidal y centralizada de la institución, los siguientes:

- ♦ Fuerte reglamentación que condiciona los márgenes de maniobra de los equipos directivos de los centros.
- ♦ Alta reglamentación y estandarización de la organización del trabajo que no alcanza a las decisiones clínicas, las cuales operan prácticamente sin limitaciones.
- ♦ Desempeño de los puestos de trabajo muy delimitados, lo cual provoca una compartimentalización de la información y las decisiones.
- ♦ Sistemas de control centrados fundamentalmente en el control administrativo del presupuesto, lo que significa que el rendimiento personal o grupal no es objeto de evaluación (CCSS, marzo 1997).

Según el planteamiento de las autoridades de la CCSS, la reforma del sector salud y, más concretamente, los procesos de desconcentración administrativa y los compromisos de gestión, persiguen precisamente un cambio en la manera en que históricamente se han venido concibiendo y manejando las cuestiones laborales.

De acuerdo con análisis recientes, de carácter exploratorio, efectivamente, el proceso de reforma del sector está generando modificaciones laborales de suma importancia, como consecuencia de los cambios que se están operando en la lógica de funcionamiento de los servicios de salud. En un estudio realizado en un hospital nacional que funciona bajo la modalidad de un compromiso de gestión<sup>12</sup>, se encontraron algunos de los siguientes cambios laborales:

- Los compromisos de gestión han significado un incremento en las funciones y las tareas de los/as trabajadores/as, algunas de ellas presentan mayores dificultades para ser realizadas, sin que se haya recibido la capacitación y los recursos necesarios para llevarlas a cabo. Por ejemplo, a raíz de los compromisos de gestión existe una mayor preocupación por llevar registros sobre el número de cirugías que se realizan, los insumos que se requieren en cada caso, etc. O, por ejemplo, en el caso de los expedientes médicos hay mucho mayor exigencia en que se registre de manera más detallada el seguimiento del paciente. En ambos casos, la mayor exigencia no ha estado acompañada de mayor equipo o personal para su realización, lo cual se traduce en una sobrecarga de trabajo para el personal disponible.

12 Este estudio, de carácter exploratorio, tenía como propósito indagar sobre modificaciones en los procesos de trabajo y en las condiciones laborales, producto de la firma por parte de la institución de un compromiso de gestión. Cfr. Valverde, José Manuel y Trejos, María Eugenia, "Efectos laborales de los compromisos de gestión en la CCSS: estudio de caso", *Documento de Trabajo*, OPS, San José, 1998.

- A pesar de que las exigencias laborales (cantidad y calidad del trabajo) se han incrementado, obligando incluso a algunos/as trabajadores/as a extender su jornada laboral, no se han desarrollado incentivos laborales (económicos o no económicos) que compensen o reconozcan, de alguna manera, el mayor esfuerzo laboral que se realiza.
- La atención integral que se busca con la readecuación del modelo, genera la realización de un número mucho mayor de funciones y responsabilidades, sin que se cuente con el respaldo institucional necesario.
- Los sistemas de evaluación del desempeño no se han modificado; a pesar de ello, se pide al personal un mayor compromiso con la misión institucional, iniciativa y creatividad. Este hecho conduce a la desmotivación del personal y genera un sentimiento de inseguridad por no tener claros los parámetros con que será evaluado su trabajo.
- El énfasis de la atención se está haciendo recaer cada vez más en la productividad del trabajo en detrimento de una atención más personalizada e integral del paciente. La meta es ahora reducir las colas en la consulta externa.
- A partir de los compromisos de gestión, los manuales de reclutamiento y selección de personal tenderán a diluirse o a perder vigencia, ya que cada Unidad Ejecutora (hospital, clínica o área de salud), podrá concebir y aplicar el sistema que le parezca más apropiado.
- Los compromisos de gestión estimulan la competencia entre los centros, equipos de trabajo y los/as funcionarios/as, lo cual va en detrimento de una atención integral, el trabajo en equipo que el modelo promueve y las condiciones laborales.

La explicación acerca del origen de los problemas señalados difiere entre los sectores. Una de las opiniones más generalizada entre algunas autoridades de la CCSS, es que entre el personal de la institución existe una fuerte resistencia al cambio y una falta de compromiso con el proceso de reforma. Otros sectores, dentro de los cuales se puede incluir a algunos/as funcionarios/as y autoridades de la institución, opinan que esta aparente resistencia y falta de compromiso es producto de la falta de información y participación de los/as funcionarios/as en el proceso; así como de la incertidumbre que generan los cambios que se están sucediendo y que la mayoría de trabajadores/as no alcanzan a comprender. Una tercera posición es la de aquellos/as funcionarios/as, e incluso algunas autoridades de la institución, que no están de acuerdo con las motivaciones y la orientación que se le está dando al proceso de reforma del sector y que ven peligrar no solamente su estabilidad y derechos laborales, sino la existencia misma del sistema de seguridad social con que ha contado el país hasta la fecha.

Además de lo dicho en los párrafos anteriores, tanto dentro como fuera de los compromisos de gestión, se han encontrado cambios significativos en las modalidades de contratación laboral, que rompen con las formas tradicionales señaladas

Ciertamente, algunos de estos problemas ya existían desde antes, sin embargo, se han acentuado a raíz de los cambios institucionales que se están realizando. Otras tendencias que se han detectado en el seno del Grupo de Trabajo en Recursos Humanos<sup>13</sup>, a causa de la aplicación de los compromisos de gestión, son las siguientes:

- Con los compromisos de gestión se generan condiciones laborales diferentes entre los/as trabajadores/as del sector, como resultado de la extensión de nuevas formas de contratación de las que hablaremos más adelante.

13 Este Grupo de Trabajo ha venido funcionando desde hace unos cinco años, con el apoyo institucional del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) de la OPS. En él participan profesionales de diferentes instituciones del sector salud y académicos interesados en el tema.

anteriormente. Estas nuevas modalidades las hemos agrupado de la siguiente manera<sup>14</sup>:

*Primera modalidad:* la CCSS contrata con una empresa que subcontrata a los/as trabajadores/as y se desentiende de las condiciones de trabajo y del cumplimiento de los derechos laborales, pero pone instalaciones, equipo, laboratorios, mantenimiento y servicios complementarios. Entre este tipo están algunas cooperativas "autogestionarias" de médicos (Pavas y Tibás), los médicos de empresa, y otras empresas como las contratadas para la prestación de servicios de registros médicos, de rayos x y gastroscopías.

*Segunda modalidad:* la CCSS contrata a una empresa que subcontrata a los/as trabajadores/as y se desentiende de las condiciones de trabajo y del cumplimiento de los derechos laborales, pero la empresa pone el equipo. Entre las de este tipo están las de vigilancia, limpieza y mantenimiento de zonas verdes, transporte, servicios de docimetría, de farmacia, al menos una sociedad anónima laboral formada por antiguos trabajadores de la institución, y algunos laboratorios clínicos.

*Tercera modalidad:* la CCSS contrata a personas físicas para la obtención de ciertos servicios como auditorías externas, informática, psicología y educación física para grupos de la tercera edad.

*Cuarta modalidad:* la CCSS contrata una empresa o institución que realiza una parte del proceso de trabajo, como sucede con la maquila de ropa que es cortada en la institución y confeccionada por organismos no gubernamentales.

En algunas de estas cuatro modalidades la contratación es por producto y en otras es por año, con posibilidades de prórroga por cuatro períodos.

*Quinta modalidad:* la CCSS pone los medicamentos para pacientes que son atendidos en forma privada por el sistema de medicina mixta.

*Sexta modalidad:* la comunidad en que se ubica un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) contrata personal de limpieza, vigilancia, etc. para prestar servicios en éste. En este caso, la CCSS no aparece como contratante, pero el personal trabaja en sus instalaciones.

*Sétima modalidad:* la CCSS otorga instalaciones a una empresa que administra y presta los servicios de salud, como sucederá con un hospital en construcción.

Los hallazgos realizados a la fecha permiten afirmar que estamos ante un proceso de modificación en las condiciones y los derechos laborales de los/as trabajadores/as, en especial a partir de la aplicación de los compromisos de gestión que generan una mayor intensidad del trabajo no reconocida salarialmente, y una búsqueda permanente de disminución de gastos en personal, que no son sino los aspectos más importantes de los que otros/as han llamado "flexibilidad laboral".

Adicionalmente, con las diferentes modalidades de contratación, se presentan las siguientes condiciones:

- Se pierde la estabilidad laboral, cuando los contratos son por tiempo o por producto y se pierde una parte de los derechos laborales.
- Cuando una empresa privada media las relaciones entre la CCSS y los/as trabajadores/as, aun cuando trabajen en sus instalaciones y con su equipo, se presenta un proceso de desvinculación laboral. La CCSS ya no se relaciona directamente con parte del personal que trabaja dentro de la institución. Además, se pierde la pista a la situación laboral, ya que en los contratos queda claramente establecido que ésta es responsabilidad del contratista. Lo anterior genera también una segmentación laboral ya que las condiciones de estos/as trabajadores/as son, muy probablemente, inferiores a las de los/as trabajadores/as permanentes de la institución.
- Una situación similar se presenta en los casos en que los/as trabajadores/as son contratados/as por la comunidad y con el médico de empresa. En estos casos no

14 Para elaborar esta sección nos hemos apoyado en la entrevista realizada a Jorge González en marzo de 2000 y en trabajos previos realizados por la autora y el autor de este ensayo.

hay vínculo laboral con la CCSS ni garantía de derechos y no es ésta la que pone las normas sobre la forma en que se debe realizar el trabajo. En el primero de ellos, a pesar de que están en sus instalaciones, no hay claridad sobre quién es responsable del seguimiento del trabajo; los médicos de empresa sí reciben claramente instrucciones de parte de la empresa misma.

- Cuando una empresa privada trabaja en sus propias instalaciones, no sólo se pierde la relación laboral de sus trabajadores/as con la CCSS, sino que se estimula el desarrollo de empresa que, finalmente, serán competencia para la institución<sup>15</sup>. Además, los servicios que presta la institución se van privatizando por partes y la CCSS se va desgajando, aún más que cuando se trabaja en sus instalaciones.
- La contratación de personas físicas por el sistema de servicios profesionales produce la pérdida de derechos laborales, ya que éstos pasan a ser garantizados por el/la contratista. En la mayoría de los casos, este sistema significa que no hay vacaciones, ni aguinaldo, ni feriados, ni derecho a jubilación, etc.
- Cuando se subcontrata la maquila de la confección de ropa, la institución se está convirtiendo en financiadora y pierde su carácter de institución de servicio público. Cuando se da un hospital en concesión la institución pasa a ser rectora y traslada sus funciones a la empresa privada.

Como vemos, hay un proceso simultáneo de traslado de funciones y servicios al capital privado y de retiro de su papel como organizadora del trabajo y empleadora de personal. Al mismo tiempo que la CCSS va dejando las funciones de prestación de servicios de salud, se va desligando de las relaciones laborales con el personal que presta esos servicios. Así, este personal pierde todas las garantías que obtenía por su condi-

ción de empleado/a público/a y por las protecciones que se desprenden de la legislación laboral, además de que cumple la función de disgregar a los/as trabajadores/as a nivel de sus organizaciones.

Este proceso parece estarse profundizando aún más a partir de la aplicación de la Ley de Desconcentración Administrativa y la firma de un Adendum a los Compromisos de Gestión que se está llevando a cabo en estos momentos entre 14 unidades desconcentradas y la Dirección de Compra de Servicios de la CCSS (Cartín, entrevista: marzo 2000).

### 3.3. DESCONCENTRACIÓN ADMINISTRATIVA Y NUEVAS FORMAS DE CONTRATACIÓN LABORAL

A pesar del crecimiento de las diferentes formas de contratación laboral que hemos analizado, la mayor parte de los/as trabajadores/as de la institución tiene contratos a tiempo indefinido y se mantienen vigentes los acuerdos que protegen la estabilidad que mencionamos en el punto 3.1. Por lo tanto, las autoridades de la CCSS han dado un paso más —que, sin embargo, ellos consideran una forma de empezar (ver Piza, 1998: 3)— para aplicar la desconcentración de las unidades prestadoras de servicios.

Como elementos motivantes de esta desconcentración están las limitaciones que aún existen para aplicar modalidades de contratación flexibles, entre ellas, los acuerdos con las diferentes organizaciones gremiales (Cartín, entrevista). Es así como se llega a aprobar la Ley de Desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Las implicaciones laborales de esta ley quedan de manifiesto en el Reglamento publicado el 19 de febrero del 2000, como veremos en los párrafos siguientes.

En primer lugar, hay un debilitamiento de la poca capacidad de negociación laboral que queda en la CCSS. Por un lado, el reglamento deja claramente establecido que

“[los] órganos a los que se otorgue personalidad jurídica instrumental ...

15 Análisis sugerido por la estudiante Ivette Díaz en el Seminario de Graduación de la Escuela de Economía de la Universidad Nacional, marzo 2000.

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 3).

Es decir, las unidades prestadoras de servicios no quedan sujetas a los acuerdos que se han tomado con las diferentes organizaciones laborales de la CCSS que, como se ha visto, protegen, entre otras cosas, la estabilidad laboral.

Por otro lado, el mencionado reglamento establece que

"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" (artículo 29). [Con esto se dividen las organizaciones sindicales para que sus luchas sean atendidas por partes y en pequeña escala].

En segundo lugar, se da un énfasis especial al derecho que tendrán los órganos desconcentrados a definir modalidades alternativas de contratación. Entre las atribuciones de estos órganos en cuanto a lo que llaman "recursos humanos" el inciso a) del artículo 20, establece:

"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 hecho de que comience precisamente por las modalidades de contratación muestra el interés en empezar por lo que, a nuestro juicio, es el obstáculo fundamental para la transformación de las condiciones laborales.

En tercer lugar, se abre la puerta para otras modificaciones laborales, como son la flexibilización de condiciones y formas de pago mencionadas en la cita anterior y la reasignación de puestos (inciso e) del mismo artículo), 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*" (artículo 26). La discusión sobre la gravedad del perjuicio será imposible de resolver.

En cuarto lugar, se permite la contratación de diferentes tipos de servicios, entre ellos los médicos: "La compra de servicios médicos u hospitalarios deberá ser justificada previamente ante la Gerencia de División Médica" (artículo 38).

En quinto lugar, la CCSS conserva funciones de definición de políticas, de control y seguimiento de las actuaciones de las unidades prestadoras y hasta de intervención, lo que expresa que, la verdadera desconcentración es la laboral junto con la administrativa.

En síntesis, la llamada desconcentración de las unidades prestadoras de servicios muestra dos tendencias claras, que deberán confirmarse con su puesta en ejecución: la transformación laboral hacia lo que algunos llaman "flexibilización" y la privatización de servicios y funciones, así como la preparación del desmembramiento de unidades enteras de la institución para su traslado a la empresa privada.

#### 4. CONCLUSIONES

Del análisis realizado se desprenden las siguientes conclusiones:

La reforma del sector salud forma parte de las transformaciones que está sufriendo el estado costarricense, como resultado del proceso de ajuste estructural. Es en este contexto que debe analizarse la orientación actual de los cambios en el sector.

Los compromisos de gestión constituyen el instrumento para impulsar ese proceso de transformación, tendente al traslado de los servicios de salud al capital privado y a la transformación de la lógica con la que operan los servicios que se mantienen en el ámbito estatal.

Este proceso tiende a erosionar las posibilidades de una atención integral y de calidad a la población, porque se fomenta la fragmentación del trabajo, la competencia por la reducción de los costos de los servicios que se ofrecen, la apropiación privada de los recursos institucionales mediante contratación de diversas modalidades de "servicios a terceros", y la pérdida de motivación, identificación y compromiso de los/as trabajadores/as con el trabajo y los objetivos que motivaron la creación de esta institución de la seguridad social.

Además, este proceso genera el desarrollo de nuevas formas de contratación laboral que sirven como punta de lanza para la transformación de las condiciones laborales y de la organización del trabajo. El mismo reviste características como: pérdida de derechos laborales, debilitamiento de la organización laboral, atomización de los procesos de trabajo, aumento en el número de funciones, mayores exigencias en la realización del trabajo, cambio en las formas de pago para incorporar el pago por productividad. En suma, mayor intensidad del trabajo y búsqueda de mecanismos para reducir el pago a la fuerza de trabajo. La flexibilización y la precarización de las condiciones laborales parece ser el camino por el que transitarán los/as trabajadores/as de la salud en Costa Rica.

mirada desde las instituciones", en *Educación médica y salud*, vol. 24, No 1, enero-marzo 1993.

CCSS. *Normas que regulan las relaciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social y sus trabajadores, a partir de enero de 1994*, resolución adoptada por la Junta Directiva en sesión No.6790, del 16 de diciembre de 1993.

——— : "Reglamento Interior de Trabajo", *Circular No. DRH 399-96* del 29 de agosto de 1996.

——— : *Marco conceptual práctico para el desarrollo de la gestión en la CCSS*, Proyecto de Modernización, San José, 1996.

——— : *Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos*, Proyecto de Modernización, San José, marzo de 1997.

——— , Dirección Actuarial y de Planificación Económica: *Costa Rica: análisis situacional del sector salud. Financiamiento y gasto del seguro de salud*, marzo 1998.

——— , Gerencia de División Administrativa: *Laudo arbitral dictado por el Tribunal Superior de Trabajo (miembros suplentes), dentro del Conflicto Colectivo de Carácter Económico Social, promovido por los empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social*, 1988.

——— : "Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social", publicado en *La Gaceta* del 14 de diciembre de 1988.

——— : "Reglamento a la Ley No. 7852. "Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social", publicado en *La Gaceta* del 19 de febrero del 2000.

#### BIBLIOGRAFÍA DIRECTAMENTE UTILIZADA

Brito, Pedro, Marta Novick y Hugo Mercer:  
"El personal de salud y el trabajo: una

- CCSS-Comisión ATAP-UNDECA: "Acuerdos tomados por la Caja Costarricense de Seguro Social y comisión ATAP-UNDECA (Acta de entendimiento)", *Circular* No.002867 del 25 de febrero de 1998.
- CCSS-MS: "Proyecto reforma sector salud", Unidad Preparatoria del Proyecto, San José, 1993.
- CCSS-SIPROCIMECA: "Arreglo conciliatorio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas", *Circular* No.3326 del 29 de enero de 1993.
- CCSS-Unión Médica Nacional: "Arreglo conciliatorio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Unión Médica Nacional", *Circular* No.3779 del 12 de febrero de 1993.
- Gestión. Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, Volumen 5, número extraordinario 1997.
- Gobierno de Costa Rica: *Ley de incentivos a los profesionales en Ciencias Médicas*, No. 6836 del 22 de diciembre de 1982.
- Ministerio de Salud, Perú. "Informe de evaluación de los acuerdos de gestión 1998 en redes", sin fecha.
- OMS/OPS: "Propuesta para el desarrollo de la administración de personal en salud". *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, No 14, Santo Domingo, 9-11 setiembre de 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Representación OPS/OMS en Costa Rica. Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR): *Estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en el sector salud de Costa Rica 1987-1997*, OPS/OMS/HSR, junio 1999, San José.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. *Situación y tendencias de los recursos humanos de salud en las reformas sectoriales en nueve países de América Latina y el Caribe* (Reseña de la Reunión de Constitución del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud), Santiago de Chile, 9-11 de junio de 1999.
- Otárola, Juan Manuel: "Informe sobre la investigación y análisis de las relaciones laborales en el sector salud. Pertinencia o repercusión de las regulaciones existentes de cara a los nuevos modelos de atención y las tendencias de cambio", *informe de investigación*, junio 1997.
- Peralta, Manuel: "Síntesis sobre: incentivos, beneficios o facilidades de los trabajadores de la CCSS", sigla ADM-134, mayo 1992.
- Piza, Rodolfo: *Por la autonomía, por la participación, por la seguridad social. Comentarios acerca del proyecto de Ley de Desconcentración Administrativa de Hospitales y Áreas de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*, San José, 1998.
- Trejos, María Eugenia y Valverde, José Manuel: "Adaptación a los cambios, evaluación del desempeño y relación con incentivos de los recursos humanos en el sector salud de Costa Rica. Estado del arte", *Documento de Trabajo* OPS, 1998.
- Valverde, José Manuel y Trejos, María Eugenia: "Efectos laborales de los compromisos de gestión en la CCSS: estudio de caso", *Documento de Trabajo*, OPS, San José, 1998.

**ENTREVISTAS**

**González, Jorge, Jefe Departamento de Adquisiciones, Caja Costarricense de Seguro Social, 8 de marzo de 2000.**

**Martínez, Adolfo: Administrador General del Hospital San Juan de Dios, 7 de marzo de 2000.**

**María Eugenia Trejos**  
*mtrejos@racsa.co.cr*

**José Manuel Valverde**  
*josema@racsa.co.cr*  
**Apdo. 510-2070 Sabanilla**