



**Transformación y gerencia
de sistemas de salud:
aportes de investigación para la
generación de valor público**

Presentación de la Revista

La Revista Centroamericana de Administración Pública es una revista semestral electrónica gratuita y de acceso abierto de carácter científico-académico; publicada por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), entidad del SICA especializada en administración pública, que se encarga del desarrollo de los recursos humanos, la modernización de los sectores públicos del Istmo, y de apoyar los esfuerzos de integración centroamericana.

Busca promover una mejor comprensión de asuntos gubernamentales y de la administración pública, publicando resultados inéditos, estudios comparados de interés regional, artículos firmados, cifras e información documental, destinadas a facilitar perspectivas y antecedentes sobre la actualidad y los fenómenos novedosos; así como reseñas de publicaciones.

La Revista Centroamericana de Administración Pública requiere a los autores que concedan la propiedad de sus derechos de autor, para que su artículo y materiales sean reproducidos, publicados, editados, fijados, comunicados y transmitidos públicamente en cualquier forma o medio, así como su distribución en el número de ejemplares que se requieran y su comunicación pública, en cada una de sus modalidades, incluida su disposición al público a través de medios electrónicos, ópticos o de otra cualquier tecnología, para fines exclusivamente científicos, culturales, de difusión y sin fines de lucro.

Contenido

Artículo 1. Propuesta para la implementación de la metodología de calidad Lean en las Salas de Operaciones del Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense del Seguro Social por Diana Salas 13

En este artículo se presenta la metodología de calidad Lean aplicada en uno de los servicios más esenciales y sensibles de un hospital: las salas de operaciones. Centrando el análisis de dicha metodología, así como el funcionamiento de los quirófanos, el antes y después del análisis realizado y la propuesta para el funcionamiento de las quirófanos. El documento propone un enfoque aplicado con el uso de la metodología de calidad Lean y ofrece una orientación para investigaciones futuras, de un tema trascendental como lo son las Salas de Operaciones hospitalarias.

Artículo 2. Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud por Stephen Guinee Mendoza 45

En este artículo consiste en una la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica en el Hospital Dr. Rafal Ángel Calderón Guardia, que pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social, ubicado en San José, Costa Rica. Las Unidades de Corta Estancia son unidades médicas que, mediante la estandarización de procesos y criterios de inclusión y exclusión bien definidos, permiten optimizar la utilización de los recursos y disminuir costos, brindando una atención más oportuna, eficiente y eficaz. En este artículo se presentan los resultados de investigación y las estimaciones de cambio en los tiempos de estancia.

Artículo 3. Propuesta de clasificación integral de los servicios de urgencias de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, contemplando la población, complejidad del servicio, datos de producción, recurso humano, capacidad instalada, y ubicación en la red de servicios de salud Juan Carlos Obando, Alberth Méndez y Andrés Barquero ... 64

Los servicios de urgencias en sistema de salud costarricense presentan características específicas debido a que en su gran mayoría atienden usuarios categorizados como verdes o blancos según la clasificación de CTAS debido a la demanda insatisfecha, sin embargo, no existe una metodología para su clasificación. En este caso se presenta los resultados de un análisis estadístico para analizar la distribución horaria de la red de servicios, logrando desarrollar y determinar un índice que contempla producción, complejidad, recurso humano y su posición en la red de servicios.

Artículo 4. Análisis del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social por Ángela Morales y Angie Parra 88

Este artículo retoma como en el proceso de valoración de pensión solicitada por el régimen no contributivo por invalidez, intervienen diversos profesionales y departamentos y aunque se tiene conocimiento que existen falencias e inconformidades (tanto internas como externas), a la fecha el tema no ha sido analizado de forma integral, por lo que, con el presente estudio se genera la caracterización del proceso, con el fin de proponer mejoras en las dinámicas de otorgamiento de una Pensión por el Régimen No Contributivo por invalidez.

Artículo 5. Factibilidad económico-social para realizar análisis genómicos a todas las personas con sospecha heredo familiar de cáncer de mama o cáncer colorrectal en Costa Rica por Kenny Rojas y Jorge Peñaranda 119

Este artículo analiza la capacidad productiva de análisis genómicos para diagnósticos de cáncer de Mama y cáncer Colorrectal que se realizan en la Caja Costarricense de Seguro Social, profundizando sobre la factibilidad para ampliar la cobertura a toda la población meta, a partir de un enfoque económico-social de los beneficios que tendrá la población y el país con la ampliación de la capacidad productiva de estos análisis.

Artículo 6. Análisis del enfoque de salud pública, para prevenir el consumo de drogas y su política pública en Costa Rica por Eugenia Mata y Horacio Chamizo 138

Este artículo propone el análisis de la concepción del fenómeno de las drogas y la gestión de las políticas en Costa Rica, para facilitar la implementación de un enfoque de salud pública, y derechos humanos. Se parte de la teoría neo institucionalista y de la gobernanza sistémica, siguiendo una metodología con principios inductivos del enfoque cualitativo a través de la Teoría Fundamentada. Por medio de la participación de 20 funcionarios de las dos entidades rectoras del tema en el país, se constatan importantes debilidades conceptuales y operativas en la gestión y se proponen algunos lineamientos para mejorar la calidad de la gobernanza desde una perspectiva de Salud Pública.

Documento I. Parlamento e Innovación Pública por Jean-Paul Vargas 157

Este artículo de carácter conceptual y reflexivo asume como tarea incursionar en una aproximación de los enfoques de modernización parlamentaria, vistos desde la importancia del cambio institucional y los equilibrios inducidos. El documento inicia la discusión con toma de posición conceptual sobre el Parlamento como institución, seguido de comprender la gobernanza parlamentaria y la capacidad institucional, cuya reflexión acumulada permite abordar los diversos enfoques en materia de modernización parlamentaria.

Documento II. Pobreza y pobreza extrema en Costa Rica: Una deuda histórica pendiente de resolver por Ángel Abelino Ortega 187

Este documento parte como a pesar del reconocimiento histórico que el país ha tenido en materia de consolidación de la democracia, el respeto a los derechos humanos, la fortalecida institucionalidad pública y el sólido Estado social de derecho, durante los últimos años esta condición ha cambiado, teniendo un deterioro significativo en materia de cobertura en servicios de salud, educación, vivienda, trabajo y seguridad social, y a pesar de los diversos esfuerzos por revertirlo, esto no ha sido posible. Este documento profundiza en como la situación de pobreza podría tener relación directa con el tipo de política social impulsada por los gobiernos de los últimos 40 años, la obsolescencia de la gestión de la institucionalidad del sector social, la imposibilidad de articular una estrategia respetando los espacios de trabajo de cada institución y, el cortoplacismo de los procesos de planificación.

Comité Editorial

• Dirección de la Revista

Dr. Jean-Paul Vargas Céspedes, Laboratorio de Internacional de Innovación Pública para el Desarrollo Sostenible (Costa Rica).

MSc. María José Elizondo Solís, Encargada del Programa Editorial del ICAP (Costa Rica).

• Comité Editorial

Dr. Jean- Paul Vargas Céspedes, Laboratorio de Internacional de Innovación Pública para el Desarrollo Sostenible (Costa Rica).

Dra. Sonia Abarca Mora, Investigadora independiente (Costa Rica).

MSc. Óscar Quesada Madriz, Encargado de Unidad Especializada en Integración y Temas Regionales (Costa Rica).

MSc. Mauricio Ramírez, Investigador independiente (Costa Rica).

• Comité Internacional

Dr. Caryl Alonso Jiménez, Investigador independiente (Guatemala).

Dr. José Tudela Aranda, Secretario General de la Fundación Giménez Abad (España).

Dr. Ernani Contipelli, Investigador y Profesor Webster University (Brasil).

MSc. Manuel Aguilar Yuste, Investigador y Profesor Universidad de Extremadura (España).

MSc. Bonnie Hiltz, Vicepresidenta de Energía y Ambiente, Sussex Strategies Inc. (Canadá).

• Equipo Técnico

MSc. María José Elizondo, Encargada del Programa Editorial del ICAP (Costa Rica).

Lic. Valeria Calvo Chávez, Bibliotecóloga, Centro de Recursos de Información y Aprendizaje, ICAP (Costa Rica).

Bach. Marcela Sandí Meléndez, Bibliotecóloga, Centro de Recursos de Información y Aprendizaje, ICAP (Costa Rica).

• Diseño y diagramación

Mag. Laura Saborío Taylor.

EDITORIAL

Para este servidor, en su calidad de coordinador del Centro en Sistemas de Salud y Seguridad Social (CSS-SS) y del Programa en Gerencia de la Salud del ICAP, y como parte de esa responsabilidad general, coordinador de la Maestría en Gerencia de la Salud, es un privilegio introducir con el presente editorial, la versión número 82 de la Revista Centroamericana de Administración Pública.

Este número se dedica específicamente a temas relacionados con la gerencia pública de la salud y la seguridad social, a partir de la publicación de un conjunto de artículos que se originan en los trabajos finales de graduación aprobados como parte del proceso de formación de un grupo de estudiantes, quienes hoy ya ejercen como profesionales con grado de Magister Scientae en Gerencia de la Salud del ICAP.

Como se podrá observar los temas se enmarcan en dos grandes líneas; la primera relacionada con la mejora de la gerencia de los servicios de salud y la segunda vinculada con la mejora de la protección social en Costa Rica, no obstante, todos los temas tratados tienen un carácter universal, por lo que sirven de insumo relevante para todos los países de la región del SICA.

En lo relacionado con la gerencia pública de la salud el punto de partida es la premisa de que gerencia implica tomar decisiones y, por lo tanto, el desafío es lograr que esas decisiones sean correctas e inteligentes. Para lograrlo se requiere la aplicación de racionalidades, de la capacidad de pensar, evaluar, entender y actuar de acuerdo con ciertos principios de mejora y consistencia, para satisfacer algún objetivo o finalidad. La racionalidad es una virtud innata del ser humano que le permite discernir en una situación dada.

Las racionalidades aplicables son aquellas que consideran relevantes las buenas decisiones al interior de las organizaciones: i) racionalidad política que orienta el rumbo institucional, ii) la racionalidad técnica, relacionada con “el contenido” del quehacer institucional, iii) racionalidad administrativa vinculada con el necesario soporte requerido en cuanto a los recursos, los métodos y el proceso de toma de decisiones institucional, iv) la racionalidad legal asociada con el marco legal y jurídico que condiciona la toma de decisiones y v) la racionalidad ética relacionada con los valores que dan sustento al proceso de toma de decisiones.

Se trata de comprender como el proceso de toma de decisiones debe armonizar las cinco racionalidades mencionadas, nunca ponerlas en contradicción, una responsabilidad indelegable y no negociable que debe asumir el gerente al tomar decisiones.

Ese concepto de gerencia implica entonces una simbiosis entre la conducción (dirección) y administración; la conducción tiene implicaciones éticas en la función o sea se relaciona con hacer lo correcto, para lo que es necesario el conocimiento y aplicación de destrezas gerenciales esenciales: creatividad, innovación, liderazgo, motivación y negociación, entre otras. Por otra parte, la administración implica el conocimiento necesario para lograr hacerlo correctamente, es decir, las capacidades para definir normas y

cumplir con las funciones gerenciales de planificación, de organización, de atraer y conservar personal idóneo, de delegación, de supervisión, de medición y generación de información útil para la toma de decisiones.

En ese contexto, es que tres de los temas que se tratan en el presente número de la Revista, se relacionan con asuntos vinculados con la buena gerencia de los servicios de salud. El primer artículo por Diana Salas incursiona en la aplicación de la metodología de calidad Lean a las salas de operaciones, en este caso, de un hospital nacional de máxima complejidad en Costa Rica, el Hospital San Juan de Dios. La metodología permite mejorar la calidad del servicio, la mejora en la utilización de los recursos, la disminución de los tiempos de espera para acceder al servicio y la disminución de los costos. Es un ejemplo de aplicación a lo público de una herramienta de gestión que puede ser de gran utilidad para beneficio de la población.

La estrategia propuesta por Stephen Guinee de unidades de corta estancia para los servicios hospitalarios, es de gran utilidad para mejorar la gerencia de dichos servicios, la optimización del uso de los recursos y la disminución de sus costos. Las unidades de corta estancia aportan a la estandarización de procesos, lo que permite la disminución de la estancia hospitalaria y el aumento del giro cama que generan como resultado, la mejora de la eficiencia de los servicios, comprendiendo que la cama es el recurso

hospitalario por excelencia, ya que la planificación del establecimiento gira a su alrededor.

Por otra parte, la propuesta de clasificación de Áreas de Salud que realizan Juan Carlos Obando, Alberth Méndez y Andrés Cairol, aporta de manera significativa a la correcta asignación de los recursos a nivel de las redes de servicios de salud, tomando como referencia criterios de cobertura poblacional, capacidad instalada, producción, horarios de atención y en general, complejidad de los servicios que tienen como responsabilidad.

De frente a estos tres temas vinculados a la buena gerencia, específicamente, y en el contexto del marco conceptual enunciado inicialmente, a la buena administración de los servicios de salud, se presentan tres artículos vinculados al mejoramiento de la protección social en Costa Rica, comprendiendo que aportan a definir su rumbo en razón de las necesidades poblacionales y son de utilidad para la región del SICA en general.

El primero de estos es el análisis que realizan Angela Morales y Angie Parra para mejorar el proceso de otorgamiento de pensiones del régimen no contributivo, que busca no solo un aporte desde la eficiencia institucional, sino también al acceso de una población en desventaja social a una pensión básica. El estudio demuestra, no solo las debilidades del proceso de otorgamiento sino la deficiencia de algunos criterios para hacerlo, afectando la calidad de vida de

muchas personas. Las autoras realizan una propuesta que mejora de forma integral todo este proceso.

Además, el estudio de factibilidad que realizan Kenny Rojas y Jorge Peñaranda, para aumentar la cobertura de los análisis genómicos en personas con sospecha heredofamiliar de cáncer de mama y cáncer colorrectal plantea uno de los desafíos de la medicina contemporánea y del futuro: la atención personalizada sobre la base de las necesidades específicas de las personas. En Costa Rica, durante el año 2020, solo el 24% de los casos nuevos que padecieron este tipo de cáncer con sospecha heredofamiliar, tuvieron acceso al análisis, derivado de la escasez de recursos existentes.

Finalmente, Eugenia Mata y Horacio Chamizo presentan un artículo que vincula el correcto abordaje del problema del consumo de drogas en Costa Rica y la construcción de la política pública en este campo que parte de la premisa de que el consumo de drogas es un problema de salud pública, y debe ser trabajado como tal, un aporte de gran valor, no solo para el país, sino para la región del SICA.

De forma complementaria a los artículos originados en trabajos finales de graduación, la revista presenta dos documentos que tratan temas generales vinculados a la realidad social y económica de Costa Rica y la región del SICA; Jean Paul Vargas incursiona en el tema del parlamento y la innovación institucional, un documento de carácter

conceptual y reflexivo, que asume como tarea incursionar en una aproximación de los enfoques de modernización parlamentaria, vistos desde la importancia del cambio institucional y los equilibrios inducidos. El documento inicia la discusión tomando una posición conceptual sobre el Parlamento como institución, seguido de comprender la gobernanza parlamentaria y la capacidad institucional, cuya reflexión acumulada permite abordar los diversos enfoques en materia de modernización parlamentaria.

Finalmente, Ángel Abelino Ortega, incursiona en el tema de la pobreza y pobreza extrema en Costa Rica, presentándola como una deuda histórica del país, a pesar de los esfuerzos realizados en el campo de lo social por diversos gobiernos.

El autor considera que sin pretender una respuesta definitiva, que la situación de pobreza podría tener relación directa con el tipo de política social impulsada por los gobiernos de los últimos 40 años, la obsolescencia de la gestión de la institucionalidad del sector social, la imposibilidad de articular una estrategia respetando los espacios de trabajo de cada institución y, el cortoplacismo de los procesos de planificación, por lo que es necesaria una revisión profunda del modelo trabajado y realizar los ajustes pertinentes para cambiar lo necesario.

En síntesis, el presente número de la Revista Centroamericana de Administración Pública es un aporte significativo a la gerencia pública de la salud que toma como referencia la realidad costarricense, pero que sin duda, aporta a la realidad de todos los países del SICA.

Mauricio Vargas Fuentes
Mayo, 2022.

Base de Datos

REVISTA CENTROAMERICANA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La Revista Centroamericana de Administración Pública es una revista abierta a todas las corrientes del pensamiento administrativo y público que aboga por el desarrollo de la disciplina en Centroamérica.

- La Revista Centroamericana de Administración Pública está incluida en:
- Catálogo y Directorio del Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, LATINDEX.
- Los Indicadores Bibliométricos (1981 – 2009) de la Bibliografía Latinoamericana de la Universidad Autónoma de México: <https://biblat.unam.mx/es/>
- La base de datos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) especializada en Ciencias Sociales y Humanidades, CLASE: <http://clase.unam.mx>
- En el Índice Europeo de Referencias de Humanidades y Ciencias Sociales (European Reference Index for the Humanities and Social Sciences, ERIH PLUS) <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/erihplus/>
- La base de datos de la Red de Naciones Unidas en Administración Pública (conocida como UNPAN por sus siglas en inglés): <http://www.unpan.org/Library/SearchDocuments/AdvancedSearch/tabid/1750/language/en-US/Default.aspx>
- En la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB) https://www.redib.org/Record/oai_revista6064-revista-centroamerica-de-administraci%C3%B3n-p%C3%ABblica
- Servicio de Información y Documentación Agropecuario de las Américas (SIDALC): <http://www.sidalc.net/>
- En la Biblioteca Virtual del Centro de Recursos de Información y Aprendizaje, CRIA, del Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). <https://biblioteca.icap.ac.cr/>

Esta publicación, es editada, por el Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP, organismo regional intergubernamental al servicio de la región centroamericana con sede en San José, Costa Rica, cada seis meses o bien dos números anuales en versión digital.

Los artículos que publica son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento del ICAP.

La Revista permite la reproducción parcial o total de sus trabajos a condición de que se mencione la fuente.

Contactos

INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (ICAP)

Costa Rica

Oficinas Centrales

Tel: +506 2234-1011 / 2225-4616 / 2225-6674

Centro de Programas de Posgrado

Tel: +506 2253-4059 / 2253-2287

Correo electrónico: info@icap.ac.cr

Centro de Recursos de Información para el Aprendizaje (CRIA)

WhatsApp: +506 8690-9583

Correo electrónico: cria@icap.ac.cr

Panamá

Centro de Innovación y Formación ICAP

Ciudad del saber, Calle Maritza Alabarca, Oficina 153-B

Tel: +507 310-1910, +507 310-1909

Correo electrónico: cifpanama@icap.ac.cr

Guatemala

Campus Guatemala ICAP-INAP

12 calle 6-16 zona 1

Tel: +502 2296-6122 / 2296-6123


Correo electrónico: icapguatemala@icap.ac.cr

Síganos en Facebook: ICAP1954

Twitter: icap_1954

Instagram: icap_1954

Web: <http://www.icap.ac.cr>



Propuesta para la implementación de la metodología de calidad Lean en las Salas de Operaciones del Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense del Seguro Social

Propuesta para la implementación de la metodología de calidad Lean en las Salas de Operaciones del Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense del Seguro Social

Investigadora:
Dra. Diana Salas Corrales¹
ORCID: 0000-0001-5951-176X

Resumen

El propósito de este documento es presentar la metodología de calidad Lean aplicada en uno de los servicios más esenciales y sensibles de un hospital: las salas de operaciones. El artículo se centra en el análisis de dicha metodología, así como el funcionamiento de los quirófanos, el antes y después del análisis realizado y la propuesta para el funcionamiento de las quirófanos. El documento propone un enfoque aplicado con el uso de la metodología de calidad Lean y ofrece una orientación para investigaciones futuras, de un tema trascendental como lo son las Salas de Operaciones hospitalarias.

Palabras claves

LEAN, METODOLOGÍA, QUIRÓFANO, TIEMPO DE UTILIZACIÓN DE SALAS PARA EL HOSPITAL

Abstract

This document aims to show how we applied the Lean quality methodology in the operations rooms of the Hospital San Juan de Dios. The article focuses on the before and after analysis using the methodology Lean in the operations room's services.

Key words

LEAN, METHODOLOGY, OPERATING ROOM, ROOM UTILIZATION TIME FOR THE HOSPITAL

Recibido: 16 de enero de 2022

Aceptado: 01 de abril de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_1

Introducción

Resulta un tanto difícil comparar el sector salud con cualquier otro servicio, sus particularidades y diferencias van desde

¹Doctora en Medicina General. Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Máster en Administración de Proyectos. Máster en Gerencia de Servicios de Salud. Coordinadora del EBAIS de San Pablo de Barva del 2007 al 2011. Encargada de la Oficina de Salud Ocupacional del Área de Salud Tibás-Uruca-Merced del 2011 al 2013. Jefatura del Primer Nivel de la Consulta Externa del 2013 al 2017. Gestora de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios 2017 al 2019. Jefatura Médica de Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios del 2019 a la actualidad. Tutora del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social desde el 2018. Tutora del Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social. Correo electrónico: diana.salas.corrales@gmail.com

Salas, D. (2022). Propuesta para la implementación de la metodología de calidad Lean en las Salas de Operaciones del Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense del Seguro Social. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 13-44. 10.35485/rcap82_1

su nombre, hasta el consumidor que busca resultados inmediatos para su "situación".

El Dr. Orlando Carnota Lauzán, colaborador de la Escuela Nacional de Salud Pública, de la Habana Cuba, en su artículo: "Hacia la conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades" hace mención a esas diferencias tan evidentes en el sector salud:

(...) en ningún tipo de servicio el prestador posee una influencia tan decisiva en el consumo a realizar por el usuario o cliente, como la que tiene el médico al recetar un medicamento o al ordenar un estudio diagnóstico. Esta diferencia específica implica particularidades en la forma de gestionar los recursos, en la corresponsabilidad gerencial del prestador, en la orientación de la mercadotecnia, y en la gestión de la calidad, entre otros.(...)(Carnota, 2013, p. 504)

La salud entonces es considerada un derecho inalienable y es por esta naturaleza que Carnota (2013) indica:

(...) La salud es uno de los temas más sensible de la sociedad contemporánea. Muchas razones contribuyen a esa sensibilidad. Una de ellas es la de ser considerada un derecho universal, lo que implica inmediatamente otro derecho: el de exigir que se materialice. Las posibilidades de acceso a información

hacen del ciudadano de hoy una persona más preparada para saber que exigir, como hacerlo y cuando hacerlo. (Carnota, 2013, p. 504)

Los centros hospitalarios no escapan a esta realidad y en dichos nosocomios un área sensible son las salas de operaciones, ya que son uno de los puntos principales de la cadena de producción en el área quirúrgica.

Durante los últimos años los quirófanos han presentado más y más desafíos, desde mejorar la programación y planeación, hasta la implementación de estrategias para su mayor utilización.

En la actualidad se evalúa la gestión realizada en las salas de operaciones con indicadores como: el aprovechamiento del tiempo de utilización de las salas, la determinación del tiempo medio de rotación y final de la limpieza del quirófano, entre otros.

Se hace de vital importancia analizar estos tiempos de utilización puesto que es la única herramienta existente para la toma de decisiones.

El presente artículo se enfoca en la propuesta de implementación de la metodología Lean en las salas de operaciones del Hospital San Juan de Dios, y pretende, de acuerdo con los resultados encontrados, brindar una propuesta para asegurar la calidad, eliminar el desperdicio, reducir el tiempo del proceso y reducir los costos.

Antecedentes

Las salas de operaciones constituyen una parte esencial de la actividad hospitalaria, todo centro de salud que contenga especialidades quirúrgicas requerirá de uno o más quirófanos.

Su papel es tan relevante a nivel hospitalario, que se ha evidenciado que su funcionamiento impacta tanto en la carga de trabajo hospitalaria como los días de internamiento. (Davitia-Ranganathan, 2015).

La eficiencia del tiempo de utilización de los quirófanos depende de la programación, disponibilidad de recursos, equipo, el tiempo de preparación e inducción de la anestesia, recuperación del paciente, habilidades quirúrgicas y finalmente la preparación de la sala para la siguiente cirugía (Davitia- Ranganathan 2015).

En el artículo "Can we improve operating room efficiency?" se indica que si las salas de operaciones se manejan adecuadamente no solo resultaría en la mejora del tiempo de recambio entre cirugías sino en reducción de complicaciones postoperatorias y mayor satisfacción del usuario. (Davitia-Ranganathan 2015).

Para para su funcionamiento se requieren ciertos insumos básicos:

- La ropa que debe usarse en las salas de operaciones está constituida por: uniforme

quirúrgico, gorro, cubre boca y cubiertas conductoras para calzado (botas de tela gruesa). En las zonas restringidas es necesario agregar la ropa estéril para los cirujanos y el equipo quirúrgico.

- Los equipos quirúrgicos humanos en general están conformados por el o los cirujanos, el médico anestesiólogo, la enfermera instrumentista, la enfermera jefe, una auxiliar de enfermería y el circulante. En casos especiales, de acuerdo al procedimiento quirúrgico, será necesaria la presencia de otros especialistas y técnicos en especialidades médicas (tales como médico neonatólogo en casos de partos por cesárea, del técnico de ortopedia en casos de colocación de yesos, del técnico de Rayos X para el manejo del arco en C en casos de colocación de pines y prótesis de caderas, así como en las colangiopancreatografías, etc).
- El equipo mínimo necesario para el buen funcionamiento de una sala de operaciones incluye: mesa de cirugía con posiciones múltiples, máquina de anestesia, mesa de mayo, mesas para colocación del instrumental quirúrgico, lámparas de cielo, aire acondicionado, vitrinas para el depósito de materiales quirúrgicos, bancos para procedimientos especiales, camilla para traslado de pacientes, incubadoras, colchones térmicos, gases medicinales, etc. En casos especiales se deberá contar

con otros equipos como por ejemplo los utilizados para procedimientos endoscópicos, o para Rayos X, etc.

- Fuera de los quirófanos, pero dentro del área quirúrgica, deben existir lavamanos quirúrgicos en suficiente cantidad para abastecer a todos los quirófanos con que se cuente. Un factor de vital importancia en toda el área quirúrgica, es el manejo de la limpieza y la asepsia de rutina y en casos de cirugías contaminadas, la esterilización correspondiente de la sala; por eso se deben de seguir al pie de la letra todos los protocolos existentes en ese sentido. No se debe dejar de lado la importancia del centro de equipos, donde se efectúa todo el proceso de esterilización del instrumental quirúrgico, ropa y otro tipo de material quirúrgico. (Durán et al, 2004).

Ahora bien, con el fin de buscar la mejora en un servicio tan sensible, a partir de la Reforma del Sector Salud, se establecen múltiples políticas y reglamentos que tienen la finalidad de buscar la seguridad y calidad de la atención en salud a la población costarricense.

Además de lo anterior, la Caja Costarricense del Seguro Social establece la evaluación de los servicios brindados, mediante indicadores propuestos por la Dirección de Compras de Servicios de Salud.

Algunos indicadores mediante los cuales se evalúa el funcionamiento de las Salas de Operaciones son:

- Capacidad ociosa quirúrgica: la cual se calcula tomando en cuenta los quirófanos disponibles, horas por día que el quirófano se considera abierto y la sumatoria de días en que se dispuso de cada espacio quirúrgico. (Fichas Técnicas 2019-2023, código 1.13H)
- Días hábiles utilizados: días hábiles durante los cuales no se registra tiempo de anestesia en un quirófano en comparación con la sumatoria de días hábiles disponibles para la programación. (Fichas Técnicas 2019-2023, código 1.14H)
- Utilización de quirófano: realiza una comparación entre la sumatoria del tiempo de anestesia utilizado por quirófano en tiempo ordinario y el total de días hábiles programado para cirugías electivas. Además de lo anterior toma en cuenta el tiempo de cirugía y el tiempo promedio de ejecución de cirugías según el procedimiento.

Tipo de investigación

Para analizar esta problemática se realizó un estudio de campo mixto, integrándose tanto la metodología cuantitativa como cualitativa. En cuanto a la investigación cuantitativa, se revisaron las bases de datos existentes en Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios con los datos pertinentes de: tiempos quirúrgicos, producción mensual y suspensiones durante el primer semestre de los años 2017, 2018 y 2019 durante el período ordinario, primer turno y de lunes a viernes.

Además se realizó la revisión y análisis de tiempos de los procesos de sala de operaciones como: utilización real de sala, tiempos reglamentarios, limpieza de quirófano, buscando su correlación entre éstos y los resultados obtenidos, ya que se requiere una relación lineal entre las distintas variables, por lo que se clasificó como un trabajo de investigación longitudinal descriptiva.

El análisis se de los datos se realizaron en las 15 salas de operaciones del Hospital San Juan de Dios, donde se practican cirugías de alta complejidad, tanto electivas como no electivas.

Consideraciones teóricas y temáticas

En cuanto al tema que se atañe, la programación de los quirófanos es esencial y uno de los factores más importantes de la gestión quirúrgica, impactando directamente al hospital, profesionales en salud y pacientes.

La preparación para utilizar las salas de operaciones contempla desde la programación de las cirugías, distribución de profesionales, hasta el equipo quirúrgico necesario para la realización de la cirugía.

A nivel internacional se realiza una revisión de diferentes estudios relacionados con la organización, rendimientos y gestión de las salas quirúrgicas. Nakul et al. (2017) Effect of Lean Processes on Surgical Wait Times and Efficiency in a Tertiary Care Veterans Affairs Medical Center menciona:

El servicio de cirugía mediante la aplicación del VSM (Value Stream Map) identificó ineficiencias e implementó estrategias interdepartamentales como una mejor comunicación con el paciente con el fin de reducir las suspensiones y ausencias, problemas con el diagnóstico, entre otros. Con la clasificación del paciente, así como mejoras en los quirófanos, resultó en la disminución de los tiempos de espera. (Nakul et al, 2017).

Por otro lado en el artículo “Improving operating room efficiency” (Promoviendo la eficiencia en salas de operaciones) Lee et al mencionan que:

Las salas de operaciones son críticas para la parte financiera de un hospital, los cuidados quirúrgicos representan alrededor de una tercera parte de los costos hospitalarios. Sin embargo no todos los costos son apropiados o necesarios, en algunos momentos son ineficientes por la manera en que las salas son utilizadas. (Lee et al, 2019; pp. 20-28).

Actualmente la utilización de información del paciente, estandarización de procesos, utilización de sistemas que de la industria de manufactura, así como mejora en la comunicación de los procesos han hecho cambios significativos en la eficiencia de las salas. (Lee et al 2019).

Bogs et al publican su artículo OR Management and Metrics: How It All Fits

Together for the Healthcare System (2019) indicant:

Durante el año 2011 las cirugías realizadas correspondieron a un 29% de las hospitalizaciones, lo que significó un 48% del presupuesto en salud, \$387 billones de dólares. Por otro lado los procedimientos quirúrgicos equivalen a las ganancias entre un 40-70% hospitalarias. La disminución de la reducción de los costos empieza por los recursos, en este caso por las salas de operaciones. Con los datos anteriores los administradores deben evaluar la optimización de las salas de operaciones como parte esencial de su plan de trabajo. Implementar la mejora en la eficiencia de las salas de operaciones en dos factores: tiempo de recambio y mejora en el uso del recurso humano, es la premisa actual y que tiene ya un sustento de estudios en estrategias de manejo de los quirófanos. (Bogs, 2019).

Con respecto a los estudios nacionales se menciona por parte de Velásquez-Restrepo (2013):

Para que se realice una cirugía se requiere que cuatro elementos confluyan en el lugar y los tiempos establecidos; el quirófano, el paciente, el personal, el material y el equipo quirúrgico. Cualquiera de estos cuatro elementos que se encuentre ausente, o en deficientes condiciones de servicio, impedirá la realización de la cirugía; el quirófano no estará activo y todo el

sistema incurrirá en costos de tiempo y dinero”.

Otro aspecto importante es la aparición de cirugías no electivas, las cuales son emergencias, que pueden entorpecer la programación y el planeamiento previo ya que desplazan las cirugías programadas. (Velásquez et al, 2013).

Con los estudios anteriores queda más que evidenciada la importancia e impacto de las salas de operaciones en el ámbito hospitalario.

Factores críticos para la utilización de Sala de Operaciones

Tal y como lo indicó Velásquez et al (2013), cualquier elemento que impacte negativamente el uso de sala de operaciones generará pérdida de recursos.

Así que la búsqueda de la efectividad en la utilización de los quirófanos es un proceso preponderante y depende de muchas condiciones.

Algunas de ésta son los horarios acordes entre el personal médico y de enfermería, así como la condición adecuada de la infraestructura y la organización para lograr satisfacción del personal y los pacientes. (Serra et al, 2011).

Una de las causas de subutilización de sala de operaciones ocurre cuando en un quirófano, el personal termina temprano su programación y queda ociosa la planta física, lo cual produce un costo

excesivo por personal e infraestructura no utilizada. Mientras que la sobreutilización comprende las horas que se extiende el programa ordinario provocando pago de extras en el personal del equipo quirúrgico. (Pash et al, 2014).

Habiéndose mencionado lo anterior, en el presente estudio se detectan los siguientes factores críticos de éxito.

1. Tiempos quirúrgicos y otros

Es importante analizar este apartado detenidamente ya que en el Hospital San Juan de Dios actualmente el único instrumento válido institucionalmente, que aporta datos de tiempos, es la Hoja de Anestesia.

En dicho formulario, tal y como lo estipula la Comisión Técnica de Anestesiología, se registra los signos vitales y otros datos relevantes de la atención directa del paciente, cuando es sometido a cualquier procedimiento terapéutico y/o diagnóstico, que conlleve la administración de alguna técnica anestésica o vigilancia hemodinámica.

Los tiempos que se consignan en ésta son:

- Inicio del acto anestésico.
- Final del acto anestésico.
- Inicio del acto quirúrgico.
- Final del acto quirúrgico.

El llenado de dicha hoja se realiza de manera manual por el anestesiólogo a cargo, quien en la primera fila horizontal denominada "HORA" especifica el horario en términos de cero a veinticuatro horas,

no debe utilizar el sistema horario a.m. y p.m. y debe conocer que cada línea vertical equivale a cinco minutos.

Una vez que es finalizado el procedimiento quirúrgico, el paciente es trasladado a Recuperación acompañado por el especialista en Anestesiología, quien hasta que entrega el paciente en dicha área cierra la hoja con la consignación del "Fin de Anestesia".

Imagen 1. Hoja de Anestesia.

Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2018

Una vez entregado el paciente en Recuperación el Anestesiólogo procede a depositar el formulario en un buzón.

El personal asignado del Servicio de Anestesia realiza al menos una visita diaria a dicho buzón para recoger las hojas que se encuentran en él.

Imagen 2. Buzón de recolección de las Hojas de Anestesia



Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2018

Posteriormente, de manera manual, se ingresan los datos de inicio y fin de cirugía, inicio y fin de anestesia.

Al momento de la investigación no se disponían de otras herramientas de control que arrojaran los datos de tiempo de limpieza, tiempo de rotación, tiempo de recambio, hora finalización de quirófano, entre otros, apartado que se analizará más ampliamente en la siguiente sección.

2. Horarios del personal

La utilización de los quirófanos en el Hospital San Juan de Dios, se divide en dos jornadas; jornada ordinaria para el personal médico y de enfermería con

un horario de lunes a jueves 7 am a 4 pm y viernes de 7am a 3 pm, y jornadas extraordinarias de lunes a jueves de 4 pm a 7 am, viernes de 3 pm a 7 am y las 24 horas los días sábados, domingos y feriados. Para el personal de enfermería además de coordina un segundo turno que inicia de 2pm a 10pm los días martes y jueves.

Debe mencionarse que para las guardias permanecen cinco equipos, de los quince formados para la jornada ordinaria.

Es importante indicar que los días viernes de las 7:00 am a las 8:00am se tenía como programada la sesión general de cada uno de los servicios, por lo que el programa quirúrgico iniciaba a partir de las 8:00am.

Se analizó la hora de finalización de los últimas cirugías programadas evidenciándose según la Tabla N° 1 que en los tres semestres analizados la mayor cantidad de casos finalizan entre las 12:00pm y 12:59pm, consistente con el horario del personal.

De manera individual, para el I Semestre del 2017 a partir de la 1:00pm la cantidad de casos que finalizaban descendían abruptamente, suponiéndose que las cirugías en su mayoría finalizaban entre las 12:00pm y 12:59pm.

Para los primeros semestres del 2018 y 2019 dicha situación se modificó y se presenta un pico entre las 2:00pm y 2:59pm.

Tabla N° 1. Total de casos según la finalización de la anestesia. Hospital San Juan de Dios, I Semestre 2017- 2019

Hora de finalización de Anestesia	I Semestre 2017	I Semestre 2018	I Semestre 2019
12:00pm a 12:59pm	611	629	663
13:00pm a 13:59pm	462	506	493
14:00pm a 14:59pm	522	611	642
15:00pm a 16:00pm	476	516	559

Fuente: Gestión de Sala de Operaciones

3. Programación Sala de Operaciones

Para la programación de las cirugías, diariamente, la información se basó en el Sistema Institucional ARCAH.

El procedimiento consignado se realizaba basándose en el CIE-10, por lo que no se identificaba la cirugía específica a realizar, por ejemplo el 30 de abril del 2019 se tuvo la siguiente programación en la sala 13:

Se identificó que ambas cirugías programadas eran dos reparaciones de hernia incisional, sin embargo no se especificó qué tipo de hernia era (umbilical, inguinal, entre otros), si era unilateral o bilateral, o bien, si se iba a realizar abierta” o por laparoscopia.

Así que, con el fin de evitar errores en la preparación de la sala de operaciones el personal del quirófano esperaba la

presencia del especialista para aclarar ésta y otras dudas, para posteriormente iniciar con equipamiento del quirófano.

Con lo anterior se evidencia que un programa de sala de operaciones organizado y apegado a la realidad lo que busca es evitar demoras.

4. Inicio del programa de Sala de Operaciones

Este es un factor crítico de éxito el cual fue evaluado detenidamente, pues como mencionan Veen-Berkx et al, 2014 los factores como el retraso al inicio del día quirúrgico o primera cirugía se ha identificado como el principal detonador de los retrasos en los programas, suspensión de cirugías, disconformidad de pacientes y cirujanos e inclusive pago de horas extras no justificadas. (Veen-Berkx et al, 2014)Ampliando el punto anterior en el artículo “Late-Start Days Increase Total Operative Time in Microvascular Breast Reconstruction” se realiza un estudio donde se evidencia que la demora de 60 minutos en el inicio del primer caso en sala de operaciones, incrementa el tiempo de operación de 7 horas con 12 minutos a 9 horas, aproximadamente, evidenciándose una relación entre la demora para iniciar el día quirúrgico y el incremento del tiempo para resolver el programa. (Chu et al, 2015).

Imagen N° 3. Programa de Sala 13, 30 de abril 2019. Hospital San Juan de Dios

Hospitalizado	DR. ARIAS	SOTO BIGOTT GLORIANA	Otras operaciones sobre glándulas paratiroideas
Hospitalizado	DR. ARIAS	SOTO BIGOTT GLORIANA	Reparación Hernia Incisional
Hospitalizado	DR. ARIAS	SOTO BIGOTT GLORIANA	Colecistectomía Laparoscópica
Hospitalizado	DR. ARIAS	SOTO BIGOTT GLORIANA	Reparación Hernia Incisional

Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2019

En el presente estudio se realiza una comparación entre las cirugías programadas para iniciar entre las 7:00am y 7:30am y las que efectivamente se operaron en ese rango de horas, encontrándose que para el I Semestre del 2017 únicamente el 72% de las cirugías programadas a las 7:00am iniciaron puntualmente.

A partir del año 2018 el panorama cambia y dicho indicador pasa de un 71% a un 92%, con las modificaciones que más adelante se abordarán

Tabla N ° 2. Cirugías programadas vrs realizadas entre las 7:00am y 7:30am de lunes a jueves I Semestre 2017, 2018 y 2019. Hospital San Juan de Dios

Período	Programación	Realizado	Porcentaje
2017	1361	984	72%
2018	1258	1163	92%
2019	1394	1283	92%

Fuente: Creación propia

Con respecto a los días viernes según la Tabla N° 3 se evidencia que el cumplimiento de iniciar en el rango de horario entre las 8:00am y 8:30 am pasa de un 72% a un 92%.

Tabla N° 3. Cirugías programadas vrs realizadas entre las 8:00 y 8:30am viernes. I Semestre 2017, 2018 y 2019. Hospital San Juan de Dios

Período	Programación	Realizado	Porcentaje
2017	321	245	72%
2018	325	296	91%
2019	384	309	92%

Fuente: Creación propia. Mediciones y control de tiempo

Una de las situaciones que se detectó es el desconocimiento del tiempo real que consumen los procesos de limpieza de quirófanos, traslado de pacientes, y tiempo de espera en Pre Anestesia (área donde permanecen los pacientes previos a ingresar al quirófano).

La importancia de contar con estos tiempos se sustenta en el artículo publicado en el 2008, en la Revista Cirujano General, "Tiempo perdido entre cirugías y su repercusión en el cumplimiento de la programación quirúrgica del Hospital General de Querétaro" donde se indica que para mejorar el uso de las salas de operaciones debe manipularse el tiempo entre cirugías con el fin de que se mejore la eficiencia del área quirúrgica. Incluso se menciona que el Manual de Procedimientos de Quirófano del IMSS el tiempo entre cada cirugía debe durar 30 minutos, los cuales se usan en el aseo del instrumental, sala de operaciones y el paso del paciente de quirófano a recuperación. (Requenses et al, 2008).

Este artículo además de lo anterior menciona que la definición de "tiempo de cambio" es el periodo comprendido entre la salida de un paciente y llegada del siguiente a la misma sala de operaciones, en el mismo día, en casos programados consecutivamente y el uso de este tiempo se debe utilizar para el aseo, traslado del material ocupado durante la cirugía y preparación del quirófano para la siguiente cirugía.

Por lo anterior es que se realizó un análisis de los tiempos de recambio en las salas de operaciones del Hospital San Juan de Dios, que comprendió 104 días hábiles, en un primer turno de la jornada ordinaria (de lunes a jueves de 7am a 4pm y los viernes de 7am a 3pm) durante I Semestre 2019.

Se tomó en 358 cirugías el tiempo contemplado entre una la salida de un paciente y entrada del siguiente al quirófano (tiempo de recambio), de manera aleatoria, para todas las salas de operaciones sin tomar en cuenta sexo del paciente, edad, tipo de procedimiento, así como especialidad.

Detectándose que en el 80% el " tiempo de recambio" supera los 30 minutos. Tabla N° 3.

Tabla N° 4. Duración de tiempos de cambio en Sala de Operaciones. II Semestre 2018, Hospital San Juan de Dios

Duración	N	%
≥ 30 minutos	286	80
≤ 30 minutos	72	20
TOTAL	358	100
Promedio: 25 minutos		

Fuente: Creación propia

Con respecto a este tiempo en su artículo Requenses et al recomiendan que sea menor de 10 minutos pues en un estudio realizado en el "Children´s Hospital of Philadelphia" se encontró que existe una relación entre la duración del tiempo de cambio y su repercusión en el uso de tiempo quirúrgico, evidenciándose que en caso de durar un promedio de 10 minutos entre paciente y paciente se pueden

realizar nueve cirugías, si se durara 20 minutos se realizan ocho cirugías, mientras que si el tiempo de cambio fuera de 30 minutos únicamente se operarían siete pacientes, siendo que la jornada laboral en dicho hospital de 10 horas. (Requenses et al, 2008).

Asimismo se ha observado que las demoras generan insatisfacción del personal, uso de tiempos extras y cancelaciones de cirugías. (Requenses et al, 2008).

6. Control de ingresos a Sala de Operaciones

Se realizó un análisis del proceso de ingreso a los quirófanos del Hospital San Juan de Dios. Este ingreso se realiza por una única entrada, al servicio de Pre Anestesia.

El control de los ingresos es realizado por el personal de Enfermería a cargo de dicha área, quienes de manera manual chequeaban uno por uno de los pacientes que ingresan, así como aquellos que son suspendidos.

El personal ubicado en esta área también se encargaban de procesos como por ejemplo: colocación de intravenosas, verificación de identidades, solicitud de hemoconcentrados, entre otras.

7. Hoja de Anestesia

Este es otro punto crítico detectado en Sala de Operaciones. El TUSH (tiempo de utilización de sala hospitalaria) se obtenía basándose en el tiempo anestésico que es consignado en el formulario Hoja de Anestesia. El llenado del formulario se

realiza de manera manual por parte de cada Anestesiólogo.

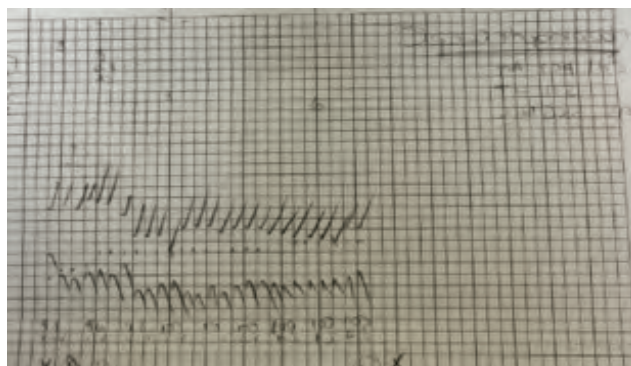
Imagen N°3. Hoja de Anestesia de Sala de Operaciones. Hospital San Juan de Dios, 2017

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL HSSD
 SERVICIO Centro de Anestesiología
 Nº. CAMA Ambulatoria
 FECHA 27/12/17
 CÓDIGO 111 SEXO M-F-JC EDAD
 DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS: PESO 60 kg, ALTURA 1.60 m, ALEJAS N/A, SANGRE A+, GRUPO B+
 1. DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: Hidrocoeloma Testículo
 2. DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: [blanco]
 DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO: [blanco]
 MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA: [blanco]
 OPERACIÓN PLANEA: Coloscopia
 OPERACIÓN PRACTICADA: N/A Sala Preparación
 CIRUJANOS: Dr. Salazar (17941) Día Viernes 23/12/17
 CLASIFICACIÓN SEGÚN ASA: I
 BALANCE TOTAL LIQUIDOS: [blanco]
 LIQUIDOS: [blanco]
 HORA: 11:35
 CASOS: Papalá, [blanco]
 [Cuadro de tiempo con columnas para minutos y segundos, y filas para cada hora del día]
 POSICIÓN OPERATORIA: [blanco]
 SONDAS: N/A, ORO, TRAQUEAL, MANGUITO, DOBLE LÍMEN, MASCARILLA LINGUAL, TIPO, OTROS
 PREDICTORES MÉDICOS DE RIESGO: COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA: BAJO, MEDIANO, ALTO; OBSERVACIONES: HCNF
 ANESTESIOLOGOS: Dr. Barrios (11492) y Dr. Montenegro (13888)
 CLAVE: ANEST, OPER, TEMP, PRES SISTOLICA, PRES DIASTOLICA, PULSO, RRMM, RESP. CONT, RESP. ASIST, HES. ESPO, PROFUNDAD ANESTÉSICA

Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2019

Para lograr tener el total del tiempo se debe contar “cuadrado por cuadrado” de manera manual y por consiguiente conocer la interpretación de dicho formulario.

Imagen 4. Hoja de Anestesia de Sala de Operaciones. Hospital San Juan de Dios, 2019

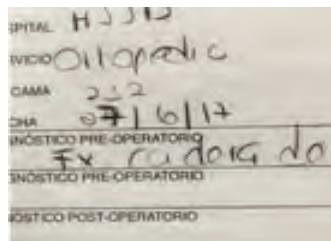


Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2018

Este conteo es realizado por un funcionario del Servicio de Anestesia, por lo que ante el diseño de la hoja y todos los detalles que en ésta se consignan existe el riesgo de errores materiales.

Por ejemplo en la imagen N°5 se detectó que por parte del profesional en anestesiología se coloca como fecha de la cirugía 26 de junio y no es hasta la revisión que se realizó de manera cruzada con la programación y control de enfermería que detecta que la cirugía realmente se había realizado el día 27 de junio 2017.

Imagen 5. Hoja de Anestesia de Sala de Operaciones. Hospital San Juan de Dios, 2017



Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2018

8. Traslado de pacientes a Sala de Operaciones

Este proceso es imprescindible, hasta el día de hoy, para el funcionamiento de los quirófanos, pues sin la llegada de los usuarios programados es imposible dar inicio al programa quirúrgico.

El proceso que se estableció para que los pacientes pudieran ingresar a sala de operaciones contempla tres aspectos:

- Todo primer paciente programado debe ser enviado desde los salones, mientras que el resto de los usuarios programados deben irse a traer por parte de los asistentes de pacientes ubicados en el servicio de salas de operaciones.
- En cuanto a los pacientes programados que se ubican en el Servicio de Emergencias y Cirugía Ambulatoria todos deben ser traídos por los asistentes de pacientes ubicados en las salas de operaciones. Para que el paciente se pueda trasladar al quirófano debe estar “preparado”: vestido de verde, con los medicamentos prescritos colocados, entre otros.

Por lo tanto, para poder transportar los pacientes desde salones, Cirugía Ambulatoria y Servicio de Emergencias, puesto que se requería una preparación previa, se avisaba desde Sala de Operaciones cuál era el siguiente paciente a solicitar, utilizándose el medio telefónico para dar aviso, con todas las implicaciones que este medio de comunicación traía: falta de respuesta al llamado, error en el mensaje, problemas de comunicación, entre otros.

9. Tiempo de utilización de las salas hospitalarias (TUSH)

El tiempo de utilización de las salas de operaciones hospitalarias se realiza, hasta el día de hoy, basándose en la información que arroja el sistema institucional ARCAH, que se alimenta de la información que aporta las hojas de anestesia, previamente analizadas.

El cálculo para el TUSH se realiza de la siguiente manera:

$$\text{TUSH} = \frac{\text{Total de días con más de cinco horas de utilización}}{\text{Total de días salas habilitados}} \times 100\%$$

Tabla N° 6. Días sala según horas de utilización, Hospital San Juan de Dios. Primer Semestre 2017- 2019

Mes	Total de Días Sala	Días con utilización de menos de cinco horas	Días con utilización de más de cinco horas
I Semestre 2017	1671	458	1213
I Semestre 2018	1583	232	1351
I Semestre 2019	1749	229	1520

Fuente: Gestión de Sala de Operaciones

Para ejemplificar lo anterior, según la base de datos del 2017, el TUSH del mes de enero fue de un 71%.

TUSH=	221	X 100%
	312	

Por lo tanto la importancia del TUSH radica en que, además de ser el único indicador válido institucionalmente, hasta la actualidad, arroja el rendimiento de las salas de operaciones que se considera parte de la gestión hospitalaria. (On et al, 2012).

Se realizó una revisión diaria de la cantidad de ocasiones en las que se alcanzó las cinco horas de utilización en cada una de las salas de operaciones programadas (días sala).

Tabla N° 5. Días sala disponibles del I Semestre 2017 al 2019. Hospital San Juan de Dios

Mes	Días sala
I Semestre 2017	1671
I Semestre 2018	1583
I Semestre 2019	1749
Total	5003

Fuente: Sistema ARCAH

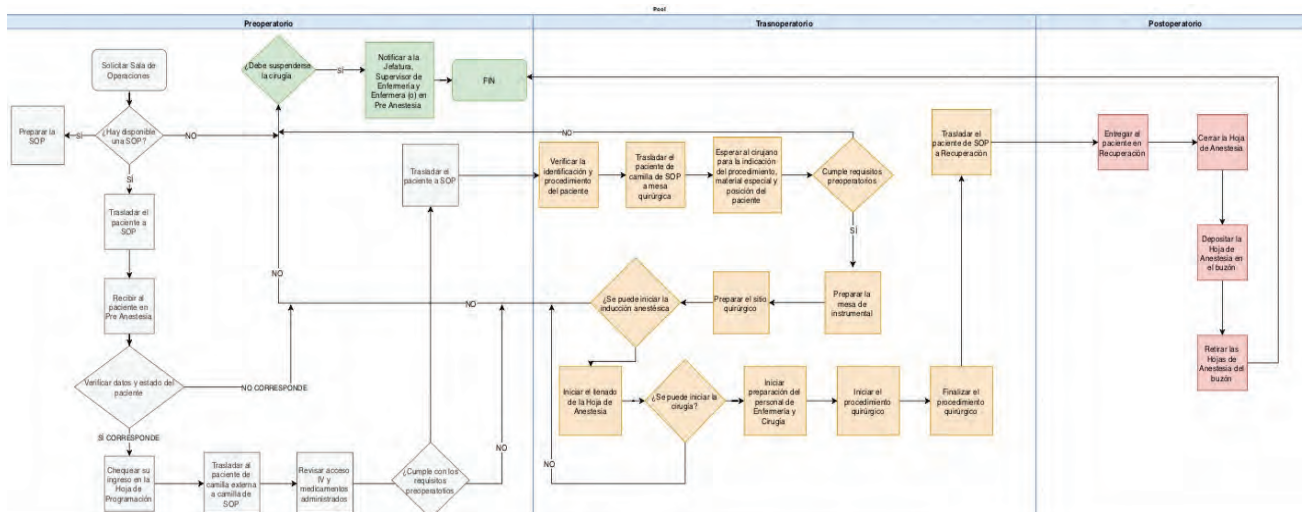
El cálculo del TUSH, consideró la cantidad de días donde se utilizaron los quirófanos por más de cinco horas.

Tabla N° 7. TUSH del Hospital San Juan de Dios. Primer Semestre 2017- 2019

Mes	TUSH
I Semestre 2017	72%
I Semestre 2018	85%
I Semestre 2019	87%

Fuente: Gestión de Sala de Operaciones

Figura 1. Organigrama del funcionamiento para un proceso quirúrgico en Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios



Fuente: Elaboración propia, 2018

Proceso de Sala de Operaciones

Tal y como se mencionó previamente el Hospital San Juan de Dios cuenta con 15 salas de operaciones utilizadas para atender cirugías electivas y no electivas.

El proceso para el funcionamiento de los quirófanos involucra desde el ingreso del paciente a Pre Anestesia hasta el momento en el que es trasladado a Recuperación, tal y como se puede apreciar en la Figura N° 1.

Filosofía Lean

El origen de esta filosofía empieza luego de la Segunda Guerra Mundial. Castrejón (2016) indica que posterior a este acontecimiento histórico los japoneses toman conciencia de su situación económica a nivel mundial, puesto que para ese momento sus recursos energéticos eran escasos.

La eliminación del desperdicio es el principal objetivo de esta filosofía, siendo entonces:

“El desperdicio todas aquellas actividades que no agregan valor al producto y por las cuales el cliente no está dispuesto a pagar, utilizando diferentes herramientas (TPM, 5s, SMED, KANBAN, KAIZEN, HEIJUNKA, JIDOKA, etc.)” ... los pilares de Lean Manufacturing son la mejora continua, el control total de la calidad, la eliminación del desperdicio, el aprovechamiento de todos los recursos a lo largo de la cadena de valor y la participación activa del personal. (Castrón, 2010, p. 3).

Por lo tanto qué es Lean:

1. Implementar la calidad.
2. Eliminar el desperdicio.
3. Reducir el tiempo.
4. Reducir los costos.

Claramente, la implementación de Lean no implica necesariamente, la necesidad de inversiones monetarias de la organización, únicamente el análisis concienzudo del proceso con el compromiso de la alta gerencia para proceder con la implementación de los cambios requeridos.

Pero en definitiva surge la pregunta: ¿es acaso Lean una metodología para aplicar en salud?

En el libro “Lean Hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement” menciona que existen muchos ejemplos de cómo Lean ha tenido éxito en el ámbito de salud y realmente lo que se debe preguntar actualmente es: ¿cómo hacer para que la mayor cantidad de empresas utilicen Lean? (Graban, 2016).

Indica además que la actividad que ocurre en un hospital es muy similar a los eventos que se desarrollan en una fábrica, ya que en ambas lo que trabajan son personas y por ejemplo, en ambos ámbitos, las llaves de los buzones de sugerencia nunca aparecían. (Graban, 2016).

Lean va más de la implementación por un período de tiempo, es una metodología

que se practica de manera diligente y aprendiendo, conforme transcurre el tiempo, sin que signifique ser perfecto o no tener pérdidas, sino más bien, ser organizaciones que permita una cultura de mejora continua.

La calidad Lean lo que busca es mejorar la calidad de la atención a los pacientes mediante la reducción de los errores y tiempos de espera, lo que resulta en menores costos, brindando la oportunidad para que los médicos se dediquen a su función principal, atender a las personas. (Graban, 2016).

Graban menciona algunos ejemplos de logros en el ámbito de salud por la aplicación de Lean:

- Hospital Allegheny, Pennsylvania: reducción de las infecciones por vía central en un 76%, disminuyendo la mortalidad por infecciones nosocomiales en un 95%, salvando \$1 millón de dólares.
- Hospital St. Margaret, Pennsylvania: disminución de los reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un 48%.
- Reducción del tiempo de espera por la atención de casos no urgentes ortopédicos de 14 semanas a 31 horas, aumentando la satisfacción del usuario de un 68% a un 90%. Theda Care, Wisconsin
- Reducción de los tiempos de espera de colonoscopías de seis semanas a menos de 24 horas disminuyendo el costo por paciente de un 9.5%.

Palo Alto Medical Foundation, South Dakota.

- Reducción del ciclo de tiempo de un 54% para la descontaminación y esterilización de instrumental quirúrgico, impactando la productividad de dicho equipo que aumentó en un 16%. Kingston General Hospital, Ontario
- Reducción de los casos que inician tarde en salas de operaciones de un 50% a un 30%, asegurándose la disminución de las reprogramaciones de un 20% a un 4.4%, aumentando la producción de un 329 a 351 operaciones por mes. New York City Health and Hospitals Corporation.
- Reducción del tiempo de recambio en salas de operaciones de 60 minutos a 30 minutos, incrementándose la utilización de 25% a 65%, y consiguiendo del primer caso en las salas de operaciones en un 100%. Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, China

Thomas Zidel en su libro "A Lean guide to transforming healthcare: how to implement Lean principles in hospitals, medical offices, clinics and other healthcare organizations" menciona que:

Una organización no se vuelve Lean de la noche a la mañana. Toma años de duro trabajo y perseverancia. Una transformación Lean requiere un compromiso en todos los estratos de la organización combinados con un proceso de implementación... El propósito de Lean es la eliminación o minimizar procesos sin valor, no de eliminar puestos de trabajo (Zidel, 2006).

Leone et al (2011) publican el libro: "Lean in the OR" indican que pequeños cambios en las salas de operaciones no solo benefician a la organización, sino que impactan al personal. El beneficio de disminuir el tiempo de recambio es inversamente proporcional a la utilización del recurso, para tener más tiempo intraoperatorio, preparación de la sala, entre otros. Leone et al indican que una reestructuración del proceso puede reducir el tiempo de recambio significativamente.

Lean en Sala de Operaciones

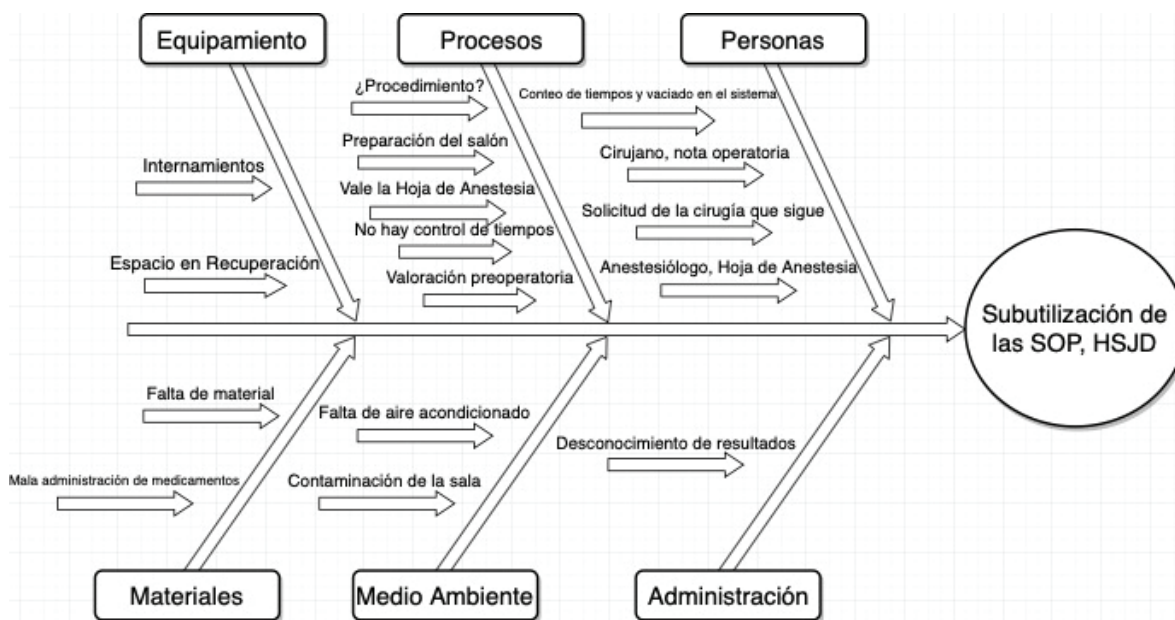
Habiendo conocido los beneficios de la metodología Lean y la aplicación que tiene ésta en el sector salud, así como los hallazgos de los resultados que arrojaron el estudio de las salas de operaciones, se propone la implementación de la metodología Lean con el fin de que los

procesos instaurados sean estandarizados y mejorados, sin necesidad de invertir dinero lo que resultó en la optimización del uso de las salas de operaciones, con el fin de dar un servicio de calidad para los asegurados.

Dicha propuesta se consideró como una solución práctica que buscó la mejora continua, pero sobre todo, cumplir con los lineamientos institucionales, para utilizar de los recursos de manera óptima, eficaz y eficientemente.

Como primer punto para la implementación de Lean fue esencial la realización del FMEA e Ishikawa, herramientas que permiten encontrar las causas "raíz" de un problema, así como la ponderación de los riesgos, posibles efectos que impacten directamente el uso de los quirófanos, entre otros.

Figura N° 2. Ishikawa de las Salas de Operaciones del Hospital San Juan de Dios



Fuente: Elaboración propia, 2019

Ishikawa

Según el diagrama a continuación expuesto se exponen las principales causas de subutilización de las salas de operaciones.

En el siguiente diagrama se logra evidenciar aspectos importantes:

- Se identificaron seis grandes causas

que tienen un efecto en la utilización de las salas de operaciones.

- Dos “ramas” que presentaron más “causas” que fueron “Procesos” y “Personas”.
- Una rama únicamente identificó una posible causa, que es la Administración.

Por lo tanto se realizó el análisis de los “Cinco Por qué?” detallándose de la siguiente manera:

Tabla N° 8. Sala de Operaciones. Hospital San Juan de Dios

Causa	¿Por qué? (1)	¿Por qué? (2)	¿Por qué? (3)	¿Por qué? (4)	¿Por qué? (5)
Internamientos	Si no se pueden internar pacientes no hay que operar	Porque se operan pacientes electivos que requieren una cama	Porque su cirugía es compleja	Porque en salas se abordan las cirugías complicadas	Porque así es la complejidad hospitalaria
Espacio en Recuperación	Porque no hay donde recuperar los pacientes operados	Porque hay que esperar espacio para trasladar el paciente que está en sala	Porque si no debe permanecer ocupando una sala hasta que se libere espacio	Por la complejidad del procedimiento	Por el tipo de cirugías que se realizan en el Hospital
¿Procedimiento?	Porque no se sabe qué se va a operar	Porque se desconoce el procedimiento específico	Porque la Hoja de Programación no da ese dato	Porque así lo da el sistema	Porque se debe esperar hasta que llegue el cirujano para que se indique el procedimiento a realizar.
Preparación en el salón	Porque si el paciente no está listo no puede ser trasladado	Porque si no es trasladado no puede ingresar a Pre Anestesia	Porque necesita cumplir una serie de requisitos para estar listo	Porque si no cumple los requisitos no puede ser operado	Porque la complejidad del procedimiento así lo requiere
Vale la Hoja de Anestesia	Porque solo lo consignado en el Hoja de Anestesia cuenta para el TUSH	Porque la Hoja de Anestesia únicamente la llena el anesestesiólogo	Todo procedimiento que se realiza con anestesia local no requiere un anesestesiólogo	Porque la anestesia local la puede suministrar un profesional en ciencias médicas	Porque así está definido institucionalmente
No hay control de tiempos	Se desconoce todos los tiempos que en apariencia son muertos	No se sabe cuánto se dura preparando una sala	No se sabe cuánto dura el tiempo de limpieza	No hay controles tecnológicos implementados	Se desconoce el impacto del tiempo de traslado del paciente desde salón hasta sala de operaciones
Valoración preoperatoria	El paciente que no cumple con los requisitos no puede ser operado	La complejidad del procedimiento así lo requiere	Esto genera atrasos en el proceso mientras se determina si puede o no ser operado el paciente	El paciente se detecta que no está bien preparado ya ingresado al área de quirófanos	Un paciente mal preparado debe suspenderse

Causa	¿Por qué? (1)	¿Por qué? (2)	¿Por qué? (3)	¿Por qué? (4)	¿Por qué? (5)
Conteo de tiempos y vaciado en el sistema	El conteo de los tiempos debe hacerse de manera manual, contando cuadrado por cuadrado	El formulario que se utiliza es una hoja física	Porque así está establecido institucionalmente	Una vez que se determina el tiempo debe ser consignado en el sistema	Se depende de lo que determina el encargado para
Cirujano, nota operatoria	No se realiza la nota porque no están autorizadas en el sistema las cirugías	No se refleja el tiempo operatorio a pesar de ser consignado en el sistema	Porque el cirujano tiene más tiempo para dictar la nota posterior a la cirugía y se le olvida	Porque no programan adecuadamente la cirugía	Porque se equivocan o programan dos veces la misma cirugía
Solicitud de la cirugía que continúa	Porque salen a almorzar y no piden el paciente que continúa	Porque hay que esperar a que se traslade el paciente desde salones	Porque en el salón no alistan el paciente desde temprano sino hasta que los llaman	Porque se atrasa el ingreso del nuevo paciente	Porque no se cumple con los requisitos de medicamentos de los pacientes
Anestesiólogo, Hoja de Anestesia	Porque le falta información a la Hoja de Anestesia	Porque la llena con letra ilegible	Porque no la deposita en el buzón	Porque puede colocar datos que trasponen las cirugías	Porque es el único formulario que es válido institucionalmente para consignar el tiempo de anestesia y quirúrgico
Falta de material	Porque no se puede operar lo programado	Porque debe suspenderse cirugías			
Mala administración de medicamentos	Porque se incumplen los requisitos preoperatorios	Porque se suspenden cirugías	Porque se debe esperar a que pase el medicamento para ingresar el paciente a sala	Porque se atrasa el programa quirúrgico	Porque se suspenden cirugías
Falta de aire acondicionado	Porque no se puede operar ante el inadecuado funcionamiento del aire	Porque se atrasan programas quirúrgico	Porque se suspenden cirugías		
Contaminación de la sala	Porque mientras se limpia la sala no se puede utilizar	Porque atrasa el programa quirúrgico	Porque se suspenden cirugías		
Desconocimiento de resultados	Los servicios desconocen su desempeño	Porque no se toman medidas inmediatas para mejorar los resultados	Porque se dan resultados el mes posterior	Porque no se mejoran las métricas	

Fuente: Elaboración propia,

FMEA de Sala de Operaciones, del Hospital San Juan de Dios

La herramienta FMEA es de mucha utilidad cuando de análisis de riesgos y procesos se trata, pues mediante la cuantificación de severidad, ocurrencia o frecuencia “califica” los posibles daños.

Se realizó el “FMEA de Sala de Operaciones, del Hospital San Juan de Dios” donde se visualizaron los siguientes riesgos y su ponderación

Figura N° 3. FMEA de Sala de Operaciones, del Hospital San Juan de Dios

¿Cuáles es el proceso?	Potencial falla	¿Cuál es el impacto si la falla ocurre o no puede ser prevenida?	Rating de severidad 1-10?	BCV	Rating de severidad 1-10?	Cuáles son las causas por las que el proceso falla?	OCC	Centros establecidos del sistema	Rating de detección efecto 5-10	SPN	Acciones recomendadas	¿Quién es responsable de las acciones?	Cuáles acciones fueron implementadas?	Rating de severidad 1-10?	New OCC	Rating de detección efecto 5-10?	New BCV	New SPN
Traslado del paciente a Sala de Operaciones e ingreso a Sala de Operaciones	El paciente debe ser trasladado desde los salones hacia Pre Anestesia para posteriormente ser trasladado a la Sala de Operaciones	Potenciales efectos de las fallas Retraso en la llegada del paciente a Sala de Operaciones	10	10	10	Medicada preparación del paciente en el salón donde se encuentra internado, por lo que el personal de Sala de Operaciones debe esperar para que el paciente esté listo, lo que retrasa el ingreso al quirófano.	8	No están cubiertas para prevenir el retraso.	10	100	"La programación debe ser enviada a todos los interesados el día anterior hábil, de esta manera se evita que los interesados no estén programados."	Jefatura de Enfermería de Sala de Operaciones y Jefatura Médica de Sala de Operaciones	Estandarización del ingreso del primer paciente al quirófano y envío de la programación quirúrgica	5	5	5	10	125
Inicio de Anestesia del primer caso quirúrgico programado	Se empieza el primer caso quirúrgico programado de manera ordenada	Retraso en el cumplimiento del programa y suspensiones	10	10	10	Medicada preparación del paciente en el salón donde se encuentra internado, por lo que el personal de Sala de Operaciones debe esperar para que el paciente esté listo, lo que retrasa el ingreso al quirófano.	10	No están cubiertas para prevenir este tipo de ocurrencias	10	1000	"Debe estandarizarse el ingreso del primer paciente a las operaciones, el cual debe estar antes a las 7:30am. La programación debe ser enviada a todos los interesados el día anterior hábil, de	Jefatura de Enfermería de Sala de Operaciones, Jefatura de Anestesia y Jefatura Médica de Sala de Operaciones	Estandarización del ingreso del primer paciente al quirófano y envío de la programación quirúrgica	5	2	1	10	10
Verificar estado, lista y requisitos preoperatorios de paciente en Pre Anestesia y Sala de Operaciones	Es en el momento en que el paciente ya se encuentra en el área de SOA que se detecta el incumplimiento o bien alteración de requisitos preoperatorios por lo que el paciente no puede ser trasladado hasta el quirófano.	Retraso en el cumplimiento del programa y suspensiones	10	10	10	No se realizaron todas las valoraciones necesarias o se incurre en la programación establecida	10	No existe ningún control para prevenir este tipo de ocurrencias	10	1000	Implementar la valoración por parte del Servicio de Anestesia a aquellos aspectos pertinentes A LA III-IV	Jefatura de Anestesia	Se implementa las interconsultas a los pacientes hospitalizados con A LA III y IV sin embargo aquellos que no están hospitalizados o bien son A LA I y II no son valorados por este servicio	10	10	10	10	800

¿Cuál es el proceso?	Potencial falla	Cuál es el impacto a la falla o cómo ocurre o no puede ser prevenido?	Rating de severidad T10?	Cuáles son las causas por las que el proceso falla?	Rating de severidad T10?	Cuáles son los controles que actualmente existen para detectar o evitar que ocurra la falla?	Rating de severidad T10 - detección OCC - DET	IFM - SEV - detección OCC - DET	Cuáles son las acciones para reducir las ocurrencias del error?	Quién es responsable de las acciones?	Cuáles acciones fueron implementadas?	Rating de severidad T10?	Rating de ocurrencia T10?	Rating de severidad T10?	Rating de SEV - efecto OCC - DET
Proceso	Potenciales efectos de la falla	SEV	OCC	Potenciales causas	OCC	Existencia de establecimientos de acciones	DET	SPN	Acciones recomendadas	Responsable	Acciones tomadas	New SEV	New OCC	New SEV	New SEV
Espera de cirugía para la indicación del procedimiento, manejo especial y postcure de paciente	Se debe esperar la llegada de la cirugía al quirófano para dar soporte al procedimiento respectivo a nivel de atención y la cirugía se debe iniciar al paciente	10	10	El equipo en el quirófano se colocó el procedimiento a realizar y por consiguiente no se dispone del instrumental especial. Además de lo anterior se dispuso de la llegada de cirugía para las indicaciones	10	No existe control para prevenir	10	1000	Enfermería debe de contar con los detalles de todas las cirugías a realizar desde el día anterior	Asistentes Administrativos de Operaciones	Envío de documento digital e impresos para los Supervisores de Anestesia y Sala de Operaciones donde se detalla el procedimiento a realizar así como el material especializado	5	4	4	80
Llamado de la Hija de Anestesia	No se llama de la Hija de Anestesia	10	10	Dependencia del llamado que realiza el Asistente de forma manual	10	Revisar por parte de la Gestión de Sala de Operaciones de los procedimientos quirúrgicos realizados en los quirófanos, así como la información generada por parte de la Gestión de Sala de Operaciones de los procedimientos quirúrgicos realizados en comparación a los registros de registros	10	1000	Equipamiento de contar con la Hija de Anestesia digital de esta manera la consignación de los tiempos se realizará de manera automática	Jefatura de Anestesia	Aún no se ha podido concretar este punto, la jefatura del servicio lo contempla como proyecto para el año 2023	10	10	10	1000
Decido de la nota operatoria	No se logra consignar el tiempo anestésico y quirúrgico en el sistema informático ANCAH	10	5	Dependencia de que se dicte por parte del cirujano	5	Revisar por parte de la Gestión de Sala de Operaciones de los procedimientos quirúrgicos realizados en comparación a los registros de registros	6	400	Realizar control cruzado con los médicos generales de cada uno de los servicios de las cirugías realizadas y las notas operatorias de manera automática	Jefatura de Sección de Cirugía	Docho control ya se establece	4	4	4	64
Declaración de la Hija de Anestesia en el buzón	Incumplimiento de la entrega	5	6	Se depende de la entrega que realiza el Anestesiólogo después de cada cirugía	6	No hay control	5	150	Contar con la Hija de Anestesia digital de esta manera la consignación de los tiempos se realizará de manera automática	Jefatura de Anestesia	Aún no se ha podido concretar este punto, la jefatura del servicio lo contempla como proyecto para el año 2023	5	5	5	125
Recepción de las Hojas de Anestesia en el buzón	No se reciben las Hojas de Anestesia	4	5	Se depende de la disponibilidad del personal para que se dirija al buzón a recoger las formularios	5	No hay control	4	80	Contar con la Hija de Anestesia digital de esta manera la consignación de los tiempos se realizará de manera automática	Jefatura de Anestesia	Aún no se ha podido concretar este punto, la jefatura del servicio lo contempla como proyecto para el año 2023	4	3	4	80

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El FMEA permitió clasificar los riesgos, en el caso de las Salas de Operaciones correspondieron en orden descendente a:

- Inicio de Anestesia del primer caso quirúrgico programado. (1000)
- Verificación del estado, datos y requisitos preoperatorios del paciente en Pre Anestesia y Sala de Operaciones. (1000)
- Espera del cirujano para la indicación del procedimiento, material especial y posición del paciente. (1000)
- Llenado de la Hoja de Anestesia. (1000)
- Traslado del paciente a Sala de Operaciones e ingreso a quirófanos. (800)
- Vaciado de datos de las Hojas de Anestesia al Sistema Institucional ARCAH (700)
- Colocación de la Hoja de Anestesia en el buzón (150)
- Recolección de las Hojas de Anestesia en el buzón (80)

Los resultados de ambas herramientas permitieron plantear las mejoras en el proceso que fueron:

- .* Se procede a enviar la programación quirúrgica desde el día anterior hábil vía correo electrónico y físicamente a los involucrados, para que conozcan de antemano los pacientes que serán llevados a sala de operaciones para su preparación.
- Envío del documento vía correo electrónico conocido como "Reporte" donde se indica de manera específica el paciente que será operado, la cirugía a realizar, material especial, anesthesiólogo y cirujano.

Entrega de la Hoja de Programación y "Reporte" físicamente a las Jefaturas de Anestesia y Enfermería, Supervisión de Enfermería y Coordinador de Arsenal, con lo anterior se asegura que conozcan de primera mano todos los detalles más específicos de las cirugías.

Imagen 6. Correo electrónico con la programación quirúrgica



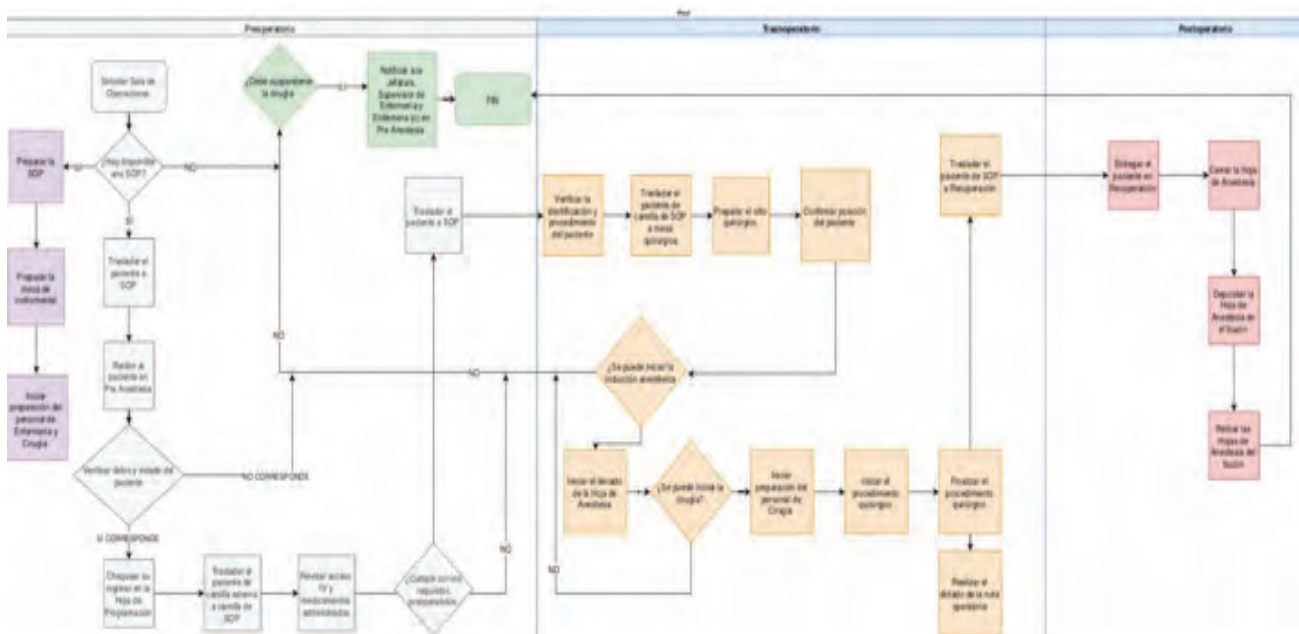
Imagen 8. Reporte de programación

Especialidad	Hora	Expediente	Nombre asegurado	Edad	Cirujano	Anestesiólogo	Modalidad	Durac.	Diagnostico	Procedimiento / Observaciones
Sala 03 - Cirugía										
Cirugía General	07:30:00			47 Años 4 Meses 16 Dias	VARGAS ALPIZAR WILLIAM	CHEVEZ ORDÓÑEZ HAROLD GILBERTO	Hospitalizado	1.50	Calculo de la vesícula biliar sin colelitiasis	Colecistectomía Laparoscópica sala compleja 2 primera
Cirugía General	09:00:00			44 Años 8 Meses 18 Dias	VARGAS ALPIZAR WILLIAM		Hospitalizado	1.50	Calculo de la vesícula biliar sin colelitiasis	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA sala compleja 2 segundo
Cirugía General	11:00:00			56 Años 4 Meses 25 Dias	VARGAS ALPIZAR WILLIAM		Hospitalizado	1.50	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	Reparación Hernia Inguinal sala compleja 2 tercero

Fuente: Jefatura Médica de Sala de Operaciones, 2018

Las medidas anteriores resultaron en que el personal de Enfermería inició la preparación del quirófano en una primera fase y una vez que el paciente es trasladado a la sala correspondiente realiza la preparación final de la mesa de instrumental, de tal manera que en el momento en que ingrese el cirujano únicamente se requiera vestirlo.

Imagen 9. Flujograma modificado del proceso para el uso de las salas de operaciones. Hospital San Juan de Dios



Ahora bien, ante la necesidad de contar con controles objetivos de los tiempos quirúrgicos de recambios, limpieza, preparación de quirófanos se propuso la implementación del RFID (Radio Frequency Identification).

Mediante el uso de la tecnología RFID se podrá registrar la identificación y trazabilidad de los pacientes en tiempo real, controlando su ubicación desde que se encuentran en las distintas áreas del hospital (salones, sala de espera de Cirugía Ambulatoria, Servicio de Emergencias, entre otros), esperando a ser trasladados a las salas de operaciones y el flujo de movimiento a lo interno de las mismas.

Con lo anterior se evidenciará los tiempos de desplazamientos y el uso efectivo de las salas de operaciones, duración en traslados, procesos de preparación, entre otros; con el fin de que esta información sea evidenciada en un Dashboard para que en tiempo real se tome ventaja de estos datos y se promueva la maximización de los recursos disponibles, procurando la mejora en los tiempos de uso e impactando de manera positiva las listas de espera.

Otra herramienta que se recomendó utilizar fueron los poka yokes que permiten de manera visual, tener un control de los pacientes programados, así como su ubicación.

Imagen 10. Dashboard



Fuente: Medytek, 2019

Imagen 11. Funcionamiento del RFID

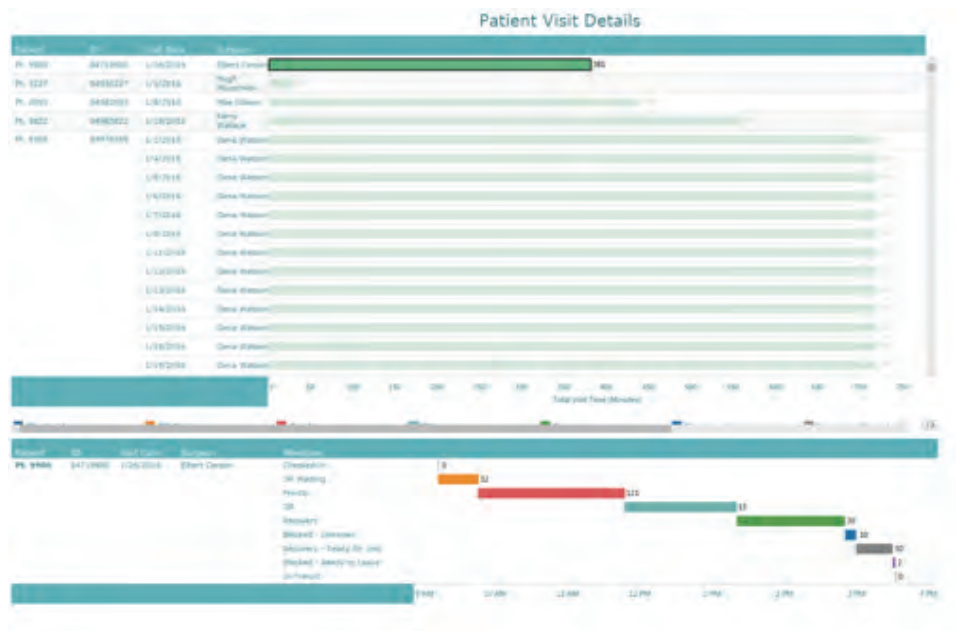


Fuente: MedYTEK, 2019

Las pantallas deben estar distribuidas con la información sobre la situación del paciente: 'En preparación', 'En cirugía', 'Recuperación' o 'En recuperación para salir'. Cada una de estas alertas debe acompañarse de colores para distinguir su recorrido, por ejemplo: los movimientos dentro de sala de operaciones deberá

ser siempre en color verde en la pantalla, mientras que si el paciente ya está saliendo del área este movimiento se refleja en color azul, por otro lado cuando la información aparece con un color amarillo o rojo, el paciente está recibiendo tratamiento específico en el área de cirugía. Ver Imagen N° 12.

Imagen 12. Dashboard de pacientes



Fuente: MedYTEK, 2019

A través del sistema de información en cada sala de operaciones se deben visualizar datos como por ejemplo: total de tiempo quirúrgico, pacientes programados, ubicación del paciente, especialidad, hora de ingreso, identificación, nombre del asegurado, anesthesiologo, edad del usuario, diagnóstico, procedimiento y observaciones, datos que deben extraerse del ARCA .

Ahora bien, otra de las posibles soluciones es contar con una valoración por preoperatoria a todo paciente programado tanto hospitalizado como ambulatorio, de esta manera se disminuye el riesgo de suspensión por afectación al estado de salud de los usuarios.

Otra de las recomendaciones y medidas que se tomaron fue que el primer paciente programado ingrese puntualmente al quirófano ya fue ampliamente abordado y quedó más que claro la necesidad de que se cumpla este ingreso con el fin de cumplir el programa quirúrgico. Se realiza una estandarización del inicio de todas las salas de operaciones, las cuales deben empezar lo más tarde a las 7:30am.

Así mismo, se recomendó la implementación de un control estadístico y revisiones semanales, donde se les suministraba semanalmente a las jefaturas datos como producción, suspensiones, tiempo de uso de sala de operaciones, lo que les permitió a los interesados tomar decisiones y medidas inmediatas para mejorar el uso de los quirófanos.

Con respecto a la Hoja de Anestesia quedó claro que dicho formulario es vital para el proceso de sala de operaciones, es a través de ella que se obtienen los tiempos de anestesia y cirugía. El cálculo de dicho tiempo se realiza con el conteo "cuadrado por cuadrado" por parte del oficinista encargado.

El llenado de los datos se realiza manualmente por parte del especialista en Anestesia y como se evidenció previamente existen errores materiales que pueden generar sesgo en los datos. Los errores actualmente se detectan en el momento es que se realiza una comparación entre la programación y producción quirúrgica.

Otra situación que se presenta con dicho formulario físico es que debe esperarse hasta que el Anesthesiologo deposite la Hoja de Anestesia en el buzón y el encargado proceda a retirarlas en el momento en que se encuentre disponible. Así que se la necesidad de contar con una Hoja de Anestesia es preponderante.

Dicha necesidad fue detectada por la Jefatura del Servicio de Anestesia y se está a la espera de que se tengan los permisos necesarios para la adaptación de las máquinas de anestesia y compra del software.

KPI'S

Se recomendó la construcción de nuevos indicadores que evalúen la gestión de los quirófanos proponiéndose los siguientes:

Nombre KPIS	Fórmula
Índice de ocupación	Horas programadas
	Horas utilizadas
Índice de producción	Cirugías programadas
	Cirugías realizadas
Tasa de suspensión	Suspensiones
	Programación/ Producción
Índice de uso	Cirugías realizadas
	Horas programadas/Horas utilizadas

Fuente: Elaboración propia,

En su momento cuando se llegue a disponer del sistema RFID deberán replantearse para contemplar por ejemplo:

- Tiempos de preparación del quirófano
- Tiempo de traslado
- Tiempo de limpieza, entre otros

Resultados en las Salas de Operaciones con la implementación de Lean del Hospital San Juan de Dios

En este punto es claro que hay muchos beneficios de la aplicación de la metodología Lean a nivel internacional.

Es innegable el hecho de que detectó la necesidad para optimizar el uso de los recursos en el Hospital de San Juan de Dios, empezando por el hecho de que el TUSH únicamente contempla aquellos procedimientos que se realizan bajo anestesia general, por lo que se recomendó que en todas las salas de operaciones se contara con un anestesiólogo y en caso de que se

podieran realizar procedimientos bajo anestesia local se notificara de manera a la Jefatura Médica de Sala de Operaciones para realizar los cambios necesarios, sin que se afecten las estadísticas del servicio.

Los procedimientos de cirugía menor se trasladan a salas externas.

Dichas estrategias en conjunto con la modificación del proceso de sala, así como el inicio puntual de la primera cirugía programada trajo grandes resultados:

1. El aumento del TUSH de un 71% para el I Semestre 2017 a un 87% para el mismo período del año 2019.
2. El aumento de la producción en 470 procedimientos quirúrgicos para el I Semestre del año 2019.
3. El inicio del primer caso quirúrgico que en el I Semestre del 2017 se cumplía únicamente un 72% mientras que para el año 2019 fue de un 92%.
4. El cumplimiento de las cirugías programadas las cuales para el I Semestre 2017 apenas fue de un 78% y para el I Semestre del 2019 de un 80%.
5. Una disminución de la tasa de suspensión de 1.6 a 1.5.

Ahora bien, es preponderante contar con el dato económico del impacto de la implementación de Lean. Se requiere detallar entonces las horas utilizadas y los días hábiles como referencia.

Según se observa en el Gráfico N° 1 hubo un incremento en la cantidad de horas de 1777 entre el I Semestre 2017 al 2019, así

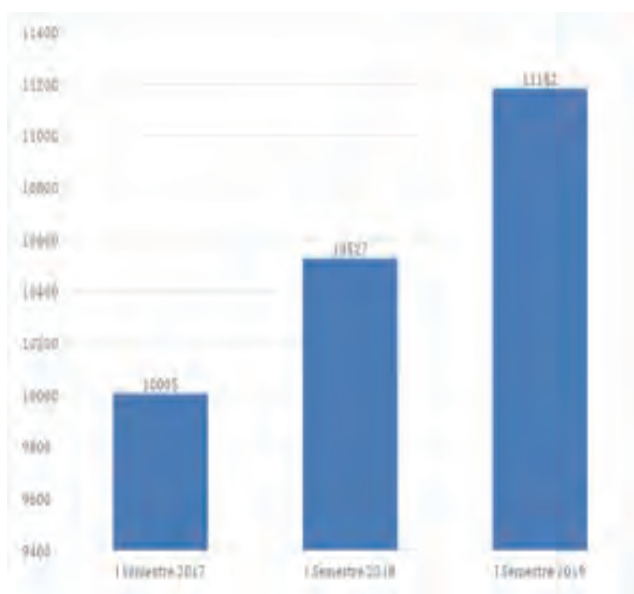
como un aumento en la cantidad de días hábiles en salas de operaciones (66 días).

Gráfico 1. Días hábiles en salas de operaciones I Semestre 2017- 2018- 2019. Hospital San Juan de Dios



Fuente: Elaboración propia, 2019

Gráfico 2. Horas utilizadas en salas de operaciones. I Semestre 2017- 2018- 2019, Hospital San Juan de Dios



Fuente: Elaboración propia, 2019

Con respecto al costo económico que generó la subutilización de los quirófanos en el I Semestre 2017 dicho monto fue de ₡400.890.000, mientras que para el 2019 fue de ₡ 210.150.830, evidenciándose una reducción en las pérdidas de un 61% con la aplicación de las mejoras en el proceso previamente abordadas.

Conclusiones

Después de la revisión realizada del funcionamiento de los quirófanos del Hospital San Juan de Dios quedó clara la necesidad de implementar medidas correctivas con el fin de optimizar su uso.

Puntualmente se pueden determinar las siguientes conclusiones:

1. El 92% de las cirugías programadas para las 7:30am dieron inicio puntualmente en el I Semestre del 2019, panorama que mejora con respecto al 2017 que fue de apenas un 72%.
2. Para el I Semestre del año 2019 se realizaron 470 cirugías más que con respecto al mismo período analizado en el 2018.
3. La principal causa de subutilización de las salas de operaciones es la suspensión de una cirugía, puesto que como ya se mencionó previamente, significa una operación programada que no se realiza.
4. El control con el que se contaba de los tiempos anestésicos y operatorios, es consignado en la Hoja de Anestesia por parte del Anestesiólogo, de manera manual. Una vez que es finalizado el procedimiento quirúrgico, el paciente

es trasladado a Recuperación acompañado por el especialista en Anestesiología, quien hasta que entrega el paciente en dicha área cierra la hoja con la consignación del "Fin de Anestesia". Entregado el paciente en Recuperación el Anestesiólogo procede a depositar el formulario en un buzón.

5. No se dispone de herramientas de control que arrojen los datos de tiempo de limpieza, tiempo de rotación, tiempo de recambio, hora finalización de quirófano, entre otros.
6. Durante la jornada ordinaria se dispone de quince equipos para los quirófanos.
7. El TUSH se calculaba según el tiempo anestésico que es consignado en el formulario Hoja de Anestesia. El llenado del formulario se realiza de manera manual por parte de cada Anestesiólogo. Para lograr tener el total del tiempo se debe contar "cuadrillo por cuadrillo" de manera manual y por consiguiente conocer la interpretación de dicho formulario. Este conteo es realizado por un funcionario del Servicio de Anestesia, por lo que ante el diseño de la hoja y todos los detalles que en ésta se consignan existe el riesgo de errores materiales.
8. El tiempo de utilización de las salas de operaciones hospitalarias se realiza basándose en la información que arroja el sistema institucional ARCAH. Para el cálculo del indicador, se utilizan los registros correspondientes al primer turno de trabajo de los quirófanos en que se realiza cirugía programada;

relacionando con la meta establecida, la sumatoria de los tiempos de anestesia de cada sala y la sumatoria de los días hábiles disponibles en cada sala. Su cálculo viene determinado por el cociente entre el tiempo de quirófano efectivamente utilizado y el tiempo disponible del quirófano.

9. Con la disponibilidad de la información de manera más sencilla y hacia los involucrados se pudo realizar el cambio al proceso lo que resultó en una mejora sustancial de todos los indicadores de las salas de operaciones, reflejándose en el I Semestre del 2019.

Referencias bibliográficas

- Carnota, O. (2013). Hacia la conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 39(3), 501-523.
- Caja Costarricense Seguro Social. (2012, abril 17). Reseña histórica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado de <https://m.youtube.com/watch?v=TpL1WR5ZoE>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2013) Ficha técnica 5-05-A (2013). Bloque quirúrgico, utilización de los quirófanos, aprovechamiento del tiempo disponible.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2013) Ficha técnica 5-05-B (2013). Bloque quirúrgico. Utilización de los quirófanos. Determinación del tiempo de rotación wvmedio.

- Caja Costarricense de Seguro Social (2013) Ficha técnica 5-05-C (2013). Bloque quirúrgico, Utilización de los quirófanos. Determinación de los días hábiles no utilizados y sus causas.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2013) Ficha técnica 14-1-09-3-0000 (2006). Estancia preoperatoria: Reducción global de las estancias de 2 días o más.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2013) Ficha Técnica A: Utilización de los quirófanos. Aprovechamiento del tiempo disponible.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2019-2023) Ficha Técnica Quirófanos Capacidad ociosa
- Caja Costarricense de Seguro Social (2019-2023) Ficha Técnica Días hábiles utilizados
- Caja Costarricense de Seguro Social (2019-2023) Ficha Técnica Tiempos de anestesia
- Caja Costarricense de Seguro Social (2019-2023) Ficha Técnica Tiempos de cirugía
- Castrejón, A. (2016) Implementación de herramientas Lean Manufacturing en el área de empaque de un laboratorio farmacéutico. México.
- Chu et al. (2015). Late-Start Days Increase Total Operative Time in Microvascular Breast Reconstruction. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 401-406.
- Divatia et Ranganathan (2015) Can we improve operating room efficiency? *Journal of Postgraduate Medicine*; 61(1): 1-2. 10.4103/0022-3859.147000 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944359/>
- Durán Quirós A., Brenes Ortiz J. (2004). *Análisis del grado de utilización de las salas de cirugía del Hospital de Guápiles*. Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- Gómez -Arnau J, González A (2001). Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico. *Revista española de Anestesiología y reanimación*, 48(4), 181.
- Graban, M. (2016). *Lean Hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement*. Boca Ratón, Florida: CRC Press.
- Lean Solutions. (s.f.). Lean Solutions. <https://leansolutions.co/conceptos-lean/lean-manufacturing/amef-analisis-de-modo-y-efecto-de-falla/>
- Lee et al. (2019). Improving operating room efficiency. *Current urology reports*, 20-28.
- Macario, A. (2009). Trush in scheduling: Is it possible to accurately predict how long a surgical case will last?.

Anesthesia & Analgesia, 108(3), 681-685.

Nakul et al. (2016). Effect of Lean processes on surgical wait times and efficiency in tertiary care veterans affairs medical center. *American Medical Association*, 2-4.

On Cubillo Y. (2010). Rendimiento de quirófanos en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social en el año 2010. *Caja Costarricense Seguro Social*. San José, Costa Rica.

Pash, J., Kadry, B., Bugrara, S., Macario, A. (2014). Scheduling of Procedures and Staff in an Ambulatory Surgery Center. *Abesthesiologyclinics*, 32(2), 517-527.

Requenses et al. (2008). Tiempo perdido entre cirugías y su repercusión en el cumplimiento de la programación quirúrgica del Hospital General de Querétaro. *Cirujano General*, 220-223.

Sandbaek, B. E., Helgheim, B. I., Larsen, O. I., Fasting, S. (2014). Impact of changed management policies on operating room efficiency. *BMC Health Services Research*, 14(1), 224. ISO 690.

Veen-Berkx et al. (2014). Successful interventions to reduce first-case

tardiness in Dutch university medical centers: Results of a nationwide operating room benchmark study. *The American Journal of Surgery*, 949-959.

Velásquez et al. (2013). Aproximación metodológica a la planificación y a la programación de las salas de cirugía: una revisión de la literatura. *Revista Gerencia y Políticas de la Salud*, 249-266.

Zidel, T. (2006). "A Lean guide to transforming healthcare: how to implement Lean principles in hospitals, medical offices, clinics and other healthcare organizations. Estado Unidos: ASQ Quality Press.

Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud



Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud

Investigador
Stephen Guinee Mendoza¹

ORCID: 0000-0001-7555-3943

Resumen

El presente estudio consiste en la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica en el Hospital Dr. Rafal Ángel Calderón Guardia, hospital que pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social, ubicado en San José, Costa Rica.

Las Unidades de Corta Estancia son unidades médicas que, mediante la estandarización de procesos y criterios de inclusión y exclusión bien definidos, permiten optimizar la utilización de los recursos y disminuir costos, brindando una atención más oportuna, eficiente y eficaz.

Mediante el modelo propuesto, se estima disminuir la estancia promedio en un 39.1%, pasando de 7.66 a 3 días. El giro de cama se aumenta en un 93.2%, pasando de 4.14 a 8. La estancia preoperatoria se logra eliminar, cuando antes se tenía un promedio de 3.03 días. La estancia post operatoria se disminuye en un 55.3%, pasando de 5.42 a 3 días. Estos cambios

representan en promedio, una disminución de 04 días en estancia hospitalaria para cada paciente.

Palabras claves:

SERVICIOS DE SALUD, ADMINISTRACIÓN, UNIDADES DE CORTA ESTANCIA

Abstract

This study consists of the proposed implementation of a Short Stay Surgical Unit at the Dr. Rafal Ángel Calderón Guardia Hospital, a hospital that belongs to the Costa Rican Social Security Fund, located in San José, Costa Rica.

Short Stay Surgical Units are medical units that, through the standardization of well-defined inclusion and exclusion processes and criteria, allow optimizing the use of resources and reducing costs, providing more timely, efficient and effective care.

Using the proposed model, it is estimated to reduce the average stay by 39.1%, going from 7.66 to 3 days. Bed turning is

¹Investigador. Magister Scientiae en Gerencia de la Salud. Médico Asistente Especialista en Medicina de Emergencias. Médico Asistente Especialista en Administración de Servicios de Salud. Asistente Dirección General, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Correo electrónico: guinee24@yahoo.com

Guinee, S. (2022). Unidades de Corta Estancia: estrategia para mejorar la gestión, optimizar recursos y disminuir costos en los Servicios de Salud. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 46-63. 10.35485/rcap82_2

increased by 93.2%, going from 4.14 to 8. The preoperative stay is eliminated, when before it had an average of 3.03 days. The postoperative stay is reduced by 55.3%, going from 5.42 to 3 days. These changes represent, on average, a 04-day decrease in hospital stay for each patient.

Keywords:

HEALTH SERVICES, ADMINISTRATION, SORT-STAY UNITS

Recibido: 14 de enero de 2022

Aceptado: 04 de abril de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_2

Introducción:

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo, mediante un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y cuantitativo, plantear la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica (UCEQ) en el Hospital Dr. Rafael Ángel Caderón Guardia, el cual pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ubicado en San José, Costa Rica, teniendo como fin, brindar una estrategia para impactar de forma positiva la gestión de la lista de espera quirúrgica de ese hospital. Lo anterior, mediante la mejoría de ciertos indicadores como el tiempo de estancia promedio, el tiempo de estancia preoperatoria, el tiempo de estancia postoperatoria y el giro cama.

Mediante la estandarización de procesos, unificación de criterios y mecanismos de control interno adecuados, según el modelo propuesto, se estima disminuir la

estancia promedio en un 39.1%, pasando de 7.66 a 3 días, el giro de cama se incrementaría en un 93.2%, pasando de 4.14 a 8, la estancia preoperatoria se lograría eliminar, cuando antes se tenía un promedio de 3.03 días y la estancia post operatoria se disminuiría en un 55.3%, pasando de 5.42 a 3 días. Estos cambios representan en promedio, una disminución de 04 días en estancia hospitalaria para cada paciente.

Las Unidades de Corta Estancia (UCE) consisten en unidades médicas, diseñadas para hospitalizar pacientes por un periodo corto de tiempo. Fueron introducidas por primera vez en los años de 1970, los modelos iniciales, fueron diseñados para satisfacer las necesidades de pacientes pediátricos y quirúrgicos, posteriormente se utilizó para pacientes en emergencias y pacientes críticamente enfermos. Damiani, G. et al (2011).

Dichas unidades son una excelente alternativa a los salones de internamiento convencional, tienen como objetivo brindar un espacio para pacientes que requieren ser hospitalizados por un periodo corto de tiempo, que sea menor o igual a cinco días, hasta que se resuelva su condición clínica. Para esto, se requiere realizar una adecuada selección de los pacientes que serán admitidos a estas unidades, basados en criterios de inclusión y exclusión bien definidos, que van a depender según el objetivo por el cual se creó la unidad. Los pacientes seleccionados para ingresar a estas unidades, deben de tener un

diagnóstico definido y un plan de manejo debidamente estructurado. No son candidatos para ser ingresados a estas unidades, pacientes que requieren ser hospitalizados para completar estudios diagnósticos o pacientes a los cuales no se les tiene un plan definido de manejo. Damiani, G. et al (2011).

El fin de la creación de estas unidades, es brindar una opción de internamiento a los pacientes para que sean atendidos de una forma eficiente y eficaz, reduciendo los riesgos implícitos de la hospitalización prolongada, como lo son las infecciones asociadas a la hospitalización. Además, se trata de incrementar el grado de satisfacción de los pacientes, ya que requieren menor tiempo de hospitalización, realizando un uso eficiente de las camas del hospital, logrando optimizar los recursos materiales. Gómez, C. Guillamont, J. Salazar, A. et al (2005).

A pesar de que en sus inicios las UCE, se crearon para atender la demanda de pacientes pediátricos y quirúrgicos, posteriormente se incursionó en otros servicios con excelentes resultados, por ejemplo: Emergencias, salones de hospitalización de los Servicios de Medicina y en pacientes críticamente enfermos, en todos los casos bajo la supervisión de personal médico especializado. Damiani, G. et al (2011).

Según Pastor (2013) las UCE son una muy buena alternativa al proceso de internamiento convencional,

principalmente si los pacientes tienen un plan y un manejo establecido, ya que esto permite realizar un uso más eficiente de los recursos. En el caso de las Unidades de Corta Estancia Quirúrgica (UCEQ), se utiliza para pacientes que tienen procedimientos quirúrgicos programados, representando un ahorro y un manejo eficiente de las camas.

Igualmente, Alonso y Escudero (2010) coinciden con que el uso correcto de estas unidades, basados en una adecuada selección de los pacientes, asegura un significativo ahorro de estancias en las unidades de hospitalización convencional, una reducción de la estancia media de los servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios, una menor presión de los servicios de urgencias, los cuales usualmente presentan una cantidad de pacientes que sobrepasan su capacidad instalada, permitiendo aumentar la disponibilidad de camas para los pacientes que requieren ser admitidos al centro médico.

A su vez, Muiño, A. (2002) menciona que las UCE nacen con la hipótesis que la eficiencia y calidad en la atención a un paciente, no requieren de una estancia hospitalaria prolongada, pudiendo mejorar el proceso si se ingresan a una unidad diferenciada, con personal en salud que este familiarizado con el manejo de los pacientes que cumplan con el objetivo por el cual se crea la unidad. Además, menciona que esto cobra vital importancia ya que de entre un 29-45% de los pacientes, tienen estancias

hospitalarias inadecuadas, hecho que viene a incidir en forma directa en el aumento de los costos.

Por otro lado, la implementación de una UCE, no significa un aumento en la mortalidad ni efectos adversos negativos de los pacientes que son ingresados a estas unidades, sin representar un aumento en la tasa de reingresos. Además, se concluyó que el factor pronóstico independiente de reingreso de los pacientes fue la cantidad de veces que había sido hospitalizado en el último año, lo cual está relacionado con los antecedentes o las enfermedades de fondo, lo que representa en la mayoría de los casos, un factor no modificable. Palomares et al (2002).

Cabe mencionar que la UCE ha demostrado un mejor manejo de las patologías más frecuentes en comparación con el Servicio de Hospitalización convencional, por ejemplo, cuando se ha implementado en los servicios de emergencias y los salones de medicina. G, Sempere-Montes. M, Morales. E, Garijo et all (2010).

España es uno de los países que tiene más experiencia en el campo de la implementación de UCE, lo anterior debido al importante recurso que implica el poder contar con estas unidades, ya que han demostrado una mejoría significativa en la reducción de costos relacionados con la estancia hospitalaria, mejorando los tiempos de estancia y el giro cama, lo que se traduce en más eficiencia y eficacia en la gestión de los

centros médicos, hecho que se refleja en un ahorro en los gastos y optimización de los recursos. Llopis, F et al (2014).

Materiales y métodos:

El presente estudio se realizó como trabajo final de graduación para optar por el grado académico de Magíster Scientiae en Gerencia de la Salud, en el Instituto Centroamericano de Administración Pública, el cual consiste en la propuesta de implementación de una Unidad de Corta Estancia Quirúrgica en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), teniendo como objetivo, brindar una herramienta que permita mejorar la gestión, optimizado y maximizando los recursos.

Mediante un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo y cuantitativo, que se basó en el análisis estadístico de las bases de datos de los egresos hospitalarios del HCG, el ARCA quirúrgico, sistema informático utilizado para la gestión de hospitalización listas de espera y procedimientos quirúrgicos, además, de los cuadros estadísticos 71, 72 y 79, de la CCSS, correspondientes a las fechas del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019 (CCSS, 2019). Se escogió este periodo de tiempo, con el fin de tener información reciente que se asemeje más a lo que se proyecta sucedería el primer trimestre del año 2020, fecha para la cual se propuso la implementación de este proyecto. A su vez, debido a que el sistema ARCA Quirúrgico se implementó en el HCG en el mes de noviembre del 2017, logrando tener el análisis histórico

de los últimos cinco trimestres previos a la realización del estudio.

Esta información fue suministrada por el Área de Estadística y Registros Médicos, y el Centro de Registro y Programación (CRP) del HCG. Para la obtención de esta información, se contó con el aval por parte de la Dirección General de dicho centro médico.

La Unidad de Corta Estancia Quirúrgica propuesta, tendrá como fin gestionar de forma más eficiente la lista de espera quirúrgica del HGC. Por esta razón, tiene como población meta la Sección de Cirugía de este hospital, que es la que tiene las especialidades médicas que cuentan con mayor cantidad de pacientes en lista de espera, excluyendo la Sección de Gineco-obstetricia y Neonatología; y los Departamentos de Neurociencias y Hemato-oncología. Debe anotarse, que el modelo propuesto se puede extrapolar e implementar en estas unidades.

Es importante mencionar que, desde el punto de vista jerárquico, operativo y funcional, el Servicio de Hospitalización del HCG, se divide en tres Secciones y dos Departamentos. Las Secciones de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia y Neonatología; y los Departamentos de Neurociencias y Hemato-oncología.

Para el objeto de esta investigación y el análisis de los datos, se tomó como base de referencia la Sección la Sección de Cirugía, debido a que corresponde a la Sección donde se encuentran las

especialidades médicas que tiene mayor cantidad de pacientes en lista de espera. La Sección de Cirugía incluye las siguientes especialidades: Cirugía General, Cirugía de Tórax, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Vascular Periférico, Cirugía Reconstructiva, y Cirugía Cardiovascular.

Se excluye del análisis la Sección de Gineco-obstetricia y Neonatología, que cuenta con los Servicios de Ginecología, Ginecología Oncológica y Obstetricia, el Departamento de Neurociencias que cuenta con el Servicio quirúrgico de Neurocirugía y el Departamento de Hemato-oncología que cuenta con el Servicio quirúrgico de Oncología Quirúrgica. El motivo de la exclusión de estos servicios, se debe a que algunos realizan una gestión individual al contar con una dotación de camas propia, diferente a la de la Sección de Cirugía. Además, de no corresponder a los servicios que cuentan con mayor cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica, que es a los cuales se dirige esta propuesta.

Como se describe en el presente trabajo, mediante la implementación de la UCEQ, sin tener que incurrir en un costo adicional, basados en la adecuada estandarización de procesos y la redistribución de los servicios, se pretende lograr disminuir el tiempo de estancia promedio, aumentar el giro de cama, eliminar la estancia preoperatoria y disminuir la estancia postoperatoria. Todo esto se traduce en una gestión más eficiente y eficaz, que

permite brindar una atención oportuna a los pacientes que requieren la realización de una intervención quirúrgica en el HCG.

El problema a investigar, radica en la demanda insatisfecha por incremento en las listas de espera quirúrgicas, en las cuales la demanda supera por mucho la oferta. Para el mes de junio del 2019, se encontraban 13 614 pacientes en lista de espera para que se les realice una intervención quirúrgica en el HCG. (Centro de Registro y Programación (CRP), HCG, julio del 2019).

Este problema se manifiesta mediante el disgusto y la inconformidad de los usuarios con el tiempo que tienen que esperar, para que se les realice el procedimiento quirúrgico que requieren, además de la presentación de complicaciones de su patología de base, que se producen por no resolver de forma oportuna su padecimiento. Esto induce a un aumento en los recursos de amparo interpuestos ante la Sala Constitucional (SC) contra la CCSS, siendo en muchas ocasiones esta Sala, quien interviene en la priorización de las cirugías sin tener el criterio técnico al respecto. Por ejemplo, del 1 de enero del 2019 al 30 de junio del 2019, se interpusieron ante la SC contra el HCG, 436 recursos de amparo por pacientes que están en lista de espera para la realización de un procedimiento quirúrgico, 87 casos en el mes de enero, 76 en febrero, 80 en marzo, 65 en abril, 71 en mayo y 57 en junio. (Área de Gestión y Asesoría Legal, HCG, julio del 2019.)

Uno de los puntos medulares en este problema, que es el objetivo de implementar este proyecto, radica en la opción de mejora en la gestión que se realiza sobre el proceso de hospitalización de los pacientes. Tal como se mencionó anteriormente, en varios estudios de distintos países revisados, de un 29 – 45% las estancias hospitalarias son inadecuadas, ya que los pacientes no requerían de un internamiento. Miuño, A. (2002).

La metodología utilizada para estimar el impacto de la propuesta de implementación, se basa en un análisis estadístico retrospectivo y descriptivo, del histórico de la cantidad de cirugías realizadas en la Sección de Cirugía del HCG, comparado con los tiempos establecidos en el modelo propuesto. Esto mediante la utilización de cinco indicadores que son:

1. Porcentaje o índice de ocupación.
2. Estancia promedio.
3. Giro de cama.
4. Estancia preoperatoria.
5. Estancia postoperatoria.

Requerimientos para la implementación

Según Damiani, G. et al. (2011) los cambios organizacionales relacionados con la introducción de una UCE en un hospital, no requiere personal adicional o la adquisición de más camas hospitalarias, permitiendo un uso racional de los recursos limitados, representando un beneficio para los pacientes. Además, menciona que la reorganización de los protocolos

de admisión podría ayudar a los hospitales a satisfacer las necesidades de una mayor cantidad de pacientes, lo cual permite reducir las pérdidas económicas, los gastos hospitalarios y la pérdida del tiempo del personal.

Mediante la reorganización de los recursos y estandarización de procesos, se puede realizar un uso más eficiente y eficaz de los recursos con los que cuenta la CCSS.

Se propone utilizar 08 camas de la sección de Cirugía del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, cuatro camas para hombres y cuatro para mujeres. Estas camas serán de uso exclusivo para este proyecto. Se empleará el mismo personal profesional médico y de apoyo con el que se cuenta en la actualidad, con la salvedad que existirá una persona a cargo de esta unidad, la cual será la responsable de garantizar elar que los procesos y flujos de pacientes se den según lo establecido.

Para el modelo propuesto, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión de los pacientes:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes ingresados en la lista de espera.
- Pacientes más antiguos o de mayor tiempo de estar ingresados en la lista de espera.
- Pacientes correspondientes a las especialidades más críticas en cuanto a la cantidad de pacientes que tienen en lista, enfocándose en las especialidades de Ortopedia, Cirugía

General, Oftalmología, Urología y Vascular Periférico.

- Pacientes que, por sus comorbilidades o complejidad del procedimiento quirúrgico, no son candidatos a ser incluidos en el programa de cirugía ambulatoria o vespertina.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no estén ingresados en la lista de espera.
- Pacientes de reciente ingreso en la lista de espera o en su defecto, cuando haya pacientes con un tiempo de espera mayor.
- Pacientes que no correspondan a las especialidades más críticas, a menos que sean de los más antiguos de los pacientes en lista.
- Pacientes que son candidatos al programa de cirugía ambulatoria o vespertina.
- Pacientes que, por el tipo de cirugía o sus comorbilidades, tengan indicada la antibiótico terapia por más de 48 horas.

Recurso humano requerido

Como se mencionó anteriormente, no se requiere de personal profesional extra, ya sea médico o profesionales de apoyo, dado que se contará con el personal previamente contratado y las instalaciones con las que cuenta el centro médico, utilizando 08 camas previamente reservadas de las que cuenta la Sección de Cirugía, cuatro de hombres y cuatro de mujeres, dado que la lista de espera está conformada por pacientes de ambos

sexos. La única salvedad, es que debe existir una persona a cargo de la unidad, que será el Médico Gestor de Camas de la Sección de Cirugía, quien debe reportar toda la gestión correspondiente al jefe de la Sección. El Médico Gestor de Camas, tendrá como responsabilidad, velar que el proceso de internamiento y evolución del proyecto se realice según se tiene estipulado. Debe alertar en caso de que no se cumpla con el plan establecido, activando el plan de contingencia previamente elaborado.

Procedimiento de ingreso a la lista de espera

El proceso de ingreso a la lista de espera quirúrgica se da posterior a la valoración de un Médico Asistente Especialista, quien, según su criterio, considera que el paciente requiere que se le realice una intervención quirúrgica de una intervención quirúrgica, incluyéndolo en la respectiva lista de su centro médico según los mecanismos establecidos a nivel institucional. El proceso de salida de dicha lista se da posterior a la realización de la cirugía, si el paciente declina en su deseo de realizarse el procedimiento o cuando es depurado de la lista, esto cuando se llama en tres ocasiones, en distintos días, a diferentes horas y no le logra localizar. (Centro de Registro y programación (CRP), HCG, junio 2019).

Requisitos previos al ingreso de los pacientes

Previo al ingreso o proceso de hospitalización, los pacientes serán valorados por un Médico Asistente

Especialista de la especialidad respectiva, para evaluar la necesidad de actualizar estudios o la realización de la valoración preoperatoria cuando corresponda, en tal caso, al momento de su ingreso ya contarán con los exámenes de laboratorio o gabinete actualizados y la valoración preoperatoria si así se requiere. En esta consulta, posterior a la verificación de que el paciente cumpla con todos los requisitos y criterios de inclusión, se programará la cirugía, asignándole el día que se debe de presentar al servicio de admisión para la realización del procedimiento quirúrgico.

Proceso de internamiento de los pacientes

Los pacientes ingresarán por el servicio de admisión, donde serán llevados al área de pre anestesia y de ahí al quirófano correspondiente. El ingreso de los pacientes se realizará los días lunes y jueves, ingresando 4 hombres y 4 mujeres el día lunes, se egresarán el día jueves, mismo día que ingresa otro grupo de 8 pacientes. De esta forma, se realizarán un total de 16 cirugías por semana, 64 cirugías al mes y 192 cirugías en total durante el periodo del trimestre propuesto.

Una vez realizada la cirugía el paciente es llevado al servicio de recuperación, donde se mantendrá de forma transitoria, hasta que se considere prudente ser trasladado al salón de hospitalización.

Cabe mencionar, que uno de los procesos fundamentales en este proyecto, consiste en tener ya reservada una cama en el salón de hospitalización para el

paciente que se le acaba de realizar el procedimiento quirúrgico, ya que este es uno de los factores críticos que se presentan todos los días y la razón de la saturación del servicio de recuperación.

Plan de contingencia en caso de que el proceso no se dé según lo establecido

El plan de contingencia consiste en que el médico encargado de la UCEQ, al detectar al tercer día de internamiento que el paciente presentó una complicación, ya sea por el procedimiento quirúrgico o sus comorbilidades médicas, coordinará con el gestor de camas de la Sección de Cirugía, el traslado del paciente de la UCEQ al salón de hospitalización convencional, esto con el objetivo de no interferir con el proceso de internamiento para el siguiente grupo de pacientes, garantizando de esta forma el flujo constante de los pacientes.

Fase de evaluación y análisis de los resultados

Para este proyecto, se propone realizar una evaluación constante desde el inicio de la ejecución del proyecto, esto con el objetivo de poder tomar medidas correctivas de forma oportuna, para poder solventar y subsanar cualquier falencia detectada si es que se presenta. Se realizará una evaluación detallada al final del proyecto, con el fin de valorar si se cumplió con las metas establecidas y proponer su sostenibilidad.

Alcances y limitaciones del proyecto

El alcance de este proyecto consiste en producir un impacto positivo en el

manejo de la lista de espera quirúrgica del HCG y la cantidad de pacientes operados por parte de ese hospital. Para cumplir con este objetivo, se abordará a los pacientes más antiguos en la lista de espera, de forma especial aquellos pacientes que, por sus comorbilidades o complejidad de procedimiento quirúrgico, no son candidatos al programa de cirugía ambulatoria o vespertina, con especial énfasis en las especialidades quirúrgicas que tiene mayor cantidad de pacientes en dicha lista, a saber: Ortopedia, Cirugía General, Oftalmología, Urología y Vascular Periférico.

Como limitación del presente proyecto, no se incluirá los pacientes más nuevos o de ingreso reciente a la lista de espera, ni los pacientes de las especialidades quirúrgicas con menor cantidad de pacientes en lista o los que son candidatos al programa de cirugía ambulatoria o vespertina.

Variables analizadas

De las bases de datos mencionadas, se estudiaron las siguientes variables:

1. Total de pacientes en lista de espera para la realización de una cirugía del HCG al mes de junio del 2019.
2. Desglose según especialidad del número de pacientes en la lista de espera quirúrgica al mes de junio del 2019.
3. Plazo promedio en días de espera para la realización del procedimiento quirúrgico, para el Hospital y según cada especialidad.

4. Cantidad total de pacientes operados en la Sección de Cirugía y de forma mensual, durante el periodo seleccionado. (01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019).
5. Las 5 especialidades quirúrgicas que tienen la mayor cantidad de pacientes en lista de espera al mes de junio del 2019.
6. Los 5 procedimientos quirúrgicos más frecuentes de las cinco especialidades médicas, que tienen mayor cantidad de pacientes en lista de espera al mes de junio del 2019.
7. Indicadores analizados: Porcentaje o índice de ocupación, estancia promedio, giro de cama, estancia preoperatoria y estancia postoperatoria.

Resultados:

Se procede a describir la información que se utilizó, para realizar el análisis de la propuesta de implementación de la UCEQ. Dicha información, se obtuvo de la base de datos que cuenta el HCG, sobre el registro de los pacientes que se encuentran en lista de espera para la realización de una intervención quirúrgica y los pacientes a quienes ya se les realizó dicho procedimiento. La información mencionada fue suministrada por la Unidad de Estadística y Registros Médicos y por el Centro de Registro y Programación.

Total de pacientes en lista de espera quirúrgica

Para el corte realizado al 30 de junio del 2019, se encontraban en total

13.614 pacientes en lista de espera para que se les realice una intervención quirúrgica. Este dato incluye a todos los servicios quirúrgicos del hospital, tanto en las tres Secciones como en los dos Departamentos, ya que la lista de espera quirúrgica se toma como una sola. (Centro de Registro y Programación (CRP), HCG, julio del 2019).

Número de pacientes en lista de espera según especialidad

Desglose según especialidad del número de pacientes en la lista de espera quirúrgica de la Sección de Cirugía al 30 de junio de 2019.

Tabla 1. Cantidad de pacientes en lista de espera según especialidad al mes de junio 2019.

Especialidad	Cantidad de pacientes
Cirugía torácica	260
Cirugía general	2549
Cirugía reconstructiva	38
Oftalmología	1927
Otorrinolaringología	1455
Ortopedia	3935
Urología	1463
Vascular periférico	24

Fuente elaboración propia. Tomado del cuadro N°79 junio 2019. Lista de espera para atención en cirugía. Área de Estadística en Salud, CCSS. Nota: Para fines de estadística el cuadro ya establecido por la institución no diferencia entre las especialidades de Cirugía de Tórax y de Cirugía Cardiovascular.

Es importante señalar, que la cantidad de pacientes en lista de espera para la realización de una cirugía, supera

la capacidad resolutive del centro médico con la capacidad instalada que se cuenta, esto a pesar de medidas tomadas como la realización de cirugías vespertinas y la realización de jornadas de producción quirúrgicas. Por esta razón, esta propuesta representa una excelente alternativa para poder ayudar a solventar dicho problema.

Plazo promedio de espera

El plazo promedio de espera quirúrgico para el Hospital y cada especialidad se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2. Plazo promedio en días de espera según especialidad. Según especialidad y promedio de días.

Especialidad	Plazo promedio en días
Cirugía Torácica	234
Cirugía General	413
Cirugía Reconstructiva	119
Oftalmología	190
Otorrinolaringología	311
Ortopedia	594
Urología	419
Vascular Periférico	145

Fuente elaboración propia. Tomado del cuadro N°79, junio 2019, Lista de espera para atención en cirugía. Área de Estadística en Salud, CCSS. Nota: Para fines de estadística el cuadro ya establecido por la institución, no diferencia entre las especialidades de Cirugía de Tórax y de Cirugía Cardiovascular.

El plazo promedio de espera total del hospital para la realización de una cirugía para el mes de junio del 2019, era de 400 días. Este dato corresponde al promedio de todas las especialidades quirúrgicas del HCG, no solo las que son objeto del presente análisis. (Centro de Registro y Programación (CRP), HCG, julio del 2019).

En muchos casos, los plazos de espera indicados están por arriba de los plazos máximos esperados para este tipo de procedimientos. En la CCSS existen algunas especialidades médicas quirúrgicas que tienen criterios de priorización y plazos establecidos para la realización de la intervención quirúrgica, pero no es un estándar que se tenga en todas las especialidades.

Cantidad de pacientes operados

A continuación, se detalla la cantidad total y mensual de pacientes operados en la Sección de Cirugía, durante el periodo seleccionado para la realización del análisis que fue del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019.

Al momento de analizar estos datos, se debe considerar que se está presentando una cantidad de pacientes operados menor a la producción total del HCG para ese periodo, esto debido a que no se está contabilizando los pacientes de los servicios que se excluyeron, debido a no corresponder a los servicios que tienen mayor cantidad de pacientes en lista de espera.

Tabla 3. Cantidad de pacientes operados por mes. Para el año 2018 y primer semestre del 2019.

Periodo	Cantidad de pacientes operados
AÑO 2018	
Enero	462
Febrero	432
Marzo	499
Abril	423
Mayo	487
Junio	443
Julio	467
Agosto	474
Setiembre	363
Octubre	483
Noviembre	461
Diciembre	440
PRIMER SEMESTRE AÑO 2019	
Enero	479
Febrero	407
Marzo	534
Abril	457
Mayo	398
Junio	479
Total de pacientes operados	8188

Fuente: elaboración propia. Tomado de la base de datos de egresos del HCG, suministrada por el Área de Estadística y Registros Médicos del HCG.

Especialidades con mayor cantidad de pacientes en lista de espera

A continuación, se mencionan las cinco especialidades médicas de la Sección de Cirugía, que tienen la mayor cantidad de pacientes en lista de espera en orden decreciente.

Tabla 4. Las cinco especialidades médicas con mayor cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica del HCG durante el periodo de estudio.

Especialidad	Cantidad de pacientes
Ortopedia	3935
Cirugía general	2549
Oftalmología	1927
Urología	1463
Otorrinolaringología	1455

Fuente elaboración propia. Tomado del cuadro N°79 junio 2019, Lista de espera para atención en cirugía. Área de Estadística en Salud, CCSS.

Cabe mencionar que, a pesar de las medidas tomadas por parte del HCG para tratar de solventar este problema, como la realización de programas de cirugía vespertina y programas de jornadas de producción, no se ha podido dar abasto, dado que la demanda supera por mucho a la oferta.

Procedimientos quirúrgicos más frecuentes según especialidad

A continuación, se describen los cinco procedimientos quirúrgicos más frecuentes según la especialidad, de las cinco especialidades quirúrgicas que tienen la mayor cantidad de pacientes en lista de espera.

Tabla 5. Procedimientos quirúrgicos más frecuentes según especialidad.

Especialidad	Procedimientos quirúrgicos
Ortopediaw	1-Gonartrosis, no especificada. 2-Coxartrosis, no especificada. 3-Hallux valgus. 4-Otros trastornos internos de la rodilla. 5-Síndrome del manguito rotatorio.
Cirugía General	1-Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis. 2-Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena. 3-Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena. 4-Hernia incisional sin obstrucción ni gangrena. 5-Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena.
Oftalmología	1-Catarata, no especificada. 2-Catarata senil, no especificada. 3-Catarata senil nuclear. 4-Estrabismo, no especificado. 5-Catarata senil incipiente.
Urología	1-Hiperplasia de la próstata. 2-Cálculo del riñón. 3-Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata. 4-Esterilización. 5-Várices escrotales.
Otorrinolaringología	1-Desviación del tabique nasal. 2-Amigdalitis crónica. 3-Perforación central de la membrana timpánica. 4-Deformidad adquirida de la nariz. 5-Sinusitis crónica, no especificada.

Fuente elaboración propia. Tomado de la base de datos del ARCA Quirúrgica, para el periodo del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019, suministrada por el Centro de Registro y Programación, HCG. Julio, 2019.

Indicadores utilizados

A continuación, se procede a describir el resultado y el análisis de los indicadores utilizados.

Tabla 6. Resultado de los indicadores utilizados para el presente trabajo.

Periodo	Cantidad pacientes operados	Porcentaje ocupación	Estancia promedio	Giro de cama	Estancia pre-operatoria	Estancia pos-operatoria
Enero 2018	462	98.59	7.33	4.05	2.06	5.09
Febrero 2018	432	104.14	7.33	3.87	2.24	4.91
Marzo 2018	499	103.54	7.5	4.38	2.8	4.93
Abril 2018	423	100.18	7.07	3.89	2.37	4.64
Mayo 2018	487	107.52	7.92	4.38	2.81	5.25
Junio 2018	443	105.64	7.58	4.01	2.69	4.82
Julio 2018	467	103.69	7.81	4.23	2.52	5.19
Agosto 2018	474	105.92	8.64	4.18	3.57	5.37
Setiembre 2018	363	102.31	7.44	4.2	3.64	3.88
Octubre 2018	483	104.39	8.35	4.26	3.81	4.78
Noviembre 2018	461	112.44	7.92	4.31	3.03	4.74
Diciembre 2018	440	108.15	7.68	4.11	2.87	5.16
Enero 2019	479	103.48	8.24	4.31	6.98	15.4
Febrero 2019	407	105.23	7.46	3.87	2.38	4.5
Marzo 2019	534	110.52	7.01	4.88	2.45	4.59
Abril 2019	457	103.52	7.67	4.25	2.66	5.03
Mayo 2019	398	98.6	8.12	4.02	3.22	5.32
Junio 2019	479	94.91	6.81	4.47	2.53	4.13
Promedio	455	87.51	7.66	4.14	3.03	5.42

Fuente elaboración propia. Tomado de la base de datos de egresos del periodo del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2019, suministrado por el Área de Estadística y Registros Médicos, HCG. Agosto, 2019.

Sobre los datos reflejados por estos indicadores, llama la atención el porcentaje de ocupación por arriba del 100% y la estancia promedio prolongada, hecho que evidencia una opción de mejora en el proceso de internamiento y en el manejo perioperatorio y postoperatorio. Situación en donde viene a dar un valor agregado la propuesta de implementación de la UCEQ, esto como una estrategia más de tratar de subsanar el problema, mediante una estandarización de procesos.

Principales hallazgos del análisis

Posterior al análisis de toda la información recopilada de las bases de datos y los cuadros estadísticos mencionados, se procede a mencionar los principales hallazgos:

1. La cantidad de pacientes operados durante el periodo de estudio fueron 8188.
2. El promedio de pacientes operados por mes fue de 455.
3. El Porcentaje de Ocupación siempre se mantuvo por arriba del 85%, oscilando entre 94.91% y 112.44%, con un promedio de 87.51%. Según los estándares internacionales, se debe de mantener por debajo del 85%, esto con el objetivo de poder contar con camas disponibles ante una eventual emergencia, esto como plan de contingencia.
4. En 15 de los 18 meses que abarcó el periodo del estudio, se presentó un Porcentaje de Ocupación por

arriba del 100%. Lo que refleja que la demanda supera por mucho la oferta, dificultando la gestión propia del Servicio de Hospitalización.

5. La estancia promedio osciló entre 6.81 – 8.64 días, con un promedio de 7.66 días.
6. El Giro de cama osciló entre 3.87 – 4.88 días, con un promedio de 4.14 días.
7. La estancia pre-operatoria osciló entre 2.06 – 6.98 días, con un promedio de 3.03 días.
8. La estancia pos-operatoria osciló entre 3.88 – 15.4 días, con un promedio de 5.42 días.

Discusión:

Resultados que se proyectan alcanzar

Basados en el análisis estadístico y retrospectivo del historial de los pacientes operados en el HCG, se procede a realizar una estimación del impacto que se pretendía alcanzar con la implementación de una UCEQ en la lista de espera quirúrgica, los pacientes operados, el giro de cama y la estancia hospitalaria, al haber finalizado el primer trimestre del año 2020. Lo anterior, tomando en consideración que todo el proceso durante la ejecución y puesta en marcha del proyecto se realice según se estableció.

Con la presente propuesta se estima obtener los siguientes resultados:

1. Utilizando las 08 camas propuestas según el proceso descrito, se estima se hubiera intervenido quirúrgicamente a 16 pacientes por semana, 64

pacientes al mes, 192 pacientes al final el primer trimestre del año 2020. En esta propuesta la cantidad de cirugías realizadas corresponden a la cantidad de pacientes que se pretende operar, sin contemplar las reintervenciones quirúrgicas. En caso de que un paciente se complique o no tenga la evolución esperada, se activa el plan de contingencia y es trasladado al salón de hospitalización convencional. Si ameritara ser reintervenido, dicha cirugía no es contabilizada dentro de la producción esperada.

2. Se tendrá una estancia promedio de 03 días.
3. Se tendrá un giro de cama de 8 (64 pacientes operados por mes / las 08 camas disponibles para el proyecto).
4. El tiempo de estancia preoperatorio será de cero días, ya que el paciente se opera el día que es ingresado.
5. El tiempo de estancia posoperatoria será de 03 días.

Basados en los indicadores obtenidos del análisis estadístico retrospectivo y los que se estiman se obtendrán con la propuesta de implementación de la

UCEQ, se procede a realizar un cuadro comparativo.

Como se observa en el cuadro comparativo, con la presente propuesta se logra disminuir la estancia promedio en un 39.1%, pasando de 7.66 a 3 días. El giro de cama se aumenta en un 93.2%, pasando de 4.14 a 8. La estancia preoperatoria se logra eliminar, cuando antes se tenía un promedio de 3.03 días. La estancia post operatoria se disminuye en un 55.3%, pasando de 5.42 a 3 días.

Estos cambios representan en promedio, una disminución de 04 días en estancia hospitalaria para cada paciente, tomando en consideración que para el segundo semestre del año 2019, se tenía tasado el costo de una noche de estancia en una cama de dotación normal de 575.675 colones para un paciente asegurado y en el caso de no ser asegurado, se le debe de sumar el 25% de gastos administrativos, teniendo un costo de 719.706.25 colones, según la información suministrada por la Oficina de Validación de Derechos del HCG, esto representaría un ahorro en promedio de

Tabla 7. Comparación de los indicadores entre el promedio histórico estadístico y la estimación de la producción con la UCEQ.

	Estancia Promedio	Giro de Cama	Estancia Pre-operatoria	Estancia Pos-operatoria
Promedio histórico estadístico	7.66	4.14	3.03	5.42
Uceq	3	8	0	3

Fuente elaboración propia. Elaborado basado en los datos estadísticos de la base de datos de egresos suministrado por el Área de Estadística y Registros Médicos, HCG; y la propuesta del presente trabajo. Agosto, 2019.

2.878.825 colones por paciente. Dado que se tiene proyectado intervenir quirúrgicamente 192 pacientes durante el trimestre propuesto, esto representaría un ahorro total de 552.734.400 colones.

Conclusiones

Posterior al análisis de los datos estadísticos utilizados para el presente estudio, la bibliografía revisada y los resultados de los hallazgos evidenciados, se procede a realizar las siguientes conclusiones:

1. La implementación de una UCEQ, es una estrategia que permite gestionar la reducción de la lista de espera quirúrgica y el aumento de la cantidad de pacientes operados, sin incurrir en un gasto adicional.
2. El operar con una capacidad instalada a más del 100% de ocupación y la judicialización de la medicina debido a la intervención de la Sala Constitucional, son dos factores que inciden de forma directa en la eficiencia y eficacia del manejo de la lista de espera quirúrgica del HCG.
3. El diseño del plan operativo y la adecuada planificación del proceso de implementación de la UCEQ, son dos aspectos fundamentales que requieren de un trabajo multidisciplinario, necesario para la adecuada ejecución y éxito del proyecto.
4. La implementación de la UCEQ, permitirá reducir la estancia promedio hospitalaria y aumentar el giro de cama, realizando una utilización más

eficiente y oportuna de los recursos con los que se cuenta, traducándose en la eliminación del tiempo de estancia preoperatoria y la reducción de la estancia posoperatoria en un 55.3%. Esta disminución de estancia promedio de 04 días, representa un ahorro promedio de 2.878.825 colones por paciente, con un ahorro total de 552.734.400 colones para el periodo de un trimestre.

5. Para obtener los objetivos y metas propuestas, debe de realizarse una adecuada fase de planificación, coordinación y negociación entre autoridades internas y externas, aunado a una adecuada divulgación entre funcionarios y pacientes.

A manera de conclusión, las Unidades de Corta Estancia son unidades médicas que, mediante la estandarización de procesos y criterios de inclusión y exclusión bien definidos, permiten optimizar la utilización de los recursos y disminuir costos, brindando una atención más oportuna, eficiente y eficaz. Por esta razón, se recomienda valorar la implementación de esta propuesta en los centros asistenciales que así lo tengan a bien.

Referencias bibliográficas:

- Alonso, G. Escudero, J. (2010). La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010, Vol. 33, Suplemento 1.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Estadísticas. Tomado de <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>
- Damiani, G. et al. (2011). The Short Stay Unit as a new option for hospitals: A review of the scientific literature. *Med Sci Monit.* 2011; 17(6): SR15–SR19. Tomado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539545/>
- G, Sempere-Montes. M, Morales. E, Garijo et all (2010). Impacto de una unidad de corta estancia en un hospital de tercer nivel. *Revista clínica española.* Volumen 210, issue 6, june 2010. pp, 279-283.
- Gómez, C. Guillamont, J. Salazar, A et al (2005). Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *emergencias* 2005; 17:12-16.
- Llopis, F. Juan, A. Ferré, C et all. (2014). Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*; 26: 57-60.
- Muiño, A. (2002). Unidad Médica de Corta Estancia. *An Med Interna* (Madrid), 19, 219-220.
- Palomares, D. De La Iglesia, F. Nicolás, R. Miguel, et al (2002). Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *AN. MED. INTERNA* (Madrid) Vol. 19, N. ° 5, pp. 221-225, 2002.
- Pastor, J. (2013). Las unidades de corta estancia médicas. *Revista de Calidad Asistencial.* Girona, España. 24(4), pp 197-198.

Propuesta de clasificación integral de los servicios de urgencias de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, contemplando la población, complejidad del servicio, datos de producción, recurso humano, capacidad instalada, y ubicación en la red de servicios de salud.

Propuesta de clasificación integral de los servicios de urgencias de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, contemplando la población, complejidad del servicio, datos de producción, recurso humano, capacidad instalada, y ubicación en la red de servicios de salud.

Investigadores:

Dr. Juan Carlos Obando Hernández¹

ORCID: 0000-0003-0468-2646

Dr. Alberth Méndez Vega²

ORCID: 0000-0002-6791-6983

Dr. Andrés Cairol Barquero³

ORCID: 0000-0002-2312-7982

Resumen

Para el análisis estadístico se utilizaron los datos cantidad de consultas, categoría de clasificación, distribución horaria de la red de servicios Central Sur durante el 2019, para lo cual se utilizó epidata, Excel y Power Pivot.

Se logró determinar y desarrollar un índice que contempla producción, complejidad, recurso humano y su posición en la red de servicios donde se categorizaron los

servicios de urgencias en clase I, II y III, donde la clase I es menos complejo y la clase III los de mayor complejidad. Al realizar la clasificación 2 unidades se categorizaron como III, 4 unidades como clase II y 7 unidades como clase I, lo que demostró que el 54 % de los servicios de urgencias son de baja complejidad y responden a la demanda insatisfecha.

¹Investigador, Magister en gerencia de la salud, ICAP, Odontólogo Área de Regulación Diagnóstico y Tratamiento de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, Docente universitario del pregrado en la Universidad Latina de Costa Rica. Correo electrónico: jcobando@ccss.sa.cr

²Investigador, Magister en gerencia de la salud, ICAP, asistente de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, de la Caja Costarricense del Seguro Social, amplia experiencia en la administración de servicios de urgencias en el sistema de salud costarricense. Correo electrónico: afmendezv@ccss.sa.cr

³Investigador, Magister en administración de servicios de salud, Director del Área de Salud San Juan San Diego Concepción de la Caja Costarricense del Seguro Social, experiencia en análisis de datos, coordinador de investigación y editor de la revista en la escuela de medicina UNIBE. Correo electrónico: aecairol@ccss.sa.cr

Obando Hernández, J.C., Méndez Vega, A. y Cairol Barquero, A. (2022). Propuesta de clasificación integral de los servicios de urgencias de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, contemplando la población, complejidad del servicio, datos de producción, recurso humano, capacidad instalada, y ubicación en la red de servicios de salud. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 65-87. 10.35485/rcap82_3

Esta metodología, al validarse estadísticamente, permitió ofrecerle al gestor de la red integrada de servicios de salud una herramienta que permite la asignación de recursos según la clasificación y la posición en la red de servicios, contemplando la realidad y el contexto del sistema de salud costarricense.

Palabras clave:

SERVICIOS DE SALUD, ADMINISTRACIÓN, SERVIDIOS DE URGENCIAS, COSTA RICA

Abstract

Urgency services in the Costa Rican health system present specific characteristics since they mostly serve users categorized as green or white according to the CTAS classification due to unsatisfied demand; however, there is no methodology for their classification.

For the statistical analysis we used data of number of consultations, classification category, time distribution of the Red de Servicios Central Sur during 2019, for which Epidata, Excel and Power Pivot were used.

It was possible to determine and develop an index that considers production, complexity, human resources, and their position in the Red de Servicios where emergency services were categorized into class I, II and III, where class I is less complex and class III those of greater complexity. When the classification was made, 2 units were categorized as III, 4 units as class II and 7 units as class I, which showed that 54% of the emergency services are of low

complexity and respond to unsatisfied demand.

This methodology, when statistically validated, made it possible to offer the manager of the Red de Servicios a tool that allows the assignment of resources according to the classification and position within it, contemplating the reality and context of the Costa Rican health system.

Key Words:

HEALTH SERVICES, ADMINISTRATION, EMERGENCY SERVICES, COSTA RICA, COSTA RICA

Recibido: 17 de enero de 2022

Aceptado: 29 de marzo de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_3

Introducción

La Caja Costarricense del Seguro Social tiene como uno de sus objetivos la gestión de los servicios de urgencias, por lo que ha realizado esfuerzos alineados principalmente en la atención que se brinda en los servicios de emergencias a nivel hospitalario, brindando clasificación de acuerdo con la capacidad instalada de cada uno de estos. Es por lo que con este documento se pretende brindar insumos para la clasificación de los servicios de urgencia que existen en las áreas de salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Central Sur, es por esto que reviste importancia el planteamiento sobre clasificar de manera integral los servicios de urgencias de las Áreas de Salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de

Servicios de Salud Central Sur (DRIPSSCS) contemplando la población, complejidad del servicio, datos de producción, horarios de atención, capacidad instalada, y servicios complementarios, durante el año 2019, ya que no existe a nivel institucional referente alguno que nos sirva de guía para clasificar los servicios existentes o los nuevos por conformar.

Antecedentes

El primer programa de Administración de Servicios de Salud surge en los Estados Unidos en la Universidad de Chicago en 1936, país donde rápidamente se desarrolla la disciplina y en 1948 se crea la Asociación de Universidades con Programas de Administración de Salud AUPHA, extendiéndose los programas a Canadá, Europa y América Latina donde en 1956 se crea el primer programa en la Escuela de Salud Pública de Sao Paulo en Brasil. En 1966 en Bogotá se reunieron por primera vez los programas latinoamericanos de Administración en Salud y en 1977 se adelantaron estudios para la creación de programas avanzados en el tema enlazados con la Organización Panamericana de Salud y los Institutos de Salud de diversos países.

Con los modelos de aseguramiento y protección social, se crearon diversas entidades que participan de forma integrada en brindar cuidados y protección a la comunidad. Consecuentemente los departamentos de emergencias juegan un papel importante en el sistema de salud, al proveer atención a pacientes

con enfermedades agudas o que han sufrido algún tipo de trauma.

En los últimos años se ha observado que las salas de emergencias se han convertido en sitios congestionados, debido a la demanda creciente de los servicios de salud, aumento en la complejidad del sistema de atención y al mayor acceso a estos servicios que tiene la población general. Adams, Flemming & Friedrich, Ausculte (1960) en Estados Unidos reconocieron la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado, para 1968 se logra conformar el Colegio Norteamericano de Medicina de Urgencias, y en 1973 se inició un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse de este sistema.

Se estima que las visitas a dichos servicios por condiciones no urgentes, es una de las principales causales del congestionamiento de estos servicios. Múltiples estudios se han llevado a cabo, entre ellos los realizados por Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A (2013), donde se indica que más del 80% de usuarios de los departamentos de emergencias los utilizan por condiciones que ellos creen que son de emergencia y que necesitan tratamiento de inmediato, pero no es así según la valoración médica. De ahí que, se considera que el uso inapropiado de los servicios de emergencias hace que sea difícil garantizar el acceso a los casos de urgencia real, disminuye la posibilidad de atención, prolongando los períodos

de espera, produce efectos negativos en la calidad de los servicios y eleva los costos de atención. Estas condiciones son extensamente conocidas en el contexto médico, principalmente por aquellos que laboran en las Unidades o Centros de Atención de Salud en Costa Rica, que se desenvuelven diariamente en estas áreas; sin embargo, no se dispone de estudios que aborden las causas que llevan a que las salas de emergencia, se convierta en un área de atención primaria.

En el año 2009 (ICAP) el trabajo realizado por Rosales A., y Solís J. el cual consistió en un estudio del Área de Observación del Servicio de Emergencias del Hospital Fernando Escalante Pradilla, hospital regional de toda la zona Sur y se encuentra localizado en el cantón de Pérez Zeledón, en el distrito San Isidro. En la cual se identificó que “el 15% de los pacientes que ingresaron al área de observación, corresponde a pacientes que no ameritaban estar en esta área”, en la cual recomiendan realizar un mejoramiento de la capacidad instalada, y la gestión administrativa, con el fin de organizar mejor los recursos disponibles, y los posibles nuevos recursos solicitados, con el fin de mejorar algunos indicadores hospitalarios.

Método o herramientas aplicadas en esta investigación

Para el análisis de datos, se utilizaron los datos estadísticos de todos los servicios de urgencias que pertenecen a la dirección de red, mediante la herramienta del cubo de urgencias. Para el análisis se utilizó la

media, desviación estándar, percentiles, coeficiente de correlación de Spearman, regresión lineal, intervalos de confianza al 95 %. Para este análisis se utilizó Excel®, epidata® y Power Pivot®. Luego de la determinación de los factores, se realizó análisis de la cantidad de atenciones por tipo de clasificación según la escala canadiense de emergencias (CTAS) y para la tasa de producción y complejidad se utilizaron tasa por cada 100 atenciones y tasa por cada 100 habitantes.

Resultados Aplicación Metodológica

Como parte del análisis de la demanda de los servicios de urgencias, se analizó la cantidad de atenciones según la clasificación inicial en la escala de triage CTAS, para lograr identificar cuál de los servicios de urgencias atiende proporcionalmente a la cantidad de atenciones más usuarios en condición grave. En la tabla 1, se encuentra la cantidad de atenciones según la clasificación de CTAS durante el 2019.

Para el análisis estadístico tomaron los 13 servicios de urgencias que están adscritos a la Dirección de red Integrada de Prestación de Servicios de Salud central Sur, la mayor cantidad de pacientes atendidos se clasifican como verdes, lo cual representa un 51.40 % (IC 95% 39.90 – 69.14%), seguido de los pacientes clasificados como blancos con un 28 % (IC 95 % 10.10 – 42.89%). La cantidad de pacientes clasificados como amarillos tiene un promedio de 19 % (IC 95 % 12 – 22.97%), el promedio de clasificados como rojos es de 1.29 % (IC 95 % 0.39- 1.96%) y el porcentaje de clasificados

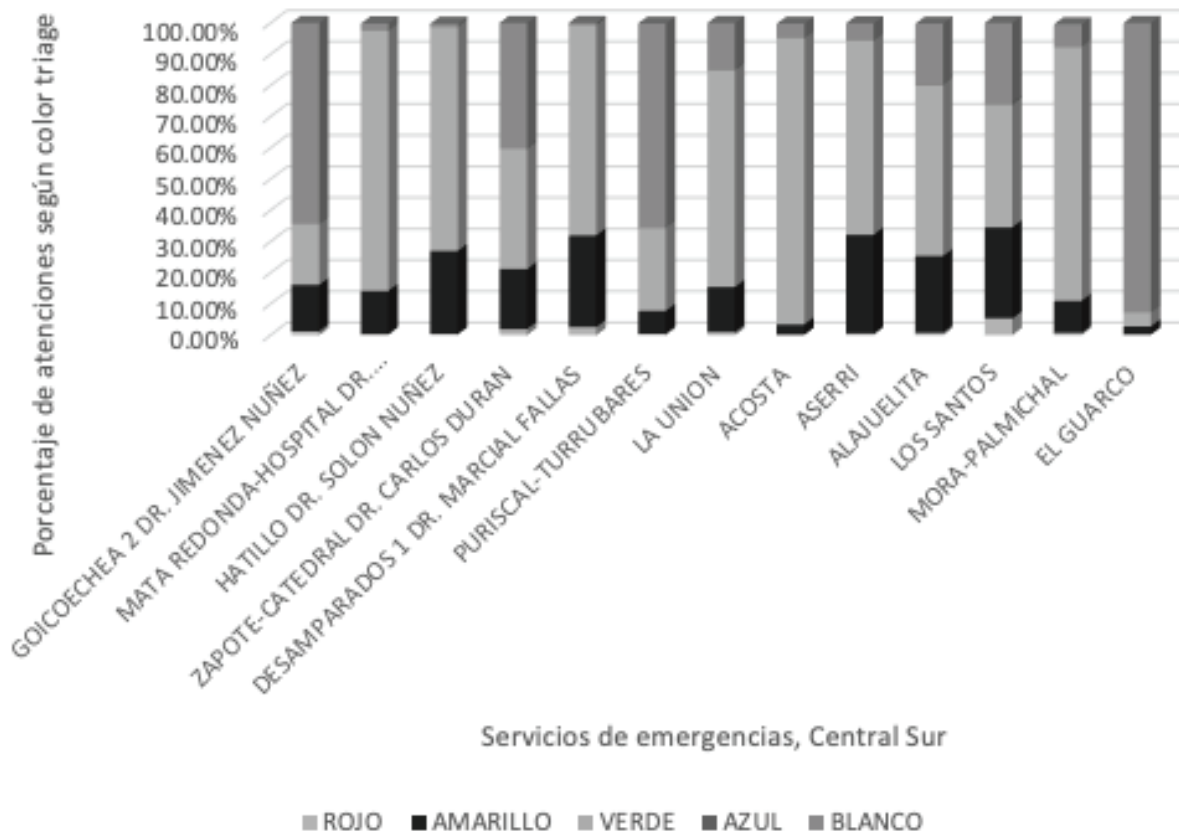
Tabla 1. Comportamiento según Clasificación de Triage por Área de Salud, Adscritas a la DRIPSSCS, 2019.

SERVICIO DE URGENCIAS 2019							
AREAS DE SALUD	ROJO	AMARILLO	VERDE	NO CLASIFICADO	AZUL	BLANCO	TOTAL
2315-AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	3668	41061	100576	654	270	409	146638
2211-AREA DE SALUD GOICOECHEA 2 DR. JIMENEZ NUÑEZ	1555	20722	27211	9	40	89073	138610
2312-AREA DE SALUD HATILLO DR. SOLON NUÑEZ	378	28437	77337	521	8	963	107644
2314-AREA DE SALUD ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURAN	1490	14726	29156	0	44	31260	76676
2331-AREA DE SALUD PURISCAL-TURRUBARES	309	5435	18535	161	22	43601	68063
2336-AREA DE SALUD ALAJUELITA	446	12288	28200	120	14	11546	52614
2392-AREA DE SALUD EL GUARCO	108	1307	1893	0	3	42053	45364
2335-AREA DE SALUD ASERRI	220	12859	30206	46	3	1963	45297
2352-AREA DE SALUD LOS SANTOS	2283	12608	17179	2	114	10597	42783
2382-AREA DE SALUD MORA-PALMICHAL	240	4122	31388	159	4	3409	39322
2311-AREA DE SALUD MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	133	5045	29649	86	1	783	35697
2334-AREA DE SALUD ACOSTA	33	1096	30285	87	1	1228	32730
2333-AREA DE SALUD LA UNION	300	4158	21233	89	27	4302	30109
TOTAL GENERAL	11163	163864	442848	1934	551	241187	861547

Fuente: Cubo de urgencias, EDUS- CCSS, sf-2019.

como azules es de 0.064 % (IC 95 % 0.01 – 0.1%). Como lo muestra la tabla N°1 los servicios de urgencias en su mayoría atienden pacientes de baja complejidad, teniendo unidades en donde el 92.70 % son pacientes clasificados como blancos, de los cuales se pudieran atender en una consulta externa.

Figura 1. Distribución de las Atenciones Según el Color de Clasificación en el Triage de los Servicios de Urgencias Adscritos a la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Central Sur Durante el 2019.

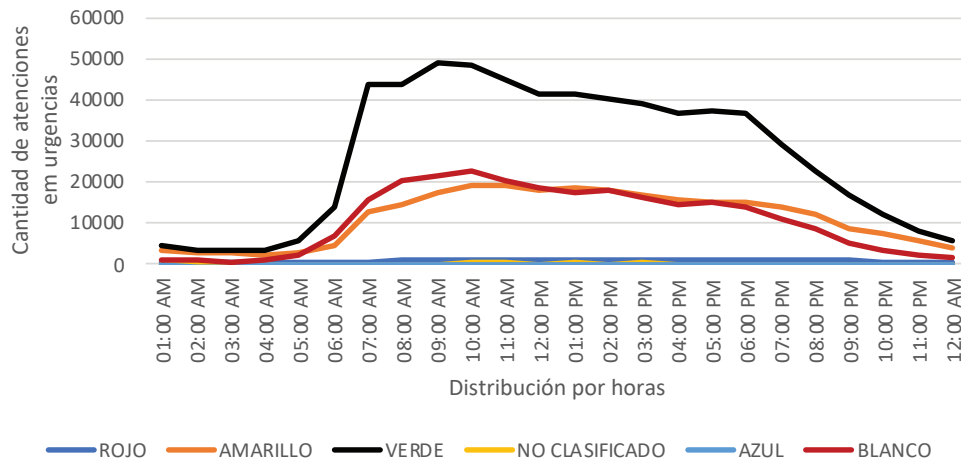


Fuente: Cubo de Urgencias EDUS- CCSS, sf-2019.

Los servicios que atienden una mayor cantidad de pacientes clasificados como rojos son: Desamparados 1 y Los Santos, siendo este último quien atiende proporcionalmente una mayor cantidad, esto puede estar justificado por la lejanía del servicio de urgencias de Los Santos, donde un paciente grave solo tiene un centro que lo recibe, mientras en la gran área metropolitana, puede trasladarse directamente al hospital nacional y especializados.

Con respecto a la demanda del servicio, el área de salud de Desamparados 1 es la que atiende la mayor cantidad de usuarios por año, con 146638 consultas en el 2019, con un 68.58 % de verdes, y el servicio de urgencias que menor cantidad de usuarios atiende es la Unión, con 30109 consultas, en su mayoría son pacientes catalogados como verdes, 70.52 %.

Figura 2. Distribución de Consultas Clasificadas en Triage, por Horas de Atención.

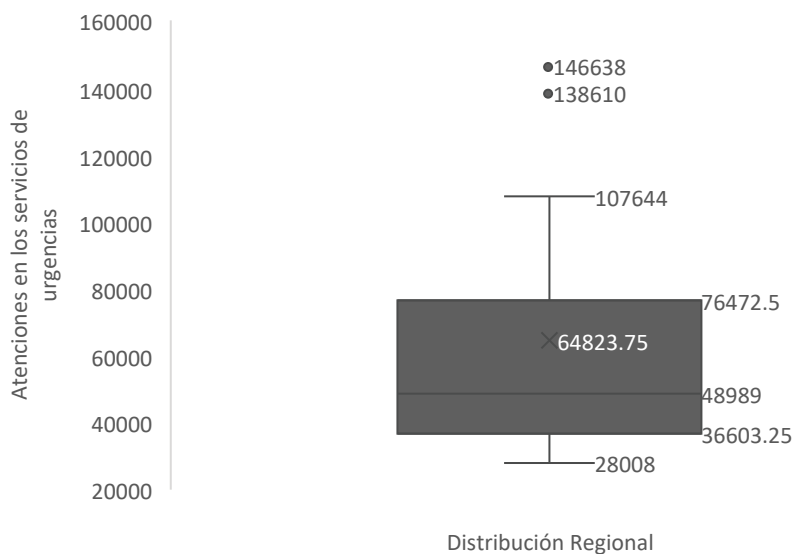


Fuente: Cubo de Urgencias EDUS- CCSS, sf-2019.

En la figura 2, se identifica que entre las 8:00 am y las 6:00 pm, se encuentra la mayor cantidad de atenciones en los servicios de urgencias, correspondiente a un 77.49% del total de las atenciones, lo que equivale a 667654 consultas.

En la figura 3 se evidencia un comportamiento de la cantidad de consultas heterogéneo, con una diferencia entre la media y mediana de 15834 consultas. El recorrido intercuartílico corresponde a 39869 consultas, lo que demuestra que la producción de cantidad

Figura 3. Distribución de Consultas de Urgencias de las Áreas de Salud Adscritas a la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Central Sur, 2019.



Fuente: Cubo de Urgencias EDUS- CCSS, sf-2019.

de atenciones por año evidencia un comportamiento heterogéneo.

El promedio de espera de un paciente de categoría roja es de doce minutos, categoría amarilla un promedio de veinte minutos, para los categorizados como verdes un promedio de cuarenta y dos minutos, los clasificados como azul un promedio de dieciocho minutos, blancos con un promedio de cincuenta y cuatro minutos lo que se encuentra dentro de los tiempos establecidos por la institución. Cabe resaltar que, dentro de

la dinámica de un servicio de urgencias, el paciente gravemente enfermo o catalogado azul en CTAS, se aborda de manera inmediata, y luego de estabilizar el paciente, el personal de emergencias registra la información clínica en el expediente electrónico, razón por la cual se evidencia un periodo alto de espera entre la clasificación y la atención.

Aunado a esto, las características de los servicios de urgencias de infraestructura y personal hacen imposible que se pueda

Tabla 2. Distribución del Promedio de Tiempo entre el Ingreso del Paciente y la Clasificación del Triage de las AS Adscritas a la DRIPSSCS, 2019.

AREA DE SALUD	ROJO	AMARILLO	VERDE	AZUL	BLANCO	TOTAL GENERAL
AREA DE SALUD GOICOECHEA 2 DR. JIMENEZ NUÑEZ	00:07:11	00:12:03	00:24:54	00:09:44	00:29:53	00:16:45
AREA DE SALUD MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	00:13:47	00:21:58	00:35:07	00:16:10	00:27:01	00:22:49
AREA DE SALUD HATILLO DR. SOLON NUÑEZ	00:14:26	00:22:47	00:42:07	00:25:19	00:24:41	00:25:52
AREA DE SALUD ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURAN	00:05:42	00:09:43	00:16:13	00:05:55	00:40:13	00:15:33
AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	00:08:29	00:15:18	00:46:32	00:07:05	01:09:12	00:29:19
AREA DE SALUD PURISCAL-TURRUBARES	00:14:30	00:16:42	00:26:01	00:29:56	01:01:10	00:29:40
AREA DE SALUD LA UNION	00:03:53	00:11:52	00:50:10	00:01:45	01:04:41	00:26:28
AREA DE SALUD ACOSTA	00:14:24	00:37:46	01:12:49	00:36:33	01:13:02	00:46:55
AREA DE SALUD ASERRI	00:08:17	00:17:18	01:08:18	00:19:41	02:49:37	00:56:38
AREA DE SALUD ALAJUELITA	00:16:17	00:31:56	00:52:31	00:22:36	00:20:35	00:28:47
AREA DE SALUD LOS SANTOS	00:25:07	00:37:32	01:09:08	00:15:01	01:01:05	00:41:35
AREA DE SALUD MORA-PALMICHAL	00:18:33	00:33:47	00:36:11	00:37:56	00:34:04	00:32:06
AREA DE SALUD EL GUARCO	00:05:31	00:13:41	00:15:18	00:15:01	00:34:38	00:16:50
TOTAL GENERAL	00:12:01	00:21:43	00:42:43	00:18:40	00:54:36	00:29:57

Fuente: Cubo de Urgencias EDUS- CCSS, sf-2019.

Tabla 3. Distribución de Atenciones por Turno, en los Servicios de Urgencias de las AS Adscritas a la DRIPSSCS, 2019.

Área de salud	Total	I	II	III
2315-AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	146638	57027	64733	24879
2211-AREA DE SALUD GOICOECHEA 2 DR. JIMENEZ NUÑEZ	138610	63635	61540	13435
2312-AREA DE SALUD HATILLO DR. SOLON NUÑEZ	107644	44894	47599	15151
2314-AREA DE SALUD ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURAN	76676	35970	40706	0
2331-AREA DE SALUD PURISCAL-TURRUBARES	68063	34520	26942	6601
2336-AREA DE SALUD ALAJUELITA	52614	27839	24775	0
2392-AREA DE SALUD EL GUARCO	45364	29511	15852	0
2335-AREA DE SALUD ASERRI	45297	28273	17024	0
2352-AREA DE SALUD LOS SANTOS	42783	22008	18049	2726
2382-AREA DE SALUD MORA-PALMICHAL	39322	27029	13741	0
2311-AREA DE SALUD MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	35697	19799	15898	0
2334-AREA DE SALUD ACOSTA	32730	23503	9227	0
2333-AREA DE SALUD LA UNION	30109	25141	4968	0
TOTAL GENERAL	861547	439149	361054	62792

Fuente: Cubo de Urgencias EDUS- CCSS, sf-2019.

Figura 4. Gráfico de Distribución de Consultas por Turno de las trece Área de Salud Adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur.



Fuente: Cubo de Urgencias EDUS- CCSS, sf-2019.

destinar un recurso exclusivo para el registro de la información durante la atención.

En el gráfico previo se evidencia que, de las trece unidades adscritas a la DRIPSSCS, cinco de ellas tienen horario de atención las 24 horas del día los 365 días del año y representan el 38.47% del total de unidades que en este turno se atendieron un total de 62792 atenciones, ocho de estas (61.53%) con horario hasta las 10 pm y con un total de 800 203 atenciones en conjunto I y II turno.

Índice de complejidad de los servicios de urgencias.

Para la construcción del índice de clasificación de los servicios de urgencias se contemplaron los siguientes factores:

- **Complejidad:** Su fórmula de cálculo corresponde a la sumatoria de los pacientes catalogados como rojos y azules entre el total de las atenciones por 100, en el mismo periodo de tiempo.
- **Tasa de producción:** Su fórmula de cálculo corresponde a la división entre el total de atenciones y la población del área de salud, por cada 100 atenciones.
- **Recurso humano:** Este factor hace referencia a la presencia o no de personal especialista en medicina de emergencias.
- **Ubicación en la red:** Hace relación a si el servicio de urgencia recibe pacientes de su red o si más bien es

un área que refiere paciente a su red de servicios, como un factor de complejidad en el servicio.

Requisitos Mínimos Funcionales de Infraestructura: Corresponde a si el servicio de urgencias cuenta o no con los requisitos mínimos antes mencionados dictados por la Comisión de análisis de los servicios de emergencias (CASEM), según tipo de clasificación de Área de Salud (CAIS, AS tipo 2 y 3, AS tipo 1).

Para el diseño de la fórmula para la creación del índice de complejidad, se tomaron todos los factores anteriores y se les otorgó según criterio de experto un peso relativo de la siguiente manera:

$$\text{ÍNDICE: } 1 \times ((\text{Complejidad (0.3)} + \text{Tasa producción (0.3)} + \text{Recurso Humano (0.2)} + \text{Ubicación de referencia en la red (0.1)} + \text{Requisitos Mínimos Funcionales de Infraestructura (0.1)})$$

Para la definición de la puntuación para cada factor se utilizó la siguiente escala para la complejidad, según la media y la desviación estándar:

1. Complejidad: resultado por encima de una desviación estándar (DE): 0.3
2. Complejidad: resultado entre la media y más de una desviación estándar: 0.2
3. Complejidad: resultado en la media: 0.15
4. Complejidad: resultado por debajo de la media: 0.1

La puntuación de la tasa de producción se otorgó de la siguiente manera:

1. Resultado por encima de una desviación estándar: 0.3
2. Resultado en la media: 0.2
3. Resultado por debajo de la media: 0.1

Asignación de puntos según el recurso humanos se estableció de la siguiente manera:

1. Posee personal especialista en medicina de emergencias: 0.2
2. No posee personal especialista en medicina de emergencias: 0.1

La ubicación en red corresponde a la siguiente asignación de puntaje:

1. Recibe pacientes de otros servicios de emergencias: 0.1
2. No recibe pacientes de otros servicios de emergencias: 0.05

Para los requisitos mínimos, se estableció según el establecimiento de salud, CAIS, área de salud tipo 2 – 3 y área de salud tipo 1, ya que la CASEM estableció diferentes requisitos de infraestructura para cada tipo de servicio de urgencias. Para la evaluación de estos servicios se utilizó una tabla donde se le asigna un puntaje a cada ítem.

1. Cumple con los requisitos mínimos de la CASEM: 0.1
2. No cumple con los requisitos mínimos de la CASEM: 0.05

Tabla 4. Requisitos Mínimos de Infraestructura para un Servicio de Urgencias-CAIS Según CASEM.

CAIS	Cumple
Distribución mínima (0= no 1= si)	1
Clasificación	1
consultorio urgencias	1
consultorio ginecoobstetricia	1
consultorio ortopedia / sala de yesos	1
consultorio pediatría	1
consultorio multiusos	1
sala de reanimación	1
observación general	1
observación paciente ambulatorio	1
observación	1
observación pediátrica	1
aislamiento	1
inhala terapia	1
inyectables	1
suturas	1
Total	16

Fuente: Informe Técnico CASEM 2017.

Tabla 5. Requisitos Mínimos de Infraestructura para un Servicio de Urgencias-AS Tipo 2 y 3, Según CASEM.

Área de salud tipo 2 y 3	Cumple
Distribución mínima (0= no 1= si)	1
área de clasificación	1
consultorio de urgencias	1
consultorio multiusos	1
sala de reanimación	1
observación general	1
observación paciente ambulatorio	1
inhala terapia	1
inyectables	1
suturas	1
Total	10

Fuente: Informe Técnico CASEM 2017.

Tabla 6. Requisitos Mínimos de Infraestructura para un Servicio de Urgencias-AS tipo 1, Según CASEM.

Área de salud tipo 1	Cumple
Distribución mínima (0= no 1= si)	1
área de clasificación	1
consultorio de urgencias	1
sala de reanimación	1
observación general	1
observación paciente ambulatorio	1
inhala terapia	1
inyectables	1
suturas	1
Total	9

Fuente: Informe Técnico CASEM 2017.

Tabla 7. Distribución de los Servicios de Urgencias Según Índice de Complejidad de las AS. Adscritas a DRIPSSCS 2019.

ÁREA DE SALUD	Complejidad	Puntuación	Tasa producción	Puntuación	RH	Ubicación red	Requisitos mínimos	ÍNDICE
DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	2.81	0.3	198.10	0.3	0.2	0.1	0.05	0.95
GOICOECHEA 2 DR. JIMENEZ NUÑEZ	1.23	0.3	193.48	0.3	0.1	0.1	0.05	0.85
ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURAN	1.97	0.3	157.88	0.2	0.1	0.05	0.05	0.7
LOS SANTOS	5.59	0.3	79.72	0.2	0.1	0.05	0.05	0.7
PURISCAL-TURRUBARES	0.44	0.2	119.43	0.2	0.1	0.05	0.05	0.6
HATILLO DR. SOLON NUÑEZ	0.36	0.1	128.90	0.2	0.1	0.1	0.05	0.55
MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	0.29	0.1	78.85	0.1	0.1	0.1	0.05	0.45
LA UNION	1.01	0.2	56.91	0.1	0.1	0.05	0.05	0.5
ACOSTA	0.10	0.1	106.38	0.2	0.1	0.05	0.05	0.5
ASERRI	0.47	0.2	41.63	0.1	0.1	0.05	0.05	0.5
ALAJUELITA	0.76	0.2	41.73	0.1	0.1	0.05	0.05	0.5
MORA-PALMICHAL	0.70	0.2	82.58	0.1	0.1	0.05	0.05	0.5
EL GUARCO	0.21	0.1	49.23	0.1	0.1	0.05	0.05	0.4

Fuente: Elaboración propia.

Para la clasificación se utilizó 3 clases para ubicar las unidades:

- 1. **Clase I:** puntaje del índice entre 0.4 – 0.5
- 1. **Clase II:** puntaje del índice entre 0.51- 0.79
- 1. **Clase III:** puntaje del índice entre 0.80– 1

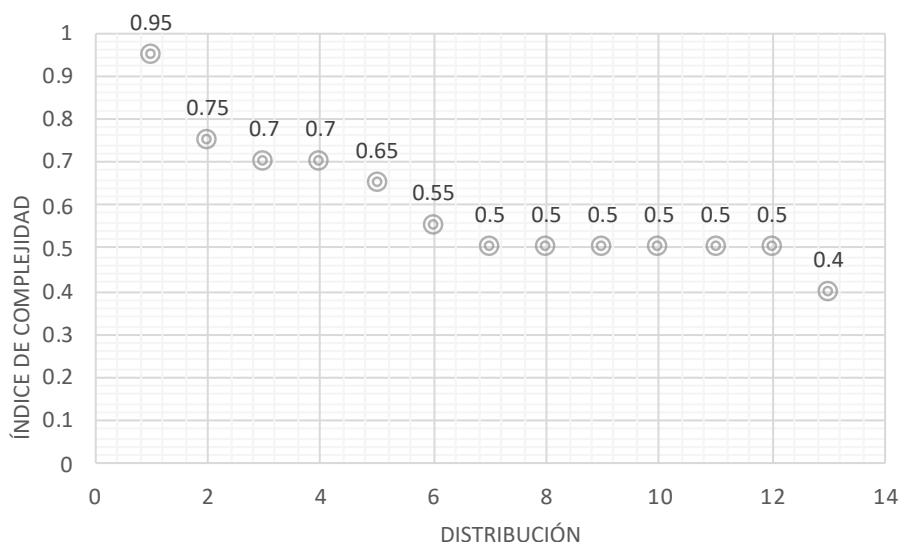
Luego de la aplicación del índice propuesto, se obtiene que, de los trece servicios de urgencias, dos se ubican en la clase III que corresponden a las AS Desamparados 1 (0.95) y Goicoechea 2 (0.75) cuatro de estos servicios de urgencia se ubican en clase II con valores entre 0.7 a 0.55 (AS Zapote -Catedral, AS Los Santos, AS Puriscal y AS Hatillo), el resto de los servicios queda en una clasificación I 0.5 a 0.4 (AS La Unión, Acosta, Aserrí, Alajuelita, Mora Palmichal y El Guarco).

Tabla 8. Distribución de los Servicios de Urgencias de las AS Adscritas a la DRIPSSCS, Según Índice y Clasificación.

ÁREA DE SALUD	ÍNDICE	CLASIFICACIÓN
DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	0.95	III
GOICOECHEA 2 DR. JIMENEZ NUÑEZ	0.85	III
ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURAN	0.7	II
LOS SANTOS	0.7	II
PURISCAL-TURRUBARES	0.6	II
HATILLO DR. SOLON NUÑEZ	0.55	II
MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	0.45	I
LA UNION	0.5	I
ACOSTA	0.5	I
ASERRI	0.5	I
ALAJUELITA	0.5	I
MORA-PALMICHAL	0.5	I
EL GUARCO	0.4	I

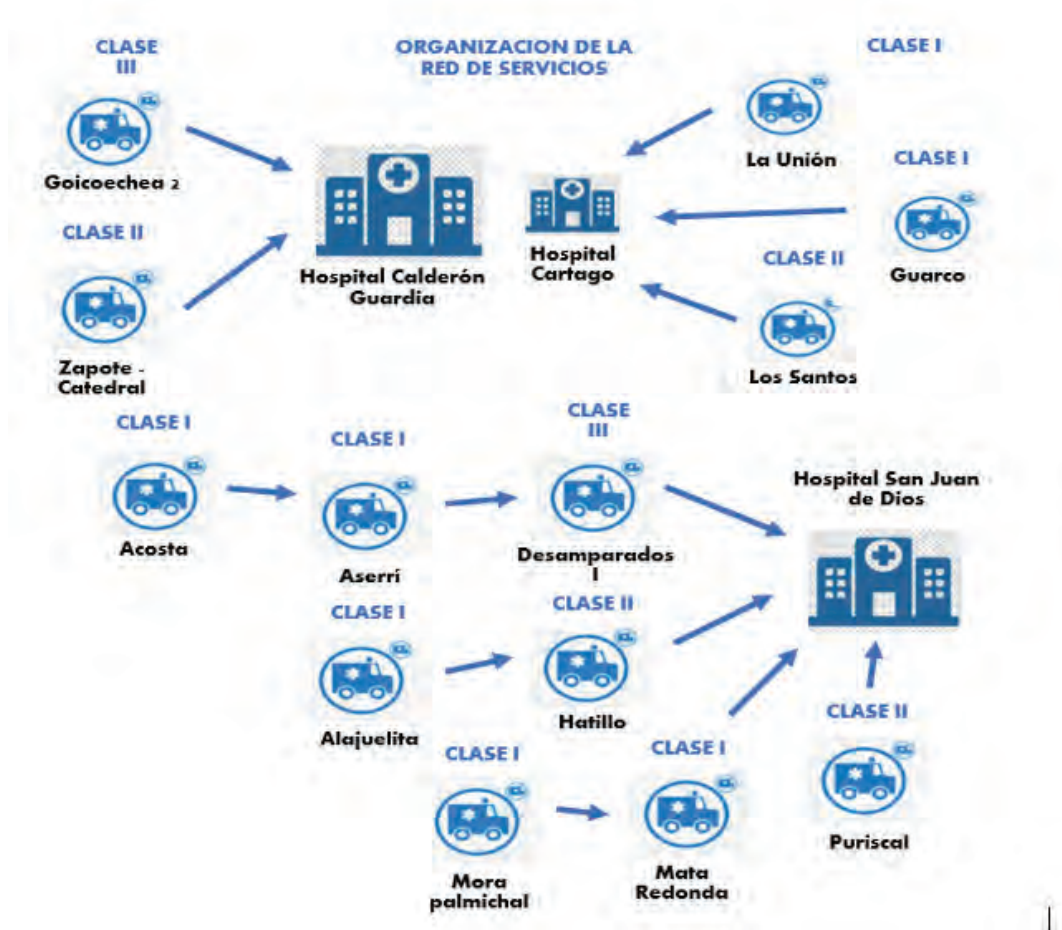
Fuente. Elaboración propia.

Figura 5. Gráfico de Distribución de las Unidades Según Índice de Complejidad Aplicado.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Diagrama de la Organización de los Servicios de Salud Según el índice de Clasificación de los Servicios de Emergencias.



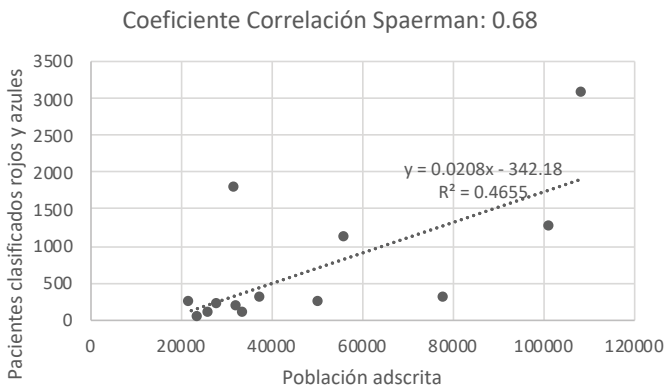
Fuente: Elaboración propia.

En la figura 6, ya con los índices aplicados se realiza una ubicación por red de servicios de las unidades, donde para la red de Hospital Max Peralta como hospital regional, se cuenta con tres áreas de salud con servicio de urgencias, de estas una se clasifica como clase II (AS Los Santos), dos como clase I (AS La Unión y AS El Guarco). Para la red de atención del Hospital Calderón Guardia se tiene que, dos unidades con servicio de urgencia una clase III (AS Goicoechea 2), y el AS

Zapote -Catedral ubicado como clase II. En el caso de la red del HSJD, le refieren pacientes cinco unidades clase I (AS Acosta, AS Aserri, AS Alajuelita, AS Mora Palmichal y AS Mata Redonda -Hospital), se cuenta con una unidad clase II AS Hatillo que le recibe los pacientes referidos del AS Alajuelita esto hasta las 10 pm. También en el caso del AS Desamparados 1 se ubica como clase III que valora los pacientes referidos de las AS Acosta y Aserri.

Para lograr validar el índice construido para los servicios de urgencias, se determinaron varias correlaciones entre varias variables como la población y la complejidad y el índice. Para este fin se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman y la regresión lineal, para lograr determinar los factores que se relacionan con el índice.

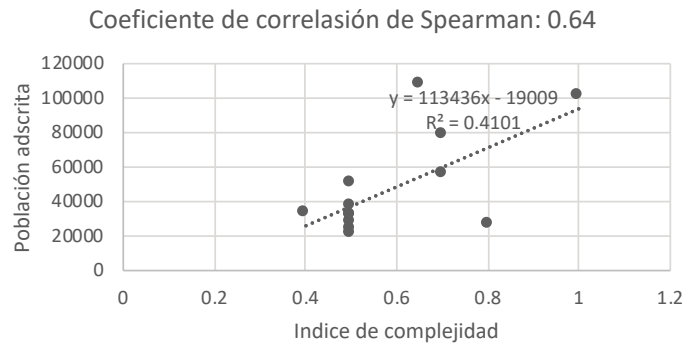
Figura 7. Gráfico de Coeficiente de Correlación de Spearman entre la Población por Área de Salud, y la Cantidad de Pacientes Clasificados como Rojos y Azules de las Áreas de Salud Adscritas a la DRIPSSCS en 2019.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez realizada la correlación entre las dos variables, se utilizó para la validación del índice el coeficiente de Spearman para correlacionar el índice con la población asignada en cada área de salud, teniendo un resultado de 0.68 con una correlación alta. Se complementó con una regresión lineal entre las dos variables con un resultado de R²: 0.46.

Figura 8. Coeficiente de Correlación de Spearman entre la Población por Área de Salud y el Índice de Clasificación de Complejidad de los Servicios de Urgencias de las Áreas Adscritas a la DRIPSSCS en 2019.



Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman nuevamente entre la población adscrita y el índice de complejidad propuesto, lo que mostró un resultado de 0.64, con una correlación alta. Para la validación del índice de complejidad se utilizó una regresión lineal simple, entre la población adscrita y el índice de complejidad, mostrando un R²: 0.41.

Como parte del análisis para realizar la propuesta de este trabajo de investigación, se realizó un escenario hipotético en donde se convierte la mitad de los pacientes de primera vez en urgencias de los pacientes clasificados como verdes y blancos, tomando en cuenta que la gran mayoría de estos servicios atienden pacientes clasificados como blancos y verdes. Además, la atención en un servicio de urgencias se centra en la atención de la patología

urgente, sin explorar la atención integral del usuario y la atención de los factores de riesgo de manera que se intervenga de adecuadamente el concepto global de salud.

Para la elaboración de este escenario, se determinó la cantidad de consulta de

primera vez en los servicios de urgencias, la cobertura poblacional obtenida por cada área de salud en el 2019. Se sumaron la cantidad de atenciones de consulta externa más la mitad de las atenciones de primera vez de pacientes clasificados como blancos y verdes en los servicios de urgencias.

Tabla 9. Propuesta de Incorporación del Cincuenta por ciento de los Pacientes Blancos y Verdes Clasificados en Consulta de Urgencias en la Cobertura Lograda en 2019 en Consulta Externa de las AS adscritas a la DRIPSSCS.

Áreas de Salud	Población	Total Primera Vez en Consulta Externa	Cobertura 2019	Sumatoria de Mitad de blancos y verdes en Triage + CE	Cobertura propuesta	Diferencia cobertura (puntos porcentuales)	Diferencia porcentual
2211-AREA DE SALUD GOICOECHEA 2 DR. JIMENEZ NUÑEZ	52415	22899	44%	33496	64%	20 pp	46%
2311-AREA DE SALUD MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	33515	18866	56%	25125	75%	19 pp	33%
2312-AREA DE SALUD HATILLO DR. SOLON NUÑEZ	50902	28363	56%	39930	78%	23 pp	41%
2314-AREA DE SALUD ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURAN	35724	21226	59%	21226	59%	0 pp	0%
2315-AREA DE SALUD DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	54799	27870	51%	36081	66%	15 pp	29%
2331-AREA DE SALUD PURISCAL-TURRUBARES	42394	23531	56%	33922	80%	25 pp	44%
2333-AREA DE SALUD LA UNION	38815	18248	47%	23956	62%	15 pp	31%
2334-AREA DE SALUD ACOSTA	22404	13923	62%	19689	88%	26 pp	41%
2335-AREA DE SALUD ASERRI	78584	35441	45%	43301	55%	10 pp	22%
2336-AREA DE SALUD ALAJUELITA	91018	36082	40%	45243	50%	10 pp	25%
2352-AREA DE SALUD LOS SANTOS	39934	17072	43%	23875	60%	17 pp	40%
2392-AREA DE SALUD EL GUARCO	68807	33567	49%	44350	64%	16 pp	32%
2382-AREA DE SALUD MORA-PALMICHAL	33876	17828	53%	29427	87%	34 pp	65%
Global Absolutos de Promedios, Porcentajes y Puntos Porcentuales.	643187	314916	49%	419626	65%	16 pp	33%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior refleja la propuesta de incorporación en donde utilizando solamente la mitad de las consultas de los servicios de urgencias en 2019 por Área de Salud, clasificados como blancos y verdes, a modo de ejercicio se sumaron a la cantidad de consultas de primera vez en consulta externa ya existente en 2019, con la finalidad de tener un escenario hipotético sobre el efecto en la cobertura global porcentual, lo cual permitiría valorar la posibilidad de convertir algunos servicios de urgencias, a servicios vespertinos de consulta externa, que absorban a este tipo de pacientes de baja complejidad. Se debe de tomar en cuenta que la columna diferencia porcentual en la tabla anterior, es el aumento porcentual obtenido con respecto a la cobertura lograda en 2019, lo cual muestra un posible incremento del 33% en la DRIPSSCS.

El Área de salud de Mora Palmichal, utilizando esta conversión de las consultas de urgencias en consultas externas de pacientes verdes y blancos, aumentaría un 65 % con respecto al resultado en 2019 en cobertura, que equivale a un 87% de la cobertura según la población adscrita, mostrando el aumento más notable en esta propuesta. Solamente un Área de Salud, Zapote Catedral, no mostró un aumento utilizando este escenario hipotético, ya que el Área de Salud de Zapote Catedral ya utiliza esta metodología de enviar los pacientes verdes y blancos a una consulta de choque, lo que justifica el no aumento de la cobertura.

Con respecto a las áreas de salud del El Guarco, Mora Palmichal, Alajuelita, Acosta, Aserri, Mata Redonda y La Unión, convertir el 50 % de la producción de pacientes verdes y blancos a una consulta externa en horario ordinario, y en caso necesario vespertino, para lograr captar pacientes con patologías crónicas sin tratamiento y realizar un abordaje integral en lugar de solo tratar la causa de consulta puntual en el servicio de urgencias. Esto permitiría realizar tamizajes de patologías antes de que el usuario presente la enfermedad, haciendo un adecuado uso de recursos disponibles. Realizando la conversión de la modalidad de la atención, el aumento promedio de la cobertura global es de 36%, de esas siete Áreas de Salud antes mencionadas, que actualmente presenta limitación de captación por la capacidad instalada.

Alcances

Dentro de la metodología para los servicios de urgencias se ofrece un índice aplicable a la realidad del sistema de salud costarricense ya que en la literatura internacional recomienda y plantea diferentes métodos para clasificar los a un servicio de emergencias, sin embargo, en el contexto de este sistema de salud, los servicios de urgencias cumplen un rol de absorber la demanda insatisfecha del primer nivel de atención. Para lograr administrativamente una adecuada gestión de la asignación de recursos, se debe contemplar muchos factores que en este índice se contemplan para que en el futuro los gestores nacionales puedan asignar recursos en la red de

servicios según el planteamiento de esta clasificación.

De esta manera se convierte en un insumo muy valioso para que, en la prestación de servicios en red, los gestores regionales o locales, puedan establecer la estratificación del servicio de urgencias y así poder de manera objetiva determinar si se debe o no colocar un servicio de urgencias en alguna parte de la red de servicios y en el caso que esta metodología determine que según los factores establecidos se necesita el servicio se pueda determinar a su vez, que tipo de servicio se necesita. Esto permite distribuir recurso humano general y especializado, recurso financiero y el equipamiento según el tipo de servicio del índice de complejidad.

En el contexto de un servicio de urgencias, que contrasta drásticamente con un servicio de emergencias definido por la literatura mundial, existe solamente metodologías de asignación de recursos en los servicios de emergencias y no así en los de urgencias. Por esta razón el aporte de los investigadores al establecer el análisis de la red integrada, las características de cada servicio que la integra, los recursos, la demanda del servicio según su complejidad genera que se gestione adecuadamente la red de servicios.

El análisis de datos que genera la implementación del expediente electrónico en los diferentes servicios

de urgencias permite por primera en el sistema de salud gestionar basado en datos. El potencial que tiene investigaciones como la que propone este documento acompañado de los datos robustos generados todos los días en cada servicio, permitirá tener un salto cuantitativo en la prestación, siempre y cuando se tenga apoyo en la gobernanza de la salud digital donde los diferentes eslabones giran en torno al cuidado del usuario.

La asignación de recursos, principalmente el humano, siempre ha planteado un reto en los sistemas de salud ya que deben articularse los criterios técnicos y políticos con el balance correcto. Como parte de la implementación de esta metodología, necesita que por varios años se mida el comportamiento de la red y sobre todo se inicie con el cambio de nomenclatura de los diferentes servicios, como medida de aplicación de esta. Conforme se implementa se puede medir el impacto que tiene la asignación de recursos en el índice y así de manera integral mejorar la red con el recurso que se tiene.

Conclusiones

En el ámbito internacional o nacional no existe ninguna metodología donde se pueda realizar la categorización de los servicios de urgencias bajo el contexto de la atención que se realiza en una red de servicios en el sistema de salud costarricense, por lo que el análisis de la producción, características de las atenciones según la clasificación de CTAS,

complejidad, recurso humano con que cuentan ofrece una herramienta muy útil para la toma de decisiones.

Al realizar la clasificación de todos los servicios de urgencias que pertenecen a la red integrada de servicios de salud central sur, permite conocer la oferta de servicios con que cuentan las diferentes subredes lo que permite la evaluación y a la hora de asignar recursos poder ubicar el recurso humano, equipamiento en los lugares más adecuados según la propuesta de la red según la clasificación, para así lograr la mayor eficiencia y aprovechamiento de los recursos con que se les dota.

A su vez, al crecer la población y su complejidad y por la necesidad de crecimiento de la oferta de servicios, conociendo la categoría I, II ó III, permite no solo homologar los criterios de evaluación y categorización, sino también permite al gestor regional asignar la ampliación de servicios o de horario ó en el futuro la creación de un nuevo servicio en el sitio correcto según la categorización de esa subred para así lograr optimizar el recurso.

Sin duda se puede concluir que la implementación de la nomenclatura del índice ya se puede considerar un importante avance en el análisis de red, sobre todo al tomar en cuenta que la literatura mundial no presenta las características de nuestro sistema de salud por lo que el conocer el efecto sobre la implementación y como responde el índice a la asignación de recursos, sin

duda abre una oportunidad de avanzar en la atención de urgencias, no solo aumentando la capacidad resolutive, sino también asignando recurso en los lugares donde los servicios de salud tienen mayor demanda insatisfecha para que así se puedan dedicar con mayor eficiencia al tratamiento de las patologías con mayor riesgo. Luego de expuesta esta metodología el siguiente paso es trabajar para que los gestores, tomadores de decisiones locales, directores médicos, jefaturas de urgencias, director de red de prestación de servicios de salud y la gerencia médica vean la importancia de este insumo para que pueda ser implementado como plan piloto en la Dirección de red de prestación de servicios Central Sur.

Referencias bibliográficas

- Adams, Flemming & Friedrich, R. (2008). Medicina de Urgencias. Madrid: Panamericana pp. 2-12. Madrid: Panamericana. Recuperado el 10 de octubre de 2019 en, <https://www.casadellibro.com/libro-medicina-de-urgencias/mkt0002933825/4173467>.
- Avalos M. (2010). La Evaluación de la Atención Primaria a la Salud. México. Recuperado el 26 de agosto en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305246>.
- AWWE. (2019). Emergencias/ Urgencias. Recuperado el 22 de diciembre de 2019, en http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias_urgencias.

- Bermúdez, J., Sáenz, M., Muiser, J., Acosta, M. (2011) Sistema de Salud de Honduras. Salud Pública de México. 53 Supl 2. Recuperado el 29 de octubre de 2019, en https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v53s2/16.pdf.
- Castillo G. Nolvía L., (2016) Percepción de Urgencia de los Padres Usuarios de la Emergencia Pediátrica del Hospital Mario Catarino Rivas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Postgrado de Pediatría. Recuperado el 25 de octubre de 2019, en <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS16/pdf/TMVS16.pdf>.
- Castro M. (2019). Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos, recuperado el 18 de agosto de 2020, en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300045?via%3Dihub>.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2000) Ley Constitutiva de la CCSS, Número 17 del 22 octubre 1943, reformada por artículo 85 de la Ley 7983 del 16 de febrero del 2000. Recuperada el 20 de setiembre, en <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/875/Ley%20constitutiva%20de%20la%20caja%20costarricense%20de%20seguro%20social.pdf>.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). Direcciones Regionales, Comisión Intergerencial Dirección de Red de Servicios de Salud y Dirección de Proyección de Servicios de Salud. GERENCIA MEDICA.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Reglamento de Riesgos Excluidos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado el 20 de setiembre, en <https://vlex.co.cr/vid/reglamento-riesgo-excluidos-caja-631558334>.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Memoria Institucional. Recuperado el 20 de agosto en <http://www.ccss.sa.cr/culturaorganizacional/memorias>.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Informe técnico para el fortalecimiento de la atención de emergencias en la CCSS. Comisión de análisis de los servicios de emergencias (CASEM). GERENCIA MEDICA. Recuperado el 3 de noviembre de 2019, en <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/658/InformeEmergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Cuba, M.M. Calidad en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Rev. Cubana Farm. Vol.42 No. 3, pp.00 2008 Recuperado 13 agosto de 2020 de:
- Esperanza Martínez., Raquel Escobar Argaña. (2011). Manual de Procedimientos Recepción, Acogida, y Cla-

- sificación (RAC). OPS. Recuperado el 17 de julio, en https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=350-manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion&Itemid=253.
- Fernández de la Fuente S. (2018) Estadística descriptiva, teoría números índices, recuperado el 19 de agosto en <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas2013/indices-teoria.pdf>
- Fuentes, Cuba M, Jurado, Arturo, Eva Estrella. (2011) Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. Universidad Cayetano Heredia. Perú. Recuperado el 23 de julio, en <https://www.redalyc.org/pdf/3380/338038901002.pdf>
- González Méndez E. (2008). Calidad de la Atención en el Servicio de Urgencias del Área de Salud Heredia Cubujuquí desde la Perspectiva del Cliente Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP, recuperado el 20 de junio, en http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Gonzalez_Mendez_Elizabeth_TS_SA.pdf.
- Jara L. (2015) Utilización de capacidad instalada en la industria. Recuperado el 18 de agosto en <https://observatorio.unr.edu.ar/utilizacion-de-la-capacidad-instalada-en-la-industria-2/>.
- Jiménez Gómez J., Pardo Ramón P., Moncada Rúa C., (2010). Manual para la implementación para un sistema de Triage para los cuartos de urgencias. OPS. USA. Recuperado el 18 de agosto de 2020, en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5259:2011-manual-un-sistema-triage-cuartos-urgencias&Itemid=2080&lang=es
- Kalidindi S., Mahajan P., Thomas R., Sethuraman U. (2010). U. Parental Perception of Urgency of Illness, *Pediatr Emerg Care.*;26(8):549-53. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181ea71b3. Recuperado el 25 de octubre de 2019, en <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006565-201008000-00003>.
- Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J. (2012). A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care.* Recuperado el 15 de octubre de 2019, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464348/>.
- Mata Pilar, Reynoso F., Salazar A. (2006). Conceptos básicos de estadística descriptiva útiles para el médico. Recuperado el 10 de setiembre, en <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg061i.pdf>.
- Ministerio de Justicia y Paz. (2017). Que es una tasa y como se calcula. Costa

- Rica. Recuperado el 20 de agosto, en <http://observatorio.mj.go.cr/ques-una-tasa-y-como-se-calcula>.
- Ministerio de Salud Pública de Costa Rica (2018) Norma de Habilitación de Servicios de Emergencias. Recuperado el 24 de agosto en http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86760&nValor3=112734&strTipM=TC
- Montero, J., López, J. (2015) Proyecto de programa docente de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias. España. Recuperado el 29 de octubre de 2019, en www.semesbalears.org/Fotos/Adjuntos/24.PDF.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011) Modulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades, segunda edición-unidad 3 medición de las condiciones de la salud y enfermedad en la población. Recuperado el 18 de agosto en <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Como define la OMS la salud. Recuperado el 22 de diciembre de 2019, en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Parafita D.(s.f.). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. Uruguay. Recuperado el 04 de setiembre, en https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf
- Pio Alfieri, Manuela Benítez Gómez, Natalia Cardozo, Sixto escobar, Carles Luaces Cubells, Oscar Merlo, Natalia Meza, Zita Quintela González, Angilberto Paredes, Sonia Viviana Pavlicich, José María Quintilla Martínez, Francisco PJ Rivas Clemente. (2011). Manual de Procedimiento Recepción, Acogida y Clasificación. Paraguay. Recuperado el 3 de noviembre de 2019, en <https://docplayer.es/55490455-Manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion-rac-mspbs-paraguay-2011.html>
- Ramos D., Benito N. (2000). La nueva salud pública. Rev. Cubana Salud Pública pp. 77-84. La Habana. Recuperado el 10 de octubre de 2019 en, <https://www.redalyc.org/pdf/214/21400201.pdf>.
- Rosales A. y Solís J. (2009). Plétora del Área de Observación del Servicio de Emergencias del Hospital Escalante Pradi-lla. San José, Costa Rica, ICAP.
- Sistema Canadiense de TRIAGE para los Servicios de Emergencia. (2012). Programa Educativo Combinado Adulto

- Pediátrico. Manual del Participante Recurso de Capacitación. Recuperado el 29 de octubre de 2019, en http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf.
- Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*. 2010; vol. 33, Suppl.1, pp.55-68. ISSN 1137-6627. Recuperado el 08 de octubre de 2019 en, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008.
- Strauss, R., & Mayer, T. (2017). *Strauss & Mayers emergency department management*. New York: McGraw-Hill Education Medical.
- Torres, C, Jévez, A. y Vega, F. (2014). Evaluación de la Calidad en un Servicio de Urgencias Utilizando el Modelo SERVPERF. www.uct.unexpo.edu.ve/index.php/uct/article/download/377/313
- Tudela P, Mòdol J. (2015) La saturación de los servicios de Urgencias Hospitalarias. Barcelona, España. Recuperado el 29 de octubre de 2019, en file:///C:/Users/HP/Downloads/Emergencias-2015_27_2_113-120-120.pdf.
- Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. (2013). Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care*. 19(1). Recuperado el 15 de octubre de 2019, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156292/>
- Vásquez I, Fuentes M. (2011) Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Arch Inv Mat Inf.*; Vol. III, no. 1. pp 19-23. Recuperado el 25 de octubre de 2019, en <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi111d.pdf>.
- Vivanco M. (2014). *Emergencia, Concepto y método*. Universidad de Chile. Recuperado el 26 de junio, en www.moebio.uchile.cl/49/vivanco.htm.

Análisis del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social



Análisis del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social

Resumen

En el proceso de valoración de pensión solicitada por el régimen no contributivo por invalidez, intervienen diversos profesionales y departamentos. En términos generales se tiene conocimiento que existen falencias e inconformidades (tanto internas como externas), pero que a la fecha el tema no ha sido analizado de forma integral.

Con el presente estudio se desea mejorar la calidad del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la caracterización del Proceso, con el fin de proponer mejoras al proceso del otorgamiento del Pensión por el Régimen No Contributivo por invalidez.

Palabras claves

PENSIÓN, RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO, COSTA RICA, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Abstrac

Various professionals and departments intervene in the pension assessment process requested by the non-contributory

Investigadoras:
Angela Morales¹

ORCID: 0000-0002-9853-8719

Angie Parra²

ORCID: 0000-0001-7710-157X

disability regime. In general terms, it is known that there are shortcomings and nonconformities (both internal and external), but to date the issue has not been comprehensively analyzed.

With the present study it is desired to improve the quality of the process of granting a Pension for Non-Contributory Regime due to disability of the Costa Rican Social Security Fund, through the characterization of the Process, to propose improvements to the process of granting the Pension for the Non-contributory Scheme for disability.

Keywords

PENSION, NON-CONTRIBUTORY REGIME COSTA RICA, CCSS

Recibido: 17 de enero de 2022

Aceptado: 01 de abril de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_4

¹ Investigadora. Máster en Gerencia de la Salud. Directora del Área Rectora de Salud de la Unión. Licenciada en Medicina General y Cirugía por la Universidad Autónoma de Centroamérica. Correo electrónico: docangela07@yahoo.com

² Investigadora. Máster en Gerencia de la Salud. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Colaboradora del Ministerio de Salud en el Área de Salud Esparza, Puntarenas. Correo electrónico: angie_npb18@hotmail.com

Morales, A. y Parra, A. (2022). Análisis del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 89-118. 10.35485/rcap82_4

Introducción

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es la institución pública encargada de la seguridad social en Costa Rica. Involucra atención médica, regímenes de pensiones y administración para la gestión. Dentro del régimen de pensiones presenta un apoyo a personas que no han cotizado en el régimen normal de pensiones, por lo cual ha creado el programa de Pensiones del Régimen No Contributivo (RNC). Fue aprobado el 28 de agosto del 2008, en el artículo 14 de la sesión 8278. (CCSS, 2012).

En el proceso de valoración de las solicitudes al Programa de Pensiones del RNC, se han detectado muchas inconformidades tanto a lo interno de los prestatarios del servicio, en especial en la valoración del estado de invalidez como de los clientes externos, por los tiempos prolongados de trámite como por la burocracia en el trámite de los documentos administrativos. Además, que al final del proceso se ocupa un espacio en una lista de espera que no depende de la condición del solicitante sino del momento en que se completa el proceso y se debe de esperar hasta que salga un pensionado ya sea por muerte o su condición económica social mejore.

Dentro de los actores está la CCSS como actor directo, por medio de la Gerencia de Pensiones encargada de la administración, distribución de las pensiones, valoración y diagnóstico; y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) es el encargado de la distribución de los

fondos, así como del manejo del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), el cual determina el grado de pobreza a través de una metodología definida de previo.

La Pensión del Régimen no Contributivo va dirigida a las personas costarricenses o extranjeras naturalizadas como serían adultos mayores, inválidos, viudas en desamparo, huérfanos e indigentes. (CCSS, 2012).

Todas estas personas o las que se consideren que deben de recibir una pensión del Régimen No Contributivo, pueden solicitar en las oficinas de las Sucursales de la Caja Costarricense de Seguro Social la documentación correspondiente para el trámite de su pensión.

Dentro de los procesos para el trámite de una Pensión del Régimen No Contributivo, se requiere la evaluación socioeconómica para determinar si se sigue con el trámite de pensión o se excluye ya que el instructivo indica en su artículo 4: "La Ficha de Información Social del IMAS o la ficha de Integración Social del SINIRUBE, debe indicar que el solicitante se encuentra en Pobreza (Pobreza Básica) o Pobreza Extrema, caso contrario será causal para que la administración proceda a denegar el beneficio solicitado" (CCSS, 2017).

El realizar el estudio propuesto permitirá detectar inconformidades y los procesos ineficientes, que deban modificarse, para

realizar un proceso más efectivo y con mayor calidad, lo que inducirá a que los beneficiarios no tengan que esperar largos tiempos, ya que son personas que sobreviven con pocos recursos y con la pensión mejoraría su entorno, lo que conlleva a reducir los riesgos sociales a que se enfrentan diariamente.

El analizar este proceso crea un conocimiento en los actores del sistema, que permitirá realizar mejoras y empoderarse más del modelo que se ejecuta en la Gerencia de Pensiones.

Para los departamentos de dirección y administración, es relevante contar con un análisis del tema en cuestión para cubrir dicha necesidad, aplicando los conocimientos en Gerencia de Salud, especialmente en lo relacionado a planificación estratégica de procesos.

Este artículo no solo conjuga un aprendizaje teórico y la aplicación de los conocimientos de la Gerencia en Salud, sino que empodera y permite plantear mejoras a un sistema.

Antecedentes

En Costa Rica la obra visionaria del señor presidente Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia estableció en 1941 la Caja Costarricense de Seguro Social como el primer pilar del sistema de garantías sociales, con ello garantizó a los trabajadores servicios de salud y un sistema previsional que les amparara ante las circunstancias de invalidez, vejez y muerte. La CCSS con la reforma el 22 de octubre

de 1943, se constituye en una institución autónoma, destinada a la atención de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento. Su formación y funcionamiento están salvaguardados en los artículos 73 y 177 de la constitución política de la Nación. Este desarrollo social en materia de pensiones, se complementa con la ley de desarrollo social y asignaciones familiares la cual autoriza el financiamiento de régimen no contributivo a cargo de la CCSS. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2019).

Para el otorgamiento de la pensión del régimen no contributivo el proceso se basa en dos documentos que emitió la Caja Costarricense de Seguro Social, el Reglamento de Programa del Régimen no Contributivo de Pensiones y el Instructivo del Programa del Régimen no Contributivo de Pensiones.

El instructivo del programa régimen no contributivo de pensiones, desarrolla todos los pasos que corresponden a la tramitología de una solicitud.

La CCSS administra el recurso económico para el RNC, que viene a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), mediante un aporte de al menos 10.35% de lo recaudado por concepto del impuesto sobre la renta y el 5% de recargo sobre planillas de los patronos públicos y privados, con algunas excepciones; con recursos previstos en la Ley 7972 "Cargas Tributarias sobre Licores y Cigarrillos", así como los recursos provenientes de la lotería electrónica de la Junta de Protección Social, de

conformidad con la Ley de Lotería N.º 7395.

Por todas las condiciones sociales y económicas que existen actualmente en Costa Rica, un 23 % de la población se encuentra en línea de pobreza, y 6,3% en pobreza extrema. (INEC, 2021) Tal condición hace que más personas busquen la cobertura del Régimen no Contributivo, esto implica que se deban de realizar con mayor frecuencia los procedimientos de estudio para el otorgamiento o denegatoria de la pensión mencionada.

Los actores involucrados en el desarrollo de este artículo de forma directa son:

- La CCSS como actor directo por medio de la Gerencia de Pensiones encargada de la administración, distribución de las pensiones, valoración y diagnóstico.
- El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) es el encargado de la distribución de los fondos, creada por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares #5662, del 23 de diciembre de 1974, y así como el manejo del Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE).

El SINIRUBE fue creado con los siguientes fines:

- Crear una metodología única para medir la pobreza mediante una base de datos actualizada con cobertura nacional.

- Simplificar los trámites, eliminar duplicidad de acciones y requisitos.
- Orientar la inversión social y de esta forma garantizar que los beneficios lleguen de forma efectiva a quien los necesita.
- Proporcionar información integrada para la toma de decisiones y promover criterios homogéneos en las distintas instituciones.
- Eliminar duplicidades en la asignación de beneficios.

El objetivo del SINIRUBE es desarrollar el Sistema Nacional de Información Social como herramienta que contribuya a la articulación de las instituciones para una intervención integral de la población en condición de pobreza extrema y pobreza. (IMAS, 2019). El SINIRUBE tiene como fuente la información de varias instituciones importantes del estado costarricense, tales como: Tribunal Supremo de Elecciones, Dirección de Migración y Extranjería, Registro Nacional de la Propiedad, Instituto Mixto de Ayuda Social, Caja Costarricense de Seguro Social, Fondo Nacional de Becas, Banco Hipotecario de la Vivienda, Instituto Nacional de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Consejo Nacional de la Persona con Discapacidad, Instituto Costarricense del Deporte, Ministerio de Salud (CEN-CINAI), Instituto Nacional de Aprendizaje, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y Patronato Nacional de la Infancia.

Esta investigación no se limita solamente a evaluar todo el proceso con respecto a la valoración médica para pensión por

régimen no contributivo por invalidez, el cual son los casos mencionados del Reglamento del Programa de Régimen no Contributivo de pensiones; en donde se debe definir si la persona solicitante es inválida, y según lo establece el reglamento son aquellas personas que por debilitamiento de su estado físico o mental hayan perdido dos terceras partes (67%) o más de su capacidad general. Por lo tanto, se considera el proceso más complejo, ya que en vejez, viudez, huérfanos e indigentes se limita solamente a la valoración socioeconómica.

Método o herramientas aplicadas en esta investigación

Se realizó una investigación de tipo cualitativa descriptiva. Por medio de un estudio transversal. Debido a que es un análisis actual de los procesos en la Sucursal de la CCSS tomando como ejemplo el cantón de Esparza, que pertenece a la provincia de Puntarenas de Costa Rica.

Se utilizó un análisis de todo el proceso de gestión para el otorgamiento de Pensión por RNC por invalidez, y que se encuentra en práctica hasta la fecha; mediante el punto de vista gerencial del Régimen no contributivo, utilizando un caso prototipo.

Se consideraron dentro de esta investigación como marco de regulación de Costa Rica, la Constitución Política según el título IV de Derechos y Garantías Individuales Artículo 21, 27 y 30. Así como también en el Título V de Derechos Y Garantías Sociales el Artículo 50 y 73.

Se tomó en cuenta la Ley General de Administración Pública según el Artículo 173; después la Ley General de Salud según los artículos 1, 3, y 7.

Además, se consideró La Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, N.º 5662 del 23 de diciembre de 1974, reformada por la Ley 8783 del 13 de octubre del 2009, tomando en cuenta los artículos 1,2 y 4.

También se realizó un análisis del Reglamento del Programa Régimen No Contributivo de Pensiones. Para efectos de la recolección de la información para su análisis, se desarrolló el proceso a través de un mapa conceptual, en donde se determinó los puntos de control y cada una de las etapas que debe pasar una solicitud de pensión del RNC. Se entrevistaron a las personas que desarrollan el sistema de condición de invalidez a través de una entrevista y se desarrolló un caso prototipo que permitió analizar el proceso de una solicitud.

La información recolectada fue mediante una entrevista que planteó algunas preguntas para que el entrevistado expresara su opinión sin necesidad de una estructura previa de preguntas; por lo que se entrevistó al Lic. Jorge Jenkins Ugalde Gómez (director de la Sucursal de Esparza); a la Directora del Área de salud de Esparza, Esmeralda Bonilla; así como a la Dra. Silvia Corrales que forma parte de la Dirección Calificadora de Invalidez, donde se encuentra la Comisión Calificadora del Estado de Oficinas Centrales de la CCSS.

Estos procesos se refieren a lo indicado en el Reglamento del Régimen No Contributivo, y en los procedimientos realizados por las sucursales del país, en la medición del tiempo transcurrido entre la petición a la sucursal y la resolución final del trámite. También se tuvo como fuentes de información los encargados de los procesos de la sucursal de Esparza. Para completar la información se tuvo como fuentes de información 4 personas a las que se le otorgó el beneficio, a fin de conocer su criterio relacionado con trámites, tiempo de espera y calidad de la atención.

Se aplicó una entrevista no estructurada a los encargados de procesos de la sucursal de Esparza, Área de Salud de Esparza (Comisión Local Calificada del RNC y Dirección Médica) y de Oficinas centrales (Comisión Calificadora del Estado).

El objetivo fue conocer su criterio relacionado con el proceso de asignación para otorgar una pensión por RNC. Se hizo un análisis documental de lo existente para este proceso por medio de una entrevista individual, en donde se tomó como criterio a 4 beneficiarios, como muestra, para conocer calidad del proceso, tiempo de espera y trámites, entre otros.

Los alcances fueron orientados a dejar documentado un proceso para el otorgamiento de Pensión por Invalidez del Régimen no Contributivo, que cumpliera con criterios de calidad en cuando

a tiempo de respuesta, calidad de la atención y mejoramiento de la eficiencia de todo el proceso en la asignación de una pensión.

Fue una propuesta dirigida a los encargados con un enfoque de gerencia de la salud para planteamiento de mejoras y habilidades de gestión que permitan la optimización del uso de los recursos y la efectividad de los resultados, para que incida en cambios continuos de los procesos, así como por otra parte la continua introducción de estrategias a nivel clínico y médico, lo que ayuda a mejorar la articulación de los diferentes niveles de gestión con el fin de llevar a una transformación constante de los paradigmas en el sector salud.

Consideraciones teóricas y temáticas

El objetivo general de esta investigación era proponer mejoras para la eficiencia del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social. De esa forma se buscaba alcanzar objetivos específicos como caracterizar el proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, mostrar el funcionamiento del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo de la CCSS mediante un caso prototipo y recomendar las acciones gerenciales que deben ser implementadas para la mejora de la eficiencia del Régimen estudiado.

El Régimen no contributivo, se denomina así, porque las personas no han cotizado en un sistema de pensiones, sino que es el Estado que, en razón de su naturaleza de vulnerabilidad por las razones indicadas, les otorga una pensión de monto básico, más la atención de la salud. En Costa Rica es parte de la seguridad social cuyo propósito es la protección ya sea por este medio, o por medios contributivos solidarios como es el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

Desde el punto de vista externo, la población que solicita una pensión por el régimen no contributivo debe realizar un proceso extenso y esperar un largo periodo para finalmente obtener una respuesta, debido a que existe un rezago o acumulación de expedientes pendientes de valoración.

Desde el punto de vista interno, el proceso no tiene las facilidades ni la planificación estratégica para definir las funciones en el proceso de atención de usuarios. En muchos casos no se da el tiempo necesario, para poder analizar desde el punto de vista clínico al usuario, ya que se necesitan varias citas las cuales no son parte de la programación operativa del centro de atención de adscripción del solicitante de una pensión. Estos elementos inciden en la oportunidad, calidad y resultados del análisis de cada caso en el trámite de la pensión del Régimen No Contributivo por invalidez.

Las siguientes secciones de beneficiarios y requisitos son los lineamientos que regulan la pensión por este régimen.

Beneficiarios:

Las personas que pueden ser beneficiarios de una Pensión del Régimen no Contributivo son:

- Las personas adultas mayores de 65 años.
- Las personas con discapacidad que no puedan trabajar y sean menores de 65 años.
- Huérfanos: i. Que sean menores de edad, huérfanos de los dos padres o si muere la madre y el padre no ha reconocido al menor legalmente. ii. Personas que tengan entre 18 y 21 años, huérfanos de ambos padres y que se encuentren estudiando formalmente y que no trabajen.
- Las viudas entre 55 y 65 años que estén en desamparo económico, o que tengan hijos menores de 18 años o entre 18 y 21 años si están estudiando o bien que no trabajen.
- Las viudas entre 55 y 65 años que estén en desamparo económico, o que tengan hijos menores de 18 años o entre 18 y 21 años si están estudiando o bien que no trabajen.
- Indigentes.

Requisitos de admisión:

Para ser beneficiario del Programa del Régimen no Contributivo de Pensión se debe de considerar una serie de elementos previos que se deben de analizar en el transcurso del proceso de otorgamiento o negatorio del programa.

Requisitos del Reglamento del programa de régimen no contributivo de pensiones:

- Ser costarricense por nacimiento o naturalización.
- Que ninguna otra persona dentro de la familia con que se vive tenga pensión RNC.
- Demostrar que no tiene familiares que puedan ayudarlo a sostener sus necesidades básicas de subsistencia.
- No puede tener propiedades a su nombre y si las tuviera solo puede ser la casa donde vive y no sea más grande de 400 metros cuadrados si está ubicada en área urbana y los 1000 metros cuadrados si se encuentra en área rural.
- No ser asegurado en otros regímenes. El solicitante no debe de poseer ninguna pensión contributiva o no contributiva nacional o extranjera.
- Debe ser acreditada por el IMAS o SINIRUBE que el solicitante se encuentra en pobreza básica o Extrema.
- Si el solicitante no posee la acreditación por parte de IMAS o SINIRUBE, se debe determinar las necesidades básicas insatisfechas por parte de la CCSS.
- Si se trata de un grupo familiar se debe determinar el ingreso familiar per cápita, si el mismo es igual o inferior al indicador de la línea de pobreza nacional, para medir el ingreso familia se debe de considerar los gastos, por necesidades especiales que son:
 - a. Alimentación: Únicamente se considerará un gasto por este concepto cuando se requiera de una dieta o alimento especial o bien algún complemento alimentario, producto de su padecimiento o condición, que no sea suministrado por la CCSS.
 - b. Implementos de habilitación y rehabilitación: Corresponde al gasto mensual por alquiler de ayudas técnicas (por ejemplo, sillas de ruedas, camas ortopédicas, entre otros).
 - c. Transporte: Estos gastos deberán respaldarse en la asistencia a alguna cita médica, terapia o actividad educativa o de rehabilitación. Se incluirá este rubro si el gasto se realiza todos los meses. Si el gasto no es mensual, pero si se manifiesta con periodicidad, se realizará un prorrateo mensual para efectos de incluirlo en el cálculo de la línea de pobreza familiar ampliada.
 - d. Terapias: Toda terapia (s) debe estar asociada con su padecimiento, deberá presentar facturas de los gastos efectivos para estimar un monto mensual por este concepto.
 - e. Medicamentos: Solo se tomarán en cuenta los que sean recetados por el médico tratante y que no sean suministrados por la CCSS. Este gasto se estima de forma mensual.
 - f. Pañales: Se considerará como necesidad especial, este gasto a partir de los 3 años, siempre y cuando no sean suministrados por la CCSS.

g. Cuidador: Para estos gastos, se tomará lo indicado por el solicitante, en la "Solicitud de pensión con carácter de Declaración Jurada".

- Si el solicitante es asalariado o trabajador independiente y cumple con todos los requisitos y condiciones establecidos en el Reglamento del Programa RNC, pero de acuerdo con la revisión del Sistema Integrado de Pensiones (SIP) o Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), se le notificará al solicitante, en el caso de asalariado, que debe de presentar la información a partir de cuándo está en condición de asalariado. Si es trabajador independiente se excluirá automáticamente del SICERE.
- Si la persona al realizar el estudio se encuentra recluida en un centro penitenciario o en algún lugar de detención, será excluida del proceso, si su arresto es domiciliar o está en alguna condición fuera de un centro penitenciario, se denegará si no cumple con lo definido en el artículo 3 del Reglamento.

La CCSS se divide en Direcciones Regionales en Servicios de Salud, esta división territorial es importante para proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y así otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense. Por lo que hay 7 direcciones: Dirección Regional en Servicios de Salud Central Sur, Dirección Regional en Servicios de Salud Central

Norte, Dirección Regional en Servicios de Salud Chorotega, Dirección Regional en Servicios de Salud Pacífico Central, Dirección Regional en Servicios de Salud Huerta Norte, Dirección Regional en Servicios de Salud Huetar Atlántica y Dirección Regional en Servicios de Salud Brunca.

La CCSS cuenta con 103 Áreas de Salud, en donde cada una cuenta con un grupo de médicos evaluadores, formando parte del Comité Local Calificador. La Gerencia Financiera cuenta con 84 Sucursales en total distribuidas en todo el país, se encuentra establecida a nivel Central únicamente en las oficinas centrales de la CCSS, lo que quiere decir que se encuentra concentrada.

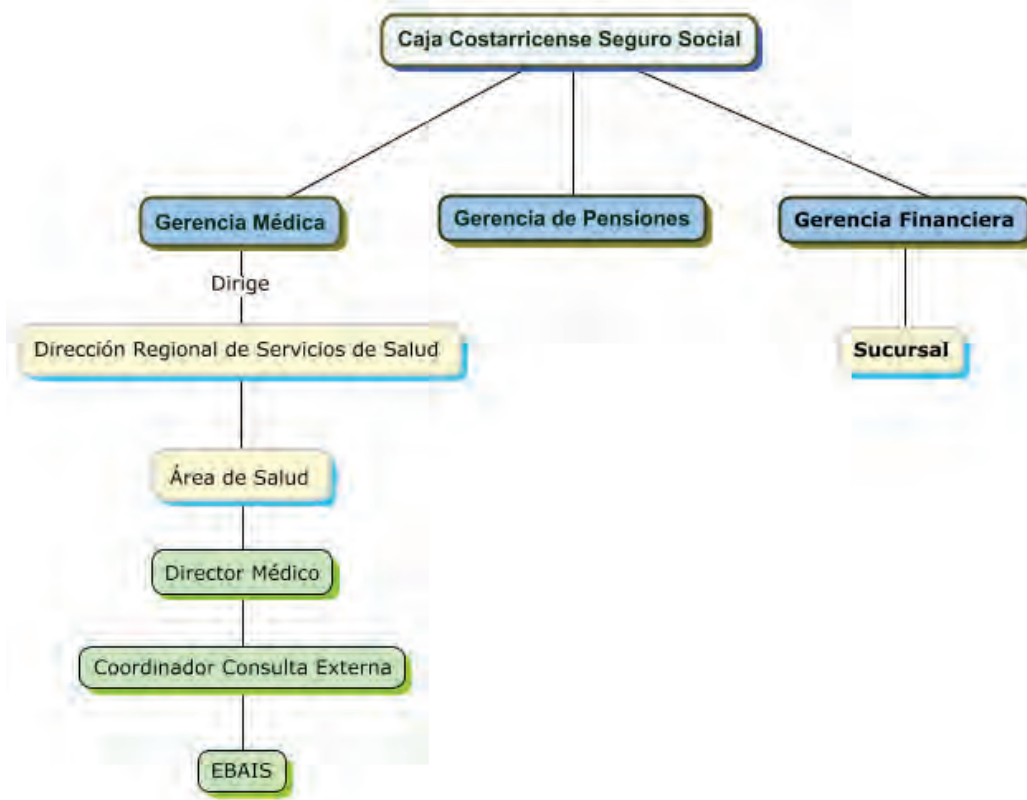
El proceso para valoración de pensión por RNC debe pasar por varias etapas según análisis documental realizado:

Etapa 1: Trámite administrativo en Sucursal de la CCSS

Para poder determinar si una persona es beneficiaria del Programa de Régimen no Contributivo de Pensiones se deben de realizar los siguientes pasos o procedimientos:

1. El trámite se debe de realizar en las Unidades Tramitadoras de estos beneficios a nivel nacional, según el domicilio del solicitante. Si se presenta en un lugar diferente al domicilio, la unidad tramitadora traslada la información presentada, según corresponda por medio del domicilio

Esquema 1. Organigrama de la división administrativa de la CCSS



Fuente: Morales Soto Ángela; Parra Brenes Angie (2019)

del solicitante. En el caso que la persona que solicita el estudio se ha considerado que no está en condición de pobreza, debe solicitar al IMAS la actualización de la información de la ficha respectiva de previo a la presentación de la solicitud.

2. Los documentos a presentar son los siguientes:
 - a. Solicitud de pensión con carácter de declaración jurada completa.
 - b. Declaración Jurada de Datos Generales para Área de Salud, solo para trámites de invalidez.
 - c. Cédula de identidad del solicitante y/o o su representante legal. (Copia

de la cédula del solicitante debe ser reproducida por la Administración).

- d. Para aquellos miembros del grupo familiar que reciban pensión alimentaria dictada por sentencia firme, deben aportar constancia de pensión alimentaria en la que deberá indicar el monto y los beneficiarios.
- e. Certificaciones de defunción del esposo o padres (en caso de solicitudes por viudez u orfandad) solo si estas no aparecen inscritas en la Web del Tribunal Supremo de Elecciones.

- f. Documento de residencia permanente vigente extendido por la Dirección General de Migración y Extranjería (DIMEX). (Solo para extranjeros).
 - g. Declaración jurada de los ingresos percibidos en el extranjero por los miembros del grupo familiar. (Solo para extranjeros).
 - h. Constancia original de nacimiento extendida en su país de origen o pasaporte original. (Solo para extranjeros y menores de edad).
 - i. Declaración jurada de los ingresos percibidos en el extranjero por los miembros del grupo familiar. (Solo para extranjeros y menores de edad).
10. Al recibir los documentos el funcionario encargado debe revisar la validez y consistencia de estos, sin tachones y verificará lo que corresponda, ante la web del Tribunal Supremo de Elecciones y el Registro de Propiedad.
 11. Habiendo verificado los documentos serán incluidos en el Sistema Integrado de Pensiones.
 12. La documentación es revisada por parte del funcionario encargado de realizar el análisis, en este momento se realizan las subsanaciones de los documentos o se solicita más información.
 13. Con toda la documentación se analiza el estado de pobreza del solicitante y a través del estudio exhaustivo, acompañados, por otras investigaciones y cálculos que se deben de ejecutar se determina si la persona está en condición de pobreza y que amerita la pensión.
 14. Al finalizar el primer análisis en la Sucursal, cumpliendo con los requisitos en el estudio administrativo, se pasa al Área de Salud para la valoración del criterio de invalidez, por parte del Comité Local Calificador.
 15. Pensiones.

Etapa 2: Área de Salud. Comité local evaluador

1. Si el caso es por causa de invalidez se debe trasladar el expediente y la solicitud de revisión y emisión del criterio de invalidez al área de salud donde reside el solicitante.
2. Los médicos encargados de analizar el caso por invalidez, revisan la información del expediente físico y electrónico, en caso de consultar el expediente digital único en salud (EDUS), determinando si se necesitan realizar más estudios de laboratorio o gabinete, así mismo si se necesita solicitar epicrisis o dictamen de algún otro centro, o si amerita valoración por especialista de algún centro hospitalario dependiendo de la patología del solicitante.
3. Los funcionarios encargados de determinar la valoración de invalidez dictaminan, por medio de un documento el grado de invalidez del paciente y trasladan los documentos a los encargados del trámite de pensión de donde fue remitido con el criterio de invalidez.

Etapa 3: Trámite en la Sucursal posterior a valoración de Comité local

Por haber cumplido con la fase del estudio de invalidez y el análisis de los documentos aportados, por el solicitante, en el Área de salud el Comité local calificado, se encarga de enviar a Oficinas Centrales para valorar si califica para el beneficio de la pensión por el RNC.

Etapa 4: Oficinas Centrales de CCSS

Por haber cumplido con la fase del estudio de invalidez y el análisis de los documentos aportados, por el solicitante, la unidad encargada del estudio emite una resolución administrativa que debe de contener los elementos de orden jurídico y ser notificada en tiempo, forma y lugar (Caja Costarricense de Seguro Social, 2019).

En el nivel central la Dirección Calificadora de invalidez está compuesta por 25 médicos, en su mayoría con especialidad en medicina del trabajo, esta unidad pertenece a la gerencia de pensiones.

En la gerencia financiera es donde se realiza el primer filtro de evaluación social que es la ficha de inclusión social, que se hace en las sucursales de la CCSS; luego de haber pasado el filtro social, donde valora el indicador primordial en el RNC, que es la pobreza o pobreza extrema, se pasa a la gerencia médica, que viene a constituir el área de salud donde se valora la parte de invalidez, para pasar por último a la gerencia de pensiones donde se encuentra la dirección de calificación

de invalidez, el cual corresponde en las Oficinas Centrales.

Se conforman comisiones cada día para análisis de casos, que provienen de las áreas de salud de todo el país, los cuales se van evaluando casos conforme llegan, dando prioridad a los grandes discapacitados; no hay clasificación por regiones ni por áreas de salud. Por día funcionan dos comisiones conformadas por cuatro médicos donde atienden un promedio de 25 a 60 casos por comisión, este número de casos vistos por día es de acuerdo con su complejidad.

En las comisiones se analizan los casos enviados de las áreas de salud. Donde se valora el criterio médico de invalidez en el área de salud. Se toma en cuenta valoración del daño corporal, se informan con el EDUS, y en caso de considerar una cita con los médicos evaluadores o peritos en el nivel central, se programa la cita, donde el paciente firma un consentimiento informado y se le hace examen físico completo e historia clínica; así como de considerar exámenes complementarios para la toma de una decisión. Además, pueden devolver el caso a la sucursal si consideran que debe ser nuevamente evaluado en el área de salud.

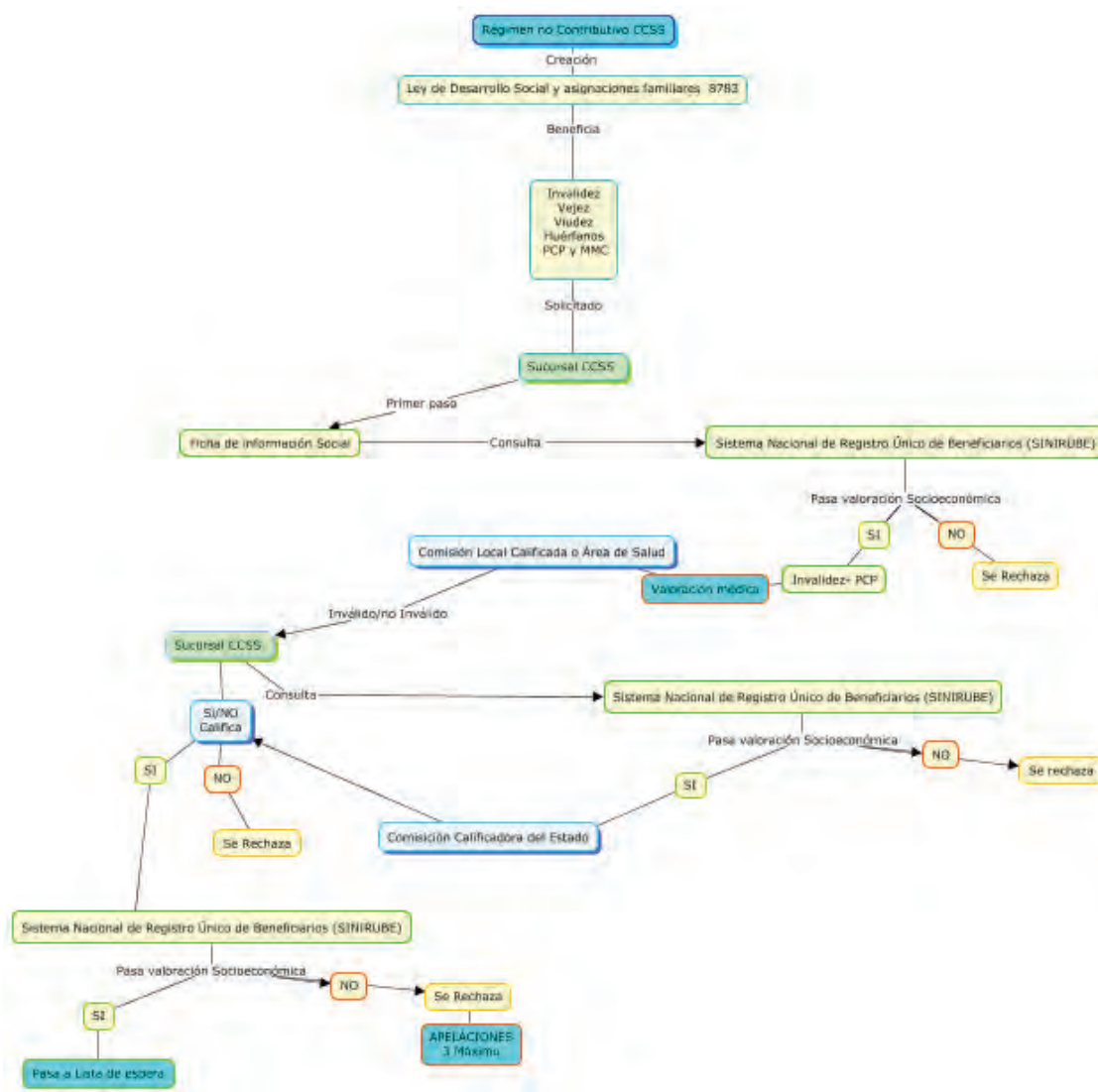
Se toma en cuenta el criterio médico del área de salud, pero la decisión final de, si es candidato para una pensión por el régimen no contributivo, siempre será tomada por la Comisión Calificadora del Estado en oficinas centrales.

Los médicos en oficinas centrales son capacitados cada 6 meses aproximadamente para valoraciones de casos por invalidez. Existen los casos que se les llaman grandes discapacitados que se clasifican como prioridades médicas que son vistos con prioridad debido a los puentes de desarrollo entre instituciones, siempre y cuando cumplan con el indicador de pobreza y pobreza extrema.

Etapa 5: Sucursal posterior de Valoración en Comité Calificado del Estado (Oficinas Centrales)

Una vez concluida la aprobación de una pensión por RNC, se debe de incluir en una lista de espera al solicitante; para que este reciba su pensión debe de fallecer un asegurado del RNC para que la lista tenga movilidad, o bien que alguno de los beneficiarios de la pensión de RNC,

Esquema 2. Mapa conceptual del proceso para otorgamiento de pensión por RNC por invalidez



Fuente: Morales Soto Ángela; Parra Brenes Angie (2019) Elaboración propia.

cambie su situación social, que no se encuentre en condición de pobreza o pobreza extrema, entonces se le elimina el beneficio quedando disponible esa pensión.

Respuestas de la administración ante el administrado

Una vez aprobado el beneficio de pensión por el Régimen no Contributivo, el administrado debe acudir a la Sucursal de la CCSS donde inició su trámite administrativo que corresponde al Área de Jurisdicción de su domicilio.

En caso de que la pensión sea aprobada existen dos tipos de montos económicos:

- a. El básico que es de 82 mil colones.
- b. El de grandes discapacitados que es de 300 mil colones donde se incluyen la parálisis cerebral profunda, Mielomeningocele, autismo, y los equiparables a parálisis cerebral profunda, esto significa que va a una consulta directa en Oficinas Centrales de la CCSS, ya que estos casos no pasan por la Comisión Local Calificadora (Área de Salud). En Oficinas Centrales son examinados con protocolos establecidos para cada patología, de acuerdo con la Ley de Pensión Vitalicia de personas que padecen Parálisis Cerebral Profunda (8769).

Cuando un caso es rechazado, que no cumple los criterios de invalidez, por parte de la comisión del estado, puede el solicitante realizar una apelación que se conoce con el nombre de la primera

instancia, en un plazo de 3 días hábiles; en la sucursal que le corresponda e inicia el proceso de nuevo, con otro médico evaluador en el área de salud.

De ser rechazo un caso, por segunda vez, puede volver a solicitar por tercera vez el trámite una vez concluido un año del último trámite de solicitud, en este caso si es rechazado nuevamente, se agotó la vía administrativa del caso en cuestión para la invalidez solicitada. De ser rechazado tiene derecho incluso a llevarlo a instancias judiciales, presentando un recurso de amparo.

El solicitante puede realizar las solicitudes por invalidez para el RNC, que considere a su criterio que cumplen con invalidez, siempre y cuando no sea por la misma patología rechazada anteriormente.

Propuesta de Acción: Estudio de caso en el Área de Salud Esparza

Prototipo exitoso del Sistema:

Se realiza estudio de caso prototipo de la zona de Esparza, de un usuario que realiza el trámite para la pensión por el RNC. El cual se considera exitoso porque completa todas las etapas del proceso para su aprobación.

Comparación de caso prototipo, con la realidad, en la Sucursal de la CCSS

Durante la valoración del proceso en la Sucursal, para realizar el llenado de solicitud de pensión, no es inmediato, debe ajustarse el día propuesto por la sucursal el cual está habilitado una sola vez al mes.

En el caso prototipo se tuvo la facilidad que el día que fue a hacer la consulta, se le informó que el día propuesto para sacar cita era dentro de 8 días, lo que le facilitó al solicitante mayor rapidez para iniciar el estudio socioeconómico.

Sin embargo, los que piden información un día después de la fecha mensual asignada por la sucursal, deben esperar al siguiente mes para sacar cita para el llenado de la solicitud de pensión por RNC, lo que implica una limitación en el tiempo del proceso para el solicitante, debido a que es una vez al mes.

Una vez ingresada la solicitud a la sucursal, inicia el proceso de estudio socioeconómico, donde el tiempo aproximado de análisis del caso es de un mes más. En esta instancia se determina si el caso por invalidez prosigue al Área de Salud (Comité Local) o es rechazado por no cumplir el indicador básico del RNC que es pobreza o pobreza extrema.

El sistema permite que, a pesar de ser un caso rechazado en una primera instancia, por no cumplir el estudio socioeconómico, el solicitante puede al año del primer estudio realizar una nueva solicitud, y así sucesivamente hasta cumplir una tercera solicitud como máximo.

De acuerdo con lo anterior el derecho de llenar la solicitud de pensión por RNC en 3 ocasiones como máximo por la misma patología, provoca una saturación en el proceso de admisión de los casos que se encuentran en estudio.

Una vez realizada la valoración socioeconómica, y aprobada en la sucursal, se pasa el caso al Área de salud para la valoración médica.

Según la entrevista realizada al funcionario a cargo de la Sucursal de Esparza de la CCSS, se le pregunta ¿Qué cambiaría para mejorar el proceso en la sucursal?, sin embargo, este indica que “no está en las manos de él hacer esos cambios, ya que todo depende del presupuesto, por el cual es básicamente acorde al número de fallecimientos al mes o por cambio de condición social del beneficiario (ya no califica en condición de pobreza) y de acuerdo con presupuesto del estado.

Por lo tanto, los casos que ya pasaron por todo el proceso de aprobación deben esperar en una lista su turno para el beneficio de pensión por RNC, el cual indican en la entrevista realizada, es de aproximadamente un año y medio.

Comparación de caso prototipo, con la realidad, en el Área de Salud (Comité Local Calificador).

El caso prototipo fue recibido en el Área de Salud luego de un aproximado de 2 meses de estar en la Sucursal, posterior a eso su valoración médica se realizó a los 3 meses, donde no necesitó exámenes complementarios u otra consulta. Esto impacta en una resolución oportuna porque no requirió más tiempo de estudio en el Área de Salud. Se remite Dictamen médico del RNC a la sucursal nuevamente.

Según las encuestas a los médicos que se encargan de valorar a los solicitantes de pensión por RNC, indican que el comportamiento más frecuente no es el caso prototipo, debido a que su mayoría necesitan estudios complementarios para dar un veredicto de invalidez, y además de que requieren utilizar tiempo extra para completar el reporte del dictamen.

Según encuesta a los médicos evaluadores, la mayoría de los casos de acuerdo con su criterio, no son considerados inválidos. Esto involucra exámenes complementarios que tienen un tiempo de realización y un costo para la seguridad social, además del gasto financiero de todos los funcionarios que están involucrados en la atención de estos pacientes.

En la clínica donde se hace la valoración médica inicial, estos campos se incluyen a la agenda diaria, provocando menos espacios para atención de usuarios, y para realización de estudios complementarios. Ello ocasiona mayores listas de espera, saturación del servicio, insatisfacción del usuario enfermo agudo ya que deben asistir a un servicio de urgencias para su atención, llevando a la saturación de urgencias. Lo que ocasiona un ciclo de demandas insatisfechas.

Hay que recalcar que a los médicos del comité local una vez que son seleccionados por el Área de Salud para formar parte del Comité Local, se les capacita durante un medio día por una única vez. El cual acusan de ser

una capacitación insuficiente para la variedad de patologías que se presentan en la realidad de la consulta del Comité Local, lo que implica la posibilidad de un sesgo en el criterio del médico evaluador.

De acuerdo con lo anterior repercute a su vez en el Comité Calificador del Estado implicando que deban enviar más estudios complementarios o deba ser valorado nuevamente por los médicos en Oficinas centrales por no tener el criterio adecuado.

En cuanto a la opinión de la encargada del Comité Local Calificador de Esparza (Entrevista Dra. Coordinadora de Consulta Externa) con respecto al proceso realizado en el Área de Salud, que implica la realidad del Sistema, menciona que:

La evaluación de los diferentes regímenes de pensiones pertenece a la Gerencia de Pensiones, no a la Gerencia Médica, pero se le ha adicionado a las Áreas de Salud este trabajo, sin tomar en cuenta el faltante de personal médico que tienen todas las Áreas de Salud, y más aún sin tomar en cuenta el tiempo que se necesita para cada expediente, porque en 30 minutos no es posible valorar al paciente integralmente, y realizar el reporte, por lo que generalmente los médicos tienen que completar en tiempo extraordinario los expedientes, por lo que la única forma de agilizar el proceso sería con más personal para lograr cubrir la demanda, o bien que la Gerencia de pensiones tenga un

médico evaluador en cada sucursal que filtre los expedientes que no calificarían, y al Área de Salud lleguen solamente los potenciales candidatos a cumplir con los requisitos para aplicar a la pensión del RNC.

Concluido el trámite en el Área de Salud, es regresado a la sucursal para consultar en SINIRUBE; si la persona solicitante continúa en estado de pobreza o pobreza extrema, el caso continúa a la evaluación del Comité Calificador del Estado para la decisión final; por otro lado, en caso de no cumplir según el filtro de SINIRUBE de pobreza y pobreza extrema, provoca un rechazo de la solicitud de pensión, ocasionando una pérdida de todos los recursos invertidos en el caso en mención.

No existe ningún tipo de estudio a nivel de Área de salud, sucursal y Oficinas centrales de listas de espera, tiempos de respuestas, casos aprobados versus casos no aprobados, cantidad absoluta de apelaciones de casos rechazados. De acuerdo con lo anterior evidencia una gran debilidad a nivel de gerencia para la planificación y uso óptimo de los recursos.

Comparación de caso prototipo, con la realidad, en el Comité Calificador del Estado (Oficinas Centrales)

En el caso prototipo, el resultado del comité calificador del Estado fue el mismo del Comité Local Calificador, el cual pasó el 67% requerido para su aprobación, considerándose inválido, por tanto, se le dio el visto bueno para la pensión por invalidez del RNC.

Este caso posteriormente fue trasladado nuevamente a la sucursal a una lista de espera, para filtrarlo por el SINIRUBE antes de darle el beneficio al solicitante. El filtro resultó continuar en estado de pobreza, por lo que se procedió a informarle al solicitante de su aprobación, en un tiempo total de duración de 1 año y 2 meses.

El caso prototipo, aunque extenso, no es la norma ya que en su requieren más exámenes complementarios porque se requieren. Además de requerir en muchos casos la evaluación por parte de los médicos del Comité Calificador del Estado de oficinas centrales, en donde el trámite se hace más extenso para que resuelvan un criterio de invalidez.

Por otra parte, el Comité Calificador de invalidez del Estado de, también tiene la potestad de devolver el caso a la sucursal para que a su vez sea enviado al Área de Salud para una nueva valoración, enlenteciendo aún más el trámite de solicitud.

Es importante recalcar que todos los trámites que se llevan a cabo en sucursal, Área de Salud y Oficinas Centrales, deben consultar el SINIRUBE. Por tanto, la última valoración médica que es en Oficinas Centrales, una vez que ellos aprueban la pensión, debe pasar a la sucursal que corresponde el expediente según jurisdicción del paciente, para que esta haga el filtro final; de no calificar el caso en mención, se descarta todo lo realizado anteriormente.

Una vez más se comprueba la pérdida de recurso financiero, humano y de tiempos funcionario, en todo el proceso de reclutamiento para otorgar una Pensión por RNC por invalidez, provocando una evidente mala gestión en gerencia y planificación institucional.

Análisis de las entrevistas a los beneficiarios

De acuerdo con la entrevista individual y criterios de inclusión de estos cuatro beneficiarios de la pensión del RNC, coinciden en una duración de más de un año. Considerando un tiempo muy extenso de trámites y espera, para conocer un criterio que beneficie su situación social.

Los cuatro desconocen los tiempos de la valoración médica. Es muy diferente a la realidad expuesta en el caso prototipo. Los cuatro coinciden en ignorar totalmente los tiempos en Oficinas Centrales.

De los entrevistados dos lo obtuvieron en un rango de un año a dos meses, uno en año y medio, y otro en 2 años (Gráfica 1). Además, consideran que es un proceso lento, en donde no tenían visibilidad de las etapas y del criterio final.

Ninguno de los cuatro beneficiarios entrevistados recurrió a la apelación. Sin embargo, uno de ellos desconocía la posibilidad de optar por una apelación.

Dos de los beneficiarios indicaron que, debido a su extrema pobreza, la pensión constituía un aporte económico importante en su vida ("gracias a eso tenemos que comer"). Los otros dos indican que la pensión es insuficiente sin embargo les ayuda ("peor es no tener nada").

Como elementos importantes en los hallazgos posteriores al análisis de información podemos encontrar:

Gráfico 1. Tiempo de asignación promedio para pensión por RNC



Fuente: Morales Soto Ángela; Parra Brenes Angie (2019).

- Hay una saturación del sistema ya que solamente hay un día para recibir solicitudes, existiendo un gran cúmulo de solicitudes.
- Las solicitudes por invalidez son la principal causa de solicitud en la cual la gran mayoría son rechazadas, sin embargo el sistema no contempla el dato porcentual de aceptación vrs rechazo, ya que de acuerdo a la investigación y análisis la mayoría no cumplen con el criterio de invalidez.
- Hay una pérdida de oportunidades y recursos por cuanto la condición de pobreza cambia en el tiempo, siendo el programa SINIRUBE quien determina que ya no tiene condición de pobreza, en muchos casos se excluyen del proceso ya que su condición puede variar durante el estudio, lo que ocasiona no poder realizar proyecciones de forma individual, pero si se pueden realizar en grupo o de poblaciones.
- No hay un sistema de control del programa que permita determinar si los procesos están siendo llevados a tiempo, hay deficiencias en la calidad de los estudios y de estandarización ya que no hay protocolos ni normas de atención con procesos detallados.
- Los tiempos para el estudio son extensos según lo analizado en las entrevistas, donde al final existe una lista de espera que no se determina por estado de pobreza o condición social sino por la fecha en que se aprueba para otorgarle la pensión del régimen no contributivo.

Resultados: Plan Gerencial de la eficiencia para el Régimen no Contributivo

Según lo analizado, se toman los puntos críticos vistos en el caso prototipo, resumidos en el cuadro 3, para la propuesta de mejora, indicando los puntos de control para la realización de mecanismos específicos que brinden protección al sistema que cuenta con recursos limitados para la adjudicación. Por lo tanto, se recomiendan en el siguiente Plan Gerencial cómo se deberían de establecer los controles actuales, para mejorar la eficiencia del sistema.

Cuadro 1. Mejoramiento Gerencial según caso prototipo

Cuadro N-3					
Mejoramiento Gerencial según Caso Prototipo					
Nivel de gestión	Motivo	Fecha de inicio	Fecha de salida	Duración(minutos)	Posibles mejoras de gerencia
Sucursal	Solicitud de información	30/11/2017	30/11/2017	30	Explicar a familiares o solicitante el proceso
Sucursal	Sacar cita	4/12/2017	4/12/2017	180	Aumento de disponibilidad de días para sacar cita
Sucursal	Cita para llenado de Solicitud	7/12/2017	7/12/2017	60	Abrir expediente en un sistema automatizado
Sucursal	Estudio socioeconómico	8/12/2017	5/2/2018	86400	Establecer tiempo máximo para resolución.
Area de Salud Esparza	Estudio médico	6/2/2018	10/5/2018	133920	Mejorar la coordinación entre los niveles.
Sucursal	Se recibe expediente de Área	11/5/2018			Realizar Protocolos de manejo en las gerencias involucradas.
Oficinas Centrales	Estudio para aprobación de Invalidez				
Sucursal	Aprobación de la Pensión	15/4/2019	1/5/2019	511200	
Total del proceso				731790	

Fuente: Morales Soto Ángela; Parra Brenes Angie (2019)

Tabla 1. Plan Gerencial de la eficiencia para el Régimen no Contributivo

Objetivo	Meta	Proceso de mejora	Indicador de Gestión	Responsables
Desarrollar un sistema de información de las acciones realizadas en los diferentes puntos de control definidos mediante la ejecución de un reporte de acciones al momento de referir el expediente en las diferentes etapas del proceso de resolución de las solicitudes de la Pensión del RNC. De la CCSS-	Crear un instrumento en los puntos de control. Sistema de información de gestión gerencial que mida los tiempos y movimientos de los procesos.	Mejorar tiempos de respuesta Eliminación de duplicidad de procedimientos o información para la toma de decisiones. Sistema de información para la supervisión de los procesos.	Tiempo de ejecución de acciones por puntos de control. (Fecha de envío del expediente – Fecha de Recepción del expediente) Número de acciones realizadas por caso en el punto de control. Tiempo promedio de acciones por punto de control (Número de acciones / tiempo que se duró el expediente)	Gerencia de Pensiones Dirección de Tecnología y Comunicaciones (Área de Sistemas)
Crear los manuales de procedimientos de las acciones a ejecutar en los diferentes subprocesos por medio de un análisis de procesos y sus flujogramas, en las diferentes etapas del proceso de resolución de las solicitudes de la Pensión del RNC. De la CCSS.	Crear 8 manuales de trabajo (uno por punto de control) cada uno con varios procesos definidos y sus actividades.	Estandarización de las acciones de trabajo. Base para un sistema de capacitación en procesos.	Porcentaje de logro: Numero de manuales creados / número de manuales definidos	Grupo interdisciplinario conformado por los tres niveles de gestión
Gestionar un estudio de automatización del sistema de Pensiones del RNC mediante la gestión administrativa de la Gerencia de Pensiones ante el Área de Informática de la CCSS	Estudio de automatización del Sistema de Pensiones del RNC	Reducción de tiempos y movimientos en el traslado de documentos Mejoramiento del control del sistema mediante informes automatizados.	Estudios realizados (estudios realizados / estudios propuestos)	Gerencia de pensiones. Gerencia Financiera Dirección de Tecnología y Comunicaciones
Desarrollar un sistema de ponderación de los estudios de pensión del RNC mediante el uso de métodos estadísticos a través de un estudio de factibilidad	Desarrollar un estudio de factibilidad, con una propuesta de trabajo.	Los tiempos de espera se mejoran posterior a la aprobación de las solicitudes de pensión del RNC ya que se mejora la posibilidad de acuerdo con una ponderación de su estado de pobreza.	Estudios realizados / estudios programados	Gerencia de Pensiones
Crear un Centro Evaluador Local de Pensiones del RNC, distribuidos por regiones mediante dependientes de las sucursales de la CCSS.	Creación de siete Centros Evaluadores Locales de Pensiones del RNC	Mejora la atención de los casos por invalidez	Número de regiones equipos evaluadores trabajando / número de regiones equipos evaluadores propuestos	Gerencia Pensiones. Gerencia Financiera. Una Sucursal por cada región.

Fuente: Morales Soto Ángela; Parra Brenes Angie (2019)

Para un Plan Gerencial de la eficiencia para el régimen se deben conceptualizar tres aspectos:

1. De acuerdo con los resultados de la investigación se detectan los siguientes problemas:
 - Falta de sistemas de control.
 - Inadecuado control de tiempos y movimientos.
 - Ausencia o inadecuados procesos de atención (protocolos).
2. La generación de un sistema automatizado que permita definir el cuadro de control y seguimiento.
3. Sistema de clasificación y ponderación de las necesidades de los usuarios.

Sistema de control y protocolos

En el organigrama 3 se establecen los puntos de control del proceso donde se debe de generar información a tres instancias:

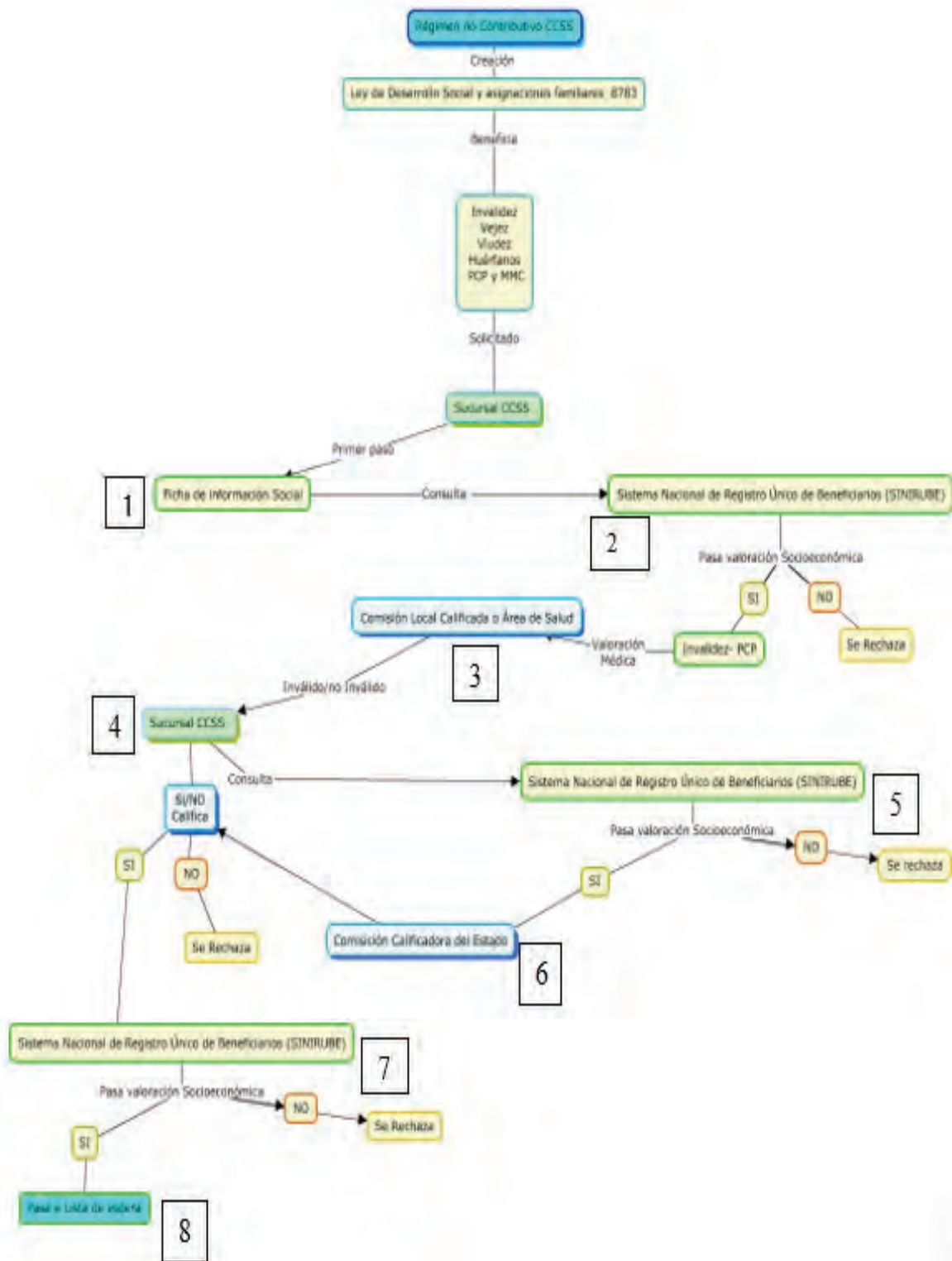
- A. Instancia local. Donde se deja constancia de lo actuado y el tiempo en que se ejecutó el proceso que le corresponde, además de la instancia donde se trasladó.
- B. Instancia Regional. Le corresponde al nivel regional de sucursales brindar un control de las acciones de los niveles locales, buscando la eficacia y la eficiencia del sistema.
- C. Instancia Central. Debe conocer todo lo actuado en el sistema de forma resumida y que permite desarrollar políticas y mejoras sistemáticas de las pensiones del RNC.

Debido a que el sistema no es automatizado, se debería generar un informe en cada una de las instancias, para el control estadístico en cuanto a tiempo, duración y acciones realizadas en cada nivel; este documento se puede generar en línea interactiva y ser enviado a las instancias correspondientes e imprimirse para el expediente físico o incluirse al expediente electrónico o EDUS. Debe de contener las siguientes variables:

- Fecha de recepción: día en que se recibe el expediente en esa instancia.
- Fecha: el día en que se genera el informe.
- Fecha de Envío: día en que reenvía el expediente a otra instancia.
- Motivo de referencia: se indica las causas o motivos, por los cuales se envía a otra instancia.
- Acciones ejecutadas: Se indica las acciones que se realizaron en la instancia que remite.
- Número de atenciones realizadas: es el número de veces que el expediente se procesa en esa instancia.
- El nombre y la firma de la persona que genera el reporte.

El organigrama señala los 8 puntos de control en el plan estratégico: "Mejoramiento de la gestión del proceso de resolución de solicitudes de pensión del RNC".

Esquema 3: Mapa conceptual con puntos de control



Fuente: Morales Soto Ángela; Parra Brenes Angie (2019)

Esquema 5. Ficha de Control:

CONTROL DE ACCIONES DEL SISTEMA DE TRAMITE DE PENSIONES DEL RNC

Fecha:

Lugar:

Nombre del solicitante:

N. de Expediente:

Fecha recepción expediente:

Fecha de envío del expediente:

Motivo de referencia del expediente:

Acciones ejecutadas:

Número de atenciones realizadas:

Nombre y firma de la persona ejecuta reporte

1. Sistema de Protocolos o manuales de funcionamiento

Para cada una de las instancias de trabajo

- Sucursal.
- Comisión Local Calificadora.
- Comisión Calificadora del Estado.

Se debe de generar un manual operativo con cada una de las acciones que se deben de operativizar para ser más

eficientes en el proceso de trámite de los solicitantes de la pensión del RNC.

Para cada uno de los puntos se debe de tomar en cuenta, la documentación a utilizar, las acciones que se deben de generar con sus tareas, con el fin de generalizar un proceso estándar en el trámite de las solicitudes de Pensión del RNC.

2. Sistema automatizado del expediente del trámite de la solicitud de pensión del RNC para Invalidez

Es importante crear un sistema automatizado del expediente, con la ayuda de un equipo de Tecnología de Información ya sea de la Gerencia General de la Caja o por medio de contratación. El cual debe por lo menos cumplir con los siguientes requisitos:

Comunicación:

Debe tener un acceso con el EDUS y su agenda de citas (Sistema de Información de Identificación, Agendas y Citas-SIAC), tanto a nivel del Área de Salud como de hospitales para los funcionarios evaluadores.

Debe haber comunicación con el Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC) y el Sistema Integrado de Farmacia (SIFA), para obtener información de exámenes realizados como de fármacos utilizados por el paciente.

Debe comunicarse a lo externo con el SICERE, SINIRUBE, con el IMAS, PANI, y otras instancias que tengan sistemas

automatizados que permita realimentar el sistema de información. Así se brinda más facilidad al personal encargado del proceso para el estudio del solicitante de pensión.

Sitio Web

Los datos, consultas y entrevistas en cada etapa deben de realizarse por medio de comunicación electrónica para que los estudios de campos queden registrados en tiempo real.

Debe de ser amigable y tener el soporte institucional. Por existir una red informática institucional se debe de apoyar a la misma, mediante las mejoras continuas del software y el hardware, así como la actualización de los avances tecnológicos disponibles.

3. Sistema de clasificación y ponderación de las necesidades de los usuarios

La propuesta consiste en que la lista de espera que pueda ponderar de tal manera que, si una persona tiene una condición de pobreza o pobreza extrema, grado o porcentaje de invalidez, de dependencia y otros, cada uno de estos puntos se ponderen y se obtenga una clasificación cuantitativa que hace que el solicitante este en mejor posición dentro de los que esperan en recibir una pensión; es necesario que se pueda clasificar gradualmente, no por orden en el tiempo de entrar al sistema, sino que sea por su condición.

Así mismo debe de ser entregada por un tiempo y buscar los mecanismos para que las condiciones de vida mejoren de acuerdo con sus condiciones sociales, educativas, de red social y físicas. Debe tenerse un sistema que pueda detectar en la forma más rápida posible, si en el transcurso de los estudios, el solicitante ya no pertenece a la condición de pobreza o pobreza extrema, con el propósito de no continuar con las valoraciones.

Se debe de plantear un modelo del proceso a través de disciplinas como la estadística, modelos de control, algoritmos de ponderación de las variables de estudio.

El concepto es que dentro de los pobres cuál es el más pobre, y cuál es más inválido, ya que el ingreso del sistema no debe de adecuarse a solo el tiempo en que se aprueba la solicitud.⁴

Implementación de médicos evaluadores locales para la Gerencia de Pensiones

4.1. Desconcentración de la Gerencia de Pensiones

Mediante la creación de un Centro Evaluador Local para Pensiones, sectorial, el cual se encuentre distribuido según la demanda o necesidad de las distintas regiones del país, en donde se encuentren médicos dirigidos por la Gerencia de Pensiones, y con dedicación exclusiva para las valoraciones médicas de los solicitantes del beneficio por el Régimen no Contributivo.

Esto permitiría disminuir los tiempos de traslado de información, que las valoraciones se realicen con mayor prontitud, y mejorar la articulación de ambas instancias.

También los médicos dispondrían de mayor tiempo para las valoraciones, y así lograr cumplir las metas propuestas, con la selección de casos prioritarios para la obtención de la pensión.

4.2. Tiempo de Valoración Médica

Realizar un estudio sobre el beneficio de la creación de una plaza médica en cada Área de Salud versus gestionar más tiempo agendado para valoraciones del RNC; así se dispondría de mayor tiempo para valoración y dar seguimiento a los casos pendientes.

5. Evaluación

- i. Una vez se haya aprobado el Plan por parte de las autoridades de la Gerencia de Pensiones y la Junta Directiva de la Caja, se realizarán evaluaciones semestrales, por un equipo que defina la Gerencia de Pensiones.
- ii. Para cada uno de los estudios a ejecutar si no hay personal para la gestión se deberá buscar el contenido económico necesario, para realizar las contrataciones de consultorías y ejecutar el trabajo correspondiente.
- iii. Este plan se ejecutaría como un proyecto con un alcance de máximo dos años de ejecución.

Alcances (importancia en el marco de la gestión pública regional, nacional)

Internacionales.

Según la base de datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), los países de América Latina y el Caribe, que cuentan con el régimen de pensión no contributiva son: Argentina iniciado a mediados del siglo XX, Belice introducida en 2003 con la intención de aliviar la pobreza, Bermudas en 1970, Perú en el 2017, San Cristóbal y Nieves en 1998, Uruguay en 1919, y Costa Rica en 1974. También cuentan con este Régimen de pensión Antigua Barbuda, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Honduras, Panamá, Paraguay, San Vicente y Las Granadinas, Trinidad y Tobago, Venezuela, Bolivia, República Dominicana. (Naciones Unidas, CEPAL, 2019).

Por lo tanto, a nivel internacional existe la implementación de la Pensión por Régimen no Contributivo, pero no se cuenta con un estudio publicado del proceso para poder comparar, por lo cual se concluye que el Régimen no Contributivo de Costa Rica abarca más beneficiarios, ya que no involucra solamente a la población adulta mayor como en los demás países.

Nacionales

A nivel nacional no existen publicaciones relacionadas con el estudio del proceso de asignación para adquirir una pensión por el régimen no contributivo y mucho menos para valorar la calidad con la que

se desarrolla los procesos que intervienen en el régimen no contributivo, siendo más complejo el de la valoración médica por invalidez.

Los alcances que se pretenden lograr mediante la evaluación detallada del tema seleccionado, con la normativa y sus reglamentos vigentes, es poder identificar los problemas reales en cuanto al trámite de solicitud y aprobación de una pensión del RNC (Régimen no Contributivo) y así plantear posibles soluciones y recomendaciones.

Revisar la información de la calidad del proceso del régimen de pensiones no contributivo por invalidez, a fin de tener claridad de las implicaciones y alcances de los tiempos de respuesta a los solicitantes que requieren una valoración médica.

Analizar de principio a fin el procedimiento que sigue la valoración médica de los pacientes que solicitan una pensión, a fin de poder mapear el procedimiento actual y poder identificar los posibles problemas existentes desde el punto de vista de calidad del proceso.

Plantear posibles soluciones y recomendaciones a un problema real y existente, que de momento no ha sido analizado y revisado con el detenimiento que requiere.

Dotar a los Gerentes encargados de toma de decisiones de un análisis estructurado del tema en cuestión.

Conclusiones

Se puede concluir en el presente artículo, de acuerdo con los objetivos planteados lo siguiente:

Objetivo 1. Caracterizar el proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo por invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social en 2019.

1. El tiempo para dar cita del llenado de la solicitud y entrega de la ficha de inclusión social (FIS) es solamente de un día al mes, tiempo insuficiente para los solicitantes, además la misma se puede hacer en tres ocasiones a pesar del rechazo de las gestiones anteriores llevando a una saturación del sistema.
2. De acuerdo con el criterio médico del Comité Local Calificador de Esparza la mayoría de los casos no son considerados como inválidos, con un costo desconocido, pero que se presume es alto por los exámenes a realizar y el recurso humano involucrado en la resolución del caso.
3. Se indica que las capacitaciones dadas a los médicos evaluadores en el área de salud, son insuficientes y que la calidad de la evaluación se puede ver afectada, por sesgos en la evaluación.
4. Cada vez que se cumpla con una etapa de la evaluación se valora el estado de pobreza a través del SINIRUBE, llevando a que en muchas ocasiones se elimine el estudio porque su condición cambio y se pierde todo el trabajo realizado anteriormente.
5. No existe ningún tipo de estudio a nivel de Área de salud, Sucursal y Oficinas

centrales de listas de espera, tiempos de respuestas, casos aprobados versus casos no aprobados, cantidad absoluta de apelaciones de casos rechazados, existiendo una debilidad a nivel de gerencia para la planificación y uso óptimo de sus recursos.

6. Hay una duplicidad de funciones, ya que hay dos comités de evaluación de la condición de invalidez, una en el nivel local y otra en el nivel central.
7. Los tiempos de espera son prolongados, según el criterio de los entrevistados, ya que existe la potestad de devolver los estudios a nivel local para que sean nuevamente valorados, alargando los tiempos de espera para el solicitante.
8. Posterior a la aprobación las personas a quien se les aprobó la pensión del RNC pasan a una lista de espera a fin de que alguien abandone el sistema ya sea porque cambió su condición económica o fallezca un pensionado del régimen, sin importar la condición social, económica o de salud de la persona.
9. No existen tramos de control en el proceso, ya que no se controla ni se evalúa como se debe de realizar de acuerdo con las normas y leyes que cubren la seguridad social.
10. Se comprueba la pérdida de recurso financiero, humano y de tiempos funcionario, en todo el proceso de reclutamiento para otorgar una Pensión por Régimen no contributivo por invalidez, provocando una evidente mala gestión en gerencia y planificación institucional.

Objetivo 2 Mostrar el funcionamiento del proceso de otorgamiento de Pensión por Régimen no Contributivo de la CCSS mediante un caso prototipo.

1. El funcionamiento del proceso está regulado por un documento legal, pero no por un proceso sistémico funcional institucional (CCSS), lo cual hace que las interpretaciones sean muy diversas y permite diferentes criterios de los evaluadores del Comité Local Calificador, de acuerdo con la falta de capacitación de los mismos.
2. En el caso prototipo se puede concluir que es un caso excepcional en cuanto a resolución se refiere, porque completa todas las etapas del proceso para su aprobación. Más sin embargo no quiere decir que los tiempos para la resolución del caso son los ideales. Debido a que no se tienen documentados los tiempos, especialmente porque son recargo de los médicos de consulta.

Objetivo 3 Recomendar las acciones gerenciales que deben ser implementadas para la mejora de la eficiencia del Régimen estudiado.

1. Se incluye el plan gerencial como parte esencial de las acciones implementadas para mejorar la eficiencia del Régimen no contributivo.
2. Se deben valorar la totalidad de los procesos que se llevan a cabo en el RNC, estudiándolo a profundidad y generando documentos (protocolos) de acción para estandarizar los mismos.

Recomendaciones

1. Se debe facilitar que el otorgamiento de la cita para llenado de la solicitud de la Pensión por RNC, sea diario, con el tiempo disponible del usuario de cada día. Para así evitar el retraso del solicitante, siempre y cuando este cumpla con los requisitos para llenado de la solicitud, consultando el SINIRUBE de la persona antes de otorgarle la cita en la mañana.
2. Lograr que todos los evaluadores del Comité Local Calificador reciban actualización en cuanto a la valoración médica de las distintas patologías, esto mediante la programación de talleres y capacitaciones anuales. Para así lograr direccionar de una forma adecuada a los usuarios que solicitan una pensión por invalidez del RNC, logrando a su vez las metas y objetivos de la institución.
3. Se requiere mejorar la comunicación entre la Sucursal, el Comité Local Calificador y el Comité Calificador del Estado de invalidez para impulsar, agilizar y lograr las metas trazadas. Mediante la creación de un sistema digital en común, se aseguraría tener resultados más rápidos de cada sector evaluador, logrando un proceso más eficiente. Por lo que la consulta al SINIRUBE en cada etapa de la evaluación, al ser un proceso más rápido, va a ser menos probable que la condición de pobreza cambie con facilidad, y se evitará entorpecer el trabajo realizado.
4. Implementar un control de acciones del proceso para el otorgamiento de la Pensión por RNC, tanto a nivel de Área de salud, Sucursal y Oficinas centrales. Para tener conocimiento de las listas de espera, tiempos de respuestas, casos aprobados versus casos no aprobados, cantidad absoluta de apelaciones y de casos rechazados. Conociendo las fallas del proceso se puede mejorar la gestión, logrando optimizar los recursos y cumplir con los objetivos planteados. Garantizaría que la información sea confiable y veraz para que se pueda realizar una valoración objetiva, ayudando al gerente a nombrar las metas deseadas y crear un plan estratégico, que se puedan ejecutar en planes diarios y semanales que conviertan en realidad las metas.
5. Con la creación de un Centro Evaluador Local de Pensiones, se logra la desconcentración de la Gerencia de Pensiones. Este centro ha de estar conformado por médicos capacitados exclusivamente para la valoración de invalidez de los solicitantes. Así se evitaría enviar los casos al Comité Calificador del Estado de invalidez, dejándole solo valoraciones especiales que requieran una aprobación a nivel Central. Por lo que además se reduciría los tiempos de espera para el solicitante.
6. Mediante la creación de un Sistema de Clasificación y Ponderación de las necesidades de los usuarios, se logra dar prioridad al solicitante

acorde a su condición; ponderando o calificando varios puntos tales como la condición de pobreza, de invalidez, y de dependencia. De acuerdo con la clasificación cuantitativa obtenida se realiza el orden de la lista de espera de los solicitantes que ya cuentan con la pensión aprobada.

7. Realizar Protocolos y Manuales operativos del proceso, en cuanto a las acciones y pasos a seguir en las distintas instancias de trabajo. Para lograr optimizar el servicio de valoración brindado.
8. Se requiere mejorar la Planificación y el control del Sistema tanto de la Sucursal, el Comité Local Calificador y el Comité Calificador del Estado para impulsar, agilizar y lograr las metas trazadas. Esto mediante la creación de un Sistema Digital en común, que permita asegurarse de tener resultados más expeditos tener control y conocimiento de los costos y la productividad.
9. Realizar retroalimentación de forma constante a los encargados de las distintas instancias evaluadoras, para garantizar que la realización de sus funciones sea de la forma correcta y verificar a su vez que se estén cumpliendo su labor.
10. Elaborar un plan estratégico para llevar adelante el plan gerencial propuesto. El plan incluye cumplir la realización de capacitaciones, mejorar la comunicación, control en cuanto a tiempo y costos, y priorización de los casos; logrando mejorar el proceso para una buena gestión.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E. (2018). *Informe Anual de Labores SINIRUBE*. Costa Rica.
- Beverinotti, J. (2016). *Prioridades de Desarrollo y Determinantes del Crecimiento en Costa Rica*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). CCSS. Obtenido de Anuario Estadístico: https://www.ccss.sa.cr/est_anuarios
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Superintendencia de Pensiones Costa Rica. Obtenido de SUPEN: <https://www.supen.fi.cr/regimen-no-contributivo>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). Caja Costarricense de Seguro Social. Obtenido de https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/18/reglamento_rnc.zip
- Caja Costarricense de Seguro Social.. (2015). Anuario Estadístico. San José: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social.. (2016). Anuario Estadístico. San José: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social.. (2017). Anuario Estadístico. San José : CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social.. (agosto de 2017). Caja Costarricense

de Seguro Social. Obtenido de https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/12/instructivo_rnc.zip

Instituto Mixto de Ayuda Social. (2019). Instituto Mixto de Ayuda Social. Obtenido de <http://www.imas.go.cr/general/organo-desconcentrado-sistema-nacional-de-informacion-y-registro-unico-de-beneficiarios-del>

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2019). Instituto Nacional de Estadística y Censo. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/pobreza-y-desigualdad/pobreza-por-linea-de-ingreso>

Ministerio de Educación Pública. (2019). Ministerio de Educación Pública. Obtenido de Ley y Reglamentos: <https://www.mep.go.cr/ley-reglamento/ley-n%C2%BA-7983-ley-proteccion-trabajador>

Naciones Unidas, CEPAL. (2019). ONU. Obtenido de Base de datos de programas de protección social no contributiva: <https://dds.cepal.org/bpsnc/ps>

Plataforma Tecnológica para la Gestión de la Excelencia. (2019). ISOTools. Obtenido de Software ISO Calidad: <https://www.isotools.org/normas/calidad/iso-9001/>

Rodríguez, M. A. (25 de marzo de 2019). Una pensión para la vejez es el

fundamento de la solidaridad social. La República.net, págs. <https://www.larepublica.net/noticia/una-pension-para-la-vejez-es-el-fundamento-de-la-solidaridad-social>.

Sistema Nacional de Información y registro Único de Beneficiarios del Estado. (2019). Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado. Obtenido de <https://www.sinirube.go.cr/preguntas-frecuentes/>

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2019). SCIJ. Obtenido de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64032&strTipM=TC

Factibilidad económico-social para realizar análisis genómicos a todas las personas con sospecha heredo familiar de cáncer de mama o cáncer colorrectal en Costa Rica



Factibilidad económico-social para realizar análisis genómicos a todas las personas con sospecha heredo familiar de cáncer de mama o cáncer colorrectal en Costa Rica

Resumen:

Se analiza la capacidad productiva de análisis genómicos para diagnósticos de cáncer de Mama y cáncer Colorrectal que se realizan en la Caja Costarricense de Seguro Social y se analiza la factibilidad de ampliar la cobertura a toda la población meta, a partir de un enfoque económico-social de los beneficios que tendrá la población y el país con la ampliación de la capacidad productiva de análisis genómicos del Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

Palabras Clave:

ANÁLISIS, GENOMA, CÁNCER DE MAMA, CÁNCER COLORRECTAL

Abstract:

The productive capacity of genomic

Investigadores:
Kenny Rojas Salazar¹

ORCID: 0000-0002-5140-6348

Jorge Peñaranda Guerrero²

ORCID: 0000-0002-2878-1393

analyzes for diagnoses of Breast cancer and Colorectal cancer that are carried out in the Costa Rican Social Security Fund is analyzed and the feasibility of expanding coverage to the entire target population is analyzed, from an economic-social approach of the benefits that the population and the country will have with the expansion of the productive capacity of genomic analysis of the Molecular Diagnostic Laboratory of the Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

Key Words:

ANALYSIS, GENOME, BREAST CANCER, COLORECTAL CANCER

Recibido: 24 de enero de 2022

Aceptado: 01 de abril de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_5

¹ Investigadora. Magister Scientae en Gerencia de la Salud. Médico General. Correo electrónico: kenrojsa@hotmail.com

² Investigador. Magister Scientae en Gerencia de la Salud. Ingeniero en T.I.C. Correo electrónico: jpg360@hotmail.com

Rojas Salazar, K. y Peñaranda Guerrero, J. (2022). Factibilidad económico-social para realizar análisis genómicos a todas las personas con sospecha heredo familiar de cáncer de mama o cáncer colorrectal en Costa Rica. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 120-137. 10.35485/rcap82_5

Introducción

De todas las neoplasias que se diagnostican anualmente, se estima que entre el 5-10% se debe a una causa hereditaria, como consecuencia de una mutación germinal transmitida a través de las generaciones de padres a hijos. (Sociedad Americana del Cáncer, 2020).

Alrededor del 15 al 20% de los diagnósticos de cáncer ocurren en familias que presentan una agregación de diversa cantidad de tumores mayor a lo esperado, por ende, todos los individuos que pertenecen a esos grupos familiares podrían tener un riesgo mayor de desarrollar cáncer a lo largo de su vida comparado con la población en general. (Sociedad Americana del Cáncer, 2020).

La identificación de esos individuos o familias con una mayor predisposición al cáncer permite establecer estrategias de detección temprana y de reducción de riesgo, que disminuyan la morbilidad y mortalidad por cáncer en esas familias y, por lo tanto, en la sociedad en general.

Según lo referido por el director del Laboratorio de Diagnóstico Molecular, la detección de casos índice o casos de diagnóstico inicial confirmados mutacionales, permitirá identificar familiares sanos con riesgo mayor de cáncer (un promedio de 4 a 5 miembros por familia), a los cuales se les ofrece una consejería genética sobre las posibilidades de un diagnóstico molecular, estrategias de prevención y detección temprana de cáncer.

En este momento, en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se proporciona consejería genética por medio del Proyecto del Consejo Genético Oncológico el cual brinda manejo específico para los pacientes y familias con sospecha de predisposición a padecer cáncer de mama y cáncer colorrectal en una fracción de la población, específicamente 70 pacientes con sospecha heredo familiar al año, meta planteada para desarrollar dicho proyecto como plan piloto por dos años.

Sin embargo, se destaca que para el año 2020 la cantidad de casos nuevos con sospecha heredo familiar fue de 289, lo cual implica que solo el 24% de esa población tuvo acceso a la consejería genética.

Además, se debe considerar que existe una tendencia de crecimiento de nuevos casos anualmente de cáncer de mama y colorrectal, donde se demuestra que es necesario la puesta en marcha de estrategias que permitan tamizar tempranamente esos casos y prevenir en el caso de los familiares o controlar la evolución de la enfermedad, como lo hace al día de hoy el mencionado Proyecto del Consejo Genético Oncológico de la CCSS, apoyado en las pruebas y análisis realizados en el Laboratorio de Diagnóstico Molecular, del Hospital Nacional de Niños.

A continuación, se presenta el resultado de la investigación realizada, donde en la primera parte se explica la metodología de la investigación, la segunda los resultados

obtenidos y la tercera la discusión de la factibilidad social y económica para la tamización genómica de todas las personas atendidas en la CCSS con diagnósticos heredo familiares de cáncer de mama o cáncer colorrectal.

Objetivos

La finalidad general de este artículo se concreta en determinar la factibilidad económica y social para aumentar la capacidad de producción de análisis genómicos en el Laboratorio de Diagnóstico Molecular, para diagnósticos de cáncer de Mama o cáncer Colorrectal con sospecha heredo familiar. Se pretende concretamente:

- Conocer la incidencia de la población nacional con diagnóstico de Cáncer de Mama o Cáncer Colorrectal con sospecha heredo familiar, que requiere análisis genómico (demanda).
- Determinar la capacidad de producción de análisis genómicos del Laboratorio de Diagnóstico Molecular (oferta).
- Describir el tamaño del proyecto, localización, recurso humano especializado, equipamiento, organización y tecnología para la realización de análisis genómicos.
- Analizar los costos y beneficios sociales del proyecto para un horizonte de tiempo de 5 años.

Metodología

La investigación desarrollada en este trabajo fue de tipo descriptivo, transversal y propositivo.

También contiene variables de tipo cualitativo, ya que a partir de ellas se pueden plantear propuestas o hipótesis durante el desarrollo de la recolección y análisis de la información.

La unidad de análisis para el estudio de prefactibilidad, son los casos nuevos con diagnóstico de cáncer de Mama y cáncer Colorrectal, cuya Enfermedad requiera según criterio del médico de especialista, un estudio genómico para brindar diagnóstico y tratamiento.

En este caso, la población está determinada por las personas mayores de 18 años, con criterios de cáncer familiar y hereditario de mama y cáncer colorrectal (caso índice) y sus familiares, independientemente de su edad.

La muestra utilizada para la investigación fue la población atendida en el "Proyecto de Consejo Genético Oncológico", desarrollado en el Hospital Calderón Guardia.

Los criterios de inclusión para la muestra consisten en, los diagnósticos de nuevos casos de cáncer de Mama y cáncer de Colorrectal (denominado caso índice) con sospecha heredo familiar y a sus familiares directos.

Y los criterios de exclusión, se refiere a los diagnósticos de enfermedades oncológicas que no cuenten con antecedentes heredo familiares.

Se realizó solicitud de autorización para el uso de datos anonimizados, de la consulta que se atiende en el “Proyecto Consejo Genético Oncológico” del Hospital Rafael Angel Calderon Guardia, así como la capacidad de producción de pruebas y análisis genéticos y genómicos en el Laboratorio de Diagnóstico Molecular (LDM) del Hospital Nacional de Niños, ambos de la Caja Costarricense de Seguro Social

Resultados

El LDM es un espacio físico con condiciones óptimas para la realización de análisis genómicos, en el cual se proceda con la toma de muestra al paciente y allí mismo realizar el análisis mediante los protocolos establecidos.

El servicio que se presta el LDM al “Proyecto Consejo Genético Oncológico” es la atención de pacientes diagnosticados con cáncer de mama o cáncer colorrectal, referidos por el médico especialista tratante, quien envía los casos que cumplan con los criterios, para que se les realicen las pruebas y análisis genómicos, cuyos resultados le permitirán personalizar el tratamiento de ese paciente como caso índice y abordar a los familiares que tienen la predisposición a esa misma patología, los cuales serán referidos a este mismo Laboratorio para que se les realicen pruebas genéticas de confirmación.

Además, dentro de los servicios relacionados con genética que brinda la CCSS a la población, se identificó los siguientes:

Laboratorio Nacional de Tamizaje Neonatal:

En este Laboratorio actualmente se realizan análisis genómicos con tecnología de Sanger y NGS, esta última mediante la figura de compra a terceros fuera del país mediante el financiamiento de la Asociación Costarricense para el Tamizaje y la Prevención de Discapacidades en el niño (ASTA).

Los análisis enviados al exterior son para determinar algunas enfermedades raras de las 23 que se tamizan actualmente, que mediante el proceso bioquímico tradicional no son definitivas o dejan dudas de la confirmación de la enfermedad, pero que requieren otros estudios complementarios de más complejidad para su determinación y diagnóstico.

Laboratorio de Pruebas de Paternidad:

Este laboratorio realiza pruebas de paternidad utilizando tecnología Sanger para la confirmación de parentesco directo.

Además, se han identificado en el mercado nacional e internacional servicios sustitutos que realizan análisis genómicos, tales como:

- CIHATA de la Universidad de Costa Rica
- Hospital Clínica Bíblica
- Biogen

El Cáncer en Costa Rica

El cáncer representa la segunda causa de muerte a nivel mundial y para el 2025, la Organización Mundial de la Salud estima que pasará a ser la primera causa de muerte, en tanto en Costa Rica los tumores aparecen como la segunda causa de muerte (INEC, 2020, c1-c2).

De todas las neoplasias que se diagnostican anualmente se estima que entre el 5-10% se debe a una causa hereditaria como consecuencia de una mutación germinal transmitida a través de las generaciones, la mayoría obedecen a un patrón de herencia autosómica dominante. Además, alrededor del 15 al 20% de los diagnósticos de cáncer ocurren en familias que presentan una agregación de diversa cantidad de tumores mayor a lo esperado y cuya explicación genética

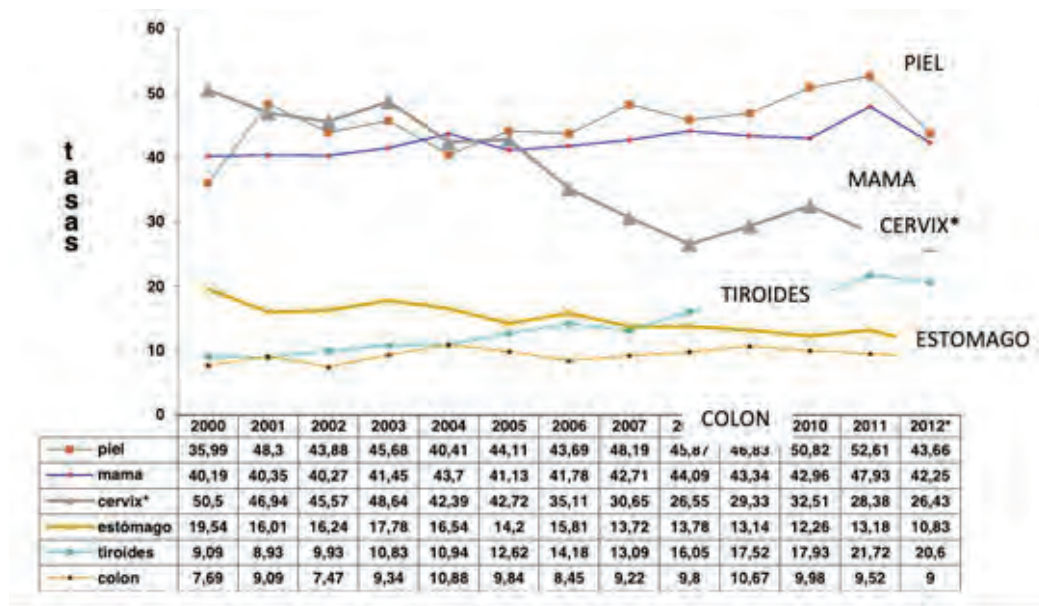
no es totalmente clara hoy en día. (Graña, Lastra, Llord, Brunet, & Isla, 2011, p. 580-586).

Todos los individuos que pertenecen a esos grupos familiares podrían tener un riesgo mayor de desarrollar cáncer a lo largo de su vida comparado con la población general.

Los síndromes hereditarios relacionados al cáncer de mama y cáncer colorrectal son de los más frecuentes en Costa Rica, es por ello por lo que, se inicia el estudio dirigido específicamente a estos dos.

Según la OMS, el cáncer de mama para el año 2020 se posicionó en el más común entre las mujeres alcanzando cifras de 2,2 millones de casos, siendo el de mayor prevalencia a nivel mundial. Se prevé que una de cada 12 mujeres será

Ilustración 1. Incidencia de tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica 2000-2012 (tasas ajustadas por 100000 mujeres)



Fuente: M. Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores (2015)

diagnosticada con este mal a través de su vida. Siendo las más afectadas las mujeres de los países pobres y de medianos ingresos.

En Costa Rica, tal y como se muestra en la Ilustración 1, la incidencia del cáncer de mama al 2012 se posiciona en el segundo lugar, después del cáncer de piel, con un notable aumento de 2.06% a través de estos 12 años. Es importante indicar que el Registro Nacional de Tumores la última estadística que publicó en su sitio web fue con los datos al año 2012.

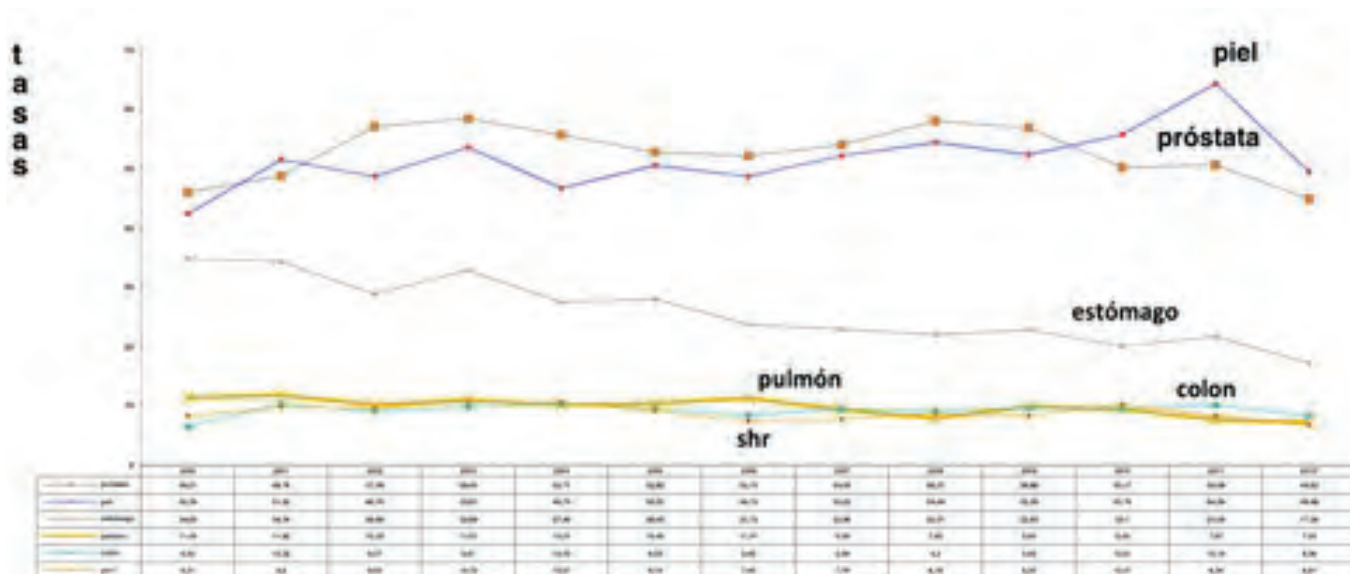
Para el 2015, se registró un total de 11.633 casos nuevos de cáncer, de los cuales el género femenino representó un 55%, siendo el cáncer de mama el de mayor incidencia con un aumento del 2,8% durante los últimos 15 años.

Este pasó de 40 casos nuevos por cada 100 mil mujeres en el 2000 a 51 casos nuevos por cada 100 mil mujeres en el 2015.

Según el Proyecto de Fortalecimiento de la atención del cáncer, basados en el Registro Nacional de tumores (2017), en el lapso comprendido entre el 2011 y 2015, se diagnosticaron en promedio 1.131 mujeres con cáncer de mama en nuestro país.

Según esos datos, el riesgo acumulado de una mujer costarricense de tener cáncer de mama en el transcurso de su vida es del 5%, es decir 1 de cada 20 mujeres y el riesgo de morir 1.6%, es decir, 1 de cada 63 mujeres morirá por cáncer de mama (International Agency for Research on Cancer, 2012).

Ilustración 2. Incidencia de tumores malignos en hombre según año. Costa Rica 2000- 2012 (tasa ajustada por 100000 hombre)



Fuente: M. Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores (2015)

Aproximadamente un 3 a 5% de los casos de cáncer de mama y un 10% de los casos de cáncer de ovario, se asocian a mutaciones germinales en los genes BRCA1 y BRCA2, responsables del síndrome del Cáncer de Mama y Ovario Hereditario (Mutaciones en el gen BRCA, 2021).

En el mundo, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia en mujeres y el tercero en hombres, se ubica según la mortalidad de tercero en hombres y cuarto lugar en las mujeres. (International Agency for Research on Cancer, 2012).

En Costa Rica, el cáncer colorrectal representa el tercer lugar en incidencia (excluyendo el cáncer de piel) con un aumento progresivo y superando incluso al cáncer de pulmón para el 2012, como se evidencia en la siguiente ilustración:

Esta incidencia ha aumentado significativamente en los últimos 15 años, evidenciándose un aumento del 65% en hombres y del 37% en mujeres entre el 2000 y 2015.

Este pasó de, 10.9 casos por 100.000 hombres en el 2000 a 18 casos por 100.000 hombres en el 2015. El aumento documentado en mujeres para los mismos años fue de 11.8 casos a 16.2 casos por cada 100.000 mujeres en el mismo periodo.

Entre 2011 y 2015, se diagnosticaron 753 casos nuevos de cáncer colorrectal en promedio en nuestro país (Proyecto de Fortalecimiento de la atención del cáncer

con base de datos de Registro Nacional de Tumores, 2017).

Según los datos mostrados el riesgo acumulado de un costarricense de tener cáncer colorrectal en el transcurso de su vida es de 1.9%, es decir 1 de cada 52 personas y el riesgo de morir por este cáncer es de 0.87%, es decir 1 de cada 115 costarricenses morirá por cáncer colorrectal (International Agency for Research on Cancer, 2012).

Tal y como lo señala la OMS, el total de nuevos casos de cáncer (incluye todos los tipos) en el país en el 2020 fueron 13.139 en la población total del país que para ese momento se cuantificaban en 5.094.114 personas, donde el Cáncer de Mama representa el 12,4% y el Cáncer Colorrectal representaba el 9,6% de ese total (International Agency for Research on Cancer, 2020. p. 1).

Dado lo anterior se presenta la siguiente tabla con el resumen y relación de los datos de Cáncer de mama y cáncer colorrectal, especificando el número de casos de cada uno correspondiente al porcentaje descrito con respecto al total de diagnósticos de cáncer y la sumatoria de ambos:

Se obtiene de la Tabla N.1 que para el año 2020 la cantidad de pacientes con Diagnóstico de Cáncer de Mama o Cáncer de Colorrectal específicamente, fue de 2.891, de los cuales el 10% (que según la OMS muestran causas hereditaria como consecuencia de una mutación

**Tabla 1. Número de Casos Cáncer Mama-
Cáncer de Colorrectal Total Población en el
2020**

Enfermedad	Porcentaje con Respecto a Total Casos	Hombres y Mujeres Todas las Edades
Cáncer de Mama	12,4%	1.629
Cáncer de Colorrectal	9,6%	1.261
TOTAL	22%	2.891

Fuente: Elaboración propia (2021) con datos International Agency for Research on Cancer

germinal) es utilizado para establecer la demanda de casos "índice", que requerían de análisis genómicos con tecnología NGS y los casos que requerirán análisis genómicos con tecnología Sanger para la confirmación de la enfermedad en los familiares de los casos índice positivos, dicho cálculo se establece que el valor promedio de 5 familiares por paciente.

Vistos los anteriores datos se obtiene la siguiente tabla resumen con la demanda real de casos con necesidad de análisis genómicos:

Tabla 2. Calculo Demanda Actual

Total Casos (Mama-Colorrectal) año 2020	Casos Para Análisis NGS (10%)	Casos Positivos (22%)	Casos Familiares Para Confirmación con Sanger (x5)
2.891	289	63	315

Fuente: Elaboración propia (2021), con datos de International Agency for Research on Cancer.

Como se muestra en la tabla anterior, la demanda registrada para el año 2020 para casos con la necesidad de análisis genómicos con tecnología NGS fue de 289 nuevos casos y para la necesidad de nuevos casos familiares para confirmación con tecnología Sanger fue un aproximado a 315.

Se establece como demanda actual la del año 2020, dado que la oferta para estos análisis inicio en el año 2020 y para comparar la oferta y demanda se utilizará el dato del año 2020.

Para obtener la posible demanda del año 2023 al año 2027, que permita tener una visibilidad de un quinquenio para el proyecto, se confecciona la siguiente tabla que se basa a partir de la proyección realizada por la Dirección Actuarial y Economía de la CCSS en el año 2010, donde establece el número de casos de cáncer proyectados del 2013 al 2025, pero para efectos de este estudio tomaremos del año 2023 al 2025 y para los años 2026-2027 se aplicará promedio anual de crecimiento que es del 2,75%.

Para establecer la cantidad de nuevos casos de cáncer de mama y cáncer colorrectal de los 5 años que propone el proyecto, se aplicará las fórmulas utilizadas en dicha tabla para generar la siguiente información:

Tabla 3. Demanda Futura Proyectada

AÑO	Total Casos Cáncer-País	Cáncer Mama (12,4%)	Cáncer Colorrectal (9,6%)	Total Casos Cáncer (22%)	Casos Analizar con NGS (10%)	Casos positivos (22%)	Análisis Sanger Familiares (x5)	Total Anual
2023	15 242	1 890	1 463	3 353	335	74	369	443
2024	15 665	1 942	1 504	3 446	345	76	379	455
2025	16 090	1 995	1 545	3 540	354	78	389	467
2026	16 532	2 050	1 587	3 637	364	80	400	480
2027	16 986	2 106	1 631	3 737	374	82	411	493
Total	1 772	390	1 948	2 338				

Fuente: Elaboración propia (2021)

A modo de referencia la producción real que realizó el LDM en el año 2020 fue la que se programó para realizar en el Proyecto de Genética Oncológica, la cual se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4. Oferta del LDM Año 2020

AÑO	TIPO DE PRUEBA	CANTIDAD
2020	Secuenciación Masiva paralela (NGS), casos índices analizados.	60
2020	Secuenciación tipo Sanger confirmatorio a familiares de portadores de variantes patogénicas	74
TOTAL	134	

Fuente: Elaboración propia (2021), con datos del Proyecto de Genética Oncológica

Sin embargo, la capacidad de producción potencial del LDM está definida en 120 análisis de NGS al año y lo correspondiente a las confirmaciones familiares con análisis de Sanger un aproximado a 660 pruebas SANGER.

Para establecer la necesidad insatisfecha durante la ejecución del proyecto se le restará a la demanda proyectada de casos índice por cada año, a la capacidad potencial de producción del LDM (120 NGS), para lo cual los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 5. Demanda Insatisfecha

AÑO	NGS	SANGER
2023	215	237
2024	225	247
2025	234	257
2026	244	268
2027	254	279
TOTAL	1172	1288

Fuente: Elaboración propia (2021)

Como se ha visto en este documento, los análisis genómicos se componen de varios tipos de técnicas dentro de la misma tecnología NGS, en la actualidad en el LDM para realizar estos análisis

cuenta con un contrato por Leasing, que le permite utilizar tecnología NGS de última generación. Este contrato cobra por reactivo consumido e incluye el equipamiento necesario para que se realice dicha prueba.

El costo por reactivo por prueba NGS es de ₡738,000.00 y el costo por prueba Sanger es de ₡31.365 colones.

Además, se obtuvo el precio promedio en el mercado para la prueba NGS es de \$2.000USD y de ₡35.000 la prueba SANGER.

Considerando que se tienen precios para los dos tipos de análisis que se realizarán, se muestra la siguiente tabla resumen:

Tabla 6. Precio Por Tipo de Análisis vs Tipo Método de Producción

METODO DE PRODUCCIÓN	PRECIO NGS	PRECIO SANGER
Leasing Equipo y Reactivo en la CCSS	738.000	31.365
Paciente Compra el servicio en lo privado (\$2.000USD)	*(1.243.440)	35.000

Fuente: Elaboración propia (2021), con datos obtenidos del mercado en Costa Rica *Tipo Cambio BCR(03/6/21): 621,72

Como se muestra en la anterior tabla, existe en el mercado nacional proveedores para el servicio de pruebas y análisis genómicos con las tecnologías NGS y Sanger, lo cual permite analizar ambas opciones.

Requerimiento de Mano de Obra:

En la siguiente tabla se muestra el recurso humano que actualmente participa en la producción de análisis genómicos en el Laboratorio de Diagnóstico Molecular:

Tabla 7. Capacidad Potencial de Producción del Recurso Humano

Cantidad	Perfil	Capacidad Potencial Productiva Anual NGS	Capacidad Potencial Productiva Anual SANGER
01	Microbiólogo Químico Especializado 3	120	132
01	Diplomado en Tecnologías de la Salud		

Fuente: Elaboración propia (2021), con datos obtenidos del Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños.

La remuneración salarial es de tipo ordinaria catorcenal, las horas contratadas son de 44 horas semanales, la jornada laboral es diurna y los tiempos dedicados en cada proceso es del 100%, aplicado para todos los funcionarios.

En vista de que el promedio anual durante el periodo 2023-2027 de la necesidad total es de 354 análisis NGS, lo cual dividimos en la capacidad potencial actual que realiza un equipo de dos personas, como se muestra en la anterior tabla obtenemos que para satisfacer la demanda total existe un déficit de 1,95 de recurso humano por perfil, para lo cual y utilizando

número absolutos se requiere ampliar el recurso humano en 02 Microbiólogos Químicos Especializados y 02 Diplomados en Tecnologías de la salud, para cumplir con la necesidad insatisfecha.

Debido a lo anterior se plantea la siguiente tabla con la proyección de gastos en salarios para el recurso total incluyendo el existente para atender la demanda proyectada para el periodo 2023-2027.

El equipo de producción del Laboratorio de Diagnóstico Molecular se encuentra en la figura de leasing, la cual incluye el equipo y los reactivos (insumos) que se utilizan en el proceso de pruebas y análisis genómicos, para lo cual es importante conocer además de su descripción y su capacidad de producción, la cual

debe estar acorde con la capacidad de producción del recurso humano, de tal manera identificar si es necesario incluir más equipos.

Capacidad Potencial del Producción:

El equipamiento actual no se ve afectado con la ampliación de la producción, dado que en el caso del equipo que se utiliza para análisis NGS tiene con una capacidad potencial de producción de 120 Análisis al mes (1.440 anuales) y el equipo que se utiliza para análisis Sanger tiene una capacidad potencial de 500 pruebas al mes (6.000 anuales).

Discusión

El Proyecto ampliación de la capacidad productiva de análisis genómicos con tecnología NGS y Sanger en el

Tabla 8: Costos Consolidados RRHH

Descripción Elementos del Gasto Funcionario de la CCSS	Microbiólogo Clínico 3 (MQC3) Situación Actual	Diplomado Tecnología de la Salud	Costo Consolidados Equipo de Trabajo Mensual
Total Salario Mensual Bruto 28 días	₡ 4 662 637	₡ 1 719 711	₡ 6 382 348
Total Salario Mensual Bruto 30 días	₡ 4 995 683	₡ 1 842 548	₡ 6 838 230
Cargas Sociales Patronales 26,5%	1 323 856	488 275	₡ 1 812 131
Cargas Sociales Obreras 10,5%	489 577	193 467	₡ 683 044
Total salario y cargas sociales Patronales	₡ 6 319 539	₡ 2 330 823	₡ 8 650 361
Total salario y cargas sociales totales	₡ 6 809 116	₡ 2 524 290	₡ 9 333 406
Salario escolar	138 713	153 484	₡ 292 198
Aguinaldo	416 140	153 484	₡ 569 625
Exceso vacaciones (15 días)	832 614	143 309	₡ 975 923
Total costo mensual salarios	₡ 7 707 006	₡ 2 781 100	₡ 10 488 106
Costo anual en salarios	₡ 92 290 607	₡ 33 179 736	₡ 125 857 278

Fuente: Elaboración propia (2021), con datos obtenidos de la escala salarial de la CCSS.

Notas:

1. Costo mensual y anual no incluye cuota obrera.
2. Costo exceso vacaciones según incentivo CCSS.

Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños, por su naturaleza es una inversión pública que no genera ingresos, por lo tanto, desde la perspectiva financiera no se puede realizar una evaluación para calcular la rentabilidad financiera del Proyecto. Por lo cual, se realizará un análisis de costos del proyecto.

El análisis de costos se realiza para los proyectos públicos que no generan ingresos, pero que por los beneficios sociales que aportan al país, son estratégicos para el Estado, por eso es importante definir los costos de la inversión y de operación, los cuales permitirán en medir la rentabilidad social del proyecto mediante una evaluación económica y social.

Costos del Proyecto

El flujo de costos permite actualizar el valor de los costos del Proyecto, por lo que en su elaboración se incorporan los costos de inversión y los costos de operación en que se incurrirán en un horizonte de 5 años.

Los costos se expresan a precios de mercado, se desglosan por año y se registran en forma monetaria en el flujo

de costos de acuerdo con el momento en el que se generan. Posteriormente se utiliza una Tasa Social de Descuento (TSD) para actualizar dichos costos y calcular los indicadores.

Inversión Inicial

Los costos de inversión del Proyecto están referidos a los costos relacionados con el equipamiento y operación del Laboratorio de Diagnóstico Molecular. El costo estimado de inversión en equipamiento es de ₡37.019.418,38 colones. El desglose de la inversión se muestra en la siguiente tabla:

Costos de Operación

Los costos de operación y mantenimiento corresponden a los costos en lo que se incurre en la etapa de funcionamiento del Laboratorio de Diagnóstico Molecular, con el fin de garantizar la prestación de servicios. En el proyecto se han identificado los que están asociados a servicios personales y no personales, equipo, cargas sociales, subsidios y el Leasing por costo de prueba NGS y prueba SANGER.

Según los cálculos realizados, con base en la información suministrada por el LDM,

Tabla 9. Detalle Costos de Inversión

Inversiones	Naturaleza	Costo	Unidades	Total
Equipo	Apoyo a Producción	24 365 524,22	1	24 365 524,22
Equipo	Administrativo	6 957 619,36	1	6 957 619,36
Mobiliario	Administrativo	5 696 274,80	1	5 696 274,80
		TOTALES	3	37 019 418,38

Fuente: Elaboración Propia (2021), con datos obtenidos Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños.

los costos anuales operativos actuales del LDM (serán parte del Proyecto) ascienden □400.668.026,88 colones para el año 2023, estos costos se proyectan en el flujo de costos para un horizonte de planeamiento de 5 años, se considera un incremento por inflación del 3% anual, dado que la situación económica mundial afectada por la pandemia genera inciertos para la inflación de los próximos años. En la siguiente Tabla, se muestra el detalle de los costos durante el horizonte planteado para el proyecto:

Cabe indicar, que en la actualidad el citado laboratorio cuenta únicamente con un Equipo de Trabajo de dos (2) funcionarios (Un Microbiólogo Químico 3 y un Diplomado en Tecnologías de la Salud), lo que limita la capacidad operativa de producción de análisis genómicos a un total de 252 casos por año, de los cuales 120 casos corresponden a análisis tipo “NGS”; mientras que 132 casos, corresponden a análisis “SANGER”, que se realizan a los familiares de los asegurados que padecen de cáncer.

Análisis Económico-Social del Proyecto

Este proyecto es de naturaleza social y carece de ingresos, en consecuencia,

tanto sus objetivos, como sus beneficios, son de naturaleza cualitativa, en vista de que persiguen un interés social, que, en el caso del presente proyecto, el interés social se encuentra relacionado con procurar mejorar la salud y la calidad de vida, de los asegurados que padecen de Cáncer de Mamas y/o Cáncer Colorrectal.

Dentro de este contexto, la valoración económica del proyecto siguió la Metodología, Guía y Lineamientos, establecidos por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), para el cálculo de los precios sociales.

Al respecto en la evaluación económica de proyectos de naturaleza social, se deben utilizar los precios sociales definidos por el MIDEPLAN, ya que este indicador permite determinar el costo de oportunidad de los bienes y servicios dirigidos a satisfacer las necesidades de la sociedad.

Cálculo de Precios Sociales

Como se indicó, de conformidad con las disposiciones emanadas por parte del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, la tasa de descuento

Tabla 10: Detalle Costos de Operación

Detalle	Mensual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sueldos	8 675 975,49	104 111 705,88	107 235 057,06	110 452 108,77	113 765 672,03	117 178 642,19
Cargas Patronales	1 812 131,00	21 745 572,00	22 397 939,16	23 069 877,33	23 761 973,65	24 474 832,86
Servicios Públicos	368 922,00	4 427 064,00	4 559 875,92	4 696 672,20	4 837 572,36	4 982 699,53
Telecomunicaciones	40 000,00	480 000,00	494 400,00	509 232,00	524 508,96	540 244,23
Servicios Limpieza y seguric	925 000,00	11 100 000,00	11 433 000,00	11 775 990,00	12 129 269,70	12 493 147,79
Leasing	21 566 973,75	258 803 685,00	266 497 335,00	273 452 985,00	281 178 000,00	288 903 015,00
Totales	33 389 002,24	400 668 026,88	412 617 607,14	423 956 865,30	436 196 996,71	448 572 581,61

Fuente: Elaboración propia (2021), con datos obtenidos del Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños

a utilizar para la determinación de los precios sociales en la evaluación económico-social de proyectos es la Tasa Social de Descuento (TSD), que básicamente se constituye en el costo de oportunidad en la utilización de recursos públicos, siendo que para el caso que nos ocupa, la TSD es equivalente al 8.31%.

Beneficios Económicos y Sociales del Proyecto

Los beneficios económicos y sociales que se generan el Proyecto están dados por los beneficios directos e indirectos generados por los ahorros o costos no incurridos que ocasionará el Proyecto para la CCSS, el Laboratorio de Diagnóstico Molecular y la población costarricense.

A continuación, se describen los cálculos de cada una de las fuentes de ahorro que generaran beneficios al proyecto, además se incluirán aquellos beneficios no cuantificables para la población meta del mismo.

• Beneficios no cuantificables

Se han identificados beneficios sociales, relacionados con la calidad de vida del paciente positivo con diagnóstico de cáncer de Mama o cáncer Colorrectal, y prevención para los familiares de los pacientes positivos.

Además, de los beneficios que se presentaran en la calidad de diagnóstico y tratamiento en los servicios de oncología de la CCSS.

• Beneficios cuantificables

Se han identificado para el proyecto dos ahorros con la implementación del proyecto que beneficiaría a la población meta, estos han sido posible cuantificarlos monetariamente, a continuación, el cálculo de los ahorros identificados:

• Beneficios por ahorro de pago por prueba NGS:

En el horizonte del proyecto se ha identificado un total de 1.772 casos de cáncer de Mama y cáncer Colorrectal, los cuales en caso de no existir el proyecto deben comprar el servicio de prueba y análisis genómico con tecnología NGS a un costo unitario de \$2.000USD, lo cual representa un ahorro neto de ₡2.201.391.040,00 durante los 5 años evaluados.

Considerando que la producción está relacionada directamente con la aparición de nuevos casos cada año, el costo anual contiene el crecimiento de acuerdo con los cálculos establecidos para establecer la demanda futura.

• Beneficios por ahorro de pago por prueba SANGER:

En el horizonte del proyecto se ha identificado un total de 1.948 casos de familiares de casos índice que requieren confirmación, los cuales en caso de no existir el proyecto deben comprar en el servicio de prueba de confirmación con tecnología SANGER a un costo unitario de 35.000 colones, lo cual representa un ahorro neto de ₡68.180.000,33 durante los 5 años evaluados para esa población.

Resulta que la producción está relacionada directamente con la aparición de nuevos casos cada año, el costo anual contiene el crecimiento de acuerdo con los cálculos establecidos para definir la demanda futura.

A continuación, se detallan los ahorros identificados y calculados del proyecto:

Tabla 11. Detalle Cálculo de Ahorros (Externalidades, Beneficios)

AÑO	NGS	SANGER	TOTAL, ANUAL
2023	416 177 200,00	12 915 000,00	429 092 200,00
2024	428 600 400,00	13 265 000,00	441 865 400,00
2025	439 781 280,00	13 615 000,00	453 396 280,00
2026	452 204 480,00	14 000 000,00	466 204 480,00
2027	464 627 680,00	14 385 000,00	479 012 680,00
TOTALES	2 201 391 040,00	68 180 000,00	2 269 571 040,00

Fuente: Elaboración Propia (2021), con datos obtenidos de Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños.

Flujo Económico Social del Proyecto

Para elaborar el flujo económico y social del Proyecto, se requieren de los costos de inversión, costos de operación y los beneficios económicos-sociales del Proyecto, de esta manera, se puede elaborar el flujo económico y social, y sobre esta base, calcular los indicadores y conocer si el Proyecto es rentable para la sociedad costarricense, para la CCSS. Para el cálculo de los indicadores se utilizó una la Tasa Social de Descuento, TSD = 8,31%.

Para realizar el cálculo de los indicadores económicos y sociales del proyecto, se desarrolló el Flujo Neto Efectivo, para lo cual se presentan los datos de este en la siguiente tabla:

Aplicados los cálculos correspondientes al VANE y TIRE se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 12. Flujo Neto Efectivo

Detalle	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
BENEFICIOS SOCIALES					
Ahorro por pago de prueba y análisis	429 092 200	441 865 400	453 396 280	466 204 480	479 012 680
TOTAL BENEFICIOS SOCIALES	429 092 200	441 865 400	453 396 280	466 204 480	479 012 680
COSTOS Y GASTOS					
Costos Operacionales y Gastos Activos	400 668 027	412 617 607	423 956 865	436 196 997	448 572 582
Depreciaciones					
TOTAL DE COSTOS Y GASTOS	400 668 026,88	412 617 607,14	423 956 865,30	436 196 996,71	448 572 581,61
UTILIDAD ANTES INTERESES E IMPUESTOS	28 424 173,12	29 247 792,86	29 439 414,70	30 007 483,29	30 440 098,39
Gastos por intereses					
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	28 424 173,12	29 247 792,86	29 439 414,70	30 007 483,29	30 440 098,39
IMPUESTOS					
UTILIDAD NETA	28 424 173,12	29 247 792,86	29 439 414,70	30 007 483,29	30 440 098,39
Sumar la Depreciación					
Restar la Amortización de pasivos					
FNE	28 424 173,12	29 247 792,86	29 439 414,70	30 007 483,29	30 440 098,39

Fuente: Elaboración Propia (2021), con datos obtenidos de Laboratorio de Diagnóstico Molecular del Hospital Nacional de Niños

- **Valor Actual Neto Económico, VANE** = ₡79.552.930,29, es positivo, lo que significa que el Proyecto genera más beneficios de costos, por lo tanto, el Proyecto es atractivo para la población costarricense, la CCSS y el LDM.
- **Tasa Interna de Retorno Económica, TIRE** = 73%, el Proyecto es rentable desde la perspectiva económica y social, su tasa de rentabilidad está por arriba de la TSD que es 8,31%, lo que evidencia que el Proyecto es altamente rentable desde la perspectiva de la población costarricense.

Conclusiones

Se logró conocer con base a los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud en su sitio web Global Cancer Observatory, de los nuevos casos de cáncer en Costa Rica y la proyección realizada por la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS, la cantidad de casos que requerirán por sospecha heredo familiar de análisis genómicos con NGS para casos índice, cuyo total es de 1.772 y para los familiares de esos casos índice un total de 1.948 que requerirán análisis genómicos tipo SANGER.

También, con información brindada por el Proyecto Genético Oncológico, se logró cuantificar la producción actual del LDM de acuerdo con la demanda definida a anualmente por dicho proyecto y además la capacidad potencia de la producción anual tanto del recurso humano especializado como de los equipos utilizados, donde el recurso tiene capacidad productiva de 120 análisis

con NGS al año y sus respectivas pruebas SANGER para familiares. Y con respecto a las capacidades de los equipos donde se realizan las pruebas de NGS anualmente se pueden procesar hasta 1.440 pruebas y en el caso del equipo SANGER hasta 6.000 pruebas anuales.

Y finalmente, se determina que el Proyecto es altamente rentable para el desarrollo económico y social del país, pues genera beneficios cuantitativos y cualitativos significativos para la población meta y para la CCSS, como lo muestra los resultados de los indicadores económicos y sociales, que se obtuvieron de la evaluación económica y social, los cuales se describen a continuación:

- **Valor Actual Neto Económico, VANE** = ₡79.552.930,29, es positivo, lo que significa que el Proyecto genera más beneficios que costos, por lo tanto, el Proyecto es atractivo para la población costarricense, la CCSS y el LDM.
- **Tasa Interna de Retorno Económica, TIRE** = 73%, el Proyecto es rentable desde la perspectiva económica y social, su tasa de rentabilidad está por arriba de la TSD que es 8,31%, lo que evidencia que el Proyecto es altamente rentable desde la perspectiva de la población costarricense.

Referencias bibliográficas

- Agencia Internacional para la búsqueda de Cáncer. (2012). *Globocan 2012: Incidencia Estimada Cáncer, Mortalidad y Prevalencia a Nivel Mundial en 2012*. <https://gco.iarc.fr>.
- Agencia Internacional para la búsqueda de Cáncer. (2020). *Globocan Costa Rica*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/188-costarica-fact-sheets.pdf>.
- Caja Costarricense de Seguro Social *Cultura organizacional*. (2020). <https://www.ccss.sa.cr/cultura#memorias>.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Hospital Calderón Guardia comienza pruebas genéticas para conocer riesgo de cáncer*. https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?hospital-calderon-guardia-comienza-pruebas-geneticas-para-conocer-riesgo-de-cancer.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Proyecto de Fortalecimiento de la atención integral del cáncer con base de datos de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-lasalud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancerregistro-nacional-tumores/2722-situacion-epidemiologica-delcancer/file>
- Gil, M. y Valero D. (2017). Nuevas tecnologías para el diagnóstico genético. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(4), 538-545.
- Graña, B., Lastra, E., Llord, G., Brunet, J., & Isla, D. (2011). *SEOM clinical guidelines for hereditary cancer. Clinical & Translational Oncology: Official Publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 13(8), 580-586.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). Mutaciones en el gen BRCA: El riesgo de cáncer y las pruebas genéticas. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hojainformativa-brca>
- Instituto Nacional de Medicina Genómica. (2020). *El Instituto*. <https://www.inmegen.gob.mx>.
- Jiménez J. (2016). *Costa Rica tendrá nuevo aliado tecnológico para la investigación clínica de enfermedades complejas*. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2016/11/17/costa-rica-tendra-nuevo-aliado-tecnologico-para-la-investigacion-clinica-de-enfermedades-complejas.html>.

Ministerio de Planificación nacional y Política Económica de Costa Rica. (2009). *Guía metodológica general para la identificación, formulación y evaluación de proyectos de inversión pública, Costa Rica*. <https://www.mideplan.go.cr/normas-tecnicas-lineamientos-procedimientos-inversion-publica>.

Ministerio de salud. (2016). *Plan Nacional de Salud*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>.

Sociedad Americana del Cáncer (2020). *Síndromes de cáncer en las familias*. <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html>

Análisis del enfoque de salud pública, para prevenir el consumo de drogas y su política pública en Costa Rica

Análisis del enfoque de salud pública, para prevenir el consumo de drogas y su política pública en Costa Rica

Resumen:

Se analiza la concepción del fenómeno de las drogas y la gestión de las políticas en Costa Rica, para facilitar la implementación de un enfoque de salud pública, y derechos humanos. El análisis parte de la teoría neo institucionalista y de la gobernanza sistémica. Metodológicamente se siguió los principios inductivos del enfoque cualitativo a través de la Teoría Fundamentada. Participaron 20 funcionarios de las dos entidades rectoras en el país.

Se constatan importantes debilidades conceptuales y operativas en la gestión y se proponen algunos lineamientos para mejorar la calidad de la gobernanza desde una perspectiva de Salud Pública

Palabras clave:

DROGAS, POLÍTICAS PÚBLICAS, COSTA RICA

Abstract:

The conception of the drug phenomenon

Investigadores:

Eugenia Mata Chavarría¹

ORCID: 0000-0002-6479-1855

Horacio Chamizo García²

ORCID: 0000-0001-7442-0671

and the management of policies in Costa Rica were analyzed to facilitate the implementation of a public health approach, which requires networking, State-society participation, based on the need for respect of human rights and that actions are people-centered. The analysis starts from the neo-institutionalist theory and from systemic governance. The research was based on Grounded Theory. Twenty officials from the two governing entities in the country were interviewed at the political, managerial and operational levels.

There are significant conceptual and operational weaknesses that must be corrected for which he proposes some guidelines to improve the quality of governance from a Public Health perspective

Keywords:

DRUGS , PUBLIC POLICY , COSTA RICA

¹Investigadora. Criminóloga, Doctora en Gestión Pública y Ciencias Empresariales obtenido en el Instituto Centroamericano de Administración Pública. Correo electrónico: mataeugenia47@gmail.com

²Investigador. Salubrista, Doctor en Gobierno y Políticas Públicas obtenido en Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: horacio.chamizo@ucr.ac.cr

Mata Chavarría, E. y Chamizo García, H. (2022). Análisis del enfoque de salud pública, para prevenir el consumo de drogas y su política pública en Costa Rica. Revista Centroamericana de Administración Pública, (82), 138-156. 10.35485/rcap82_6

Recibido: 18 de enero de 2022
Aceptado: 01 de abril de 2022
DOI: 10.35485/rcap82_6

Introducción

Es sabido que, en el presente siglo, el fenómeno de las drogas ha tenido resonancia en temas como la salud, seguridad, gobernabilidad, estabilidad económica, y sobre todo en la presencia de violencia en todas las latitudes. Costa Rica no es la excepción, el impacto de este fenómeno es una realidad también para el país (ICD, 2017).

Después de muchos años de prohibición y estrategias de represión para eliminar la demanda de las drogas se ha creado un mercado ilegal sin control de la calidad en la producción, una inversión muy significativa en armamento y la violencia contra las clases menos favorecidas. Esto ha incrementado el problema con daños asociados y se ha comenzado a replantear el abordaje del problema desde otra perspectiva.

En el último decenio han existido diferentes foros de discusión en el nivel tanto nacional como internacional, para evaluar el impacto que ha tenido las políticas dirigidas a reducir el consumo de drogas y el problema del narcotráfico.

Los planteamientos han surgido bajo la preocupación de que la situación a pesar de los esfuerzos realizados no ha reportado resultados realmente positivos. Uno de estos nuevos paradigmas, es el abordar el problema del uso de drogas bajo la perspectiva de la Salud Pública

Las Américas es una de las regiones más afectadas por el problema de las drogas y presenta en conjunto no solo el problema del consumo sino también el de producción y tráfico, haciendo que la mayoría de las manifestaciones de este fenómeno, se presenten en todos los países americanos.

En el nivel mundial, el foro de las Naciones Unidas, ya desde el 2010, venía planteándose la necesidad de ver el abordaje del consumo de drogas desde la perspectiva de los derechos humanos (Amador G; Cortés E, 2016), constituyéndose en la primera vez que se toca el tema más allá de lo tradicional.

Para el 2012, varios países latinoamericanos piden a las Naciones Unidas adelantar la discusión sobre el impacto de las políticas mundiales sobre drogas, la cual iba a tener lugar en el 2019 y logran que se convoque a una Sesión Especial de las Naciones Unidas en Drogas, UNGASS por sus siglas en inglés.

Costa Rica participa intensamente en las sesiones preparatorias de dicho evento manifestándose a favor de un cambio de paradigma que garantizara los derechos humanos, el acceso a medicamentos opiáceos, la visión de género, prohibición de la pena de muerte para quienes infringieran la ley de drogas y, por último, pero no menos importante, la preponderancia del enfoque de Salud Pública en el desarrollo de políticas públicas para abordar el problema (ICD, 2016).

En este sentido el enfoque de Salud Pública implica una mirada más allá del síntoma del problema, como sería la fiebre ante la presencia de una infección, de la misma manera el consumo puede resultar el síntoma de problemas más profundos que están ocultos en los escenarios sociales y económicos de los países.

La teoría de la gobernanza sistémica que emerge del enfoque de derechos humanos en las políticas públicas, es apropiada por su perspectiva integradora, elementos teóricos congruentes con la perspectiva de la Salud Pública. Tal y como lo enuncia Cunill Grau (2010): El análisis de la política se orientó entonces desde tres categorías o dimensiones fundamentales: la valórica (relacionada con los principios y valores compartidos por los miembros de la red), la espacial (referente a los espacios de interacción desde los cuales se gestiona la política) y la instrumental (que visualiza los instrumentos de trabajo compartidos para la planificación, presupuestación, evaluación).

La teoría neo institucionalista muy utilizada para orientar el análisis de políticas públicas resulta pertinente en el caso de arenas de política pública muy normadas y reguladas, en las que las organizaciones del Estado ejercen rectoría y juegan un papel fundamental en el abordaje de problemas públicos.

Se entiende a las instituciones como el conjunto de órdenes y prescripciones del comportamiento para lograr del individuo

un comportamiento determinado de forma reiterada. Estas órdenes pueden venir de diferentes fuentes como son la familia, las leyes, el ejército, iglesias, entre otras. Roth (2019).

Es intención, por lo tanto, la de analizar qué implicaciones tiene tanto epistemológicamente, como operativamente, el tener por énfasis al enfoque de la Salud pública en la gestión de las políticas públicas para el abordaje del consumo de drogas en Costa Rica.

Metodología

Al tratarse de un estudio que se acerca a los sujetos encargados de la gestión de políticas públicas interesó comprender la realidad intersubjetiva, es decir, como ésta es conocida e interpretada. Epistemológicamente el abordaje fue el paradigma interpretativo o naturalista de investigación científica.

Se partió de ciertas premisas, entre ellas, que la realidad es construida por las personas de carácter múltiple y subjetivo y que a partir de la búsqueda de tendencias en lo que reportan los sujetos se puede construir teoría social. (Martínez, 2011).

El objetivo principal se centró o focalizó en conocer como las personas que han sido encargadas de plantear y gestionar las acciones que abordan el consumo de drogas está concibiendo el fenómeno y sobre todo lo que implica el concepto de salud pública como piedra angular de las mismas.

Entendiendo entonces lo importante que es análisis sistemático de las ideas y conceptos que tengan las personas involucradas en la gestión de la política pública del consumo de drogas, es que se necesitaba de una ruta, un método para realizar ese análisis, lo más apegado a lo que las personas participantes en la investigación deseaban expresar.

A partir de lo enunciado anteriormente, se consideró a la teoría Fundamentada como el método del enfoque cualitativo que más se adaptó a las necesidades investigativas de esta intención. Strauss y Corbin (1998) argumentan que la fortaleza de este método es la de producir teoría basada en datos, y esto se logra mediante la indagación sistemática de las palabras y acciones de los actores involucradas en la investigación.

En este caso por ser un diseño cualitativo de tipo interpretativo se usó una muestra intencional conocida como muestreo teórico. La escogencia de los participantes se va determinando de acuerdo con la necesidad de la información que debe ser obtenida y analizada.

La muestra seleccionada, la conformaron las personas responsables de gestionar la política pública del consumo de drogas en el nivel político, como lo son los miembros del Consejo Directivo del Instituto Costarricense Sobre Drogas, entidad rectora política y que está conformado por Ministerio de la Presidencia, Educación Seguridad Pública, Justicia así como la Fiscalía General y el Organismo Judicial de Investigación ambos del Poder Judicial.

Por otra parte el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia instancia rectora técnica, será la institución principal de investigar debido a que ostenta la rectoría técnica y es prestadora de servicios de salud en drogas. Por lo tanto es necesaria la participación de médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, enfermeros, comunicadores, en el nivel gerencial técnico y operativo, de la sede central en San Pedro de Montes de Oca.

Para los fines de esta investigación se aplicó un formulario de consentimiento informado a todas las personas participantes de la cual se entregó una copia y otra quedó para constancia de que fue aplicado. Incluyó información sobre el objetivo de la investigación, los beneficios y riesgos, así como la confidencialidad de los datos. El consentimiento es para asegurar el libre albedrío de los participantes, no solo de ser parte de ella, si no de retirarse cuando lo deseen. (Ezequiel, 2019).

Según Pérez (2006), se consideran los instrumentos más adecuados para los métodos de corte cualitativo, la observación participante y no estructurada, la entrevista sea estructurada o semiestructurada, individual o grupal, la narración, las representaciones gráficas, el análisis documental, entre otras.

En el caso de este trabajo investigativo se escogió la entrevista semi estructurada y el formulario de frases incompletas, considerando las categorías de análisis para incluir en ambos instrumentos. Las entrevistas y formularios de frases

Tabla 1. Categoría de análisis

Categoría	Subcategorías	Dimensiones gobernanza sistémica
Implicaciones conceptuales del fenómeno de drogas para la Política Pública del abordaje del consumo	Nociones del fenómeno y evolución del problema	Valórica
	Concepto sobre el consumo	Valórica
	Ámbitos de acción	Espacial
	Problemas del consumo	Instrumental
	Tipos de consumo y su abordaje	Instrumental
	Estrategias para la prevención y tratamiento del consumo basados en la evidencia y los estándares emitidos por las instancias rectoras	Instrumental
Conocimiento de la Política Pública del abordaje del consumo de drogas en Costa Rica	Conocimiento sobre la política pública	Instrumental
	Conocimiento sobre marco jurídico	Instrumental
	Conocimiento sobre los planes institucionales, interinstitucionales e intersectoriales	Instrumental
	Beneficios de la política para la sociedad.	Valórica
	Principales debilidades de la política	Valórica
	Mecanismos de coordinación y participación en la formulación y ejecución de la política	Espacial
	Estructura organizacional de la entidad	Instrumental
	Fortalezas y debilidades de la gestión	Valórica
	Conocimiento sobre los objetivos, misión y planes institucionales para el cumplimiento de sus funciones	Instrumental
	Mecanismo para el cumplimiento de los planes operativos y objetivos de la institución.	Instrumental
	Gestión de la P.P. del abordaje del consumo de sustancias bajo el enfoque de Salud Pública	Concepto de Salud Pública
Conocimiento sobre las funciones esenciales de la salud		Valórica
Conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud		Valórica
Papel conferido la participación de la sociedad civil en el abordaje del tema		Valórica
Mecanismos de participación de los actores de la red en el planeamiento de las acciones.		Espacial
Trabajo interinstitucional e intersectorial con participación de redes		Espacial
Mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones entre las instancias junto con la red		Espacial
Existencia de diagnósticos, y, de forma coordinada e integral entre todos los actores responsables de la gestión de ésta (estatales y sociedad civil)		Instrumental
Procesos de planificación, de forma coordinada e integral entre todos los actores responsables de la gestión de ésta (estatales y sociedad civil)		Instrumental
Procesos de presupuestación de forma coordinada e integral entre todos los actores de la gestión (estatales y sociedad civil)		Instrumental
Ejecución de acciones de forma coordinada e integral entre todos los actores responsables de la gestión de ésta (estatales y sociedad civil)		Instrumental
Procesos de evaluación de acciones respaldadas por la política pública de forma coordinada e integral entre todos los actores responsables (estatales y sociedad civil)		Instrumental

Fuente: Elaboración propia.

incompletas se aplicaron de forma individual en el lugar y hora convenida entre la investigadora y la(s) persona(s) colaboradora(s).

Para mantener validez, tanto externa como interna, en el presente estudio se procedió a establecer categorías muy concretas, que permitan el registro lo más cercano a la realidad de primera mano, el uso de grabaciones de audio con el permiso previo de la persona entrevistada, para corroborar los datos en el caso de la entrevista semi estructurada, la identificación clara a los informantes para asegurarse representatividad de los diferentes actores que tienen pertinencia según el objeto de estudio.

Se definieron como etapas para la realización de la investigación las siguientes:

- Revisión bibliográfica y documental relacionada con el problema de investigación para construcción del proyecto de tesis.
- Preparación de instrumentos de recolección de información.
- Ejecución de instrumento y entrevistas; ordenamiento y análisis de información primaria y secundaria Triangulación de información entrevistas e instrumentos con marco teórico y variables principales.

Categorías de análisis

En la siguiente tabla se exponen las variables estudiadas de acuerdo con los objetivos específicos, categorías, subcategoría y las dimensiones que

el enfoque de gobernanza sistémica propone según la autora Cunill Grau (2010).

Resultados

Se procede a presentar y discutir los resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación de las técnicas diseñadas.

En este contexto es necesario tener presente las categorías principales que se derivan del objetivo general, las cuales son:

- a. Implicaciones conceptuales de la Política Pública del abordaje del consumo de drogas.
- b. Implicaciones operativas de la Política Pública del abordaje del consumo de drogas.
- c. Gestión de la Política Pública del abordaje del consumo de sustancias bajo el enfoque de Salud Pública.

Implicaciones conceptuales de la Política Pública del abordaje del consumo de drogas: Marco jurídico que fundamenta la política.

Existe normativa sobre control de drogas desde el marco internacional y nacional. De la revisión documental realizada para los fines de este trabajo investigativo se transcribe a continuación los elementos más importantes analizados a la luz de las categorías.

Se analizó por orden de jerarquía y ámbito de acción la normativa internacional vinculante, la nacional relacionada con el consumo de drogas y las estrategias y

planes nacionales sobre drogas, lo cuales contienen las políticas nacionales y su operacionalización.

Después de analizar los artículos pertinentes de las tres Convenciones con respecto al abordaje del consumo, en sus ámbitos de prevención y tratamiento, se observa que las mismas están exentas de una visión que tome en cuenta otros factores más allá que la demanda y oferta de las sustancias, como mencionara Rosa del Olmo (1998), son cuerpos normativos diseñados desde una perspectiva médico-sanitaria y ético jurídica.

Ahora bien, referente al análisis realizado para el país en el ámbito legal, por jerarquía y orden de importancia se analizó lo establecido en la Constitución Política de la República, la cual establece el derecho a la vida y a un medio ambiente favorable para el desarrollo de la persona (artículos 21 y 50). Sin duda estos artículos son elementos esenciales para el concepto de salud pública y en los cuales se sustentan las políticas públicas nacionales.

De la misma forma se encontraron diferentes cuerpos normativos sobre control del tráfico de drogas y algunos menos en cantidad a la obligatoriedad del Estado en dar servicios de prevención y tratamiento del consumo. En todas las leyes sobre drogas en el nivel nacional (N°7093, (1988) N° 7233 (1991) N° 7786 (1998) y N°8204 (2002), existe un fuerte énfasis en asuntos de seguridad nacional bajo el argumento de la afectación del

problema en los ámbitos económico, político y social.

De la revisión de los Planes se colige que ha existido una evolución en el paradigma que transversa la política pasando desde un instrumento que solo contemplaba un área de abordaje (CONADRO, 1995) a planes que reconocen la necesidad de la integralidad equilibrio y universalidad de las acciones en el ámbito de la demanda de sustancias.

Sin embargo, estos Planes justifican su existencia desde la necesidad de la seguridad ciudadana y la aplicación de la ley como se transcribe a continuación: "Costa Rica tiene el derecho y el deber de defenderse de los peligros y amenazas del entorno que tanto afectan la tranquilidad de sus habitantes, dentro de los marcos que impone su propia constitucionalidad y los compromisos adquiridos con la comunidad mundial". (ICD, 2005, p. 2).

Implicaciones conceptuales y operativas del abordaje del consumo de drogas: Opinión de gestores políticos y técnicos

En concordancia con los objetivos investigativos después de analizadas las implicaciones conceptuales contenidas en el marco jurídico, sustento de la política para el abordaje del consumo de drogas, se pidió a los funcionarios del nivel político y gerencial de las instituciones rectoras en la materia, expresar su pensamiento sobre los conceptos de consumo, salud y política públicas relacionada con el tema de las drogas.

Producto de lo investigado, es posible afirmar que las personas responsables del diseño e implementación de la política para el abordaje del consumo de drogas no tienen interiorizada una acepción más compleja, de totalidad, que incluya elementos de la construcción de los sujetos como seres sociales, con una historia y con interacciones, en ocasiones, poco saludables con su familia, su entorno y los grupos a los que pertenecen o se adscriben.

Estudiando las respuestas y los discursos emanados por las personas participantes, puede que se mencionen los determinantes de la salud, pero al analizar cómo se implementa lo dicho se hace de una manera muy fraccionada y muy desde la institución a la que se pertenece. El sentido de red con participación de otros actores no gubernamentales es muy escaso.

Con respecto a la concepción del problema en cuanto a definiciones de droga, consumo y consumidor se logró notar diferencias según la formación de la persona.

En la gestión de la política pública para el abordaje del consumo ha quedado demostrado que de acuerdo con el concepto de gobernanza sistémica como modelo para la implementación del paradigma de Salud Pública en el abordaje del consumo de droga, las dimensiones valórica, instrumental y espacial son muy débiles.

Lo anteriormente afirmado se basa en que según los mismos gestores lo refieren, los espacios de trabajo en red son pocos, casi nulos en las fases iniciales de diagnóstico, planeamiento, presupuestación, y en el monitoreo y evaluación de la política. Cuando se refiere a la implementación de la política estas redes son más de carácter reactivo (cuando se necesitan) que participativas, esto demuestra que el ámbito instrumental se adolece de elementos importantes para el carácter de sistémico que se necesita.

En la dimensión valórica aún existe en los gestores desde el más alto nivel político y técnico prejuicios de tipo moral estigmatizante, que impide ver realmente la esencia del problema. Es como si en el ADN del fenómeno se transmitiera el verse solo una cara de este, porque, aunque se menciona en el discurso la multicausalidad, el mismo discurso en algún momento vuelve a traicionar a la persona, terminando de llevar a la persona consumidora al escenario de la enfermedad y de la cuasi psiquiatrización del problema.

Para mostrar esta idea se transcribe una opinión de una persona entrevistada:

“a mí lo que me cala más es esto verdad, es esto como porque yo incluso caí en el error también verdad como persona, de, este, de que aunque uno no quisiera y alguno tuviera los-los- como le dijera- los eh, como las bases teóricas de que uno sabe que las personas y los derechos

humanos y todo, es mentira ósea... Yo creo que, si eso requiere como, casi que, hasta un entrenamiento verdad, este, práctico verdad, más allá de lo teórico". (Persona funcionaria UNA).

En lo espacial el desempeño no es mejor ya quedó también demostrado en lo apuntado por las mismas personas entrevistadas que los espacios de coordinación son escasos y de poca integración de todos los actores.

En otras palabras, las bases para la gestión de un política con enfoque de salud pública son muy frágiles, lo cual estaría haciendo pensar que se seguirá haciendo lo mismo, un desarrollo de acciones desde lo informativo y asistencial, sin contar que desde la concepción del fenómeno queda mucho aun que recorrer, pues pasa por el tamiz de conceptos como enfermedad mental, problemas de valores, enfoque clínico médico y estigmatización.

Discusión y conclusiones

Toda Política Pública es una construcción política y social, emanada a veces de los grupos hegemónicos o de las organizaciones profesionales que tienen concepciones del mundo y marcos referenciales, los cuales imprimen su sello en la forma en cómo construyen la Política y su finalidad.

Por ejemplo, la visión patológica y de enfermedad implícita en el modelo médico, dirigido más a la atención de un paciente que consume sustancias y no a la prevención de la dificultad

versus un modelo de desarrollo humano centrado en que los sujetos construyan una subjetividad crítica y sana, que les provea las herramientas emocionales, culturales, técnicas para enfrentarse a los dilemas de la cotidianidad. O el modelo psiquiátrico tradicional en el cual debe existir un paciente, porque de lo contrario no sabrían que hacer y lo único es recetar pastillas. (Conversación de la Dra. Sonia Abarca, 2020).

Por otro lado, en estos momentos de crisis tanto de liderazgo como de claridad estratégica se exigen políticas fundamentales dirigidas al combate a la pobreza, la salud, educación, seguridad ciudadana, medio ambiente (determinantes sociales), aunado a un verdadero cambio del Estado, teniendo éste menos protagonismo y delegando más responsabilidades en todos los sectores de la sociedad en otras palabras de las redes existentes.

Razón de lo anterior, es imprescindible hacer un énfasis sobre la importancia de tener claras las metas, objetivos, legislación y recursos que respaldarán la implementación de estas acciones, sin omitir la necesidad vital de la evaluación tanto del proceso como del impacto de manera que se convierta en un proceso cíclico y dinámico.

En esa claridad que debe existir, ¿es parte de la práctica en la gestión pública, la efectiva coordinación intersectorial e intergubernamental, la comunicación eficaz entre organizaciones que logre

congruencia en la relación de las diferentes dependencias, y el apoyo mediante actividades de inducción, asesoría y asistencia técnica para el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas?

Ante los resultados limitados en las últimas décadas respecto al tema del fenómeno de las drogas (violencia, pobreza, inequidad, daño al medio ambiente, globalización, corrupción), se hace cada vez más énfasis en la necesidad de una mejor gestión con intervenciones públicas de mayor calidad, en las cuales se reflejen la capacidad de dar respuesta a problemas colectivos en forma eficiente.

En ese contexto tal y como lo plantea Joan Subirats (1991) la evolución de las democracias enfrenta desafíos en el ámbito de la gestión pública como son: reducir los déficits presupuestarios, las deudas estructurales, mantener la capacidad de control político de la economía en el marco de la globalización, satisfacer las exigencias de los ciudadanos respecto a las prestaciones vinculadas a los servicios públicos.

Apunta además como desafíos el fomentar la coordinación entre los entes públicos a nivel local, regional o internacional, solucionar los conflictos de redistribución vinculados para disminuir la exclusión, responder a la creciente necesidad de una profesionalización en la gestión de recursos públicos, evaluar sistemáticamente las estrategias de política pública y encontrar fórmulas para

la integración de las minorías y la solución de los conflictos.

No debe omitirse el hecho que las políticas públicas son procesos de coordinación, negociación e interacción de los actores públicos y privados, no es solo de instituciones formales. Ese proceso de negociación como bien el mismo Subirats lo dice, se pierde con lo menos y se gana con lo mayor posible.

Ahora bien, otro aspecto fundamental de tomarse en cuenta es que los valores juegan un rol central en el proceso de las políticas públicas, y esto hace que las mismas no sean intervenciones neutras, pues ellas surgen en un proceso político donde se deciden y responden a factores críticos de un contexto determinado. (Cunill Grau,2010).

Teniendo esto como punto de partida es que se fundamentan procesos de negociación, gobernanza en un ambiente de democracia y sin duda el trabajo en redes para que la toma de decisiones corresponda realmente a un trabajo entre el Estado y la sociedad.

Es así como una política pública, se concibe y gestiona por actores públicos y privados que, en conjunto, constituyen una red compleja de interacciones, siendo un elemento importante para la elaboración de estas. Es necesario posicionarse en que el derecho a la salud es el punto de partida de esta nueva forma de entender cómo abordar el problema del consumo de las drogas. Implica un modelo de gestión

de la política que debe ser intersectorial, interinstitucional, interdisciplinario y que parta de entender los determinantes sociales de las poblaciones objetivo si realmente se desea cumplir un abordaje desde la salud pública.

Desde los cuerpos normativos de alcance legal, que sustentan el accionar de las políticas públicas en el campo del fenómeno de las drogas, bajo un análisis neo institucional sociológico, se constata la presencia de las Convenciones Internacionales de Fiscalización de Drogas que orientan las políticas públicas de los países para el abordaje del control del consumo en el nivel mundial. La institución normativa demanda mediante el miedo y el castigo la no conducta del consumo, provocando el desarrollo de acciones cargadas de represión, lo cual ha sido comprobado que son más los daños colaterales que los beneficios. (Roth, 2019).

Los tratados de las Convenciones son cuerpos normativos diseñados desde una visión médica y jurídica con fuerte peso moralista y de influencia total en las políticas de los países. Al establecer la necesidad del control, aunque no lo señalen de facto, los países diseñan políticas prohibicionistas de alto corte punitivo como lo exponen Escotado (1998), Camarotti (2010), Del Olmo (1998), Luna (2015) y Roth (2019).

De la misma forma en todas las leyes sobre drogas en el nivel nacional (N°7093, (1988) N° 7233 (1991) N° 7786 (1998) y N°8204 (2002), existe un fuerte énfasis en asuntos de seguridad nacional bajo el argumento

de la afectación del problema en los ámbitos económico, político y social.

Lo que llama la atención es que el bien público a tutelar según esta normativa es la salud, pero se establecen medidas para control que atentan contra ésta, al promulgar medidas de castigo sin proporción al delito cometido y sin tomar el contexto en el cual es cometido, haciendo que las cárceles estén sobrepobladas de personas que se dedican al microtráfico y sin controlar el problema de los casos de personas indiciadas que permanecen mucho tiempo sin pena establecida.

¿Por qué el consumo de sustancias sin distinción de la formación provoca un imaginario inicial de problema y hasta de enfermedad mental? ¿Tendrá que ver esto con los antecedentes sociales y culturales con los que se ha tratado el tema? O por lo contrario como lo explicara Sir Francis Bacon (Abbagnano, 1994) tiene que ver con el prejuicio de la tribu, en el cual las personas tienen ideas preconcebidas inducidas por los sentidos ¿es el que prevalece aún más allá del conocimiento?

Lo percibido por la persona en estado de desintoxicación es una evidente alteración de la conducta que se manifiesta como errática, o violenta, demostrando un comportamiento inadecuado ante una situación determinada.

Esa característica conducta provoca temor, ansiedad, enojo o expectación en las personas que interaccionan

con el consumidor y en lo que primero que se traduce es una estigmatización concibiéndole como alguien débil, enfermo mental o sin moral. (Kornblit, Camarotti, Di Leo, 2016).

En la presente investigación se corroboró que el prejuicio más marcado en las personas indagadas fue el que proviene de la interpretación de lo que se piensa que existe: todo consumidor de sustancias es adicto, impidiendo entender que solo un 7% de la población mundial tienen una dependencia a las sustancias ilícitas. (ONUDD, 2019).

Es de reflexionar el enfoque moralista que aún se percibe en los discursos de algunas de las personas entrevistadas, cuando se habla de falta de valores, se refiere a flagelo o que fue una decisión, pero lo cierto es que el consumo al convertirse en dependencia se trata de una situación en la cual no caben ninguna de esas ideas. La persona que consume y desarrolla problemas alrededor del mismo no tiene opción de escogencia ni puede acudir a valores inculcados, simplemente es un desorden de tipo orgánico, que cuando se instaura la dependencia, la demanda por la sustancias es de forma compulsiva.

Podría pensarse que parte del problema está en la forma como se conoce, concibe y percibe el fenómeno, lo cual se refleja a su vez en las prácticas para su abordaje. Las rupturas de paradigmas son procesos largos de prueba y ensayo y no una acción inmediata que se contempla en una declaración de alcance mundial.

No debe omitirse que 100 años de postura moralista y punitiva ante el consumo de drogas tienen un gran peso en ese cambio que se requiere y que tal vez solo con el tiempo en las estructuras del conocimiento de quienes formulan y ejecutan la política, se pueda integrar realmente los elementos esenciales de la Salud Pública para abordar el problema. Se constata la "inercia" o retardo de algunos actores de la gestión para llevar a la práctica principios de Salud Pública en estas políticas, debido al peso que tiene las instituciones represivas tal y como lo afirman Fontaine (2019), Roth (2019) y Rivera (2013).

Según Frenk (1993) el concepto de salud pública ha evolucionado importantemente desde 1920 que Winslow construyó una definición del tema el mismo y para él es necesario el involucramiento total de los salubristas con la población a abordar. Alvarado, Ferraro et al (2020) apuntaron desde hace más de cuatro décadas la necesidad de que la salud pública apuntara hacia la educación, política económica y de vivienda, obra pública, seguridad social entre otros aspectos sociales y económicos

Para hacer salud pública deben cumplirse al menos tres principios: el trabajo en red, el respeto a los derechos de las personas y la sinergia de esfuerzos conjuntos de tal forma que el resultado salga de las comunidades mismas y cumpla así con su carácter de público.

Al tener esta investigación dos ejes centrales de estudio uno las bases conceptuales o epistemológicas y las de gestión u operativas se divide este apartado en dos, esbozando los lineamientos para cada uno de esos ejes. A continuación se recomiendan lineamientos que ayudaría a una migración efectiva hacia una perspectiva de Salud Pública en el abordaje del consumo de drogas en Costa Rica:

Desde lo epistemológico o conceptual

Con relación al eje principal de interés, la salud pública como nuevo paradigma de abordaje debe entenderse bajo los siguientes aspectos:

- a. Ser conscientes al referirse a los determinantes sociales de que existe un modelo de producción económica que atenta especialmente en contra las clases más vulnerables y que son importantes de enfatizar cuando se trata del consumo de sustancias debido a su poco acceso a servicios de atención, como campesinos, población urbano marginal, migrantes, mujeres con poca escolaridad.
- b. La importancia de las drogas como vehículo para lidiar con la existencia en un modelo de desarrollo que deja poco margen para el crecimiento individual y social. Por lo tanto, es necesario contemplar ofrecer otras alternativas para afrontar esa realidad.
- c. Desde lo axiológico, se estaría ante la necesidad de una mirada hacia lo que es la humanización como punto de partida, para empezar en la

estrategia y en la estructura social que debe construirse, en otras palabras, la recuperación de la esencia de ser humano, como lo propone el Dr. José Luis Cañas en sus trabajos de Psicología Personalista (Cañas, 2018).

Cuando se habla del concepto de salud pública, tal vez se está viendo el asunto desde solo una arista, pues si bien es cierto la salud es parte del tema, el sector social económico tendría igual o mayor peso dentro de la necesidad imperante de volver ver hacia el ser humano (humanización), elemento necesario para el abordaje del consumo de drogas.

Como lo desarrolla Mora (2011), la serie de procesos económicos, sociales y políticos que ha vivido la sociedad costarricense en los últimos decenios han profundizado las brechas sociales y culturales reflejadas en crecimiento de la población; fuerte migración, enriquecimiento rápido de unos pocos, violencia en el hogar, en las calles y en las relaciones interpersonales; segmentación del espacio urbano expresado en proyectos urbanísticos exclusivos, crecimiento exponencial de los barrios marginales, falta de oportunidades de empleo digno.

Situaciones que, unidas a la frustración, ansiedad y disconformidad, limitan la realización personal y el sentimiento de satisfacción elementos para establecer el bienestar social. Parafraseando al mismo autor, la constitución social actual es producto de la preponderancia que adquiere lo material en la época actual y esto se refleja en la cultura.

Las sustancias entonces cobran otro papel, otro rol al que tenían en tiempos pasados hace más de un siglo, se presentan como medio paliativo ante las exigencias que impone el modelo social económico, se convierte en un producto monetizado que para quien lo consume puede significar una “rehumanización” entre todo el caos creado por las debilidades de este.

En otro sentido y viendo el tema desde cómo ha sido concebido socialmente y transmitido en las normas el enfoque del neo institucionalismo sociológico ha desarrollado elementos que deben tomarse en cuanto al análisis de la intención de la política.

Como se expuso en esta investigación este enfoque de análisis de política parte de un trabajo multidisciplinario para estudiar los resultados sociales producto de la relación entre instituciones con actores y de la relación y cambios entre estos.

Establece la importancia de analizar la predominancia de las instituciones como conjunto de códigos de conducta emanados desde lo jurídico o por costumbre, que en el caso del tema de las drogas es fundamental ser consciente de cómo puede estar distorsionando la visión del fenómeno y obstaculizando llegar a respuestas más efectivas.

En ese sentido las instituciones usan tres formas para lograr el comportamiento que se desea: fuerza, persuasión, dinero, haciéndolo de forma dosificada mediante las políticas públicas. Esto e

claramente visible en el tema tratado en esta investigación, ya que como ha quedado explicito, la políticas que se han usado para abordar las drogas están muchas de estas, basadas en represión o en disuasión por medio de campañas o impuestos puestos a drogas licitas como el alcohol y tabaco. (Roth, 2019).

Esto último tiene un peso esencial tanto en lo preventivo evitando transmitir información sesgada por prejuicios y en la atención de la persona para no caer en conductas discriminatorias que violen los derechos de los usuarios de los servicios de tratamiento.

Recomendaciones: Lineamientos para la gestión de la política

Siendo congruente con el discurso del mejor enfoque para el desarrollo de una política pública que se enmarque en los principios de la salud pública, se reafirma que la gobernanza sistémica cumple con los elementos necesarios para el diseño, implementación y evaluación de ésta

De acuerdo con lo investigado el grueso del problema pareciera ser responsabilidad del sector salud, aunque se hable de interinstitucionalidad e intersectorialidad, porque aún desde ahí sigue viéndose el problema como uno concebido desde lo sanitario.

Sin embargo, autores estudiados (Grau, 2010, Von Haldenwang, 2005, Cabral, Nigenda, Arredondo, & Conill (2018) concuerdan que la gobernanza sistémica tiene la virtud de considerar los derechos,

la integralidad, universalidad e inclusión como puntos de partida dentro de una política pública. Estos aspectos se han demostrado que son congruentes con el concepto de salud pública, pero además enfatiza la participación del Estado en conjunto con otros actores que se consideren importantes, facilitando la sinergia entre entes estatales y aquellos de la sociedad civil. Esto es necesario visualizarlo para no dejar toda la responsabilidad del abordaje de las drogas exclusivamente al ámbito sanitario.

La gobernanza sistémica tal y como lo menciona von Haldenwang (2005), permite la toma de decisiones de forma democrática, desde todos los niveles del sistema para la consecución del bienestar común. Y desde la gestión de la política, permite el uso de instrumentos que tienen como fin la protección de los derechos de las personas.

Dicho lo anterior se necesita entonces desde lo operativo para realmente desarrollar la política desde el enfoque de salud pública bajo un modelo de gobernanza sistémica plantear un diseño, implementación, monitoreo y evaluación de política con estos elementos:

a. Cooperación entre los actores fomentando espacios de comunicación para la producción de objetivos consensuados y compartidos entre Estado y sociedad civil. Lo anterior facilita la unión entre el Estado, la sociedad civil, las organizaciones y la ciudadanía bajo un esquema

democrático. Este ámbito es conocido como el espacial y según los resultados de esta investigación es muy débil en el contexto nacional (Cunill Grau, 2010).

- b. Contar con los instrumentos necesarios para una adecuada planificación, presupuestación y evaluación, de tal forma que los mismos ayuden a la integración de todos los sectores y gestores de la política. En este ámbito conocido como el instrumental se denotaron debilidades importantes actualmente en la gestión, ya que son el resultado de intereses y necesidades unilaterales del Estado no promoviendo la integración de las acciones en conjunto con las que realiza la sociedad civil.
- c. Consistencia entre las metas de resultados inducidas por los instrumentos de gestión y el valor de la cooperación mutua, pues no debe desconocerse la unión que existe entre lo que se percibe del problema y lo que se implementa.
- d. Uno de los enfoques que hace énfasis la gobernanza sistémica muy concordante con el concepto de salud pública es el de derechos humanos y debido a ello las políticas públicas deben tener características de universalidad, inclusión y de integralidad. Todo ello se traduce en la toma de decisiones en función del bienestar común que permean todos los niveles del sistema. (Cunill Grau, 2010).

En conclusión, para desarrollar políticas públicas con enfoque de salud pública

dirigidas al abordaje del consumo se debe tener claro cómo se concibe al fenómeno tratando de abandonar la visión médico sanitario o la represiva legal. Logrando entenderlo desde sus diferentes aristas, un fenómeno que debe estudiarse centrado en la persona y no en la sustancia, donde el análisis que hace el neo institucionalismo de tipo sociológico aporta importantes elementos de reflexión.

Así mismo en la parte operativa el trabajo en conjunto Estado -sociedad es fundamental en todo el proceso que conlleva el desarrollo de la política, desde el diseño hasta la evaluación, con instrumentos que permitan plasmar las acciones concretas que resultan de esa sinergia.

La interrelación de los ámbitos debe darse obligatoriamente, pues sería una gran debilidad para la visión sistémica si lo valorico (conceptual) no transversa la forma en que se construyen los instrumentos de planificación y seguimiento.

Como resultado de este trabajo queda claro que de mantenerse los tres ámbitos con las insuficiencias detectadas, será muy difícil cumplir con la verdadera acepción de Salud Pública, la cual se basa en la integralidad y los derechos de las personas, pues la gestión para llegar a ello muestra debilidades importantes al menos en el momento que se realizó este estudio.

Los países que tan esperanzadoramente creen en esta nueva apuesta deben

valorar la estrecha relación que existe en los conceptos de salud pública y modelo de desarrollo social y económico no como otro determinante, sino como el eje en el cual gira la posibilidad de políticas centradas en las personas que les permitan humanizarse.

Referencias bibliográficas

- Abbagnano, N. (1994). Historia de la Filosofía. Barcelona: Hora S.A.
- Alvarado, Ferrara et al. (15 de agosto 2020) La salud y sus determinantes Conceptos de Medicina preventiva y Salud Pública Obtenido de <https://vladmz.files.wordpress.com/2018/02/5-la-salud-y-sus-determinantes.pdf>
- Aguirre, R., & María, M. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista Humanidades Médicas.
- Amador G; Cortés E. (2016). *Políticas de drogas y salud pública ¿Costa Rica ha hecho lo suficiente?*. Perspectivas. Número 9.
- Amezcuca, & Gálvez. (2002). *Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. Revista Española de Salud Pública*, 423-436
- Ayala Espino, J., & Gonzalez García, J. (2001). *El Neoinstitucionalismo, una revolución del pensamiento económico. Comercio exterior. Vol. 51.2001, 1, p. 44-57*

- Cabral, M., Nigenda, G., Arredonde, A., & Conill, E. (2018). *Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria*. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Vol. 23 (7) Jul 2018
- Camarotti, A., Di Leo. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). Equidad, desarrollo y ciudadanía. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/2/S2006536_es.pdf
- Consejo Nacional sobre Drogas. (1995). Plan Nacional de Prevención Integral de las Drogas. San José, CR
- Cañas, J. (2018). Antropología de las adicciones. https://jp2madrid.es/images/jp2/documentos/sociedad_familia/SOCIEDAD_08004.pdf
- Cunill Grau, N. (2010). *Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública*. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. (46),41-72.
- Del Olmo, R. (1998). *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Temis.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2005). Plan Nacional sobre Drogas. San José, Costa Rica
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2016). Informe de acciones sobre tema UNGASS. San José.
- Filmus, D. (2005). Gobernabilidad democrática: conceptualización. *Aportes Andinos*.
- Frenk, J. (1993). The new Public Health. *Annu. Rev. Public Health*. Vol 14, 469-490.
- Fontaine, G. (2019). Neoinstitucionalismo aplicado a la transformación democrática de lE st a d o . <https://www.youtube.com/watch?v=C1ySg-4dD7D4&t=1563s>
- Kornblit, Camarotti, Di Leo. (2016) Prevención del consumo problemático de drogas, Modulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Ministerio Educación Argentina. Editorial Miguel Ángel Porrúa,S.A. de C.V, México, D.F. MÉXICO
- Luna Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*. Vol. 225, 21-44.

Martínez Miguelez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*. Vol.27, 07-33

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. . (2019). Informe Mundial sobre las Drogas. Viena.

Rivera Romero, F (2013). *El neo institucionalismo y la investigación en las ciencias sociales*. *ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública* (64), 101-128, junio 2013

Roth Deubel, A. (2019). Neoinstitucionalismo aplicado a la transformación democrática del Estado. <https://www.youtube.com/watch?v=gSS4znTf0Ug>

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Universidad de Antioquía.

Subirats, J. (2008). Análisis y gestión de políticas públicas. Barcelona: Ariel Ciencia Política.

Von Haldenwang, C. (29 de Octubre de 2005).j Gobernanza sistémica y desarrollo en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 35-55.

DOCUMENTO

Parlamento e innovación institucional



Parlamento e innovación institucional

Investigador:
Jean-Paul Vargas Céspedes¹

ORCID: 0000-0003-3255-9872

Resumen:

La institucionalidad parlamentaria permite expresar la voluntad de compromiso a través del diálogo de las fuerzas sociales políticamente representadas, a sabiendas de que la confianza en el Parlamento reside en la capacidad de adoptar adecuadas decisiones en el proceso de formación de la ley, de una acción fuerte y crítica en el control político del estado, así como en las relaciones entre éste y el Ejecutivo. El aprendizaje institucional en el accionar cotidiano del Parlamento, contribuye a reforzar o debilitar los procesos de institucionalización, en el sentido de que la práctica político-institucional contribuye a: la generación de valores inculcados, procesos de creación de realidad, generación de un sistema como una clase de elementos.

Cuando se analizan los procesos de modernización parlamentaria surge frecuentemente como tareas y desafíos

los problemas de articulación entre la visión operativa y estratégica de la institución, pero aún más que ello los déficits para dar seguimiento, evaluación y retroalimentación a los procesos, es decir, la falta de "una cultura de gestión del conocimiento". Ante éstos déficits, los parlamentos suelen ser más susceptibles a las agendas del ambiente externo, particularmente de la cooperación internacional.

El presente artículo de carácter conceptual y reflexivo asume como tarea incursionar en una aproximación de los enfoques de modernización parlamentaria, vistos desde la importancia del cambio institucional y los equilibrios inducidos. El documento inicia la discusión con toma de posición conceptual sobre el Parlamento como institución, seguido de comprender la gobernanza parlamentaria y la capacidad institucional, cuya reflexión acumulada permite abordar los diversos

¹ Centroamericano nacido en Costa Rica. Coordinador del Laboratorio Internacional de Innovación Pública y Desarrollo Sostenible. Doctor en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica. Máster en Política Mediática: Sociedad, Estado y Comunicación, Universidad Complutense de Madrid; Máster en Derecho Parlamentario, Elecciones & Estudios Legislativos, Universidad Complutense de Madrid; Máster en Derecho Parlamentario y Técnica Legislativa, Universidad de Castilla-La Mancha. Máster en Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica. Máster en Administración de Negocios con énfasis en Relaciones Económicas Internacionales, Universidad Santa Lucía. Diplomado en Estudios Políticos Aplicados, Fundación Ortega & Gasset-Gregorio Marañón. Especialización en Negociación Política, Harvard University Extension School. Licenciado en Relaciones Internacionales con énfasis en Comercio Exterior, Universidad Internacional de las Américas. Autor de diversas investigaciones centroamericanas sobre gobernabilidad, centros de gobierno, parlamentos, administración pública, partidos políticos, políticas públicas e integración centroamericana. Correo electrónico: jean_paulvargas@hotmail.com

Vargas Céspedes, J.P. (2022). Parlamento e innovación institucional. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 157-186. 10.35485/rcap82_7

enfoques en materia de modernización parlamentaria.

Palabras claves:

REFORMA ADMINISTRATIVA, PARLAMENTO, GOBERNANZA

Abstract:

The parliamentary institution makes commitment possible through the dialogue of politically represented social forces, knowing that confidence in Parliament is found in its ability to adopt adequate decisions in the law-making process, in a strong and critical action of political control, and in the relations between it and the Executive. Institutional learning in the daily actions of Parliament contributes to strengthening or weakening institutionalization processes, in the sense that political-institutional practice contributes to: the generation of values, processes of creation of reality, generation of a system as a element class.

When analyzing parliamentary modernization, tasks and challenges of articulation arise between the operational and strategic vision of the institution, in addition to the deficits to monitor, evaluate and provide feedback to the processes, in general, the lack of “a culture of knowledge management”. Because of this type of deficit, parliaments tend to be more susceptible to the agendas of the external environment, mainly international cooperation.

This conceptual and reflective article assumes the task of venturing into

an approximation of parliamentary modernization approaches, seen from the importance of institutional change and the induced balances. The document begins the discussion with a conceptual position on Parliament as an institution, followed by an understanding of parliamentary governance and institutional capacity, whose accumulated reflection allows addressing the various approaches to parliamentary modernization.

Key words:

ADMINISTRATIVE REFORM, PARLIAMENT, GOVERNANCE

Recibido: 18 de abril de 2022

Aceptado: 13 de mayo de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_7

Introducción

La pérdida de confianza en los Parlamentos es una debilidad que se expresa por la insuficiencia de su legitimación representativa, producto no sólo de la desafección política y las tendencias de abstencionismo electoral generado; sino también, de la falta de identificación de los sectores sociales con los interlocutores parlamentarios, y aun cuando existe algún nivel de identificación a favor del Parlamento, lo cierto es que hay una visión social compartida acerca de la inoperancia, lentitud, y poca transparencia de la acción parlamentaria.

La institucionalidad parlamentaria permite expresar la voluntad de compromiso a través del diálogo de las fuerzas sociales políticamente representadas, a sabiendas

de que la confianza en el Parlamento reside en la capacidad de adoptar adecuadas decisiones en el proceso de formación de la ley, de una acción fuerte y crítica en el control político del estado, así como en las relaciones entre éste y el Ejecutivo.

Pretender analizar la modernización parlamentaria ante esta realidad y desde la capacidad del cambio institucional, se introduce una reflexión sobre el valor del parlamento como institución y por ende, toda actuación que pretenda generar eficiencias y eficacia debe superar el umbral de la intervención de los actores y modelos de organización, para aspirar impactar en el nivel cognitivo. En otras palabras, se asume como apuesta particular que el éxito de los procesos de modernización institucional no radica en una amplia oferta técnica o la capacidad de amplios consensos políticos, sino en la vía por medio de la cual los anteriores aspectos logran incidir en el sistema de valores y principios institucionales.

Cuando se analizan los procesos de modernización parlamentaria surge frecuentemente como tareas y desafíos los problemas de articulación entre la visión operativa y estratégica de la institución, pero aún más que ello los déficits para dar seguimiento, evaluación y retroalimentación a los procesos, es decir, la falta de "una cultura de gestión del conocimiento". Ante éste déficits, los parlamentos suelen ser más susceptibles a las agendas del ambiente externo, particularmente de la cooperación internacional.

Plantear la relevancia de la modernización parlamentaria desde la perspectiva del cambio institucional, parte de un posicionamiento sobre la relevancia de mejorar las capacidades de función parlamentaria –en una visión integral: legislativa, deliberativa, y de control- y por ende contribuir a mejores rendimientos democráticos del sistema político.

El aprendizaje institucional en el accionar cotidiano del Parlamento, contribuye a reforzar o debilitar los procesos de institucionalización, en el sentido de que la práctica político-institucional contribuye a: i) la generación de valores inculcados, ii) procesos de creación de realidad, iii) generación de un sistema como una clase de elementos. Desde el primer abordaje se hace el énfasis a la capacidad del Parlamento para infundir un valor proporcionado dentro de la estructura social, ejemplo de ello la importancia del pluralismo político en la discusión legislativa, como un elemento identitario de la democracia contemporánea (ver Diagrama N° 1).

La segunda dimensión, parte del cómo las bancadas parlamentarias articulan sus diversas visiones para la creación del "interés general" y por ende construyen, de-construyen y re-construyen las visiones de la realidad del país, a partir de las agendas políticas priorizadas, como las argumentaciones esbozadas sobre ellas.

Finalmente, el tercer elemento evidencia la forma desde la cual una serie de mitos y valores institucionales que son aceptados

Diagrama N° 1. Capacidad del parlamento de difundir valor



Fuente: Elaboración propia

e incorporados generan recompensas entre los actores políticos, contribuyendo a un incremento de legitimidad, recursos y capacidad para sobrevivir; ejemplo de ello, los parlamentos que se abren a procesos de transparencia y rendición de cuentas no solo gozan de mayor imagen ciudadana, sino que aquellos políticos identificados como los líderes de la modernización institucional son recompensados con la reelección, o bien sus partidos políticos aseguran mantener o incrementar su caudal electoral.

Sin embargo, e independientemente de la perspectiva de análisis que se utilice, no se puede dejar de lado que la modernización institucional como decisión parlamentaria, implica por naturaleza un proceso constante de discusión y persuasión intra e inter-partidaria, con procedimientos definidos por un reglamento legislativo –reglas del juego– que poco a poco

materializan las preferencias de los actores en una dinámica de constantes cálculos de escenarios, reacciones y contra-reacciones.

La ingeniería parlamentaria constituye el conjunto de elementos normativos formales de carácter constitucional y reglamentario, que configuran el modelo de organización y funcionamiento, cuya modernización responde entonces a un “efecto de absorción” de las prácticas y evoluciones informales en el entramado formal.

En la lógica de modernización interviene una combinación de aspectos derivados de las variables político-institucionales en el cálculo de las externalidades positivas y negativas que se obtienen con los cambios planteados. Por tanto, la ingeniería institucional ha de reflejar las relaciones de poder entre actores,

pero sobre todo, la proyección del cómo se espera que esas variables sean canalizadoras del conflicto político. Entonces ¿cuáles aspectos político-institucionales determinan la capacidad de modernización parlamentaria? ¿qué tendencias de acción tienen a poseer más posibilidades de inclusión en un proceso de reforma institucional del Parlamento? ¿qué funciones del Parlamento son proclives a desarrollarse con más capacidad en los procesos de modernización institucional?

El presente artículo de carácter conceptual y reflexivo asume como tarea incursionar en una aproximación de los enfoques de modernización parlamentaria, vistos desde la importancia del cambio institucional y los equilibrios inducidos. El documento inicia la discusión con toma de posición conceptual sobre el Parlamento como institución (i), seguido de comprender la gobernanza parlamentaria y la capacidad institucional (ii), cuya reflexión acumulada permite abordar los diversos enfoques en materia de modernización parlamentaria (iii).

I. El Parlamento como institución

Desde un enfoque tradicional de las teorías de crecimiento y desarrollo, se parte entre múltiples premisas, que si una economía logra ampliar la dotación de capital, mejorar los niveles de formación de su población o incrementar la eficiencia de sus procesos productivos, se espera que tarde o temprano dicho país pueda obtener niveles superiores de renta per cápita. Sin embargo, en la

realidad cotidiana de las democracias centroamericanas es fácilmente notorio que aun obteniendo un incremento en la renta per cápita, ello no refleja una reducción de las brechas entre la población rica y pobre. Entonces ¿qué está pasando? ¿dónde está fallando el sistema político?

Contestar esas y muchas otras interrogantes es en gran medida el desafío del buen gobierno en nuestras realidades centroamericanas, pero cada vez más se visualiza la importancia que tienen los marcos jurídicos –entramado de leyes desde las constituciones políticas hasta los reglamentos- y el marco institucional, pues al final de cuentas la combinación de ambos aspectos son el código de interacciones políticas y sociales que desde múltiples escenarios dan vida al espacio público y privado.

Ahora la pregunta central, es ¿qué tiene que ver en todo esto el Parlamento?, pues bien durante mucho tiempo se ha visto el efecto del Parlamento en la calidad de la democracia como una especie de caja negra, centrando los estudios sobre los partidos políticos, o bien sobre el análisis del diseño institucional desde la comparación de las normas jurídicas y las características identitarias del sistema político. Por otra parte, desde las últimas dos décadas son múltiples los organismos internacionales que han centrado sus agendas en la importancia de comprender la calidad de la gobernanza, entendida para la presente reflexión como el entramado institucional –marco

jurídico y marco institucional-; de esta forma, la calidad de la democracia no solo depende de las brechas financieras o políticas, sino también de las brechas institucionales, siendo en este caso de estudio, la parlamentaria; pues ha quedado claro que en un sistema político con un parlamento débil, sus capacidades de control político, como las calidades de su legislación tienden a quedar presa de las acciones del Poder Ejecutivo, lesionando sustancialmente el principio de separación de poderes y de complementariedad de los mismos.

El Parlamento como institución constituye el eslabón perdido del proceso de modernización del Estado, pues difícilmente se podrán aprobar reformas estructurales del Estado, sin un sistema de partidos lo suficientemente maduro para analizar la calidad del proyecto de ley, como también para dejar las pasiones partidarias y luchas viscerales, para dar paso a la construcción del interés general.

Caso contrario, tendríamos una iniciativa de ley –posiblemente con consenso social-, técnicamente bien diseñado, estrellándose frente a una realidad caracterizada por un marco reglamentario parlamentario imprevisible, bancadas parlamentarias con discursos vacíos sino clientelares, y con una pésima capacidad de control político sobre las fases de implementación y evaluación.

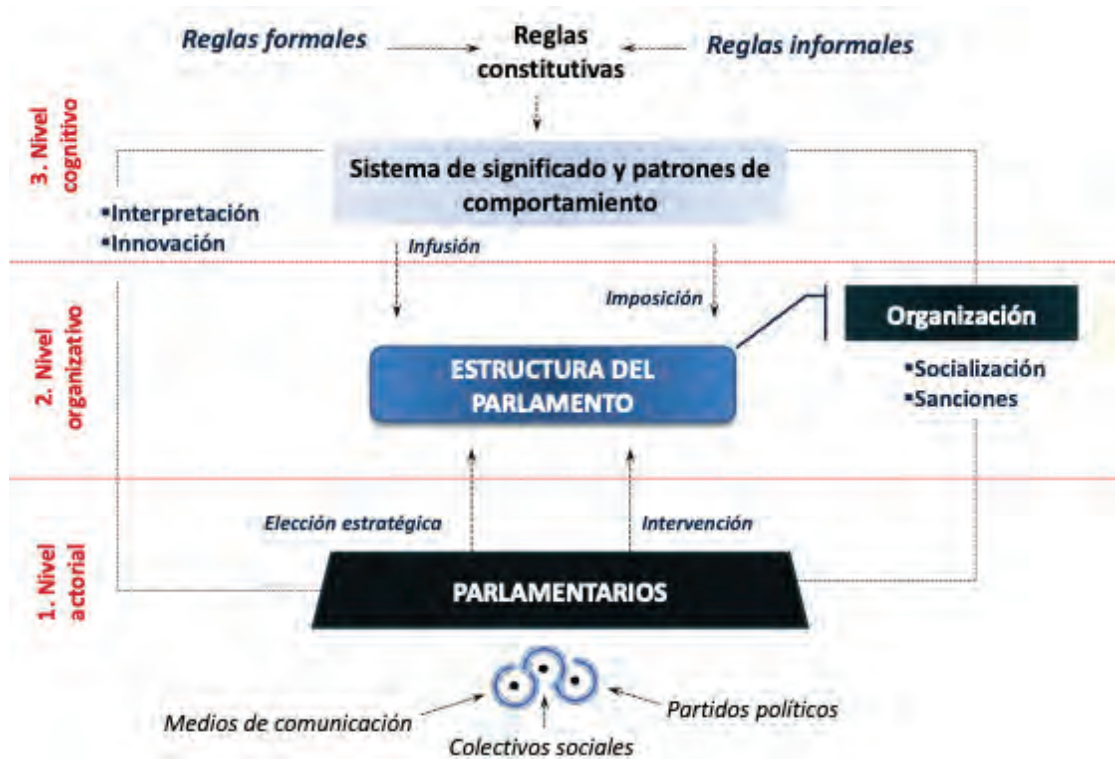
A pesar de que en los enfoques teóricos no existe un consenso sobre la definición misma de institución, se puede esclarecer

que el Parlamento como institución es el sistema de convicciones, valores, principios y reglas de juego correspondientes que determinan las funciones a desempeñar por los legisladores, producto de un proceso de elección legítima y democrática de sus miembros, como del marco jurídico -y reglamentario- que restringe sus actuaciones y pautas básicas de funcionamiento, y demás modos de relación con los demás poderes del Estado y con la sociedad en general.

Las instituciones conforman las estrategias de los actores y éstas, en su interacción, producen resultados colectivos. Para Colomer (2001), las instituciones proveen información, oportunidades, incentivos y restricciones tanto a los ciudadanos como a los líderes para la elección de estrategias y sólo cabe explicar los resultados colectivos a través de las decisiones estratégicas de los actores, que son influenciadas por un marco histórico-cultural. La capacidad de toma de decisiones emanadas desde Parlamento se encuentra profundamente marcada por el diseño institucional por medio del cual se materializan las dimensiones políticas y organizativas del mismo, desde las cuales toman vida las funciones legislativas, deliberativas y de control.

La gobernanza, entendida como la capacidad de interacción institucional del Parlamento debe ser analizada desde la organización e institucionalización parlamentaria. Se ha de evidenciar que el Parlamento como institución se estructura

Diagrama N° 2. El Parlamento como institución



Fuente: Elaboración propia a partir de North (2005)

en tres dimensiones complementarias, siendo la primera de ellas la actorial, seguida por la organizacional y finalmente por la cognitiva (ver Diagrama N° 2).

Desde la dimensión actorial³, las instituciones toman vida, es decir son orientadas según las características de sus actores, o mejor dicho el Parlamento asume su vida desde los actos colectivos de sus parlamentarios –la decisión parlamentaria-, quienes a su vez se encuentra vinculada por nexos formales

3 La dimensión actorial ha sido sumamente analizada por la ciencia política, la sociología y la economía, tratando de comprender entre muchos otros objetos de estudio, las dinámicas de coaliciones, los procesos de negociación que inciden en los resultados como en los procesos de las políticas públicas, el transfuguismo, la estabilidad e institucionalización del sistema de partidos, entre otros.

–estatutos, normas o legislación- o informales –prácticas y cultura política- con las estructuras de los partidos políticos y sus militantes, colectivos sociales de toda índole, así como de los medios de comunicación. A mejores canales de comunicación personal y de la bancada, mejor serán las relaciones con la oposición extraparlamentaria y viceversa.

El segundo nivel, definido como nivel organizacional⁴ pone el énfasis en lo que se podría denominar “la ingeniería

4 Esta dimensión ha sido analizada principalmente por el derecho comparado y parlamentario, pero también por la ciencia política, la sociología y la economía. Algunos de los principales enfoques de estudio ha sido las capacidades legislativas, los instrumentos de control parlamentario, institucionalización de los grupos parlamentarios, la capacidad de fiscalización parlamentaria, el poder de la junta de portavoces, las comisiones legislativas, entre otros.

institucional del Parlamento”, pasando el enfoque de estudio del resultado al proceso principalmente, es decir, se busca dilucidar el “vía crucis procedimental” de cada Parlamento en particular, y como ello genera costes de transacción al proceso político. El resultado final es comprender de una mejor forma el funcionamiento de la “maquinaria parlamentaria”, siendo una herramienta de gran utilidad el análisis comparado con realidades similares o diferenciadas.

El Parlamento como organización, implica el conjunto de recursos humanos, financieros, tecnológicos, de competencias y capacidades que en un momento dado son aplicados al servicio de las funciones de la institucionalidad parlamentaria (Prats, 1999). Finalmente, la dimensión cognitiva constituye el valor y lugar que se le da a la acción parlamentaria desde la concepción del modelo del sistema político, como de su ciudadanía; siendo que una y otra dimensión pueden reforzarse o impulsar hacia su transformación. Un Parlamento poco valorado o apreciado por la ciudadanía, no logrará capitalizar un apoyo social cuando su autonomía sea vulnerada o violentada por un Ejecutivo con voracidad de intromisión y de ejercicio político desde la informalidad.

La dimensión cognitiva genera institucionalidad parlamentaria desde aquellos valores a los que formalmente responde, siendo principalmente la representación del pluralismo y la promoción de la representatividad social –capacidad de

agregación de intereses-, cuya combinación faculta la construcción de consensos desde un modelo de seguridad jurídica y sentido de dirección de la sociedad, así como eficiencia económica, equidad social; en el marco de un proceso de promoción de la transparencia y credibilidad institucional. Sin embargo, para ello es fundamental no solo el buen desempeño de los actores –performance- sino también, un modelo organizacional que promueva la eficiencia, eficacia y legitimidad en la relación de sus fines y objetivos.

En síntesis, el Parlamento como institución se estructura por normas sociales formales e informales legitimadas dentro de la sociedad política, quienes delimitan el marco para la interacción y comportamiento⁵. Normas y patrones que se encuentran en la constitución política, el reglamento legislativo –institucionalidad formal⁶-, como también en la costumbre y niveles de relacionamiento político –institucionalidad informal⁷.

5 Para North (2005) las instituciones –o conjuntos de normas formales e informales– actúan como constreñimientos mentales para los individuos, lo que contribuye a estructurar las relaciones sociales. Las normas informales son parte del marco más amplio de la cultura, entendida ésta como la transmisión de generación en generación –vía enseñanza e imitación– de conocimientos, valores y otro tipo de factores que influyen el comportamiento, proveyendo un marco conceptual basado en el lenguaje para codificar e interpretar la información que los sentidos presentan al cerebro.

6 Las normas formales adquieren la forma de constituciones, leyes, tratados y contratos e inclusive estructuras organizacionales compuestas por personas que operan bajo las normas formales descritas. Estas son típicas de sociedades complejas en donde existe un Estado de derecho capaz no sólo de concebir sistemas judiciales para manejar las relaciones económicas, políticas y los contratos entre individuos, sino también como fórmula de atenuación para auto-regular a los grupos dominantes.

7 La institucionalidad informal es producto de una serie de valores y principios implícitos en las relaciones de poder y que se encuentran compartidos intersubjetivamente por miembros de una comunidad determinada. Las acciones orientadas bajo estas normas poseen un propio sentido; es decir, su realización

Desde este enfoque, el Parlamento se constituyen en una estructura que tipifica los roles de los actores políticos-sociales y ejerce control sobre sus acciones, pero también les ofrecen información sobre cuáles son los posibles resultados a partir de la selección de alternativas predeterminadas sobre los cursos de acción que están posibilitados o legitimados a llevar a cabo en un contexto sociológico e histórico particular

La institucionalidad parlamentaria confecciona procedimientos y estructuras operantes que definen y fortalecen valores, normas, intereses, identidades y creencias (Hall 1986); aspectos que en su totalidad producen articulaciones cognitivas quienes suministran estabilidad y significado a la conducta socio-política en una comunidad determinada. Por tanto, el diseño institucional parlamentario se compone por reglas generadas por los actores en la maximización de sus intereses personales y colectivos, pero luego a su vez esas reglas se transforman en restricciones hacia éstos en su forma de operar.

Al ser el diseño parlamentario producto de una voluntad normativa, es indispensable lograr adecuados arreglos con carácter de estabilidad, a efectos de que el Parlamento puedan cumplir eficazmente sus marcos competenciales.

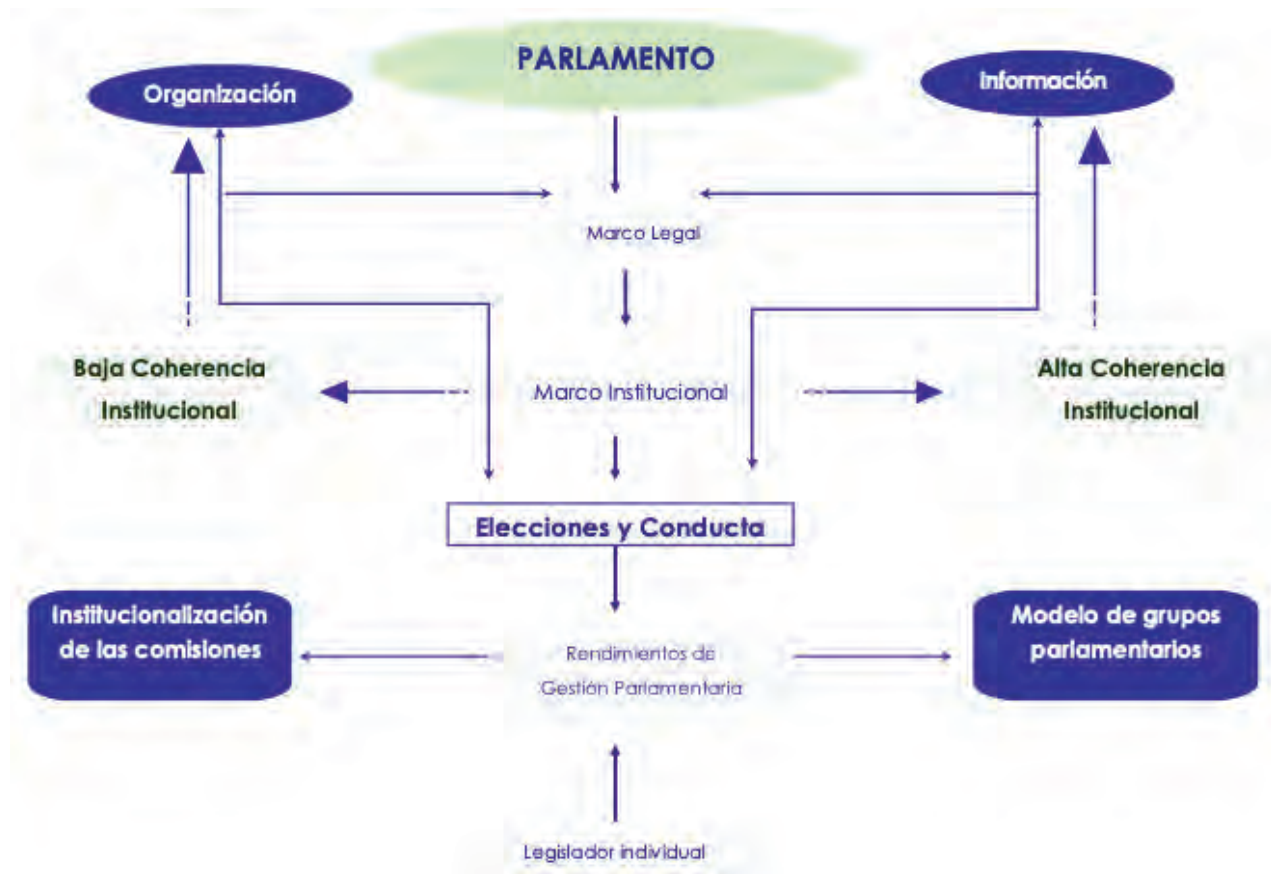
Un arreglo institucional está formado por n- pares ordenados o n- soluciones;

tiene un carácter racional y objetivo para los individuos de esa comunidad específica.

cada par o solución constituye la culminación de un proceso de negociación que han desarrollado los actores normativos sobre un tema específico. En virtud del carácter supra-ordinario de los negociadores, el grupo de soluciones toma finalmente el carácter de un cuerpo de restricciones a los comportamientos individuales, el cual busca armonizar el interés de cada sujeto con el bienestar colectivo. Si lo consideramos de esta manera, todo arreglo institucional constituye un "cierre", en cierta forma arbitrario, de los temas que van a formar parte de dicho arreglo; expresado en otros términos, todo arreglo institucional es necesariamente "incompleto", ya que sólo puede definir un conjunto de acuerdos que no son de momento renegociables, mientras queda abierto un infinito número de temas que pueden ser objeto de ulteriores negociaciones dentro del mismo marco. (Aguiar et al 2008 p. 43)

La rigidez estructural institucional siempre estará siendo atenuada por las capacidades y habilidades de los actores políticos, flexibilizando así las tensiones normativas con las transformaciones socio-políticas imperantes. De forma adicional a los arreglos institucionales capaces de ofrecer un complejo sistema de restricciones e incentivos, el diseño parlamentario ha de promover una acertada cultura institucional que se traduzca en la generación de un clima de confianza colectiva tendiente a facilitar

Diagrama N° 3. Cohesión institucional parlamentaria



Fuente: Elaboración propia

la cooperación y colaboración entre los diversos actores político-sociales.

La estabilidad del diseño parlamentario depende del equilibrio logrado en una primera instancia en la capacidad propia para mantenerse vigente y pertinente con el tiempo, pero principalmente la forma en que se logre su articulación interna para el cumplimiento de los marcos competenciales propios. La capacidad de coordinación e interacción entre el modelo de grupos parlamentarios y el nivel de institucionalización de las comisiones legislativas permanentes

ofrecen mecanismos de coordinación e interacción entre las variables político-institucionales que determinan el desempeño parlamentario.

A lo interno del modelo de organización parlamentaria es necesaria la existencia de cierto grado de cohesión con las estructuras de delegación funcional y de actuación política-representativa; entendiéndose por tal el grado mínimo de coherencia y acuerdo entre institucionalización del modelo de grupos parlamentarios y de comisiones legislativas permanentes; combinación

de actuaciones que tienden a regular y canalizar los conflictos en el ejercicio de la función legislativa, deliberativa y de control. La falta de cohesión institucional en estas dimensiones condiciona la capacidad de gestión interna y externa del Parlamento (ver Diagrama N° 3).

Un diseño parlamentario coherente reducirá los niveles de incertidumbre con respecto a la evolución de situaciones y eventos políticos estratégicos para los actores, pues la institucionalidad ofrecerá reglas de juego claras –costes de transacción-, facilita la información estratégica para la toma de decisiones –incertidumbre- y articula su accionar político con respeto al ejercicio de la autonomía parlamentaria;

Una coherencia institucional alta significa un alto nivel de coincidencia entre los actores institucionales y políticos para la ejecución de un determinado modelo de desarrollo; siendo ello un indicador de la capacidad de estructuración del sistema y del cómo la colaboración parlamentaria deja de ser un objetivo de la gestión, para ser una convicción operativa del proceso. Sin embargo, puede haber una alta diferenciación entre la coherencia institucional y la coherencia entre los parlamentarios, mientras que el primer tipo hace mención a comportamientos de articulación organizacional, el segundo es más desde un plano actitudinal. (Ruiz, 2007, p. 53.)

El principal efecto producido por las distorsiones de coherencia parlamentaria es el incremento de los costes de negociación entre los diversos espacios de decisión –comisión y pleno-, así como a nivel intra e interpartidario; abriéndose mayores posibilidades para el ejercicio de poderes formales e informales de veto por parte de los diversos actores institucionales y partidarios. Situación que tiende a imponer retrasos y generar mayores presiones por la falta de respuesta a la atención de las demandas sociales, minando así la eficacia y legitimidad de ejercicio del Parlamento.

Si los marcos institucionales promueven baja coherencia el principal impacto se dará en los canales de organización y articulación institucionales hacia los grupos parlamentarios, afectando con ello sus capacidades de actuación. Por el contrario, si los marcos fortalecen la coherencia institucional, los grupos parlamentarios tendrán mayor información para la comprensión de las demandas, necesidades y prioridades de la sociedad, con lo cual su capacidad de elección y previsión de las preferencias multi-actoriales será mayor; logrando así los arreglos institucionales adecuados para atender las diversas restricciones – políticas e institucionales-.

Una mayor cohesión institucional del Parlamento implica un incremento en su potestad de autonomía, pues con ello se logra dotar de un mayor poder relativo, mayores capacidades organizativas, así

como mejores niveles de información para la toma de decisiones, obteniendo con ello un adecuado margen para el ejercicio de la gobernabilidad parlamentaria.

En su defecto menores niveles de cohesión institucional generan mayores márgenes de actuación a la institucionalidad informal, siendo ésta en ocasiones complementaria a la institucionalidad formal, o bien, entrando en abierta contradicción, pues desde ella se filtran distorsiones políticas propias de intereses sectoriales o partidarios, afectando con ello las capacidades de gestión del legislador o de su grupo parlamentario.

En entornos complejos, los parlamentarios no están completamente capacitados para analizar la situación y calcular su estrategia óptima, y por tanto puede esperarse que adapten su estrategia en el tiempo basándose en aquellos aspectos considerados como efectivos e incluso en otros aspectos determinados como poco productivos. La capacidad de efectividad o no de los aprendizajes se encuentra profundamente vinculada a la idea de que las reglas proporcionan un mecanismo poderoso para regular, controlar y disuadir el conflicto entre los grupos, particularmente cuando hay altos niveles de fragmentación y ninguno de ellos se ha consolidado como la autoridad central (Axelrod, 2003).

La necesidad de contar con parlamentos ágiles y más oportunos contribuyó a una cultura de organización legislativa basada en el trabajo de las comisiones,

pretendiendo así una mayor canalización de las demandas sociales. Las comisiones se definen como “los grupos de trabajo, temporales o permanentes, estructurados a partir de áreas temáticas y constituidos por una parte de los integrantes de una Asamblea” (Alcántara et al. 2005, p. 256).

Aun cuando el Poder Ejecutivo cuenta con mayores recursos humanos y técnicos para formular sus propuestas de ley en comparación con los parlamentos, las comisiones tienden a ser una herramienta técnica y política para el análisis y la discusión de dichas propuestas. Estas representan uno de los espacios más estratégicos del parlamento, tipificados por la institucionalidad formal para el ejercicio de la negociación y la toma de decisiones. En ellas, la reducida cantidad de sus miembros contribuye a un debate más profundo y por ende a una mayor comprensión de las posiciones⁸.

II. Gobernanza parlamentaria y capacidad institucional

Se entiende por gobernabilidad parlamentaria cuando el proceso decisional se encuentra estructurado sociopolíticamente de modo tal que todos los actores estratégicos se interrelacionan para tomar decisiones colectivas y resolver sus conflictos conforme al sistema de reglas y de procedimientos formales o informales –que pueden registrar diversos niveles de institucionalización– dentro

⁸ Sartori (1995, p. 291) señalaba que la comisión legislativa, es el mecanismo en el cual las minorías sustantivas que son inexorablemente derrotadas cuando las decisiones se someten al voto mayoritario encuentran el lugar en el que sus reivindicaciones preferidas más intensamente pueden llegar a ser aprobadas.

del cual formulan sus expectativas y estrategias;

Las reglas y procedimientos de la gobernabilidad serán tanto más duraderas cuanto mayor grado de conflicto entre los actores estratégicos sean capaces de contener y procesar pacíficamente. La crisis de gobernabilidad sólo se produce en realidad cuando el conflicto entre los actores tradicionales por su poder relativo o del conflicto con nuevos actores emergentes pone en cuestión no una regla, procedimiento o fórmula específica, sino la misma matriz institucional que expresaba la estabilidad o equilibrio del sistema sociopolítico. (Prats 2001, p. 9.)

Por tanto, la gobernabilidad parlamentaria oscila en dos posibles dimensiones de actuación estabilidad política (i) y estabilidad democrática (ii). Mientras que la primera responde a consensos o fórmulas de atenuación entre las fuerzas políticas tradicionales o mayoritarias que concentraban el poder decisonal en el Parlamento, la segunda responde a modelos de inclusión pluripartidarios que aun generando coaliciones sobredimensionadas buscan procesos de toma de decisiones cercanos al mayor consenso posible⁹.

⁹ Indistintamente, el efecto tiende a ser la capacidad del sistema para adaptarse a nuevas dinámicas de relacionamiento para incluir la emergencia de estos nuevos actores, o en su defecto la parálisis parlamentaria. Esta capacidad de inclusión y en ocasiones de absorción, tiende a ser la estabilidad democrática institucional.

La diferencia entre una actuación y otra, se encuentra determinada en los niveles de legitimación formales e informales requeridos para que la decisión parlamentaria sea considerada eficaz y legítima por parte de la ciudadanía; "(...) la gobernabilidad es la cualidad propia de una comunidad política según la cual sus instituciones de gobierno actúan eficazmente dentro de su espacio de un modo considerado legítimo por la ciudadanía, permitiendo así el libre ejercicio de la voluntad política del ejecutivo mediante la obediencia cívica del pueblo" (Arbós y Giner 1996, p. 6).

La obtención de esta eficacia depende en gran medida de la capacidad que posea la estructura parlamentaria para canalizar y dar respuesta de forma satisfactoria a las necesidades socio-políticas, en un proceso caracterizado por constantes demandas que conllevan al surgimiento de conflictos entre la esfera política y social; cuya buena gestión integral permite desarrollar la legitimidad de ejercicio.

En términos de Coicaud (2000) la pérdida de legitimidad de ejercicio del Parlamento, no sólo es el resultado de una falta de éxito en la práctica del desarrollo de sus potestades, sino también del escaso o marginal éxito obtenido en el proceso electoral y particularmente en el pobre éxito de los rendimientos institucionales parlamentarios¹⁰.

¹⁰ La falta de confianza en el Parlamento se inicia con votaciones que expresan tanto un fraccionamiento partidario como una creciente tendencia al abstencionismo. Esta situación, seguida por una práctica legislativa precaria que no responde a las exigencias coyunturales, ni a una visión clara

Para Prats (1999) algunos de los factores que afectan la calidad del ejercicio parlamentario son: (a) sistema de representación de los legisladores – sistema electoral aplicado y la respectiva conformación del Poder Legislativo–, (b) definición del estatuto de los legisladores y la naturaleza de su representación, sus retribuciones y privilegios, así como la duración en el ejercicio de sus cargos; (c) existencia de liderazgos parlamentarios; y (d) mejoramiento de la calidad democrática de las leyes.

Adicionalmente se podría agregar el ejercicio de las potestades constitucionales para el control político y los niveles de acercamiento o relación con las comunidades representadas. Sobre el tema de credibilidad representativa de los parlamentarios, la Asamblea Legislativa es un reflejo de la calidad de los partidos políticos ahí representados. Si existen partidos políticos viciados por un activismo meramente electoral, carentes de un verdadero capital social en sus estructuras bases, y orientados por un fuerte clientelismo en la formulación de las políticas públicas, tendremos Parlamentos marcados notoriamente por estos rasgos.

Por el contrario, si los partidos políticos son focos de discusión y de análisis del entorno nacional y local, adoptan posiciones críticas con fundamento, muestran una clara vocación hacia la transparencia y la rendición de cuentas, y son estructuras

de desarrollo, genera una deficitaria demostración del derecho a gobernar y por ende, una débil credibilidad y apoyo en la acción política adoptada, cuyo proceso y resultado no goza de una plena confianza en el imaginario colectivo.

sensibilizadas y convencidas del valor de la participación ciudadana, entonces habrá Parlamentos cuyos partidos posean un capital social activo y con credibilidad¹¹. Entonces ¿cómo lograr la capacidad de coordinación entre los actores para una adecuada gobernabilidad parlamentaria? La respuesta se encuentra sin duda alguna en el diseño institucional, desde el cual se conciben incentivos y restricciones de cooperación y conflicto entre los actores estratégicos, es decir, la gobernanza parlamentaria.

Esta postura se aleja de ideas clásicas donde el Parlamento es rígido y jerárquico, y pretende introducir un estilo más cooperativo, donde las instituciones de gobierno junto a diferentes actores colaboran en el diseño e implementación de instrumentos capaces de dar solución a problemas sociales; contribuyendo así con: (i) la distribución del poder en la sociedad y sus grupos de interés, (ii) el mecanismo para la disposición de recursos, (iii) la fortaleza y organización con los colectivos sociales bajo interés comunes con los grupos parlamentarios, y finalmente (iv) un alto nivel de civismo y educación para lograr una identidad, responsabilidad y compromiso.

La importancia de estas condiciones recae en la necesidad y el reto de una inclusión, representación y representatividad de

¹¹En cuanto a la definición del estatuto de los legisladores, su naturaleza de representación, sus retribuciones y privilegios, así como la duración en el ejercicio de sus cargos, son factores dominantes para comprender los incentivos en cuanto a la disciplina partidaria a lo interno de la fracción y hacia el partido político. En caso de ser fracción oficialista, permite identificar los grados de lealtad, apoyo y estímulo hacia las líneas emanadas por el Ejecutivo.

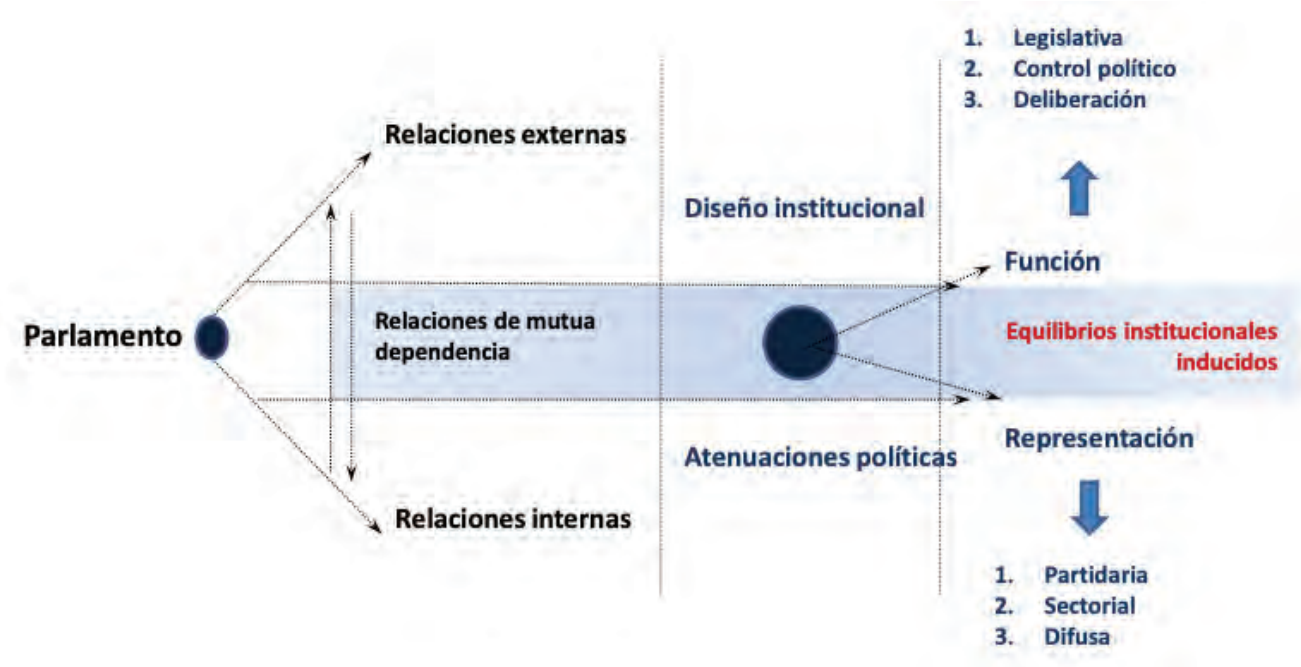
todas las posiciones, como desde la institucionalidad parlamentaria. Entonces, una correcta gobernanza es la que logra posiciones comunes de cooperación, no de conflicto y crisis de gobernabilidad. Se incorporan así al ejercicio de gobernar, a empresas de mercado, organizaciones civiles, grupos sociales e individuos particulares; planteándose así su necesaria alianza entre sí, como hacia los grupos parlamentarios. Implicando un cambio institucional para lograr la alianza entre el control jerárquico y la auto-determinación cívica de la vida pública.

La gobernanza parlamentaria está compuesta de al menos cuatro aspectos: (i) la gobernanza económica que faculta el desarrollo de sus funciones

propias por naturaleza constitucional, (ii) la gobernanza política, desde la cual toma vida el principio de autonomía parlamentaria, (iii) la gobernanza administrativa que refiere a la responsabilidad en la eficacia y eficiencia en la administración, y finalmente, (iv) la gobernanza sistémica por medio de la cual el accionar parlamentario se encuentra profundamente hilvanado al quehacer de los demás poderes constitucionales, tomando vida el principio de separación de poderes, como la exigencia de complementariedad entre estos.

Desde la gobernanza parlamentaria se entretajan relaciones multi-dimensionales de colaboración, coordinación y control entre el Poder Ejecutivo y el Poder

Diagrama N° 4. Gobernanza parlamentaria y capacidad institucional



Fuente: Elaboración propia

Legislativo, dinámicas que tienden a amplificar o reducir sus capacidades de actuación desde una combinación de factores político-institucionales. Por ello, se afirma que los Parlamentos no operan en un vacío de arquitectura institucional, pues toman vida a través de sus actores, sus preferencias y el cómo ellos logran articular sus objetivos, desde el cálculo estratégico del uso de los procedimientos –reglas de juego formales- y sus atenuaciones por la institucionalidad informal –las reglas culturales que determinan las relaciones de poder- (Ver Diagrama N° 4).

El diseño institucional parlamentario consiste en la creación de una forma de promover resultados en las funciones legislativas, de control y de deliberación, en un contexto de relaciones de mutua dependencia entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo para la canalización y articulación del interés general. La ingeniería de la institucionalidad parlamentaria surge como una forma de articulación político-social para la transformación de las preferencias individuales en colectivas, es decir, la construcción racionalizada del interés colectivo bajo el dominio de un Estado de Derecho en un régimen democrático, en un marco de gobernabilidad y gobernanza parlamentaria.

La gobernanza parlamentaria descansa en su capacidad para promover y consolidar el diseño de un conjunto de reglas y principios adecuados, a través de los cuales se determina el cómo y el quién participa en la adopción de las

decisiones públicas, y el quién y el cómo puede hacer uso de los mecanismos de impugnación de esas decisiones, como de aquellas otras vías alternas y complementarias para la manifestación de las interacciones público-privadas que dotan de carácter identitario a los tejidos sociopolíticos existentes.

Al entender a la gobernanza parlamentaria como el conjunto de reglas de juego y la base institucional por medio de la cual se materializan los procesos decisionales, se debe considerar a su vez la capacidad de adaptación y flexibilidad de la misma, para ajustarse continuamente a los factores endógenos y exógenos, sin caer en tendencias arraigadas de reformismo institucional. La efectividad de la gobernanza parlamentaria se encuentra condicionada a su capacidad para producir reglas de juego formuladas con claridad y mecanismos de acceso a la información proclives a reducir la incertidumbre del proceso decisional. De forma tal que el diseño parlamentario tiende a ser eficaz cuando éste permite disminuir la incertidumbre originada en las reglas y mediante un sistema de incentivos se controla la incertidumbre derivada de las interacciones socio-políticas.

El diseño parlamentario no elimina los conflictos de las decisiones colectivas, pero si permiten atemperarlo y manejarlo dentro de los cauces de la legalidad jurídica y la legitimidad del interés aceptado por los actores participantes; constituyéndose además en espacios públicos que facilitan la construcción del interés colectivo. Sin embargo, el diseño

no opera al vacío, pues las interacciones externas tienden a sobrecargar sus capacidades de respuesta y de acción legislativa.

Desde la teoría de la elección racional, el diseño institucional es el resultado de los arreglos político-institucionales entre los actores con poder de decisión y aquellos con poder de veto –veto players–, quienes realizan un cálculo estratégico de sus preferencias, teniendo conocimiento de sus objetivos, recursos y de las circunstancias que enfrentan. Por tanto, la decisión estratégica es producto del trinomio articulado por: a) los actores toman decisiones racionales con arreglo a fines, b) dadas sus preferencias (elemento subjetivo de la acción) y c) teniendo en cuenta cuáles son las restricciones en las que pueden tomar sus decisiones -elemento objetivo de la acción-¹² (Martínez, 2004).

La combinación y atenuación del diseño parlamentario por el cálculo de los factores políticos es entendida como el conjunto de arreglos institucionales, que son a su vez soluciones de aprendizaje histórico, formuladas por los tomadores de decisiones para ir modelando de forma particular las estructuras del Parlamento,

12stos tres principios constituyen una teoría general de la acción, en la cual lo objetivo y lo subjetivo son relacionados, teniendo como síntesis de éstos las acciones sociales. Se entiende lo objetivo como las restricciones a la acción, mientras que lo subjetivo es constituido por las preferencias de los actores, así como la interpretación que ellos hagan de las situaciones. Por lo tanto, las acciones son producto de la relación entre lo objetivo y lo subjetivo, producto que es mediado por la racionalidad. El trinomio acciones-preferencias-restricciones es relacionado por medio de la racionalidad, pues se supone que el agente elige entre varios cursos posibles de acción, buscando maximizar su utilidad -o bien, minimizar sus costes- sujeta a restricciones.

es decir, sus márgenes de actuación de carácter político, administrativo y financiero, quienes en su sumatoria integral se recogen el principio de separación de poderes y por resultado la capacidad de autonomía parlamentaria. De esta forma la autonomía parlamentaria, vista ahora como un arreglo político-institucional se origina de acuerdos iniciales que establecen cuerpos de restricciones e incentivos tendientes a regular las interacciones que se dan en el espacio legislativo, y en aquellas dimensiones del Ejecutivo donde tiene responsabilidad o capacidad parlamentaria.

El diseño parlamentario existente establece parámetros para la acción, pero también puede auto-reforzarse o dificultar su sustitución, mediante los efectos de los incentivos que posee y modelan las actuaciones de los diputados. Ciertos diseños pueden producir resultados ineficientes y sobrevivir, como consecuencia de un aprendizaje de los actores mediante el uso y adaptación a las regularidades e irregularidades institucionales y sus costes de su sustitución; donde el resultado suele ser una superposición de la institucionalidad informal a la formal.

Es por tanto el reglamento legislativo el factor institucional donde se contemplan el conjunto de reglas emanadas por la potestad auto-normativa con la finalidad de disciplinar los procedimientos para el desarrollo de sus actividades, determinar los órganos que los conforman y las funciones asignadas al Parlamento. De

forma tal que se asegura la adecuada canalización del marco competencial dado en la constitución política, por medio del cual se definen los niveles de relacionamiento entre los supremos poderes, así como hacia la administración pública o a terceros.

Cuanto menos amplia y detallada sea la regulación constitucional en materia parlamentaria, más vastos y prolongados, serán los reglamentos parlamentarios, dándose entonces una relación inversa;

Como ha puesto de manifiesto Manzella, respecto a la autonomía parlamentaria, la Constitución ofrece el cuadro de las atribuciones y de los principios procedimentales base, creando un espacio que pertenece al poder normativo de las Cámaras, colmar con una disciplina, correspondiente a las exigencias políticas de funcionalidad parlamentaria que debe mantenerse al interior de aquel cuadro y de aquellos principios. (Marín 2005, p. 44).

Rubén Hernández (2000) determina que, dentro del ordenamiento parlamentario, el reglamento interno constituye el instrumento técnico por medio del cual el proceso político se convierte en un proceso jurídico, razón por la cual éste deberá de ser elástico, pues constituye el núcleo dinámico de ese ordenamiento, cuya finalidad es absorber y racionalizar las tensiones y demandas del proceso político en la arena parlamentaria.

Esas posibles tensiones y demandas señaladas por Hernández (2000) pasan por aspectos de gestión de control político y la gestión de la potestad legislativa, como también por asuntos de orden administrativo y organizacional; en cuya dinámica la construcción de la agenda parlamentaria si bien responde a reconfiguraciones de las relaciones de poder -dada la diversidad de intereses y posiciones-, conlleva a su vez implicaciones de carácter administrativo y organizacional;

El concepto de flexibilidad del Reglamento Interno debe combinarse con el de estabilidad, en el sentido de que éste constituye un factor de institucionalización de las fuerzas políticas que operan en el Parlamento. Lo anterior significa que el Reglamento Interno responde a exigencias permanentes en las que el ordenamiento parlamentario encuentra su razón de ser y operar. Estas exigencias se refieren, por ejemplo, a que la mayoría actúe sin impedir a las minorías desarrollar su función, y éstas, por su parte, deben desenvolverse sin usurpar los poderes funcionales de la mayoría. Otra característica importante del Reglamento Interno, derivada de su flexibilidad, es la posibilidad de que sea derogado, para casos concretos, por otros actos y comportamientos que también constituyen fuentes normativas del ordenamiento parlamentario. (Hernández 2000, pp. 50-51).

Ante una debilidad institucional y escasez de un adecuado sistema de incentivos y restricciones el sistema tiende a canalizar sus tensiones y conflictos principalmente por la vía informal. En situación inversa, ante una cultura política deficiente o inestable –alta fluidez y debilidad del sistema de partidos, por ejemplo–, el sistema requiere de una mayor dependencia de incentivos y restricciones formales, a efectos de asegurar la estabilidad política (Vargas & Petri 2008).

Por ejemplo, el análisis comparado de los reglamentos de Centroamérica y República Dominicana, faculta la identificación de los modelos de organización y funcionamiento adoptados en la región. Las diferencias regionales determinan además la capacidad de flexibilidad, espontaneidad y dinamicidad de los mismos, para concebir aquellas normas necesarias que contribuyan a la estabilidad política del Parlamento. Los reglamentos parlamentarios de la región se han caracterizado por estar inmersos en un constante proceso de reformas parciales y estructurales, que en la mayoría de los casos desembocan en una reestructuración sustancial de los mismos¹³.

¹³El reformismo parlamentario se puede identificar en: a) reformas parciales, b) reformas semi-estructurales, y c) reformas estructurales. Se parte de dos supuestos de interlocución política, una disconformidad generalizada o focalizada. Si los actores políticos identifican una fuerte viabilidad y consenso político sobre una mayor cantidad de ejes temáticos optarán por una reforma estructural, y conforme la solidez de los apoyos políticos pueda irse minando irán declinando hacia reformas semi-estructurales o parciales. Por lo contrario, la disconformidad focalizada se da sobre un tema específico y el consenso político tiende a tejerse únicamente como una reforma parcial, que en ocasiones ante la falta de articulación de alianzas, es sacrificada su especialidad para ampliarse hacia una reforma semi-estructural, provocando una sumatoria

A una mayor recurrencia de reformas reglamentarias, menor será el grado de dependencia a la estabilidad política, entendiéndose por tal, los arreglos políticos institucionales dados por dos o más bancadas, cuya articulación faculta la construcción de las mayorías parlamentarias necesarias para la adopción de decisiones.

Entre más alto sea el nivel de tipificación temática más se incide en la ingeniería parlamentaria para asegurar la promoción de mejores niveles de estabilidad democrática, es decir, la representación y proporcionalidad de todas las fuerzas políticas reflejadas en el espectro del parlamentario. La tipificación temática destaca la capacidad del reglamento para trascender las tendencias de función legislativa a orientaciones de carácter deliberativo, como de control y fiscalización parlamentaria, particularmente los derechos de las minorías, entre otros. El resultado al analizar los reglamentos legislativos de la región es que la ingeniería parlamentaria desde la plataforma de los reglamentos se ha orientado por una amplia tipificación del proceso de formación de la ley, lo cual deja por resultado un absoluto desnivel en cuanto a la constitución de normas sustantivas y procedimentales que faculten el adecuado y recurrente ejercicio del control parlamentario (Ver Cuadro N° 1).

de agendas e intereses. En aquellos sistemas políticos donde son más evidentes las reformas parciales –aún cuando sean significativas y generen un cambio proporcional– demuestran que los consensos políticos se dan solo sobre un elemento concreto para la creación, modificación, precisión o inclusive eliminación de una regla o conjunto específico de reglas parlamentarias.

Cuadro N° 1. Orientación funcional de los reglamentos legislativos en Centroamérica y República Dominicana

País	Nivel de institucionalización		
	Legislación	Control parlamentario	Administración
Guatemala	++	+/-	++
Honduras	++	+/-	++
El Salvador	++	+/-	++
Nicaragua	++	+/-	+/-
Costa Rica	++	+/-	+/-
Panamá	++	+/-	++
República Dominicana (Cámara de Diputados)	++	+/-	++
República Dominicana (Senado)	++	+/-	+/-

++: Detallada

+: Amplia

+/-: Básica

-: Deficiente

Fuente: Elaboración propia con base en los reglamentos parlamentarios de la región

Del Cuadro N° 1 se infiere dos tendencias homogéneas en la región: a) un nivel detallado de institucionalización de la función legislativa y b) un nivel básico de institucionalización de la función de fiscalización parlamentaria. En cuanto a la función de auto administración se destacan los casos de Guatemala, Honduras, El Salvador, Panamá y el caso de la Cámara de Diputados de la República Dominicana con niveles detallados, y en un segundo lugar, los casos de Nicaragua, Costa Rica y la Cámara de Senadores de la República Dominicana con niveles básicos.

El resultado es una ingeniería parlamentaria que desde la plataforma de los reglamentos se orienta por una amplia tipificación del proceso de formación de la ley, lo cual deja por resultado un absoluto desnivel en cuanto a la constitución de normas sustantivas y procedimentales que faculden el adecuado y recurrente ejercicio del control parlamentario.

III. Los enfoques sobre la modernización parlamentaria

La modernización parlamentaria entendida como una relativa estabilización del diseño institucional, depende entonces de una sutil influencia provista por el control de la estructura y el procedimiento, en contraposición a una tendencia neo-clásica que asumió el contexto institucional como un aspecto fijo, dado y exógeno, opacando así la capacidad del análisis del cómo dicho contexto contribuía también a la influencia de equilibrios inter-dinámicos entre los actores políticos y la sociedad.

El desafío entonces es el transitar entre asegurar los diseños institucionales adecuados y obtener los resultados necesarios a partir de la combinación de variables políticas que dan vida al acontecer parlamentario en los sistemas presidencialistas, particularmente en aquellos momentos de tensión y conflicto entre el Ejecutivo y Legislativo, como a lo interno de éste.

La capacidad de modernización del Parlamento se pone a prueba precisamente en situaciones en las

cuales el antagonismo de intereses y posiciones es tan extremo, que incentiva a los actores políticos a buscar soluciones de canalización o imposición, alternas a las institucionalmente establecidas. El éxito del “espíritu de modernización” radica entonces en la capacidad de flexibilización de los procedimientos para seguir articulando las diferencias y estimulando a la auto-regulación de los actores por las vías formales; sin dejar de lado que en la realidad política se buscará controlar e interpretar los procedimientos, como una forma de constreñir los márgenes de maniobra de los adversarios.

De esta forma la ingeniería institucional que orienta las capacidades de relacionamiento entre los actores parlamentarios, como de estos hacia otros actores, es entendida como gobernanza parlamentaria, y las formas potenciales de integración de sus diversos mecanismos político-institucionales conforman un panorama mucho más amplio denominado “capacidad institucional parlamentaria”.

El proceso de modernización importa, y más aún porque toma vida a través de los actores. Ello lleva entonces a valorar la misma identidad y preferencia de éstos, pues son sus preferencias quienes se encuentran reflejadas en el diseño mismo de las reglas de juego, es decir en los reglamentos y las estructuras organizacionales derivadas.

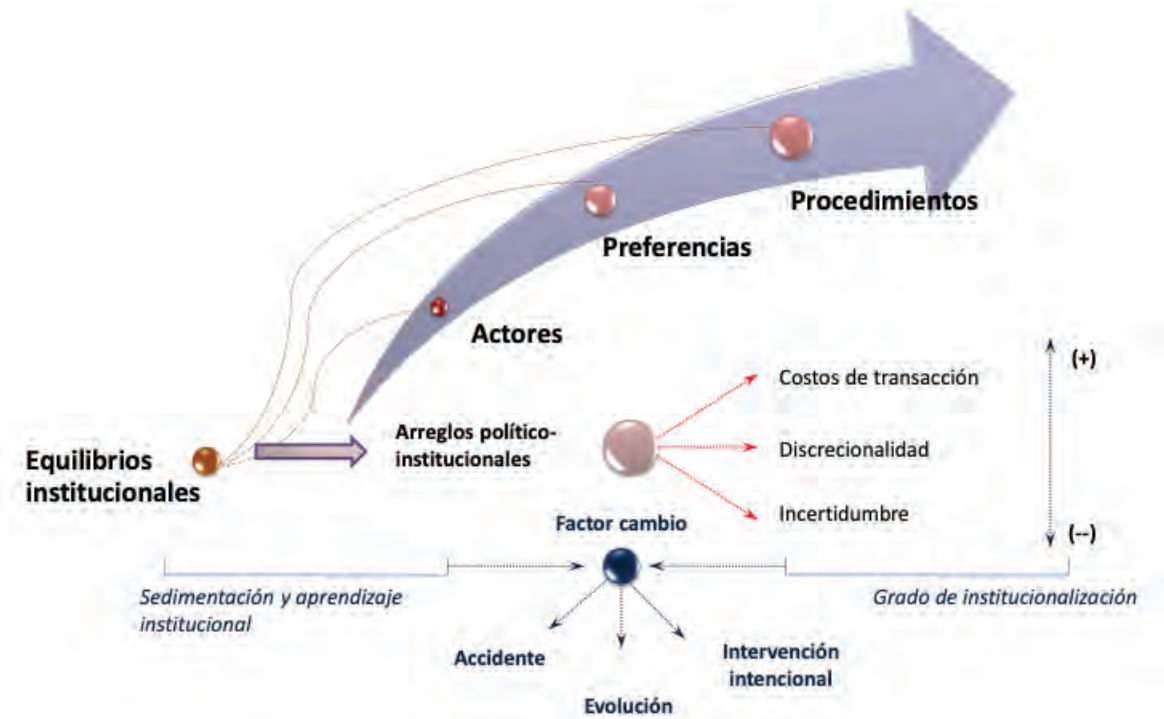
El Parlamento como institución consiste en una distribución de actividades, una división de actores y la reunión de las actividades con los individuos, de tal suerte que una subdivisión de individuos tenga jurisdicción sobre un subconjunto específico de actividades (Shepsle y Bonchek, 2005). Por tanto, el diseño institucional implica funciones de control y supervisión sobre los diversos efectos formales e informales generados, particularmente sobre la forma de interacción entre representantes y representados en la toma de decisiones.

La teoría de las “instituciones en equilibrio” sostiene que la elección y supervivencia de las instituciones depende de su desempeño en la provisión de los bienes públicos y en la reproducción de los costes de transacción, así como de la vía por la que han sido elegidas, incluido el papel de pequeños acontecimientos y de la suerte en la obtención de adhesiones.

Una vez que las instituciones existen, establecen parámetros para la acción, pero también pueden auto-reforzarse y dificultar su sustitución mediante los efectos de los incentivos que comportan. Incluso ciertas instituciones que producen resultados ineficientes pueden sobrevivir como consecuencia del aprendizaje de los actores mediante el uso, su adaptación a las regularidades institucionales y los costes de su sustitución (North 2005).

El concepto de “equilibrio inducido institucionalmente” de Kenneth Shepsle (1986) expone que las estrategias de

Diagrama N° 5. Equilibrios institucionales y cambio institucional



Fuente: Elaboración propia

los actores y sus interacciones en un escenario social pluralista pueden producir elecciones sociales estables, aunque a veces no deseadas o ineficientes, gracias al papel de las instituciones. La estabilidad es un resultado de los costes impuestos a ciertas estrategias y de los mecanismos de agregación establecidos por las reglas institucionales.

Por tanto, toda modernización parlamentaria parte de la búsqueda de un equilibrio institucional, donde la ecuación se encuentra dominada por la integración de tres factores estratégicos: (a) actores, (b) preferencias y (c) procedimientos. No obstante, aún cuando una perfecta alineación entre actores y preferencias se

haya conjugado, siempre el factor institucional asumirá una posición privilegiada, pues al final de cuentas son las instituciones quienes regulan los conflictos de la sociedad y por ello su sobrevivencia (ver Diagrama N° 5).

Si el procedimiento tiende a ser complejo y disperso, los actores optarán por reformas paralelas, es decir vía institucionalidad informal, salvo que la garantía de institucionalización determina la sostenibilidad de la transformación en la ingeniería parlamentaria deseada – o incluso ante la amenaza de una futura emergencia de actores estratégicos que alteren la reconfiguración de las relaciones de poder –.

Como se infiere en el Diagrama N° 5, el cambio institucional parlamentario tiende a surgir ya sea por (a) accidente –lo que sucede simplemente sucede-, (b) por evolución –se han dado mecanismos de selección, habitualmente de naturaleza competitiva, que determinan la supervivencia de prácticas específicas-, o bien (c) por una intervención intencional –efecto de una intervención deliberada por parte de los agentes dotados de intención e búsqueda de un objetivo-.

Desde la primera perspectiva –accidente- no juegan causales político-institucionales mayores que impulsen el cambio, pues lo que sucede, simplemente sucede, por lo cual el cambio es producto de una cuestión puramente de contingencia político-institucional (Goodin, 2003). La cuestión entonces es ¿por qué cambian las instituciones? ¿son todos los cambios pertinentes? ¿quién determina la pertinencia o no de esos cambios?

El diseño parlamentario representa un mecanismo de solución de conflictos sociales dentro del sistema político, puesto que se requiere de un liderazgo imaginativo para hacerle frente al gran número de intereses que presionan con sus demandas; se necesita de habilidad en el análisis partidista y capacidad para reestructurar las controversias políticas, para identificar las plataformas institucionales más aptas a las realidades históricas, políticas y culturales de una sociedad, sin caer en la tentación de anclajes sin posibilidad de adaptación.

Los cambios institucionales por evolución son producto de variaciones iniciales que bien han sido por accidente o simplemente por una cuestión al azar, donde la dimensión política de los actores que dirigen las instituciones, particularmente sus personalidades han podido dejar una huella que de una forma u otra tiende a influir en términos generales en la gobernanza parlamentaria. Bajo esta perspectiva, la institucionalidad informal prolongada puede generar transformaciones institucionales bajo una lógica de absorción de las reglas informales hacia las formales.

El tercer tipo es la intervención intencional, donde el cambio es producto de una actuación deliberada por actores estratégicos quienes pretenden alteraciones parciales o totales en busca de intereses y objetivos determinados. No obstante, no se puede obviar que el diseño parlamentario es a menudo el resultado de actividades intencionales que se descaminan: subproductos imprevistos, derivados de ciertas acciones intencionales que se superponen entre sí, de intenciones mal dirigidas o simplemente, de un error (Goodin, 2003).

Los resultados de una perspectiva u otra llevará siempre a puntos de tensión entre la formulación de un modelo normativo perfecto o bien estructuras de carácter empírico susceptibles a la perfectibilidad. El supuesto medular del diseño institucional es una adecuada correspondencia con los entornos internos y externos,

ello implica que su conceptualización normativa y prescriptiva debe lograr niveles óptimos de coherencia intra-institucional como inter-institucional, en armonía con el resto de la ingeniería del Estado y del contexto social en el cual se encuentra inserta. Sin embargo, en ocasiones la falta de coherencia puede responder a incentivos para alentar la falta de armonía y por tanto constantes confrontaciones del proceso decisional y con ello mejorar los niveles de calidad de los resultados institucionales –fenómenos identificados como irritantes institucionales (Goodin, 2003).

Cuando el Parlamento se transforma de forma endógena – modificación de las reglas de juego –, deja de ser el mismo, con lo cual se modifican, crean o transforman muchas incertidumbres del cómo los procedimientos alteran o modifican las preferencias de los actores. Aspectos que tienden a reflejarse directamente en los costes de transacción política, el desafío entonces es generar adecuados arreglos institucionales capaces a adaptarse al ambiente interno y externo, sin que ello desemboque en un proceso permanente de reforma institucional.

Entonces, ¿por qué han fallado muchos de los procesos de modernización parlamentaria? Se pretender generar afirmaciones generalizadoras suele encontrarse como tendencias que los procesos de modernización parlamentaria son eminentemente procesos de carácter político y por ende:

- Las estrategias de modernización serán más eficientes en cuanto más institucionalizados y programáticos sean los partidos políticos.
- El diseño organizacional parlamentario asegure una sólida capacidad para elaborar políticas públicas
- Los sistemas de seguimiento, evaluación y control de las reformas institucionales sean eficientes, transparentes y gocen de legitimidad técnica y política.
- La administración parlamentaria sea fuerte y técnicamente competente

Las intervenciones de modernización parlamentaria han respondido a una combinación de factores que van desde subir las capacidades técnicas de los funcionarios como de los parlamentarios hasta procesos de reforma en infraestructura, según se desprende del Cuadro N° 2. No obstante, la cuestión fundamental es que en muchas ocasiones los procesos originados desde las agendas de la cooperación internacional parten de un “proceso” de sensibilización y apropiación por parte del receptor, lo cual no siempre es fácil de dar continuidad, particularmente cuando dicho receptor no participa de forma activa en su “apropiación”, especialmente en la definición de los contenidos, ámbitos y límites de la intervención.

La falta de sinergia entre la base intelectual y la base política tiende a expresarse particularmente en los momentos de “relineamiento de las fuerzas políticas”, pues los grupos marginados o excluidos del proceso de

modernización terminan por categorizar las transformaciones institucionales como algo muy particular de un partido político, o bien de una gestión individualizada de un grupo de parlamentarios. El secreto es integrar procesos amplios de negociaciones más variadas, que, si bien pueden atentar contra los tiempos de los proyectos de las agendas de los organismos internacionales, si contribuye a la construcción de una sostenibilidad más allá de la dimensión económica, es decir la sostenibilidad política y técnica de los procesos.

Para el desarrollo de estrategias viables de modernización se requiere comprender cómo el diseño actual contribuye o no, a la capacidad de los parlamentarios para el ejercicio de sus funciones, o bien, si estos optan por una posición de comodidad

al cuestionar y modificar únicamente las agendas emanadas por el partido en gobierno, el Poder Ejecutivo e incluso por la oposición extra-parlamentaria.

El postulado central de esta reflexión es apostar por una decodificación, de-construcción y re-construcción del sistema de incentivos y restricciones formales e informales que influyen en el desempeño del legislador en su condición individual, del grupo parlamentario, y del Parlamento como un todo.

La identificación del sistema de incentivos y restricciones responde a un cálculo estratégico sobre los posibles efectos de la agenda del proceso de modernización, vislumbrando su capacidad de incidencia positiva o negativa en el diseño institucional como un todo.

Cuadro N° 2. Enfoques de la modernización parlamentaria –primera generación-

Nivel	Dimensión	Áreas de intervención
Nivel actuarial	Funcionarios parlamentarios	Habilidades en técnicas legislativas Investigación parlamentaria Formación de habilidades colaterales Desarrollo de metodologías
	Parlamentarios	Capacitación en funciones parlamentarias Habilidades de interlocución democrática Intercambio de experiencias
Nivel organizacional	Administración organizacional	Directorios legislativos Modelos y prácticas de gestión administrativa Estructuración de equipos técnicos para asistir el proceso de formación de la ley
	Tecnología	Dotación de equipo informático Informatización de procesos Pizarras y mecanismos de votación electrónica Sistemas integrados de información Estrategias de gobierno digital
	Infraestructura	Remodelación de sedes Construcción de sedes

Fuente: *Elaboración propia*

Cuadro N° 3. Enfoques de la modernización parlamentaria –segunda generación-

Nivel	Dimensión	Áreas de intervención
Nivel actorial	Funcionarios parlamentarios	Técnicas de control parlamentario Técnicas para mejorar la calidad de la ley –especialidad temática- Carrera de funcionarios parlamentarios Unidades de apoyo a la construcción de políticas públicas
	Parlamentarios	Profesionalización y especialización del trabajo de comisiones legislativas Acentuar el papel de las mayorías y minorías en el proceso democrático Abrir espacios de debate, o mesas de seguimiento para temas particulares y sensibles – transfuguismo, rendición de cuentas del gasto público, etc.
Nivel organizacional	Administración organizacional	Líneas de publicación especializadas en temas particulares Centros de investigación o unidades especializadas, como las Oficinas de Control del Presupuesto Mecanismos de enlace con las administraciones públicas Simplificación de trámites y procesos legislativos
	Tecnología	Presentación de sesiones on line Acceso a información institucional desde la página web Mecanismos de participación y consulta ciudadana
	Infraestructura	Adecuación de espacios para procesos de generación de foros, debates, y otras actividades que contribuyen a la construcción de opiniones diversas

Fuente: Elaboración propia

Por tanto, la modernización debe estructurarse no solo en mejorar las instancias técnicas, sino también concebir dentro de esa dinámica el ejercicio de las instancias políticas, tales como las bancadas parlamentarias y las juntas de jefes de fracción, entre otras. Pasando el enfoque de las reformas de primera generación –orientadas a los modelos organizacionales y de gestión-, para avanzar hacia reformas de segundo nivel, tales como mejoramiento de las vinculaciones con la ciudadanía, participación ciudadana, representatividad política, entre otros (ver Cuadro N° 3)

En un sistema democrático, es el Parlamento la institución designada para tomar decisiones y ejercer el control político

de éstas, en función del bienestar de la colectividad, siendo entonces los grupos parlamentarios y sus legisladores quienes han de considerar “...las respuestas a los problemas recurrentes son a menudo institucionalizadas. La acción colectiva ocurre en la comunidad política porque se han establecido procedimientos normalizados para suministrar a los actores políticos los incentivos adecuados con el propósito de que emprendan las acciones necesarias para suministrar un bien público o controlar un efecto externo” (Shepsle y Bonchek, 2005, p. 289).

La modernización parlamentaria no se encuentra completa si la integralidad de sus actuaciones no contribuya a fortalecer: conectividad, iniciativas internet, sistemas de datos intranet, workflow parlamentario

-firmas digitales en los procesos parlamentarios-, emisión de televisión – programas televisivos como sesiones del pleno y comisiones vía on line-, programas de acercamiento al ciudadano, y procesos de institucionalización de gestión del conocimiento¹⁴.

En términos globales se puede inducir que las reformas de segunda generación ponen el énfasis en la continuidad por la mejora del proceso de la ley, pero suman a ello el valor estratégico de la función del control parlamentario para las democracias contemporáneas; así como la estricta necesidad de mejorar las relaciones de los parlamentarios con la sociedad.

La adecuada correspondencia del diseño parlamentario solo es posible cuando en sí mismo se alberga la posibilidad de revisión, sin caer en tendencias permanentes de reforma y constante transformación. De forma tal que la solidez surja como capacidad de adaptación selectiva a nuevas situaciones y no resultar inelásticas y fáciles de desmoronar. Ambos factores deben ser a su vez armónicos con la sensibilidad a la complejidad motivacional de los parlamentarios, sin caer en procesos

¹⁴ La gestión del conocimiento contribuye a la creación de procesos de mediación pedagógica para el desarrollo de los objetivos estratégicos institucionales, tomando en consideración las capacidades instaladas -actuales y potenciales- en el marco del cumplimiento de la planificación operativa y estratégica. Por tanto, posee una doble naturaleza de actuación: interna y externa; la primera enfatiza el desarrollo de las habilidades técnicas y políticas necesarias, mientras que en la segunda se plantea la necesidad de "innovación y desarrollo" constante, a efectos de promover un mayor acercamiento del Parlamento con otras instancias públicas, como con la ciudadanía en general. Por tanto, los procesos internos y externos constantemente viven en una dinámica de sinergia y retroalimentación constante.

estrictos que emanan de "afuera hacia adentro"¹⁵.

Toda actuación de modernización debe contribuir al proceso de racionalización y simplificación de la gestión, desde una integración del conocimiento técnico, como de las características de la cultura organizacional y política, a efectos de poder incidir en el modelo cognitivo del Parlamento como institución, pues solo así tanto los actores políticos como los técnicos se apropiarán de las razones del cambio; particularmente en una sociedad que cada vez es más fragmentada, dispersa y por qué no contradictoria.

¹⁵ Se entiende "de afuera hacia adentro" aquellas atenuaciones institucionales donde la dirección política parlamentaria surge de escenarios extraparlamentarios, sean las direcciones de los partidos políticos, un líder en particular, o bien, desde las estructuras del partido de gobierno. Desde ésta figura el "rôle" del parlamentario se restringe a ser un simple ratificador de decisiones adoptadas en otras dimensiones externas al Poder Legislativo.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, F. et al (coord.) (2008). *Economía, sociedad y teoría de juegos*. Mc Graw-Hill. Madrid
- Alcántara, M. et al. (2005). *Funciones, Procedimientos y Escenarios: un análisis del Poder Legislativo en América Latina*. Ediciones Universidad Salamanca. Salamanca.
- Arbós, X. y Giner S. (1996). *La Gobernabilidad. Ciudadanía y democracia en la encrucijada mundial*. Editorial Siglo XXI, Madrid.
- Axelrod, R. (2003). *La complejidad de la cooperación. Modelos de cooperación y colaboración basados en los agentes*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Coicaud, J. (2000). *Legitimidad y política. Contribución al estudio del derecho y de la responsabilidad política*, *Homo Sapiens*, Ediciones Rosario, Buenos Aires.
- Colomer, J. (2001). *Instituciones políticas*, *Ariel Ciencia Política*, Barcelona.
- Goodin, R. (2003). *Teoría del diseño institucional*. Gedisa Editores. Barcelona
- Hall, P. (1986). *Governing the economy. The Politics of State Intervention in Britain and France*. Oxford University Press. Oxford
- Hernández, R. (2000). *Derecho Parlamentario Costarricense*. IJSA Investigaciones Jurídicas, S.A., San José
- Marín Vidal, T. (2005). *Los Reglamentos de las Asambleas Legislativas. Colección Monografías*, Congreso de los Diputados España. Madrid.
- Martínez García, J. (2004). *Tipos de elección racional*. *Revista Internacional de Sociología*, 37, 139-173.
- Prats, J. (1999) *Reforma del Estado y reforma parlamentaria en América Latina, en Experiencias de Modernización Legislativa en América Central y República Dominicana*, Ronny Rodríguez (ed.), Instituto Interamericano de Derechos Humanos – CAPEL y Unidad para la Promoción de la Democracia de la Organización de Estados Americanos, San José.
- Prats, J. (2001). *Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Desarrollo Institucional para una Gobernabilidad Democrática*, N° 10, Octubre
- Ruiz R., L. (2007). *La coherencia partidista en América Latina. Parlamentarios y partidos*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid

Sartori, Giovanni. (1995). *Teoría de la democracia. 1. El debate contemporáneo*. Alianza Universidad, Madrid.

Shepsle, K. (1986). *Institutional Equilibrium and Equilibrium Institutions*, en Herbert Weisberg (ed.); *Political Science: The Science of Politics*. Agathon. New York.

Shepsle, K y Bonchek, M. (2005). *Las fórmulas de la política. Instituciones, racionalidad y comportamiento*. CIDE / Taurus. México.

Vargas, J. y Petri, D. (2010). *Transfuguismo. Desafíos político-institucionales para la gobernabilidad parlamentaria en Centroamérica*. Fundación DEMUCA/AECID, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España. San José.

DOCUMENTO

Pobreza y pobreza extrema en Costa Rica: Una deuda histórica pendiente de resolver



Pobreza y pobreza extrema en Costa Rica: Una deuda histórica pendiente de resolver

Resumen

El deterioro sostenido en los índices de pobreza básica y extrema, son solo algunos de los indicadores que han conducido a Costa Rica a ser considerado dentro de los países más desiguales del mundo. La gestión del Estado a través de la política pública no ha sido suficiente como para revertir esa tendencia; que ha permanecido de manera sostenida desde principios de la década de 1990, coincidentemente con el periodo de intensificación de la política aperturista, a las cuales se viene apostando desde principios de los años 80 del siglo pasado.

La intensidad y temporalidad de la negación del derecho a la vivienda, salud y protección social, junto a las desigualdades en las condiciones de acceso a la educación y la exclusión de ciertos sectores sociales para su acceso a empleos dignos, son los elementos que se analizan en este artículo, intentando una aproximación a la comprensión del problema de pobreza en el país.

A pesar del reconocimiento histórico que el país ha tenido en materia de consolidación de su democracia, el respeto a los derechos humanos, la

fortalecida institucionalidad pública y el sólido Estado social de derecho, durante los últimos años esta condición ha cambiado. El país ha tenido un deterioro significativo en materia de cobertura en servicios de salud, educación, vivienda, trabajo y seguridad social, y a pesar de los diversos esfuerzos por revertirlo, esto no ha sido posible, induciendo al grueso de la población, a un estado de desilusión e incertidumbre que le conduce a la desconianza en las propuestas de partidos y líderes políticos tradicionales.

Considerando los planteamientos emitidos en este artículo y sin pretender una respuesta definitiva, la situación de pobreza podría tener relación directa con el tipo de política social impulsada por los gobiernos de los últimos 40 años, la obsolescencia de la gestión de la institucionalidad del sector social, la imposibilidad de articular una estrategia respetando los espacios de trabajo de cada institución y, el cortoplacismo de los procesos de planificación.

Investigador

Ángel Abelino Ortega Ortega¹

ORCID: 0000-0003-3278-1959

¹ Investigador. Doctor en Gestión Pública y Ciencias Empresariales por el Instituto Centroamericano de Administración Pública. Máster en Administración de Proyectos por la Universidad Estatal a Distancia. Licenciado en Planificación por la Universidad Nacional. Se ha desempeñado en proyectos de investigación, extensión y docencia universitaria, con especialidad en gestión de proyectos de desarrollo, microempresa y gestión pública. Exdirector de Maestría en Planificación Estratégica y de Gestión de Proyectos socioeconómicos de la Universidad Nacional y Director de la Escuela de Planificación y Promoción Social de la UNA. Correo electrónico: angel.ortega.ortega@una.ac.cr

Ortega Ortega, A. A. (2022). Pobreza y pobreza extrema en Costa Rica: Una deuda histórica pendiente de resolver. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, (82), 187-205. 10.35485/rcap82_8

Palabras clave:

Pobreza, ingresos, privación y libertad.

Abstract

The sustained deterioration in basic and extreme poverty rates are just some of the indicators that have led Costa Rica to be considered among the most unequal countries in the world. The management of the State through public policy has not been enough to reverse this trend; which has remained in a sustained manner since the early 1990s, coinciding with the period of intensification of the openness policy, which has been betting on since the early 80s of the last century.

The intensity and temporality of the denial of the right to housing, health and social protection, together with the inequalities in the conditions of access to education and the exclusion of certain social sectors for their access to decent jobs, are the elements that are analyzed. In this article, trying an approximation to the understanding of the problem of poverty in the country.

Despite the historical recognition that the country has had in terms of the consolidation of its democracy, respect for human rights, the strengthened public institutions and the solid social rule of law, in recent years this condition has changed. The country has had a significant deterioration in terms of coverage in health services, education, housing, work and social security, and despite various efforts to reverse it, this has not been possible, leading the bulk of the

population to a state of disappointment and uncertainty that leads to mistrust in the proposals of traditional political parties and leaders.

Considering the proposals made in this article and without claiming a definitive answer, the situation of poverty could be directly related to the type of social policy promoted by the governments of the last 40 years, the obsolescence of the management of the social sector institutions, the impossibility of articulating a strategy respecting the work spaces of each institution and the short-termism of the planning processes.

Keywords:

Poverty, income, deprivation and freedom.

Recibido: 21 de abril de 2022

Aceptado: 13 de mayo de 2022

DOI: 10.35485/rcap82_8

Introducción

Si la valoración de la pobreza se hace desde la perspectiva económica, las personas en una condición de pobreza serán aquellas que no logran obtener los recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades alimentarias básicas de la familia. Este ha sido históricamente el enfoque de medición de pobreza en Costa Rica, INEC (2015) plantea que, el método más reconocido de estos es la denominada línea de pobreza, que consiste en un indicador que calcula el monto mínimo requerido para que una persona pueda satisfacer las necesidades

básicas alimentarias y no alimentarias, incluidas en una canasta de bienes y servicios que el país ha establecido.

Es bajo esta línea de ingresos mínimos requeridos para la sobrevivencia, que se determinan los índices de pobreza básica y pobreza extrema en el país, los cuales, durante los últimos cuarenta años, se han mantenido entre 19 y 21% del total de la población costarricense, esto, a pesar del crecimiento sostenido de la misma.

Según datos del INEC (2021), en el quintil 1 que es donde se encuentran las personas en pobreza, el monto promedio de ingreso familiar era de 203,037 colones, para un ingreso per cápita promedio de 59,319 colones, poco menos de 2000 colones por día, entendiendo que este es un promedio de todo el quintil. Si se consideran los gastos por vivienda, servicios públicos, alimentación, vestimenta, salud, recreo y otros, es claro que estos recursos son insuficientes para garantizar una vida digna. El mismo informe sostiene que, el 20% de la población ubicada en el quintil cinco, percibe el 51% del total de ingresos del país, con montos hasta de 2.538,758 colones por familia, mientras que, el 20% del quintil uno, acumulan únicamente el 4,1% del ingreso nacional. Evidenciando esto, una distribución desigual de los ingresos generados por el país, lo que, de alguna manera explica el deterioro del índice de desigualdad social medio a partir del coeficiente de GINI, cuya medición para 1990 ubicaba al país en una posición superior a la de los países de la región, con una medida de 0,374,

mientras que, para 2021 esa misma medición determina una condición de 0.524, ubicando a Costa Rica entre los países más desiguales del mundo.

Considerando las condiciones de la economía nacional, es muy probable que atender a poco más de un millón de personas en pobreza, no sea posible a partir de política social orientada a hacer transferencias directas, que ha sido lo común de la política pública social costarricenses durante las últimas cuatro décadas.

A partir de los años 90 del siglo pasado, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo propone el método de medición de pobreza desde la perspectiva del desarrollo humano, y plantean que pobre, es la persona que no logra satisfacer las necesidades para su desarrollo como ser humano. PNUD (2014) sostiene que, si el desarrollo humano es entendido como un proceso de expansión de libertades efectivamente disfrutadas por las personas, la pobreza humana debe entenderse como el proceso contrario, aquel en donde las oportunidades básicas para alcanzar ese desarrollo son negadas.

Bajo esta misma línea, Sen (2000) sostiene que la pobreza puede determinarse desde un enfoque Biológico de la desigualdad y la privación relativa. Por tanto, el abordaje de pobreza planteado por PNUD y Sen se complementan, e incorporan para el análisis, el concepto de pobreza, en el marco del contexto socioeconómico en el cual se desenvuelvan las personas,

aduciendo que la pobreza es la consecuencia de un modelo de desarrollo socioeconómico y político específico y, para su análisis, se introduce el concepto de negación, libertades y derechos, dado que, no hay razones para que exista pobreza en la abundancia de recursos generados en el siglo XXI.

El objetivo de este artículo es visualizar la situación de pobreza desde una perspectiva histórica de negación sostenida de derechos y libertades para un amplio sector de la población costarricense y, dentro de los derechos negados se analiza la salud, educación, vivienda, trabajo y protección social,

Una aproximación a la comprensión de la pobreza desde una mirada a la teoría

Son muchos los enfoques utilizados para mediar, estudiar y abordar la problemática de la pobreza en el mundo, permitiendo desde su concepción, el diseño e implementación de unas políticas públicas orientadas a atender el problema. Ni los programas sociales ni el papel del mercado han sido suficientes para librar al mundo de este flagelo que, para finales del año 2020, afectaba según la CEPAL (2020) al 33,7% de la población de América Latina y el Caribe, lo que represente más de 200 millones de personas de los 654 millones de personas que vivimos en la región, lo cual se vio ampliamente incrementado como consecuencia de la pandemia y sobre todo de la recesión económica en la región, que registra una caída del PIB de -7,7%, llevando la tasa de pobreza extrema a 12,5%.

Según el mismo informe, la pandemia irrumpe en un escenario complejo de bajo crecimiento económico, aumento de la pobreza y crecimiento de tensiones sociales, lo cual contribuyó para que se profundizaran las desigualdades estructurales, la informalidad, la desprotección social y la baja productividad, dejando al descubierto el poco desarrollo de las áreas de salud, educación y cuidados en la mayoría de los países.

Para el caso de Costa Rica, el debilitamiento del Estado de bienestar, la exposición del sector productivo de la micro y pequeña empresa ante los procesos de apertura de mercado y la falta de políticas redistributivas claras, han representado el deterioro del amplio sector de clase media y la pauperización de los sectores más vulnerables del país. Dependiendo del origen de la investigación, las estadísticas de pobreza en ocasiones presentan diferencias significativas, las cuales responden más que a la condición de las familias, a las formas de cálculo y sobre todo a la concepción de pobreza que los lleva a su valoración.

En esta línea, Lora (2008) en un informe del Banco Interamericano define como pobre a aquellas personas que tienen falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable; con lo que una persona en condición de pobreza sería aquella que carece de comida o no tiene acceso a una combinación de servicios tales

como educación, salud, agua potable, etc. es decir que, este autor relaciona la pobreza exclusivamente a la posesión o no de los recursos económicos para su sobrevivencia. Por su parte, CEPAL (1997) sostiene que pobre es una persona que no tiene acceso (o no posee la capacidad para acceder) a un paquete de bienes, servicios y derechos establecidos normativamente.

Ambas definiciones parten de una postura "monetaria", basada principalmente en la valoración de la posesión o no de los recursos económicos, o el poder adquisitivo mínimo para cubrir las necesidades básicas de subsistencia, desde donde se puede hablar además de pobreza absoluta, que es aquella condición en donde las personas no tienen los recursos suficientes para la cobertura de las necesidades básicas. Desde aquí, se plantea la Línea de Pobreza como parámetro para definir si una familia se encuentra o no en ese estado.

Pero también desde este mismo enfoque, se podría hablar de pobreza relativa, cuya medición se da a partir de la relación de los ingresos de un sector con respecto a los ingresos estándar del país que corresponda, así, una persona es más o menos pobre, dependiendo del lugar donde viva y de los ingresos considerados promedios en esa sociedad. Un enfoque de mayor complejidad es el planteado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2017, p. 37) quien sostiene que la

Pobreza es una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones y la seguridad y el poder necesario para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales.

Esta definición supera la concepción "monetarista" planteada al inicio de este estudio, sobre todo al considerar que la pobreza responde a un conjunto de variables que van más allá de la insuficiencia de los ingresos. Se debe agregar que en Costa Rica en los últimos años se han iniciado esfuerzos por hacer una medición de pobreza desde una mirada multidimensional, muy alineada con esta concepción. Bajo este mismo enfoque, Carrió (2016) citando a Sen (1999) sostiene que el desarrollo consiste en la eliminación de algunos tipos de falta de libertad que dejan a los individuos pocas opciones y escasas oportunidades para ejercer su agencia razonada. La eliminación de la falta de libertades es una parte constitutiva del desarrollo y, por lo tanto, al erradicar la pobreza, el desarrollo será una consecuencia de esa sociedad.

Sen agrega a la definición de CIDH el concepto de "libertad", aduciendo que las personas requieren desarrollarse bajo sus propias capacidades y habilidades, y que la sociedad debe garantizar a estas, las posibilidades para adquirir las capacidades necesarias y de manera totalmente libre, decidir sobre las

actividades que le agradaría hacer en el marco de la creación de su propio peculio y la contribución al desarrollo del país. Garantizar esto bajo criterios de equidad y sostenibilidad, es la principal función del Estado a través de la política pública.

Respecto a las libertades, Sen señala cinco diferentes tipos de medidas desde una perspectiva instrumental: “(1) las libertades políticas; (2) los servicios económicos, (3) las oportunidades sociales, (4) las garantías de transparencia y (5) la seguridad protectora”. (Carrió, 2016, p. 201). Cuando algunas de estas libertades son negadas persistentemente a algún grupo específico de personas de la sociedad, es cuando se genera la pobreza. Y, de persistir estas negaciones o de profundizar las condiciones que las generan, el problema se vuelve estructural.

Es importante reconocer que cuando se habla de oportunidades sociales, el análisis permite valorar la igualdad de oportunidades que tienen las personas de diferentes regiones, países o clases sociales respecto al acceso, la calidad, pertinencia y oportunidad a los servicios de educación, salud, trabajo, vivienda o la misma protección social. Por su parte, la seguridad protectora se refiere a la oportunidad que el sistema a través del gobierno crea para atender las necesidades de las personas vulnerables, tanto con políticas de auxilio temporal, como con políticas de rescate y nivelación de oportunidades para el desarrollo de estas.

En síntesis, la pobreza representa la privación de ciertos derechos y libertades a las cuales son sometidas algunos sectores o personas de la sociedad, lo cual las deja en desventaja con respecto a otros sectores, limitando de esta manera, el desarrollo de su propia capacidad de agencia.

Siguiendo la misma línea de pensamiento e intentando encontrar el origen de esas condiciones desiguales, la pobreza es entonces, el resultado o consecuencia de unas estructuras económicas de la sociedad que, por su misma dinámica generan desigualdades y por lo tanto producen pobreza. Esto queda claramente expresado cuando PNUD sostiene que la pobreza humana constituye la antítesis del desarrollo social, es decir, una insistente negación de derechos a las personas, los cuales por la importancia que tienen para su desarrollo, limitan sustancialmente el alcance de las libertades públicas de un sector de la sociedad, privando a éstos y a las comunidades a las que pertenecen, de los bienes necesarios para vivir dignamente.

Este proceso aparentemente normal, ha sido naturalizado por el modelo de libre mercado imperante en la mayoría de los países del mundo, a partir de la imposición de su propia concepción de libertad y la supuesta regla de autorregulación del mercado. Sobre esto último Polanayi (1957) sostiene que la condición del mercado autorregulado en la cual se ampara todo el sistema de libre mercado es más bien una excepcionalidad y no una verdad

universal respecto al comportamiento económico y, menos aún, respecto a su complejidad. Es por esto por lo que Stiglitz (2017), responsabiliza al modelo de libre mercado, de los niveles de pobreza existentes en el mundo.

Síntesis histórica de la Pobreza en Costa Rica

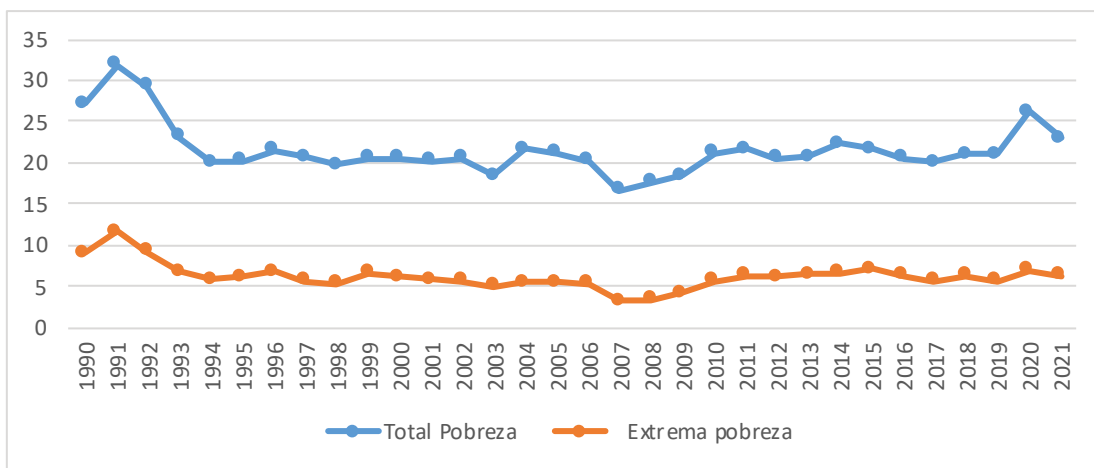
La condición de pobreza no es un fenómeno nuevo en Costa Rica, por el contrario, es un problema que ha permanecido en la historia de la conformación de la sociedad costarricense, el cual se puede evidenciar desde mediados del siglo XX. Sin embargo, con el paso de los años el fenómeno se vuelve más complejo y difícil de abordar, no solo por representar la confluencia de un conjunto de factores o variables económicas, sociales, culturales y políticas, sino por las desigualdades que caracterizan a las sociedades del siglo XXI. En el siguiente gráfico se puede observar desde un enfoque estadístico, la pobreza histórica en Costa Rica, a partir de 1990 y

hasta 2021, resaltando incluso el impacto de la crisis provocada por la pandemia del COVID – 19 fundamentalmente en el año 2020.

Obsérvese que, en 31 años, el país logró reducir la pobreza básica de 26 a 23 en 2021 y la pobreza extrema de 9,10% en 1990 a 6.3% en 2021. Si la valoración se hace desde una perspectiva general, es evidente que la misma no es sostenible en el tiempo, tal como se puede constatar en la gráfica. Por tanto, si los esfuerzos en esa materia se mantienen para los próximos 20 años, es decir a 2037 y conscientes de que la realidad no tiene un comportamiento lineal, la pobreza extrema en Costa Rica sería la que se expresa en el siguiente gráfico, entendiendo que existe una tendencia, aunque muy leve, hacia la baja.

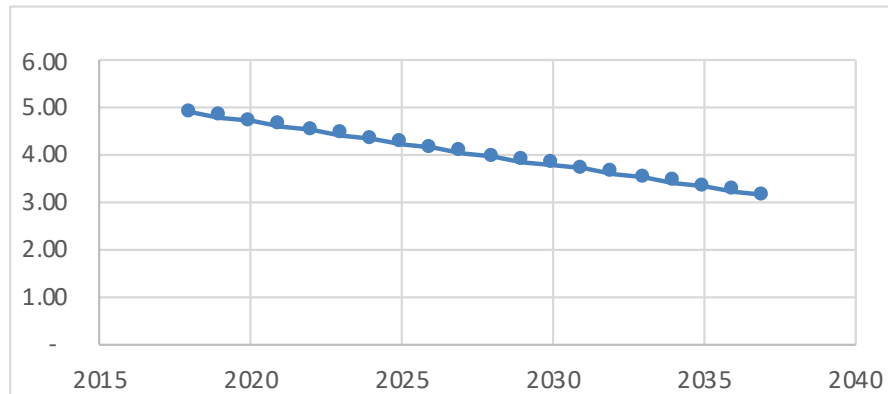
De los datos expresados en el gráfico número 2 se deduce que para el año 2037, la pobreza extrema continuaría

Gráfico 1. Comportamiento histórico de la pobreza y pobreza extrema en Costa Rica 1990 -2017



Fuente: Construido con datos de INEC.

Gráfico 2. Proyección de la pobreza extrema en Costa Rica 2018 -2037



Fuente: Serie histórica de pobreza según datos INEC

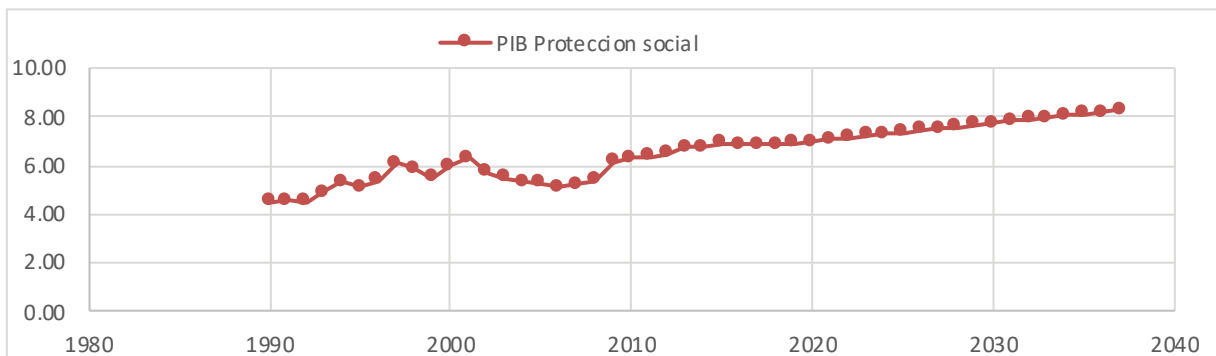
representando un problema para el país, dado que el 3,13% de la población continuaría en ese estado, esto es casi 200.000 personas considerando estimaciones de crecimiento poblacional del INEC (2019), cuyo ingreso no les permitiría cubrir sus necesidades más elementales como la alimentación.

Es importante anotar, además, que la proyección de las estadísticas de pobreza está suponiendo que el proceso de atención a las personas en estado de pobreza continuará bajo la misma lógica actual, es decir, que se continuará haciendo el incremento en el gasto social

desde el Estado, el cual también ha tenido un proceso creciente porcentualmente hablando a partir del año 1990. Por tanto, se parte del supuesto de que el porcentaje del PIB que los gobiernos han destinado para la seguridad social; continuará creciendo en igualdad de condiciones. En el siguiente grafico se presenta la serie histórica del porcentaje de PIB que Costa Rica ha destinado para la seguridad social, y en él mismo, se hace la proyección correspondiente:

En el año 1990 el Estado costarricense gastaba el 4,5% del PIB para la seguridad social, ya para el año 2017 el porcentaje

Gráfico 3. Serie histórica y proyección de recursos para seguridad social Costa Rica. 1990 -2017 y 2018 -2037



Fuente: Elaboración propia, con datos de INEC

fue de 6,89%, por tanto, el crecimiento representa un 2,39% en los 27 años, esto es un promedio de 0,088% anual. Suponiendo esta misma tendencia para los siguientes 20 años, es decir para el año 2037, el porcentaje del PIB orientado a seguridad social sería del 8,28%, lo cual representa un incremento de 1,39% del PIB nacional. La pregunta es ¿si realmente el Estado está en capacidad y en disposición de hacer ese incremento? sobre todo, considerando que la mayor parte del presupuesto público ya está comprometido y los gobiernos no tienen posibilidad para realizar algún tipo de maniobra en el mismo.

A principios de 2020 el mundo y por lo tanto Costa Rica es azotado por la pandemia SARS-CoV-2 que produce la enfermedad del Covid-19, lo que obliga al gobierno a tomar medidas de confinamiento obligatorio, al teletrabajo y al cierre temporal de la mayoría del comercio y servicios del país, lo cual permaneció durante diversos momentos del 2020 y parte del 2021, generando con esto, una crisis económica sin precedentes, lo cual condujo al país a un decrecimiento del PIB de -4,5% durante el año 2020 y la CEPAL plantea un crecimiento de 3,7 para el año 2021.

Ante este panorama y conociendo que del 100% del presupuesto nacional, el 95% ya está comprometido por ley o por compromisos financieros, no se visualizan tantas probabilidades de incrementar el presupuesto social, tal como se presentó en la proyección. Sobre esto, la Contraloría

General de la República CGR (2017, p. 8) textualmente plantea:

El presupuesto para Gasto social del Gobierno Central es de ₡4.277.753 millones. Se compone principalmente de gasto en educación (60,0%) y gasto en protección social (pago de pensiones, con un 31,1%). Dadas las limitaciones fiscales que enfrenta el país, Costa Rica necesita dar más pasos para mejorar tanto la eficiencia como la efectividad de su gasto social en educación (que para el año 2017 alcanza un 7,6% del PIB). Es necesario concentrar esfuerzos en mejorar la gestión del gasto público, tanto en términos de su productividad como de su eficiencia, tomando como referencia la gestión por desempeño que se oriente a resultados y evaluaciones orientadas a las dimensiones de eficacia, calidad y efectividad.

Considerando lo planteado, se podría afirmar que el camino para abordar verdaderamente el flagelo de la pobreza en el país; no está únicamente en lograr mayor eficacia y eficiencia en los programas, sino en asumir una posición más crítica y propositiva respecto a las verdaderas causas del fenómeno, y repensar una política distributiva y redistributiva más coherente con el modelo de desarrollo humano. Cabe preguntarse entonces, ¿si realmente existe en el país disposición y consenso entre el sector económico, social y político para delinear una nueva forma de distribuir la

riqueza generada? O, por el contrario, se seguirá implementando la política social transferencista que se ha diseñado en el país desde 1980 hasta la actualidad y cuyos resultados son las estadísticas ya presentadas.

En una revisión rápida al sector social en el país, se reconoce que existen 22 instituciones con diferentes programas orientados a atender a la población en estado de pobreza, que representa según ENAHO (2019) el 21% de la población costarricense, esto representa poco más de 1 millón de personas que no logran suplir sus necesidades básicas. De este porcentaje, cerca del 6% se encuentran en estado de pobreza extrema, los cuales suman aproximadamente 300.000 personas, cuyos ingresos son apenas de ₡46.976 según datos del INEC.

Entre las políticas implementadas para atender pobreza, además de los programas universales en salud y educación, existen programas específicos enfocados a atender a la población en mayor grado de vulnerabilidad, para lo cual se cuenta entre otras, con las siguientes instituciones: El Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación, el Instituto Mixto de Ayuda Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Vivienda, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Instituto Nacional de las Mujeres, la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el Patronato Nacional de la Infancia, el Fondo Nacional de Becas y el Consejo Nacional de la persona adulta mayor.

Estas instituciones cuentan con más de 34 programas de acuerdo con Céspedes y Jiménez (2009), pero cada una de estas instituciones se enfoca a cumplir sus propios objetivos, emanados desde los mandatos institucionales que las crearon. De esta manera, los esfuerzos de articulación realizados cada cuatro años desde los Planes Nacionales de Desarrollo, representan la sumatoria de las acciones de cada institución y la ejecución presupuestaria asignada a cada una de estas.

Esta ha sido la dinámica del país desde mediados del siglo pasado cuando en 1971, se crea el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), con el objeto de articular los esfuerzos en esa materia. Además, solo tres años después, se crea FODESAF, con el objeto de canalizar los recursos a los diferentes programas e instituciones del sector social. En 1986 se crea el sistema financiero para la vivienda y FONABE se crea en 1997, todo con el objeto de canalizar recursos a las familias con jóvenes en edad escolar y contribuir con estos programas, en la reducción real de las estadísticas de pobreza y bajo esta misma lógica se crearon el conjunto de instituciones con programas sociales.

El problema de pobreza persiste a pesar del total de recursos públicos para atender el sector social, la mayoría son enfocados a programas que benefician a la población en mayor grado de vulnerabilidad, y dentro de estos se tienen: Servicios gratuitos de salud para familias en estado de pobreza, bono de vivienda,

comedores escolares, CEN SINAI, diarios, becas a estudiantes, entre otros.

A manera de síntesis, el país cuenta con la estructura institucional para abordar responsablemente el fenómeno de la pobreza, con los programas diseñados para tal función, con la legislación que indica la responsabilidad del Estado a través de sus instituciones, de garantizar el disfrute de esos derechos y, con recursos económicos que financian los diversos programas. Sin embargo, el modelo económico asumido por el país, junto al tipo de gestión desarrollada desde los diferentes gobiernos, por sus mismas lógicas, son quienes producen pobreza. En respuesta se genera la política social; cuyos aportes son insuficiente para atender y sobre todo para erradicar la pobreza del el país.

La pobreza en Costa Rica, una mirada desde las oportunidades económicas y sociales.

Lo expresado hasta este momento obliga llevar el análisis hacia una valoración de las políticas públicas implementadas en el país, así como, a la consideración tanto de los programas como del desenvolvimiento de las instituciones públicas del sector social, con el objeto de conocer la contribución que estos están generando en la reducción de pobreza.

De acuerdo con los planteamientos teóricos asumidos al principio de este artículo, el éxito de una política pública está en centrar sus objetivos en el ser humano y no únicamente en el crecimiento económico o los índices

macroeconómicos. La pobreza en el país es la consecuencia de falta de oportunidades económicas o de la privación de un conjunto de derechos a los cuales se ven expuestas las personas más vulnerables.

En este sentido, para comprender la pobreza se requiere examinar las relaciones sociales específicas del contexto, las cuales son condicionadas por la influencia histórica del mercado y del Estado. El país asume desde la gestión del Estado, al mercado como el principal mecanismo para garantizar la distribución de la riqueza generada, basando su planteamiento en los principios del liberalismo económico. De esta manera, los indicadores globales tales como: el crecimiento económico, el producto interno bruto per cápita, la inflación, la tasa de interés, entre otros, son visualizados desde este enfoque, como medios para lograr y evidenciar el incremento en el desarrollo pleno de las personas y por tanto, mejorar esos índices, pasa a ser su principal prioridad.

Desde esta investigación se considera que, para emitir algunos criterios respecto al origen de la pobreza se requiere conocer las condiciones microeconómicas y sociales particulares de los sectores que se encuentran en esa condición, así como, el estado de sus derechos, libertades y en general las condiciones que les permite o impide insertarse de manera exitosa en la sociedad y en el sistema económico del país, esto, indistintamente de los índices macroeconómicos antes mencionados.

En las estadísticas expuestas cada año por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en la publicación ENAHO (2021) plantea las principales privaciones a las cuales se enfrentan las familias costarricenses, esto a partir de una valoración multidimensional:

Sobre el derecho al empleo, para el año 2021, el incumplimiento de derechos laborales lo padecía el 42,3% de los hogares en pobreza y el 34.1% de las familias se relacionan con empleos informales, al 24.9% se le incumple el salario mínimo y el 11.5% se encuentran en desempleo. Es importante anotar que esto se ha mantenido prácticamente en esos parámetros desde mediados de la década de 1990.

Respecto al derecho a la educación presenta la siguiente condición: la primaria es de carácter obligatoria para todas las personas y cursar la secundaria no le cuesta ningún recurso a las personas que lo deseen, igualmente, existen programas orientados a realizar transferencias a las familias que mantengan a sus hijos en edad escolar en los centros correspondientes. Para principios del 2018 según INEC (2018) el país gasta el 7,5% del PIB en educación, y se tiene como meta llegar al 8%. En esta misma línea OCDE (2018) sostiene:

Costa Rica ha logrado un importante bienestar y un vigoroso crecimiento económico. El acceso casi universal a la educación, la atención médica y las pensiones han contribuido a que existan altos niveles de satisfacción

con la vida. Esto se ha visto propiciado por el sólido crecimiento económico y una convergencia continua hacia los niveles de vida de los países que forman parte de la OCDE. La pobreza, la desigualdad de ingresos y las desigualdades de género son bajas con respecto a los estándares latinoamericanos, aunque altas en comparación con las de los países de la OCDE. Además, existen deficiencias en algunos indicadores de bienestar, como el equilibrio entre el trabajo y la vida, la seguridad y los ingresos.

El incremento de recursos orientados a la educación aprobado entre el 2000 y el 2017 es uno de los mayores aciertos del país, sin embargo, las condiciones del contexto cambiaron y este continúa con sus mismos modelos de educación diseñados para mediados del siglo pasado, lo cual ha provocado una crisis del sistema educativo que está representando entre otras situaciones, la exclusión del sistema del 23% de los jóvenes de entre 15 y 16 y al 8,4% de las personas entre 12 y 14 años según el Estado de la Educación (2018). La demanda de estudiantes para ingresar a la educación superior sobrepasa la oferta de los centros de educación superior pública, lo que implica que, más del 60% de aspirantes no logran ingresar a ningún centro de educación superior pública. Las desigualdades de acceso entre la zona urbana con respecto a la rural son exorbitantes al igual que la calidad de la educación entre estos y los centros privados.

De acuerdo con ENAHO (2021) el 67,2% de las familias en pobreza presenta un bajo nivel en el desarrollo de su capital humano, el 24,9% no ha concluido su bachillerato, 10,5% tiene rezago educativo, así mismo, el 4,8% no asiste a los centros educativos.

Con respecto al derecho a la vivienda, el mismo informe sostiene que el 48,2% de las familias en pobreza tiene algún tipo de problema en su vivienda, el 26,7% vive en hacinamiento, el 20,9% no tiene acceso a internet y cerca de 80.000 familias habitan en tugurios

Respecto al derecho a la salud, además de las dificultades de acceso y las diferencias entre el área rural y la urbana, el informe determina que, el 69% de los hogares en pobreza, no tienen cobertura de seguro de atención médica, lo que representa más de un millón de personas, además del porcentaje no calculado de trabajadores independientes no pobres, que no lo pagan. El 23,2% no tiene eliminación de basura, el 19,7% no tiene eliminación de excretas y el 8,8% no tiene servicios de agua potable.

Con respecto a la protección social, el informe sostiene que, el 23,5% de las familias en pobreza se encuentra fuera de la fuerza de trabajo por alguna obligación familiar, sobre todo se presenta en las mujeres. El 17,7% de familias con algún miembro en discapacidad no tiene transferencia del Estado, 12,4% de las personas adultas mayores no tienen pensión y el 8,8% de la primera infancia se encuentra sin cuidado.

En términos generales, el 44,2% de las familias en pobreza recibe algún tipo de recurso de parte del Estado, lo que indica que hay más del 55% que no tiene ninguna asistencia. Respecto a la medición por la línea de pobreza, el informe sostiene que para el año 2021 fue de 23%, lo que representa poco más de 250 mil familias y mucho más de un millón de personas, por su parte, la pobreza medida por un enfoque multidimensional fue de 16,4%, estas son 273 910 familias.

Desde la perspectiva económica, el país tiene condiciones positivas que, a pesar del bajo crecimiento económico experimentado en los últimos años, comparado con los obtenidos hasta antes de la crisis del 2008, estos siguen siendo considerados adecuados y el país ha logrado sostener los niveles de salud, educación y algunos programas de seguridad social que ubican al país en una condición positiva. Sin embargo, es claro que los modelos utilizados en la gestión de estos programas ya están obsoletos y es urgente reorientarlos.

Costa Rica cuenta con las condiciones estructurales y la institucionalidad pública para garantizar el derecho a la salud, educación y el trabajo, sin embargo, los datos evidencian que hay un número significativo de personas con privaciones o exclusión escolar, desigualdad de oportunidades de educación y salud para las personas más vulnerables, diferencias radicales entre la educación pública y la privada, largos tiempos de espera para la atención en cierto nivel de intervenciones

médicas, exclusión de atención médica para cerca de 700,000 personas que dada su condición, no cuenta con ese servicio, desempleo para más del 12% de la PEA en el año 2021, entre otras. Por tanto, es claro que existen en el país, violaciones a derechos consagrados en la constitución política y tratados internacionales, provocando con esto, condiciones de desventaja para estos sectores de la población y generando de manera directa, incapacidad en estas para ejercer el derecho al trabajo y por lo tanto al ingreso generado por su propia gestión;

Cuando vemos qué tan bien está yendo la vida de una persona, miramos las características de esa vida, principalmente qué cosas puede hacer esa persona que según su propio razonamiento desea y valora. La libertad para tener esas cosas es en lo que se enfoca el desarrollo como libertad. Ahora, para gozar esas libertades es útil tener ingreso, recursos, riqueza, etc., pero éstos no son los únicos determinantes de la vida que podemos tener y, en segundo lugar, la relación entre nuestros recursos y la capacidad para lograrlo. Sen en Martins (2010).

Sen continúa planteando que, en lugar de mirar los medios, el desarrollo como libertad se enfoca en los fines, o más exactamente, en la libertad para lograr los objetivos en la vida que una persona elige con su propio razonamiento. Ése es el cambio de enfoque que implica pasar del

desarrollo como crecimiento económico al desarrollo como libertad o centrado en la persona.

Valorando lo que se ha planteado en este artículo, no cabe duda de que las personas que se encuentran sin empleo por falta de espacios laborales; están siendo violentadas en uno de sus derechos más sagrados, y esto les conduce a una serie de afectaciones paralelas. Sobre esto, aunque el Estado posea los recursos económicos y la disponibilidad para resguardar las necesidades de toda la población en condición de pobreza, esta sería un apolítica equivocada, por cuanto no está dentro de las condiciones del respeto a los derechos humanos.

A manera de síntesis, el trabajo es el principal medio que se utiliza para alcanzar ciertas condiciones de desarrollo personal, aporte al desarrollo nacional, desarrollo familiar, facilidades para la educación, salud y recreación y por tanto, satisfacción personal. Lograr esto, solo será posible con libertad y con facilidades económicas y sociales que el país y el Estado, deben garantizar en equidad para toda la población. Por tanto, la pobreza no se puede desvincular de los procesos de producción ni de la distribución de la riqueza, y en ese sentido, el análisis del fenómeno inicia en el cuestionamiento de las relaciones de poder y de los modelos de desarrollo asumidos por el país, sobre todo considerando que no es posible imaginar un desarrollo sostenible y equitativo, cuando prevalezcan las desigualdades sociales y económicas,

así como la persistente violación de derechos y libertades que se tienen en la actualidad. Así, la pobreza es algo más que la ausencia de recursos financieros es más bien, producto de unas relaciones sociales, económicas y políticas desiguales, de privaciones y exclusiones.

Conclusiones

Para combatir la pobreza no es suficiente contar con política social, también se hace necesario fortalecer la política de desarrollo económico; orientada al incremento de la productividad y a la creación de nuevos y mejores espacios laborales. Pero, además, se requiere de nuevas políticas sociales que articulando lo anteriormente descrito, permitan disminuir el problema del desempleo e insertar a las personas más vulnerables a espacios laborales formales. Para lograr esto, es necesario cambiar la concepción tradicional de atención del sector en pobreza, articulando programas sociales con económicos, de generación de capacidades y devolución de derechos violentados a las personas en condiciones de mayor grado de vulnerabilidad social y económica, como la salud, la educación de calidad, la vivienda, el derecho a ambientes sanos para personas menores de edad, entre otros.

Desde 1980 y hasta la actualidad, el país ha contado con programas de atención del sector social y específicamente para reducir la pobreza, sin embargo, la realidad evidencia que cada vez más personas engrosan dichas estadísticas. La respuesta a dicha condición

no se encuentra únicamente en la consideración de la política social, sino en el enfoque de desarrollo sumido por el país, cuya principal preocupación ha sido, crear las condiciones para el crecimiento económico, desacelerando los esfuerzos que el país venía realizando en materia de seguridad social. Se podría afirmar que, el país pasó de un modelo que se ocupaba de la persona, a un modelo encausado prioritariamente hacia el crecimiento económico y de corte totalmente liberal.

Para dimensionar verdaderamente el problema de pobreza en el país, se debe incluir en el proceso de análisis, el enfoque de derechos y libertades, así como, la visión multidimensional del fenómeno y un abordaje pensado y diseñado para el largo plazo. Es preciso, además, contar con la referenciación y caracterización precisa de la población en estado de pobreza y pobreza extrema, con lo cual los programas podrán diferenciarse cuando corresponda, enfocando los esfuerzos a las carencias específicas que presenten las personas atendidas y desde el diseño de una estrategia estructurada que parte del problema y no de las funciones de cada institución del sector social.

El país cuenta con una estructura institucional sólida, sin embargo, su accionar está codificado a partir de los mandatos establecidos a mediados del siglo XX cuando estas fueron creadas, cuando la realidad de las personas en pobreza era mucho menos compleja que la actual. En su momento, cada institución fue creada con objetivos particulares que

nunca fueron concebidos en el marco de una estrategia integral, es por ello por lo que, el accionar institucional no coincide con los objetivos de articulación expresados en las estrategias propuestas por cada uno de los gobiernos en sus Planes Nacionales de Desarrollo.

Los esfuerzos que los diversos gobiernos han realizado para articular el accionar institucional e interinstitucional, resulta insuficiente para atender el problema de pobreza, dado que cada institución se regula a partir de la ley que la creó, y las estrategias de gobierno se convierten en la sumatoria de esfuerzos y no en la estructuración de una estrategia coherente en sí misma. De la misma manera, los mecanismos de coordinación representan esfuerzos temporales en el marco de los diferentes periodos de gobierno y, se carece de una propuesta estructural de largo plazo que oriente a cada gobierno en una línea de interés nacional.

El modelo de desarrollo social del país está anclado en una estructura jurídico legal que poco a poco ha cambiado, y los diferentes gobiernos han sido incapaces de estructurar una propuesta moderna que articule las capacidades del país para atender el problema social, todo esto, producto de su falta de liderazgo para encausar ese potencial desde una visión nacional.

No es comprensible que, con un aparato institucional tan amplio, con la posibilidad legal de contar con personas especialistas

y con la disponibilidad de recursos para atender la pobreza, ésta, siga siendo porcentualmente la misma que tenía el país a mediados de los años 90. Muchas podrían ser las explicaciones a esto, las cuales van desde la cultura de la población pobre, hasta el cuestionamiento del diseño e implementación de las políticas públicas. Pero, considerando lo expresado en este artículo, cubra mucha fuerza la necesidad de una estrategia nacional articulada que apunte a generar capacidades y a garantizar la cobertura universal y equitativa de los derechos a la salud, el trabajo, la vivienda, la seguridad social y la educación en las poblaciones más vulnerables del país, dejando de lado el modelo de política social de transferencias, característico en la mayoría de las gestiones de los últimos gobiernos.

Se cierra este escrito reconociendo el avance que el país ha experimentado en esta materia, al definir y articular los programas de: Sistema Nacional de información y Registro Único de Beneficiarios: Para garantizar un trabajo articulado y darle seguimiento a la población y a la vez, eliminar la duplicidad. Índice de Pobreza Multidimensional lo que ha permitido incursionar en un análisis multidimensional de la pobreza. Mapas Sociales: Esto con el objeto de ubicar geográficamente a toda la población en pobreza básica y pobreza extrema. Desde una perspectiva de diseño, algunos de estos elementos representan un avance, pero lo más importante es que esto efectivamente sea llevado a la práctica

y que se encuentre articulado a una estrategia nacional, la cual no debería circunscribirse en los periodos de gobierno, sino que es necesario que responda a una estrategia país que articule tanto el componente económico como el político y el social.

A manera de cierre e intentando dejar abierto un canal para la discusión y futuros análisis, les dejamos el siguiente cuestionamiento: ¿Será que realmente los diversos sectores del país tenemos la disposición para discutir y diseñar una estrategia como la que se ha tratado de inducir en este escrito, la cual sin duda, representaría una ruptura en materia del tipo de gestión pública que ha caracterizado a los gobiernos durante los últimos 40 años?, sabiendo que esta, podría representar la espiración o esperanza para los sectores que históricamente han estado en desventaja, cuya condición es también un obstáculo para que el país migre a un estadio superior en su desarrollo.

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial. (2016). *Informe anual; Hacer frente a los desafíos*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41173/S1700475_es.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Carrió, J. M. V. (2016). *La obra de Amartya Sen. Iberian Journal of the History of Economic Thought*, 3(2), 201-220.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Panorama Social de América Latina*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1997). *Evolución reciente de la pobreza en Chile*. Diciembre de 1997. <https://repository.eclac.org/handle/11362/30941>
- Céspedes, H. y Jiménez, R. (2009). *Hacia el fortalecimiento de las políticas de combate a la pobreza en Costa Rica*. Academia centroamericana y Fundación Konrad Adenauer
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Pobreza y derechos humanos*. OEA/Ser. L/V/II.164 Doc. 147
- Contraloría General de la República (2017). *Presupuestos públicos 2017. Situación y perspectivas*. Disponible en <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/pp/informes-pp/presupuestos-publicos-2017.pdf>
- Gobierno de Costa Rica (2018). *Compendio económico*. Disponible en <https://www.comex.go.cr/media/8790/estudio-econ%C3%B3mico-de-la-ocde-2018-esp%C3%B1ol.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017). *Encuesta Nacional de Hogares*. Disponible en <https://www.inec.cr/sites/default/files/>

documentos-biblioteca-virtual/
reenaho2017.pdf

economy/surveys/Costa-Rica-2018-
Estudios-Economicos-dela-OCDE.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2018). Encuesta Continua de Empleo al primer trimestre de 2018. Disponible en <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reeceit2018.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Uruguay. (2014). EL FUTURO EN FOCO. Cuadernos sobre Desarrollo Humano Protección social y género en Uruguay: avances y desafíos. Manosanta desarrollo editorial. <https://www.undp.org/content/dam/uruguay/docs/cuadernosDH/cuadernosdh06/undp-uy-cuadernocdh08-2015-.pdf?download>

Lora, E. (2008). Calidad de vida: más allá de los hechos. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Calidad-de-vida-M%C3%A1s-all%C3%A1-de-loshechos.pdf>

Polanyi, K. (1957). *La economía como actividad institucionalizada*. *Revista de economía crítica*, 20(2), 192-207.

Martins, A. (2010). El desarrollo es más que un número. Entrevista de BBC Mundo 2010. Amartya Sen habló con BBC Mundo sobre dos décadas del IDH y el "compromiso con la humanidad". https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/11/101103_desarrollo_libertad_entrevista_sen_aw

Sen, A. (2000), *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta Buenos Aires. Traducción de Esther Raboszco y Luis Toharia.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistema de Salud Costa Rica. Evaluación y recomendaciones. <https://www.oecd.org/costarica/oecd-reviews-ofhealth-systems-costa-rica-2017-9789264281653-en.htm>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2018). Estudios Económicos. Costa Rica 2018. <https://www.oecd.org/>

Referencias CRIA de ICAP*

A continuación, se presentan algunas publicaciones sobre: "Transformación y gerencia de sistemas de salud: aportes de investigación para la generación de valor público" tema de objeto del número de esta revista.

Palabras clave:

INVESTIGACIÓN, GESTIÓN PÚBLICA, SISTEMAS DE SALUD, TRANSFORMACIÓN.

Díaz, F. J. C. (2021). Gerencia sanitaria en pandemia: Una visión emergente redimensionada desde la economía circular. *Honoris Causa*, 13(1), 53-70. <https://revista.uny.edu.ve/ojs/index.php/honoris-causa/article/view/51>

Giraldo, A. D. J. F. (2020). Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20\(2020\)/54562510018/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20(2020)/54562510018/)

Izarza, V. C. (2021). Gerentes de salud y su accionar en el desempeño laboral. *Aula virtual*, 2(4), 14-26. <https://aulavirtual.web.ve/revista/ojs/index.php/aulavirtual/article/view/44>

Manigat, M. P. Notas sobre la evolución de las funciones sociales del Estado antes de la pandemia: el caso del sector de la salud pública. *Coronavirus, depresión mundial y crisis sistémica*, 123. https://www.researchgate.net/profile/Lorenzo-Fusaro/publication/358356967_Coronavirus_depresion_mundial_y_crisis_sistemica/links/61fd7888a7d76d0f08bece72/Coronavirus-depresion-mundial-y-crisis-sistemica.pdf#page=121

Mirabal, N. F. P. (2020). Gerencia educativa: Transformación e innovación. *Revista EDUCARE-UPEL-IPB-Segunda Nueva Etapa 2.0*, 24(2), 273-292. <https://revistas.investigacionupelipb.com/index.php/educare/article/view/1330>

Ojeda, R. M., Bermejo, P. M., Serrate, P. C. F., Mariño, C. A., Onega, N. C. V., Castillo, D. D., y Bravo, J. A. M. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e25. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e25/>

Puertas, E. B., Sotelo, J. M., & Ramos, G. (2020). Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52895>

Vásquez, L. E. P., & Torres, I. L. R. (2019). Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36), 1-36. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086013/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086013/)

Lineamientos para los Autores

Instituto Centroamericano de Administración Pública

La Revista Centroamericana de Administración Pública es una publicación semestral editada por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). Su propósito consiste en promover una mejor comprensión de los asuntos gubernamentales y de la administración pública.

Con este fin, publica los resultados inéditos, de creación propia y originales concernientes a investigadores, estudios comparados de interés regional, artículos firmados, cifras e información documental, destinadas a facilitar perspectivas y antecedentes sobre la actualidad y los fenómenos novedosos; así como reseñas de publicaciones.

Busca difundir lo mejor del material pertinente y relevante a las áreas del conocimiento que más frecuentemente apoyan los trabajos académicos, políticos y técnicos de esa especialidad de las ciencias sociales denominada Administración Pública, que a la vez sean de interés particular para la región centroamericana.

Para permitir la mayor profundización posible en los trabajos de los eventuales colaboradores, se aclara que las opiniones expresadas en los artículos no tienen que reflejar necesariamente la política de las

entidades para las cuales trabajan, así como tampoco la orientación del ICAP.

Instrucciones para colaboradores

- El Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), en consideración de su papel central en la educación y su objetivo fundamental de proveer un medio de difusión de la información concerniente a las instituciones gubernamentales, realiza esfuerzos para promover la excelencia en la publicación de artículos científicos. Así, las orientaciones aquí planteadas, son producto del ajuste para cumplir con los requisitos internacionales de publicaciones de las ciencias sociales:
- El carácter de los documentos debe ser académico, siendo generados a partir de un proceso de investigación debidamente desarrollado y contando con un sustento teórico claramente definido.
- No se cobrará ningún monto de dinero a los autores por revisar, aceptar o publicar sus artículos.
- Los documentos que se desarrollen deben ser acordes a las temáticas de interés del Instituto Centroamericano de Administración Pública, bajo criterio del Comité Editorial y según la temática de cada edición de la Revista.
- Los autores se comprometen a mantener criterios éticos en cuanto

a la originalidad de sus documentos, así como que los mismos sean inéditos y no hayan sido presentados a otras entidades editoriales.

- Es obligatorio que los autores cuenten con un identificador ORCID y lo indiquen al enviar el artículo. En caso de no tenerlo, puede ingresar a <https://orcid.org/> y crear una cuenta de manera gratuita. El sistema le proporcionará un identificador digital persistente, el cual permite distinguirlo de todos los otros investigadores y garantizar que su trabajo sea reconocido y difundido correctamente.
- Los documentos deben enviarse en formato editable a la Editora de la Revista vía correo electrónico a la siguiente dirección: publicaciones@icap.ac.cr.
- La extensión máxima de los artículos es de cuarenta páginas a espacio y medio, en tamaño carta. En casos especiales, el Comité aceptará trabajos más extensos según la importancia del tema.
- Todo documento debe presentar de manera veraz las fuentes de información, especificándolas en el documento de acuerdo con las Normas APA (6ª ed.). Para más información sobre estas normas consultar www.apastyle.org. Las notas al pie de página deben limitarse a lo estrictamente necesario. Además, puede consultar el documento Guía de citación bibliográfica en trabajos de investigación del ICAP. (<http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/RCAP/>

Documentos%20de%20Apoyo/
Gu%C3%ADa%20APA.pdf)

- Si el documento incluye gráficos, diagramas, cuadros estadísticos o cualquier otro anexo, se deben suministrar originales en formato digital suficientemente nítidos para el proceso de edición. Los mismos deben cumplir con las características indicadas en la Sección Inserción de tablas y figuras de la Guía.
- El artículo debe contener un resumen de contenido, en español e inglés, en que se presenten las ideas más significativas del documento.
- Debe adicionarse el currículum vitae del autor en el que aparezcan el nombre completo, calidades profesionales, experiencia profesional reciente y relacionada con el artículo, así como su afiliación institucional y correo electrónico.
- Todos los textos propuestos para publicaciones deberán contar con la aprobación del Comité Editorial antes de que se proceda a la publicación.

Política de acceso abierto

La Revista Centroamericana de Administración Pública se adhiere a los principios y políticas de libre acceso (BOAI), por lo que utiliza la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0. Esta permite que los(as) usuarios(as) puedan tener acceso completo y gratuito al contenido electrónico, es decir que pueden leer, descargar, almacenar, imprimir, buscar, indexar, usar como datos para software y realizar enlaces a los textos completos de esta revista.

Además, se permite distribuir el artículo sin pedir permiso previo al editor o al autor, siempre y cuando se realice sin fines comerciales y se mencione la fuente y autoría de la obra.

Para estos efectos, el autor deberá entregar la Carta de originalidad y cesión de derechos en la cual se indica claramente el aporte de cada autor o autora y aceptación del uso de la información de acuerdo con la Licencia de la Revista; se le ruega detallar la colaboración que tuvo cada participante en la investigación, en la casilla que solicita dicha información.

La revista no realiza ningún cobro económico por someter, revisar, corregir, diagramar y publicar artículos en cualquiera de sus números. El ICAP asume la responsabilidad de transferir los resultados de investigación a la sociedad, difundiendo lo más ampliamente posible la producción científica y académica de sus publicaciones.

Procedimiento para la aceptación de las colaboraciones

Los trabajos sometidos a consideración del ICAP serán evaluados por el Comité Editorial y además se someterán a un Sistema de Revisión por Pares, con el fin de asegurar a los investigadores y a los lectores un producto de calidad.

La evaluación se realizará siguiendo el esquema de revisión doble ciego, debido a ser considerado el más efectivo para garantizar la calidad, confiabilidad e

integridad de los artículos. A continuación, se detallan los procedimientos que conforman el Sistema de Revisión de Pares de la RCAP, permitiendo la gestión adecuada de la información brindada por los artículos y el cumplimiento de los períodos de publicación:

- La convocatoria de la Revista Centroamericana de Administración Pública será publicada en la página web de la RCAP y será compartida en redes sociales.
- Una vez publicada la convocatoria, la recepción de artículos se realizará por medio de los correos electrónicos melizondo@icap.ac.cr y publicaciones@icap.ac.cr.
- Los artículos recibidos pasarán una primera evaluación de forma, normas de citación y estilo por parte del equipo técnico, en caso de no cumplir con esos elementos será enviado nuevamente al autor para que rectifique.
- Una vez aceptado el artículo por el equipo técnico, pasará a ser evaluados por al menos dos expertos. La asignación de los evaluadores de cada artículo, según los criterios establecidos anteriormente, estará a cargo del Comité Editorial.
- El evaluador dictaminará el artículo según los tres niveles; aprobado para ser publicado, condicionado (con pequeñas modificaciones o revisiones amplias) o rechazado. Debe de asegurarse que sus comentarios sean objetivos y oportunos según su

dictamen, correspondiendo a puntos de mejora para el investigador. Para estos efectos, debe utilizar el Formulario para evaluación de artículos científicos.

- Una vez recibido el dictamen del evaluador, se le comunicará al autor el mismo y se le ofrecerá un plazo de 15 días hábiles para generar las mejoras pertinentes.
- La decisión final de aceptar o rechazar un artículo corresponde al Comité Editorial de la Revista, el cual tomará en cuenta las evaluaciones realizadas por los revisores y las mejoras realizadas por los autores, la cual es inapelable.

Compromisos del programa editorial

El Programa Editorial se compromete a cumplir las siguientes funciones una vez que el documento haya sido aprobado para publicación:

- Coordinar el diseño y diagramación del documento.
- Difundir los documentos publicados por medio del sitio web de publicaciones del ICAP y redes sociales institucionales. Además, las publicaciones se difunden en acervos bibliográficos de instituciones nacionales, regionales e internacionales por medio de convenios.
- Respaldar la publicación con el sello editorial ICAP, el cual estará visible en todos los materiales publicados por la institución, así como en aquéllos en cuya coedición participe.
- La publicación se realizará por medios digitales y se le brindará a cada autor un digital del documento final. En caso de que el Comité Editorial lo considere pertinente, se procederá a difundir en formato impreso el documento.

¿Qué es el ICAP?

El Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) es un organismo regional internacional del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), de carácter intergubernamental, especializado en administración pública y al servicio de la región centroamericana.

Fue creado en 1954 y sus países miembros son: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Actualmente, también colabora con República Dominicana, Cuba y otros países de América Latina.

El ICAP brinda acompañamiento a los sectores públicos del istmo, mejorando sus capacidades de gestión, mediante el desarrollo de investigación, actividades de extensión y la implementación de programas de capacitación, asesoría y consultoría. Contamos con programas de posgrado a nivel de Doctorado y Maestría:

Programas de maestría:

- Gerencia de Aviación Civil
- Gerencia Organizacional en Talento Humano
- Gerencia de Proyectos de Desarrollo
- Gerencia de la Salud
- Gerencia de la Calidad
- Gestión y Política Pública
- Gestión de Compras Públicas
- Gestión de Infraestructura Pública
- Finanzas y Banca para el Desarrollo
- Gerencia de Proyectos de Desarrollo
- Gestión Ambiental y Desarrollo Local
- Gestión de la Planificación y el Desarrollo
- Gerencia en Políticas y Programas Sociales
- Gestión del Conocimiento e Investigación en Políticas Públicas
- Epidemiología Aplicada a la Gerencia de la Salud Pública

Programa de Doctorado

- Gestión Pública y Ciencias Empresariales



Instituto Centroamericano
de Administración Pública

www.icap.ac.cr

    /icap_1954