

Tabla de Contenido

Carta de Revisión del Tutor	i
Carta de Revisión del Filólogo	ii
Carta de Aprobación del Lector	iii
Dedicatorias	iv
Agradecimientos	v
Tabla de Contenido	1

1. PRIMERA PARTE.....	4
1.1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.2. NOMBRE DEL TEMA.....	5
1.3. PROBLEMA DEL ESTUDIO	5
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	6
1.5. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.7. METODOLOGÍA.....	7
1.8. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	10
2. ESTUDIO TÉCNICO.....	11
2.1. EL TRABAJO: FENÓMENO PSICOSOCIAL	12
2.1.1. <i>Perspectiva psicosocial del trabajo</i>	13
2.2. CLIMA ORGANIZACIONAL	14
2.2.1. <i>Medidas y Dimensiones</i>	15
2.2.2. <i>Modelo de clima organizacional</i>	15
2.2.3. <i>Relación del clima organizacional con otras variables</i>	15
2.2.3.1. Variables negativas	16
2.2.3.2. Variables positivas:	16
2.3. MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL	17
2.3.1. <i>Teorías de la motivación laboral</i>	17
2.3.2. <i>Tipos de motivación laboral</i>	18
1º <i>La mejora de las condiciones laborales:</i>	18
2º <i>El enriquecimiento del trabajo:</i>	18
3º <i>La adecuación persona/puesto de trabajo:</i>	18
4º <i>La participación y delegación:</i>	18
5º <i>El reconocimiento del trabajo efectuado:</i>	19
6º <i>Evaluación del rendimiento laboral</i>	19
7º <i>El establecimiento de objetivos.</i>	19
2.4. COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.....	19
2.4.1. <i>Conceptualización de la naturaleza e importancia del comportamiento organizacional.</i>	20
2.4.2. <i>Elementos claves del comportamiento individual</i>	24
2.4.3. <i>Contextualización del grupo y los factores de la organización que intervienen en esta categoría</i>	32
2.4.4. <i>Implicaciones del comportamiento de los empleados en las estructuras o diseños organizacionales</i>	36
2.5. DIFERENCIA ENTRE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL.....	37
2.6. ESTUDIO SOBRE CLIMA ORGANIZACIONAL EN LA C.C.S.S.	38
2.7. AMBIENTE LABORAL	54
2.8. AMBIENTE LABORAL EN LA C.C.S.S.....	55
2.9. EL ABSENTISMO LABORAL	56
2.10. EL ABSENTISMO LABORAL EN COSTA RICA.....	61
2.11. COMISIONES MÉDICAS EVALUADORAS DE LAS INCAPACIDADES (CMEI)	63

2.12.	PAGO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDADES A LOS EMPLEADOS DE LA C.C.S.S.	64
2.13.	POLÍTICA DE SUSTITUCIÓN DE PERSONAL	65
3.	ESTUDIO ADMINISTRATIVO Y LEGAL	69
3.1.	ANTECEDENTES DE LA C.C.S.S.	69
3.2.	GENERALIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	70
3.2.1.	<i>Seguro de Salud</i>	71
3.2.2.	<i>Seguro de Pensiones</i>	73
3.3.	EL PROYECTO DE MODERNIZACIÓN	74
3.3.1.	<i>Enfoque Estratégico Corporativo</i>	77
3.3.2.	<i>La Caja Costarricense de Seguro Social como Corporación</i>	78
3.3.3.	<i>Metodología del Enfoque Estratégico Corporativo</i>	81
3.4.	ANÁLISIS FODA	84
3.4.1.	<i>Factores Externos</i>	84
3.4.2.	<i>Factores Internos</i>	87
3.5.	TEMAS ESTRATÉGICOS	90
3.6.	PRIORIDADES INSTITUCIONALES	90
3.7.	DECISIONES ESTRATÉGICAS CORPORATIVAS	91
3.7.1.	<i>Características de las Funciones Estratégicas Corporativas</i>	92
3.8.	MISIÓN Y VISIÓN	93
3.8.1.	<i>Misión Institucional</i>	93
3.8.2.	<i>Visión Institucional</i>	94
3.9.	PRINCIPIOS FILOSÓFICOS, VALORES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE LA C.C.S.S.	94
3.10.	LÍNEAS DE SERVICIO	94
3.11.	FUNCIONES SUSTANTIVAS	95
3.12.	DECÁLOGO DE ÁREAS	95
3.13.	ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN	96
3.13.1.	<i>Servicios Hospitalarios</i>	98
3.13.2.	<i>Servicios de Consulta Externa en Clínicas</i>	101
3.13.3.	NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA	102
3.13.4.	SERVICIOS INTEGRADOS AUTOGESTIONARIOS	103
3.13.5.	SERVICIOS DE SALUD POR MEDIO DE COOPERATIVAS DE AUTOGESTIÓN	103
3.14.	GRUPOS OCUPACIONALES	104
4.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	107
4.1.	INCAPACIDADES	107
4.1.1.	<i>Incapacidades Según Unidad de Trabajo</i>	123
4.2.	DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DE INCAPACIDADES	126
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	130
5.1.	CONCLUSIONES	131
5.2.	RECOMENDACIONES	133
5.2.1	PROPUESTA DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS INCAPACIDADES	135
6.	BIBLIOGRAFÍA	138
7.	ANEXOS	13940
ANEXO 1		141
	<i>Terminología de los Diagnósticos</i>	141
ANEXO 2		160
	<i>Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 1998</i>	160
ANEXO 3		165
	<i>Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 1999</i>	165
ANEXO 4		171

<i>Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 2000.....</i>	<i>171</i>
ANEXO 5	177
<i>Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 2001.....</i>	<i>177</i>
ANEXO 6	183
<i>Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del seguro de salud.....</i>	<i>183</i>
ANEXO 7	191
<i>Manual De Instrucciones Para El Trámite De Incapacidades</i>	<i>191</i>
ANEXO 8	195
<i>Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 17 del 22 de Octubre, 1943</i>	<i>195</i>
ANEXO 9	222
<i>Total Anual de Gastos por Salarios Ordinarios, 2000.....</i>	<i>222</i>
ANEXO 10	223
<i>Diagnósticos 2000.....</i>	<i>223</i>
ANEXO 11	224
<i>Diagnósticos 2001.....</i>	<i>224</i>
ANEXO 12	226
<i>Organigrama C.C.S.S.</i>	<i>226</i>

1. Primera Parte

1.1. Introducción

El ausentismo laboral es reconocido como uno de los factores que más negativamente influyen en el proceso de producción. Durante años los gobiernos y las empresas se han preocupado de esta situación dictando una serie de normas y leyes orientadas a mejorarla.

Por otro lado el ausentismo laboral es un problema de salud inherente al médico, ya que el paciente al que se enfrenta cumple entre otros el rol de funcionario de una empresa y el deterioro de su salud puede ser en ocasiones causado o agravado por su actividad laboral. También el ausentismo laboral es considerado una medida muy cercana al grado de bienestar que ha alcanzado esta persona, tanto en el área personal como en la laboral ya que una persona infeliz o con problemas familiares ve disminuida su capacidad de rendir laboralmente.

Cómo el absentismo por incapacidades por enfermedad y riesgos del trabajo en la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) implica cambios presupuestarios y en la productividad de la institución, es una pregunta que no tiene una respuesta precisa en la actualidad. El alto índice de incapacidades que se da entre los empleados de la C.C.S.S. hace necesario conocer cómo el factor incapacidad afecta la productividad y presupuestación de la institución. En el año 2001, según registro de planillas, la C.C.S.S. contaba con un total de 32.883 empleados, y se registraron un total de 62.835 incapacidades, que representó 423.080 días otorgados. En segundo orden, es importante conocer las principales causas diagnósticas que afectan a la población laboral institucional y su posible relación con el absentismo, lo que permitirá estructurar políticas y estrategias que lleven como objetivo la prevención y disminución de las incapacidades.

Con la realización del Proyecto de Investigación se pretendió conocer el impacto cualitativo-cuantitativo que representa para la C.C.S.S., la ausencia al trabajo por incapacidades laborales de sus trabajadores.

El recurso humano es el elemento que dinamiza a toda organización laboral, de ahí que se requiera una dotación adecuada de éste, a fin de brindar un servicio oportuno, de calidad y libre de riesgo para el usuario, el trabajador y la organización. Cuando el trabajador se ausenta del trabajo, conlleva una serie de problemas que afecta la eficiencia de la prestación de los servicios.

Con los resultados obtenidos se pudo conocer la incidencia económica de las incapacidades, para concienciar a las autoridades de la Institución, a fin de que ellos determinen políticas y estrategias orientadas a la prevención y reducción de los índices de incapacidades laborales de sus trabajadores.

1.2. Nombre del tema

“El impacto cualitativo-cuantitativo de las incapacidades por enfermedad y maternidad de los empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

1.3. Problema del Estudio

El tema objeto de estudio fue las incapacidades del régimen de Enfermedad y Maternidad de los empleados de la Caja Costarricense de Seguro social. El absentismo laboral por incapacidades, es un problema que toda organización debe hacer frente en una forma oportuna, eficiente y eficaz, esto es debido a que afecta directamente la distribución del trabajo programado y consecuentemente los costos de producción; de tal manera que afecta la atención de los usuarios de los diferentes servicios. El absentismo es un indicador de problemas existentes en el ambiente laboral, que puede estudiarse desde múltiples factores ya sean individuales u organizacionales, sin embargo es de interés ver el absentismo como un problema en el impacto económico y de productividad exclusivamente, el cual se medirá bajo las variables que se indican en la metodología, tales como la proporción de trabajadores incapacitados por Unidad de trabajo, causas más frecuentes, promedio de días por incapacidad, etc. De ahí que se haga necesario, entre

otros temas, conocer cuáles son los establecimientos o centros en los que se da la mayor frecuencia de incapacidades, y así, poder brindar información que pueda ser analizada por las autoridades correspondientes para que se facilite la toma de decisiones en la reorientación de políticas y estrategias, que conlleven a prevenir y reducir el absentismo por incapacidades laborales en la C.C.S.S.

1.4. Justificación del Estudio

En las organizaciones laborales existen una serie de problemas o situaciones que afectan el desarrollo de su programación, debido a factores tanto internos como externos. Uno de ellos es el absentismo por incapacidades. La C.C.S.S. cuenta según registro de planillas del año 2001 con 32883 trabajadores, y ésta tiene que enfrentar a diario los problemas generados por el absentismo, especialmente el creado por las incapacidades de sus trabajadores, lo que conlleva a problemas en la distribución del trabajo y consecuentemente el incremento en los costos de producción, y en última instancia la insatisfacción de los usuarios de los diferentes servicios que presta dicha Institución al no recibir un servicio en forma oportuna.

En la actualidad son pocos los trabajos de investigación que existen en este campo. Es por ello que se considera, que los resultados del presente estudio pueden ser de gran utilidad para las autoridades superiores de la C.C.S.S., el cual les facilitará la elaboración de políticas y estrategias, brindándoles información estructurada y analizada. El objetivo de este tipo de acciones es reducir los índices de absentismo por incapacidades.

1.5. Objetivo General

- Definir el impacto cualitativo-cuantitativo que representa para la C.C.S.S., las incapacidades por enfermedad y maternidad, mediante la elaboración y comparación de indicadores que se obtuvieron de una Base de Datos e información recopilada, de los años de 1998 hasta el 2001, con el objetivo de generar una herramienta para las autoridades superiores, que les permita ver el

grado de la problemática y así tener un punto de referencia en la definición de políticas y estrategias que disminuyan y prevengan las incapacidades de los empleados de la Institución.

1.6. Objetivos específicos

- Determinar el número de casos y el costo de las incapacidades en las unidades ejecutoras según nivel de complejidad, para el período que va de 1998 hasta el 2001.
- Determinar las principales patologías por las que el personal de la C.C.S.S. se incapacita y su costo, para los años 2000 y 2001.
- Determinar el monto total anual que aporta la C.C.S.S. por concepto de incapacidades de sus empleados, durante los años de 1998 al 2001.
- Plantear una propuesta de almacenamiento de la información para el mantenimiento de la base de datos de las incapacidades, que sirva como herramienta a las altas autoridades en la consulta y toma de decisiones relacionadas con las políticas y estrategias a seguir con respecto a las incapacidades.

1.7. Metodología

Para el logro de los objetivos propuestos se utilizó el tipo de estudio descriptivo.

La población objeto de estudio estuvo constituida por los empleados de la C.C.S.S., cuyas ausencias laborales se han registrado como incapacidades. Dentro de estas, se incluye el rubro Maternidad y Enfermedad. El estudio estuvo limitado a los años de 1998 al 2001.

Para obtener la información sobre los registros de incapacidades de los empleados de la C.C.S.S. se accedió la base de datos que alimenta el Sistema de Incapacidades de Empleados de la Caja, que posee la institución en la Dirección de Recursos Humanos.

La información del Sistema de Incapacidades muestra el número de incapacidades, días otorgados, monto por subsidio, código de las unidades donde laboran los trabajadores incapacitados (centros), número de cédula del trabajador y código de diagnóstico a 3 dígitos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades ¹.

Estos datos no fueron suficientes para los objetivos de esta investigación, debido a que se requería el número de trabajadores por centro, la descripción de los códigos de diagnóstico, los datos personales de los empleados, y la descripción de las unidades ejecutoras, por lo que se tuvo que consultar otras fuentes de información brindada por otras áreas de la institución, como por ejemplo: Archivo del Libro mayor de empleados, Archivo de Unidades Programáticas según presupuesto, Libro de Clasificación Internacional de las Enfermedades (OPS/OMS), de los cuales se obtuvieron los datos requeridos.

Para los años de 1998 y 1999, existen los tabulados impresos de la información, por lo que se tuvo que procesar y pasarlos a una hoja de Excel con un formato estándar, definido de forma tal que facilitara la presentación de la información para efectos de este proyecto.

Para los años del 2000 y 2001 la información existía en archivos planos, de texto, los cuales fueron procesados por la Dirección de Informática de la C.C.S.S. Estos archivos se utilizaron solamente para realizar cruces de variable y obtener información útil para efectos de este trabajo, como por ejemplo: diagnósticos más frecuentes. Sin embargo, esta información también se tuvo que digitar y procesar en Excel, para seguir con el formato establecido para los años anteriores y así estandarizar la presentación de la información.

Para la presentación de los datos, según tipo de establecimiento, la información se estructuró de la siguiente forma:

¹ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Washington, D.C.: OPS. * 1995.

Nivel Central
Direcciones Regionales de Servicios Médicos
Clínicas Tipo 1 a 4
Hospitales Nacionales
Hospitales Regionales
Hospitales Periféricos de 1 a 3
Sucursales y Agencias

Por otra parte, se utilizó el archivo maestro de planillas de la C.C.S.S. y el archivo de presupuesto para obtener información sobre las plazas según unidad ejecutora y obtener también, el número total de empleados, así como el número de empleados por unidad ejecutora.

Una vez seleccionados los datos correspondientes a las incapacidades de los trabajadores de la C.C.S.S. se procedió a la elaboración de una serie de indicadores tales como: promedio general de incapacidades por trabajador, promedio de días por incapacidad, proporción de incapacidades por unidad ejecutora y su respectivo costo financiero, diagnósticos más frecuentes de incapacidad para los años 2000 y 2001, entre otros.

Para la elaboración de los indicadores mencionados anteriormente, se utilizó: Excel, SPSS para Windows (programa utilizado por la C.C.S.S.) y Microsoft Access.

Se efectuó además una revisión de bibliografía relacionada con el tema y se realizaron consultas a expertos en el campo de medicina laboral o afines, como por ejemplo: Médicos Especialistas en el tema, Administradores de Unidades y Profesionales en Administración de Recursos Humanos.

Dadas las características de la información disponible, el método estadístico que se empleó es fundamentalmente descriptivo. Con la estadística descriptiva se hace referencia a aquellas técnicas o instrumentos que se emplean cuando se desea describir un

conjunto de datos, sin importar la profundidad y detalle con que se haga, ya que no se pretende hacer generalizaciones o inferencias para un conjunto mayor.

1.8. Alcances y Limitaciones

Se pretendió definir el impacto cualitativo-cuantitativo que representa para la C.C.S.S., las incapacidades por enfermedad y maternidad, a través de la elaboración y comparación de indicadores que se obtuvieron de las fuentes de información más adelante incluidas.

Dicha información no está accesible a nivel de base de datos para todos los años. Se cuenta con la base de datos del año 2000 y 2001, las cuales se pueden consultar y realizar ciertas operaciones para la obtención de información importante y fundamental para esta investigación, como por ejemplo la determinación de las patologías. Sin embargo, la información de los años 1998 y 1999 existe en forma tabulada, ya impresa, por lo que se tuvo que digitar de nuevo para sacar las estadísticas no pudiéndose operar para la realización de consultas o cruces de variables que contribuyan en la investigación.

Cabe mencionar que aproximadamente un 20% de la información referente a los meses de noviembre y diciembre del año 2001 no se procesó, esto debido a que faltó incluirla en el sistema de incapacidades de la C.C.S.S. por parte de las unidades ejecutoras.

La investigación por ser un estudio interno de la institución, no presenta un Estudio de Mercado. Además, debido a que la C.C.S.S., es una Institución del Estado que brinda un servicio social en términos de salud, no existe otra institución que tenga una orientación parecida o similar a la de la C.C.S.S., con la cual se pueda comparar,.

2. Estudio Técnico

En la actual sociedad, el desarrollo de las organizaciones se encuentra influenciado por las condiciones del entorno, que exige que se tengan en cuenta numerosos factores que son difícilmente previsibles y cambiantes, como son: la globalización de la economía, la demanda de los clientes, la innovación y el cambio tecnológico y la naturaleza de la competencia. Las organizaciones productivas deben ser capaces de responder eficientemente a estos factores desarrollando estrategias que les permitan alcanzar la máxima eficacia, eficiencia y competitividad como organización, a través, entre otros aspectos, de la reducción de los costes y los ciclos logísticos, el dominio de las características y comportamientos de los mercados y la exigencia de mayor claridad en sus bienes o servicios.

El mundo laboral ha ido evolucionando, dejando atrás la organización tradicional caracterizada por un sin número de tareas operativas, trabajos en línea, toma de decisiones centralizada, etc. La competencia del mercado actual requiere de empresas organizadas, dinámicas y con altos estándares de calidad que puedan adaptarse fácilmente a un entorno cambiante y exigente, satisfaciendo así las demandas del cliente de la empresa.

Hoy en día la competitividad de las empresas no se basa, como antes, únicamente en la inversión en tecnologías que son accesibles para cualquier empresa en el mercado, sino en el factor humano, en la calidad e iniciativa de los recursos humanos de la empresa y es, precisamente, este capital humano el más difícil de lograr.

La gestión de los recursos humanos se viene centrando en el individuo como parte fundamental de la organización e indispensable para lograr los objetivos propuestos por ésta, encaminada a alcanzar la mayor productividad y beneficio económico.

Una de las razones para dirigir los esfuerzos de la organización hacia su recurso humano (su capital humano) es la creciente preocupación sobre la prevención de los riesgos laborales, la salud de los trabajadores, la disminución de las incapacidades y la

importancia de generar y mantener altos niveles de motivación entre los trabajadores y trabajadoras, factores que facilitan un ambiente laboral propicio para la consecución de los objetivos propuestos por la organización.

2.1. El trabajo: fenómeno psicosocial

El trabajo es la actividad del hombre encaminada a la transformación de la naturaleza, para satisfacer las necesidades humanas. Éste constituye un rasgo específico de la actividad humana: es un común denominador y una condición imprescindible para la existencia de la vida social. Por ello el proceso histórico de desarrollo de la humanidad se fundamenta sobre el trabajo.

Sin embargo, desde el punto de vista económico, lo que interesa es el hecho de que el trabajo es el elemento esencial del proceso de producción. Este consiste fundamentalmente en la aplicación de trabajo a un objetivo con la finalidad de transformarlo.

La observación de la realidad muestra una gran variedad de tipos de trabajo. Así, desde el punto de vista del producto obtenido, existen casi tantos tipos de trabajos como bienes y servicios. Sin embargo todo trabajo por distinto que sea, supone un esfuerzo humano y como tal un gasto de las potencias del hombre.

El trabajo puede tomar aspectos muy diferentes según sean los medios de producción a su disposición y según sean los tipos de relaciones, que a través del trabajo, se establezcan entre los hombres. Ambas condiciones se interrelacionan mutuamente, y de hecho caracterizan los distintos modos de producción de la historia de la humanidad.

Desde el punto de vista del trabajo, hay un hecho histórico fundamental: a partir de un determinado momento el hombre es capaz de producir con su trabajo más de lo que necesita para vivir, es decir, aparece un excedente.

La aparición del excedente es un fenómeno que además de permitir un intercambio y favorecer las posibilidades de progreso, es causa necesaria para que surja la explotación. A lo largo de la historia la explotación ha tomado varias formas: esclavitud, servidumbre y asalariado.

La existencia del trabajo asalariado viene condicionada por la generalización de la producción de mercancías, hasta llegar a la situación en que el mismo trabajo es una mercancía, que como tal, se compra y vende en el mercado. Exige la existencia de un trabajador libre y de una masa de individuos cuya única posesión sea su propia capacidad de trabajar. Estos asalariados, por la venta de su capacidad de trabajo, pueden obtener a cambio, las demás mercancías necesarias para su subsistencia.

2.1.1. Perspectiva psicosocial del trabajo

Para el análisis del trabajo en el modo de producción hay que diferenciar entre trabajo productivo e improductivo. Ante todo hay que establecer, lo que es el trabajo productivo en general y el capitalista:

-El general es el que produce valores de uso, y su existencia es necesaria. Es para la supervivencia de la humanidad, cualquiera que sea la forma social histórica en que se halla.

-El capitalista es trabajo que además de producir valores de uso, produce plusvalía. Ese criterio es el utilizado por los fisiócratas, al considerar que solo la agricultura es productiva al ser la única actividad capaz de proporcionar un excedente.

Marx siguiendo este criterio, definió trabajo productivo en el capitalismo, como aquel que se intercambia, con capital productivo (produce plusvalía), y trabajo improductivo es el que se intercambia con el ingreso: el Empresario, como tal, es el único que compra trabajo productivo, mientras que el improductivo puede ser adquirido tanto por los capitalistas, como por los trabajadores, en cuanto que actúan, como consumidores. Existe otra acepción de trabajo productivo, expuesta por Adam Smith, que considera trabajo productivo aquel que produce bienes, materiales. Marx se opuso rotundamente a esta

concepción, y señaló, que “un mismo tipo de trabajo, puede ser productivo e improductivo”. De hecho, sin embargo, en la época en que A. Smith y luego Marx escribían, había cierta relación entre bienes producidos por los empresarios, y bienes materiales.

En la actualidad, la gran importancia de los servicios, invalida totalmente esta definición, de A. Smith por cuanto existen gran número de empresas capitalistas, que prestan servicios, que aunque intangibles, son valores de uso, y obtiene una plusvalía, por lo que pueden calificarse de productivos.

La diferencia entre trabajo productivo e improductivo es muy importante en la teoría marxista, para una comprensión de la explotación en el modo de producción capitalista en base al concepto de plusvalía. Para Marx el trabajo productivo es una categoría que expresa la forma en que la fuerza del trabajo desempeña un papel, en el proceso de producción capitalista. Es además un concepto necesario, para el análisis de la acumulación, y por tanto, del crecimiento. Existe una tendencia a considerar solo productivos, los trabajos de los sectores primario y secundario. Sin embargo, Marx consideraba que el trabajo del sector terciario también era productivo. De hecho, si el objeto del análisis es el estudio de la explotación y la plusvalía, es evidente que esta tendencia no es correcta. Sin embargo, para una teoría de la acumulación puede que este concepto más restringido sea también el más útil.

Otra tendencia, representada por Baran y Sweezy, intenta reinterpretar el concepto de Marx sobre el trabajo productivo e improductivo, en términos de la necesidad social de los trabajos. Ello significa, por una parte extender el criterio de Marx relativo a las actividades propias, solamente de la forma concreta de producción de mercancías que toma el capitalismo, pero, por otra, diverge por completo de él al independizar el concepto de trabajo productivo del fenómeno de la producción de plusvalía.

2.2. Clima organizacional

El clima organizacional está representado por el conjunto de factores que se dan en un entorno de trabajo.

2.2.1. Medidas y Dimensiones

Las dimensiones son tres:

-Dimensión funcional: se refiere a las diferentes etapas en las que el individuo se ve implicado en la organización.

-Dimensión jerárquica: referido al lugar que ocupa según su posición dentro de la organización (rol).

-Dimensión inclusiva: correspondiente al aumento o disminución de la centralidad del individuo, en la organización.

2.2.2. Modelo de clima organizacional

El modelo se compone de 5 partes:

1º- De individuos: los individuos traen sus propias personalidades, habilidades y actitudes, lo que influye en que es lo que esperan conseguir por participar en el sistema.

2º- Una organización formal: está formada por los patrones interrelacionados de los trabajos, que en conjunto establecen la estructura del sistema.

3º- Grupos pequeños: Los individuos no trabajan de forma aislada sino que son miembros de grupos pequeños y esto les sirve como medio para facilitar su propia adaptación dentro del sistema.

4º-Estatus y roles: Las diferencias de estatus y rol que existen entre los distintos puestos de una organización, definen la conducta de los individuos dentro del sistema.

5º- Marco físico: El marco físico hace referencia al ambiente físico externo y al nivel de tecnología que caracteriza a la organización.

2.2.3. Relación del clima organizacional con otras variables

2.2.3.1. Variables negativas

El estrés:

Efecto de la influencia en el individuo de una serie de factores de distinta procedencia, que afectan el sistema general a nivel fisiológico, psicológico y conductual.

El agotamiento:

Hace referencia a un síndrome de cansancio emocional y desengaño que se da entre las personas; al estar reducidos los recursos emocionales, los trabajadores sienten que ya no son capaces de dar más de sí mismos y alcanzar un determinado nivel psicológico.

Ambigüedad de rol:

Incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)

Conflicto de roles:

La incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.

2.2.3.2. Variables positivas:

Implicación laboral:

Grado en que una persona se identifica psicológicamente con su trabajo; también hace referencia a la interiorización de valores acerca de la importancia del mismo.

Autoestima:

Los estudios que relacionan la autoestima con la conducta laboral indican que sujetos con una alta autoestima se sienten competentes y anticipan el éxito, ocurriendo lo contrario en el otro caso.

2.3. Motivación y satisfacción laboral

2.3.1. Teorías de la motivación laboral

Existen 2 tipos de teorías, las centradas en el contenido, y las centradas en el proceso.

Las centradas en el contenido son:

-Jerarquía de las necesidades de Maslow; que parte del supuesto de que todos los individuos tienen cinco necesidades básicas que desean satisfacer; fisiológicas, de protección, sociales, de consideración y estima, y de auto desarrollo.

-Necesidades aprendidas de McClelland; que investiga tres necesidades que impulsan la conducta humana; logro, poder y afiliación.

-Modelo Jerárquico de Alderfer; basa sus investigaciones en el modelo de Maslow. Las necesidades básicas están englobadas en tres niveles; de existencia, de relación, de crecimiento o desarrollo personal.

-Teoría de los dos factores de Herzberg; higiénicos y motivadores.

Las centradas en el proceso:

-Teoría de la equidad de Adams; sostiene que en el entorno laboral, los individuos establecen unas comparaciones entre las contribuciones que realizan a la empresa (entradas) y las retribuciones que reciben de la empresa (salidas).

-Teoría de las expectativas de Vroom; que se basa en dos premisas; 1-Las personas saben lo que quieren de su trabajo, y comprenden que depende de su desempeño el conseguir o no las recompensas deseadas. 2-Existe una relación entre el esfuerzo que se realiza y la ejecución o el rendimiento de trabajo.

-Teoría del esfuerzo de Skinner; se fundamenta en tres variables centrales; estímulo, respuesta, recompensa.

-Teoría del establecimiento de metas; el sujeto debe ser consciente de la meta, y debe aceptar que la meta es algo por lo que desea trabajar.

-Motivación intrínseca y extrínseca.

2.3.2. Tipos de motivación laboral

1º- La mejora de las condiciones laborales:

Consiste en aumentar la motivación laboral mejorando los factores Higiénicos, los relacionados con el texto laboral que permiten a los individuos satisfacer sus necesidades de orden superior y que eviten la insatisfacción laboral.

2º- El enriquecimiento del trabajo:

Multitud de puestos de trabajo tienen una tarea muy especializada y fraccionada. El trabajador no ejerce ningún papel en la planificación y el diseño de tareas limitándose a desarrollar una actividad mecánica y rutinaria. Esto es lo que hay que evitar.

3º- La adecuación persona/puesto de trabajo:

Esta técnica persigue incorporar en un puesto de trabajo concreto a aquella persona que tenga los conocimientos, habilidades y experiencia suficientes para desarrollar con garantías el puesto de trabajo y que además, esté motivada e interesada por las características del mismo.

4º- La participación y delegación:

Esta técnica consiste en que los trabajadores participen en la elaboración del diseño y planificación de su trabajo. Se fundamenta en el hecho de que son los propios trabajadores quienes mejor conocen cómo realizar su trabajo y por tanto quienes pueden proponer las mejoras o modificaciones más eficaces.

5º- El reconocimiento del trabajo efectuado:

Los empleados suelen quejarse frecuentemente de que cuando hacen un trabajo especialmente bien, el jefe no les comenta nada. Sin embargo cuando cometen el primer error, el jefe aparece inmediatamente para criticarles. Esta situación puede desmotivar inmediatamente incluso al mejor de los trabajadores.

6º- Evaluación del rendimiento laboral

Consiste en evaluar los resultados de la conducta laboral y proporcionar la información obtenida al trabajador. Esto supone un importante estímulo motivador.

7º- El establecimiento de objetivos.

La técnica de establecimiento de objetivos consiste en llegar a un acuerdo periódico entre subordinado y jefe, sobre los objetivos a alcanzar para un periodo de tiempo concreto. Así mismo existe una revisión periódica para analizar el grado de cumplimiento de objetivos.

2.4. Comportamiento Organizacional

Desde hace décadas los gerentes han buscado mejorar el funcionamiento organizacional, esta situación es tan antigua como la cultura. Anteriormente se veía a las organizaciones como una forma de alcanzar la competitividad y obtener beneficios sobre la base de una división horizontal del trabajo y vertical de las decisiones, donde existía alguien en la cúspide que era quien pensaba y los demás eran los autómatas que se les pagaba para que hicieran lo que se les ordenaba y nada más. Esta era la estructura de una organización lineal.

Hoy en día, el concepto de organización ha cambiado y se ha pasado de un pensamiento lineal a un pensamiento sistémico, en donde las cosas no son vistas como estructuras aisladas sino como procesos integrantes de un todo; en tal sentido, podemos decir que la organización es un sistema de relaciones entre individuos por medio de las cuales las personas, bajo el mando de los Gerentes, persiguen metas comunes. Estas metas son

producto de la planificación y de los procesos de toma de decisiones en donde los objetivos son creados tomando como base la capacidad de aprender que tienen los empleados, conociéndose que las organizaciones cobrarán relevancia al aprovechar el entusiasmo y la capacidad de aprendizaje del personal que poseen.

Los gerentes quieren estar seguros de que sus organizaciones podrán aguantar mucho tiempo y para ello, en nuestros tiempos, se hace indispensable conocer sobre el comportamiento humano en las organizaciones y éste será entendible sólo cuando lo analizamos de manera holística, sistémica, multidisciplinaria e interdisciplinarias y en donde las relaciones personas-organización deben verse como un todo, teniéndose como entendido que las habilidades técnicas son necesarias para el éxito en la gestión administrativa. Además, los gerentes necesitan tener buenas habilidades con la gente y desarrollar las habilidades de sus colaboradores, ya que el impacto positivo y/o negativo que los componentes de la organización (individuos, grupos y estructura) tiene sobre ella misma será directamente proporcional al éxito o fracaso que la organización obtenga.

2.4.1. Conceptualización de la naturaleza e importancia del comportamiento organizacional.

Para definir el comportamiento organizacional (CO) se debe citar el concepto que brindan varios autores:

"Es un campo de estudio que investiga el impacto de los individuos, grupos y estructuras sobre el comportamiento dentro de las organizaciones, con el propósito de aplicar los conocimientos adquiridos en la mejora de la eficacia de una organización." Stephen P. Robbins (1998)

"El estudio y la aplicación de conocimientos relativos a la manera en que las personas actúan dentro de las organizaciones. Se trata por lo tanto de una herramienta humana para beneficio de las personas y se aplica de modo general a la conducta de las personas en toda clase de organización" Davis, K & Newstrom J. (1991)

Se infiere, de los conceptos anteriormente señalados, que el objetivo del estudio del comportamiento organizacional es tener esquemas que nos permitan mejorar las organizaciones adaptándolas a la gente que es diferente, ya que el aspecto humano es el actor determinante dentro de la posibilidad de alcanzar los logros de la organización, siendo sin duda el estudio del cambio uno de los aspectos más relevantes en todo análisis organizacional.

En el mismo orden de ideas, quizás el tema más importante que estudia el CO es el cambio. Este tema está vinculado con otros muy importantes, como la cultura, el liderazgo, la motivación y otros, los cuales se interrelacionan entre sí como parte de un solo sistema, por ello, para conocer realmente qué es el comportamiento organizacional, debemos, sin duda, entender esos otros aspectos y conocer su conexión con la organización y sus miembros.

La variable "cultura" ha demostrado ser el marco dentro del cual se pueden entender los otros aspectos, lo cual genera, por tanto, una interdependencia muy alta. El problema que se enfrenta como dependientes del desarrollo teórico es que el conocimiento viene fundamentalmente, y casi en su totalidad, de culturas muy distintas de las nuestras, lo que quizás nos dificulte la aplicación de ciertas experiencias organizativas, ya que según los estudiosos la cultura nacional tiene un mayor impacto en los empleados que la cultura organizacional, sin embargo toda organización puede crear su propia cultura organizacional, es decir puede institucionalizarse, tomar vida propia y convertirse en un sistema de significado compartido entre sus miembros, que la distinguirá de cualquier otra, dándole a sus miembros un sentido de identidad, generándoles un compromiso con algo más grande que el interés personal e incrementando la estabilidad del sistema social.

En cuanto al liderazgo se va a definir como el proceso mediante el cual sistemáticamente un individuo ejerce más influencia que otros en el desarrollo de las funciones grupales. No es una persona que se impone al grupo sino que es el grupo quien lo elige, siendo reconocido por sus integrantes por su superioridad en las cuestiones que afectan al grupo.

Si se traslada al plano empresarial, al líder lo elegirán los miembros que integran la empresa. El líder en una empresa es como los buenos amigos, ya que se espera de ellos que sepan dirigir con su liderazgo en las buenas y en las malas. Que además tengan disposición de comunicarse con los demás, que traten de hacer entender los objetivos empresariales, que no inventen excusas, que se preocupen por el trabajo y su gente, que sean constructores de redes de energía humana y que, cuando no estén, los recuerden por todo lo bueno que hicieron y no por lo malo que dejaron.

La motivación es otro aspecto resaltante dentro del comportamiento organizacional y puede definirse como la voluntad de ejercer altos niveles de esfuerzos hacia la consecución de los objetivos organizacionales condicionadas por la habilidad del esfuerzo de satisfacer alguna necesidad personal. Para el estudio de la motivación se emplean diversas teorías (de la necesidad, del establecimiento de metas, del reforzamiento, de la equidad, de la expectativa y otras) sin embargo, toda motivación necesariamente debe estudiar la cultura, ya que los elementos a reforzar para obtener mejor y mayor motivación varían de país en país, por ejemplo, un grupo de trabajo se motivara más cuando las clasificaciones de la cultura del país califican más alto en el concepto de calidad total.

Por todo lo anteriormente dicho, se reafirma que en el estudio del comportamiento organizacional se debe hablar de un pensamiento sistémico en donde todos sus elementos se integran para formar un todo. Así mismo, se debe agregar al concepto de comportamiento organizacional el hecho de que éste debe ser visto como una disciplina que logra conjuntar aportaciones de otras diversas disciplinas que tienen como base la psicología, la antropología, la sociología, y la ciencia política entre otras.

Una vez definido el CO, se debe ahora conocer que para su estudio se hace necesario crear un modelo que atienda a tres niveles de análisis: nivel individual, nivel de grupo y nivel estructural, en donde el conocimiento de cómo actúan sistemáticamente será lo que permitirá entender el comportamiento de la organización. Los tres niveles son análogos a la construcción por bloques y cada nivel es una consecuencia del anterior. Primeramente se tiene a los individuos con sus características propias, luego con ello se formará el

concepto de grupo y al final se llegará al nivel del sistema organizacional donde se unen los niveles anteriores como un sistema único.

En el mismo orden de ideas del concepto amplio del comportamiento organizacional se debe conocer que éste puede ser afectado por variables dependientes e independientes. Las primeras pueden definirse como el factor clave que se quieren explicar o predecir y que son afectados por otros factores que repercutirán en la organización, mientras que las segundas serán las mayores determinantes de las primeras.

Las variables dependientes que consideran algunos autores o que remarcan más son:

Productividad.- la empresa es productiva si entiende que hay que tener eficacia (logro de metas) y ser eficiente (que la eficacia vaya de la mano del bajo costo) al mismo tiempo.

Ausentismo.- toda empresa debe mantener bajo el ausentismo dentro de sus filas porque este factor modifica de gran manera los costos, no cabe duda que la empresa no podrá llegar a sus metas si la gente no va a trabajar.

Rotación.- es el retiro permanente voluntario e involuntario del personal que labora en una empresa, esta puede ser positiva cuando el individuo no era satisfactorio pero pudiese ser negativo cuando el personal con conocimientos y experiencia se va de la empresa.

Satisfacción en el trabajo.- que la cantidad de recompensa que el trabajador recibe por su esfuerzo sea equilibrada y que los mismos empleados se sientan conformes y estén convencidos de que es eso lo que ellos merecen.

Las variables independientes que afectan el comportamiento individual de las personas son:

Variables del nivel individual.- son todas aquellas que posee una persona y que la han acompañado desde su nacimiento, como sus valores, actitudes, personalidad y sus propias habilidades que son posiblemente modificables por la empresa y que influirían en su comportamiento dentro de la empresa.

Variables a nivel de grupo.- el comportamiento que tienen las personas al estar en contacto con otras es muy distinto, por lo que esto representará un factor de estudio.

Variables a nivel de sistemas de organización.- los individuos y los grupos conformarán la organización, por ende los procesos de trabajo, las políticas y las prácticas que realice la organización tendrán un impacto que debe analizarse.

Una vez conocidas las variables que afectan el comportamiento organizacional, se explicará cuál es la importancia del estudio del CO para los gerentes, en tal sentido se dirá que éste ayuda a:

- Ä Ver el valor de la diversidad de la fuerza laboral a través del conocimiento cultural del individuo lo que permitirá conocer cómo ajustar las políticas de la empresa.
- Ä Mejorar la calidad y productividad del empleado, permitiendo desarrollar sistemas de aprendizajes adecuados con el objeto de lograr cambios positivos en la organización.
- Ä Servir de guía en la creación de un clima de trabajo saludable donde la ética y la moral vayan de la mano.
- Ä Ofrecer conocimientos específicos para mejorar las habilidades interpersonales.

2.4.2. Elementos claves del comportamiento individual

Para relacionar el comportamiento individual y sus elementos más interesantes con los patrones de conducta que asumen los individuos dentro de las organizaciones, se debe iniciar por ilustrar lo que significa la conducta o comportamiento y sus diferentes manifestaciones, los elementos y factores de influencia.

Se va a definir la conducta como el modo de ser del individuo y conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. La conducta es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos y de motricidad. La conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinados, se denomina 'comportamiento'. Toda conducta está determinada por múltiples factores: los

genéticos o hereditarios y los situacionales o del medio. Los primeros hacen referencia a la conducta innata (instintiva) que existe en el individuo al nacer; los segundos, a la conducta concreta que se da ante una determinada situación (aprendida) El Patrón de Conducta, también denominado pauta de conducta, es el tipo de conducta que sirve como modelo. Los patrones de conducta son normas de carácter específico que sirven de guía para orientar la acción ante circunstancias específicas.

Como se está relacionando la conducta individual con las organizaciones, entendiendo que éstas son elementos sociales, es interesante saber cómo la psicología social enfoca la conducta o el comportamiento del hombre, siendo sus principales áreas de investigación las siguientes: la socialización que se define como el proceso de adaptarse o formarse para un medio social específico. Es cómo los individuos aprenden las reglas que regulan su conducta con los demás en la sociedad, los grupos de los que son miembros y los individuos con los que entran en contacto. El cambio de actitudes las cuales suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia y que consisten en la respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos. La afiliación social se conceptualiza como el poder e influencia de factores que determinan con quién y de qué modo se relacionan los individuos -si es que lo hacen-, si intentarán ejercer una influencia sobre los demás o ser a su vez influidos por otros. La estructura y dinámica de grupos: se estudia cómo el individuo y el grupo se influyen mutuamente, donde se han tratado temas como el del liderazgo, sus funciones, sus estilos y su efectividad. La personalidad y la sociedad: las diferencias en el grado de motivación hacia el éxito, por ejemplo, han resultado mensurables y tienen una importancia decisiva para saber cómo se comporta una persona en diferentes situaciones sociales. Los tipos de actitudes hacia la autoridad, así como la noción de personalidad autoritaria, están relacionados con ciertos aspectos de la conducta social. La comunicación interpersonal: los psicólogos sociales consideran el lenguaje y la comunicación como algo central en la organización de la vida social. La comunicación no verbal se muestra cómo una compleja comunicación inconsciente que utiliza el lenguaje del cuerpo y es básica para el funcionamiento armónico de la interacción social. La cognición social abarca el estudio de cómo las

personas se explican su propia conducta y la de los demás, también estudia el efecto de todos estos procesos en el pensamiento y la motivación.

Una vez conocida la perspectiva que la psicología tiene del comportamiento individual y aclarados algunos conceptos de gran utilidad, se unirán estas ideas con lo que el CO define como los elementos claves del comportamiento individual que, según Robbins, están representadas por las características biográficas, la habilidad, la personalidad y el aprendizaje, variables individuales que son fácilmente claras de identificar en todas las personas.

En relación con las características biográficas diremos que éstas son de fácil obtención por parte de los gerentes y en su mayor parte incluyen información contenida en el historial del empleado. Estas permiten que el empleador pueda conocer mejor quién es su empleado y otorgarle responsabilidades y desafíos acordes con su perfil individual.

Dentro de las características biográficas se pueden enumerar las siguientes:

Edad.- se dice que las personas de mayor edad son menos productivas y no es así ya que a diferencia de los jóvenes éstos poseen experiencia y difícilmente son reemplazados. También se dice que cuanto más vieja se vuelve una persona, menores son las ganas de perder su empleo por las faltas de oportunidades que tienen. Sin embargo, una persona de mayor edad puede ser parte del ausentismo debido a las enfermedades que puede contraer.

Género.- lo primero que debemos tomar en cuenta es que entre hombres y mujeres las diferencias son pocas en el desempeño del trabajo. En cuanto a los horarios de trabajo la mujer prefiere uno donde le permita combinar sus actividades de trabajo con las del hogar; así también según estudios las mujeres, tienen mayores índices de ausentismo debido a que se vive en una cultura donde la mujer está ligada a situaciones de casa y familia.

Estado civil.- no hay pruebas acerca de que este factor influya mucho pero se cree que el hombre casado es más responsable, tiene pocas ausencias y están más satisfechos en su trabajo debido a que tienen una familia y necesitan velar por sus intereses.

Antigüedad.- esta señala la situación de que la antigüedad dentro del trabajo marca la productividad de forma positiva, cuanto más tiempo tiene en la empresa más se perfecciona en su trabajo. Además que se está más satisfecho con lo que se hace. Pero en lo que respecta a rotación no es tan bueno el panorama ya que a veces por no crear antigüedad se da por terminada las relaciones de la empresa con el trabajador.

El elemento número dos trata sobre las habilidades individuales y se refiere a la capacidad de una persona para llevar a cabo diversas actividades, donde cada una de las personas no son iguales por lo que se busca adecuar las habilidades de las personas y encontrar la manera adecuada de usarlas. La habilidad influye en el nivel de rendimiento y de satisfacción del empleado. Las habilidades pueden subdividirse para su estudio en dos vertientes, a saber:

Habilidades intelectuales.- son aquellas que se utilizan para realizar las actividades mentales, éste se puede medir a través de test o pruebas para organizaciones, escuelas, dependencias gubernamentales. Consta de seis dimensiones: aptitud numérica, comprensión verbal, velocidad perceptual, razonamiento inductivo, visualización espacial y memoria.

Habilidades físicas.- son requerimientos necesarios para hacer tareas que demandan fuerza, vigor y destreza.

La gerencia debe usar las habilidades del individuo para el beneficio de la empresa, por ello, se hace necesario primeramente conocer qué tipo de habilidades necesita cada trabajo con el objeto de seleccionar al empleado más capacitado para cumplirlo. Como segundo punto, el promover o ascender personal deberá siempre estar en estrecha relación con las habilidades que el nuevo sujeto tenga para cumplir cabalmente la nueva asignación. Como último se dirá que las habilidades deben ser aprovechadas al máximo, pero no se debe perder de vista que a través del aprendizaje se pueden actualizar algunas que se creían perdidas, así como también se pueden desarrollar nuevas conforme al tiempo y condiciones dadas.

El tercer elemento a considerar es la personalidad, definiéndose ésta como la forma en que la persona actúa con los demás y actúa ante su entorno, o bien se puede decir que la personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias. Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. La personalidad se va formando a lo largo de la vida de la persona y con base a dos factores que interactúan constantemente como lo son la herencia: factores que se dieron en el nacimiento como la estatura, peso, género, temperamento, físico; y el ambiente: los primeros aprendizajes, la forma en que crecimos, la cultura que nos dieron, los grupos sociales que nos rodearon. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra cómo las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen periodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental. Durante uno de estos periodos, por ejemplo, la capacidad de manejar el lenguaje cambia muy rápidamente, mientras que en otros es más fácil desarrollar la capacidad de entender y culpabilizarse. La mayoría de los expertos cree que las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga,

aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad. Se cree, por ejemplo, que el niño al que se le enseña a controlar sus esfínteres demasiado pronto o demasiado rígidamente puede volverse un provocador. Los niños aprenden el comportamiento típico de su sexo por identificación con el progenitor de igual sexo, pero también el comportamiento de los hermanos o hermanas, especialmente los de mayor puede influir en su personalidad. Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad. La antropóloga Margaret Mead convivió con dos tribus de Guinea y mostró esta relación cultural al comparar el comportamiento pacífico, cooperativo y amistoso de una, con el hostil y competitivo de la otra, pese a tener ambas las mismas características étnicas y vivir en el mismo lugar.

Aunque tradicionalmente los psicólogos sostienen que los rasgos de la personalidad de un individuo se mantienen estables a lo largo del tiempo, recientemente se cuestionan este enfoque, señalando que los rasgos existían sólo en la óptica del observador, y que en realidad la personalidad de un individuo varía según las distintas situaciones a las que se enfrenta

Se habla de la búsqueda de encontrar todas aquellas características de la personalidad que permitan identificar a las personas, al final de varios estudios se han considerado 16 características que son las que reflejan en forma más general el comportamiento de un individuo en forma específica. A través del indicador de tipo Meyers-Briggs (MBTI por sus siglas en inglés) que es un examen de personalidad de 100 preguntas se clasifica los individuos en cuatro tipos de personalidad: extrovertidos o introvertidos, sensibles o intuitivos, racionales o pasionales y perceptivos o juiciosos.

Una vez entendido que la personalidad se refiere a una serie de características personales, en donde se muestran motivos, emociones, valores, intereses, actitudes y competencias organizadas en el entorno social, cultural y familiar, se dirá que este elemento influye de manera determinante en el desempeño laboral y el éxito de la organización, se debe, de igual forma, conocer que dentro de los muchos atributos de la personalidad guardan especial potencial para prever el comportamiento de las personas en las organizaciones:

La orientación a la realización, el autoritarismo, el maquiavelismo, la autoestima, el autocontrol y la tendencia a correr riesgos.

La orientación a la realización.- Las personas con gran necesidad de realización están luchando constantemente por hacer mejor las cosas. Incansablemente buscan el éxito a través de actividades donde los desafíos constituyen su mayor motivación.

El autoritarismo.- Quienes tienen una personalidad autoritaria guardarán una relación negativa con el rendimiento, cuando el empleo exige sensibilidad para los sentimientos de los demás, tacto y capacidad de adaptación a situaciones complejas y cambiantes. Por el contrario, cuando los empleos están muy estructurados y el éxito depende del respeto estricto de reglas y reglamentos, el empleado muy autoritario funciona bien.

Maquiavelismo.- Toma el nombre por Maquiavelo quien escribió acerca de cómo ganar y usar el poder. Este tipo de personas cree que el fin justifica los medios, les gusta manipular más y ganar más por lo que no son fáciles de persuadir

Autoestima.- es el grado en que se es aceptado por uno mismo, esta característica determina en muchas ocasiones el grado de éxito de las personas, todos aquellos que tengan una autoestima alta serán capaces de enfrentar retos fuera de sus miedos o condicionantes, además de que no serán tan susceptibles a las situaciones del exterior. En los puestos administrativos, las personas que tienen poca autoestima suelen preocuparse por complacer a otros, y por tanto, es menos probable que adopten posiciones poco populares. Por el contrario, los individuos con gran autoestima, desarrollan seguridad y confianza en las labores que desempeñan, siendo más probables que triunfen en el trabajo.

Locus de control o lugar de control.- hay personas que piensan que ellos son responsables de su estilo de vida y su destino. De forma interna, controlan lo que les pasa o de forma externa, a través de fuerzas exteriores. Las investigaciones relacionadas con dicho aspecto señalan que las personas con mucho auto control suelen prestar más atención al comportamiento de otros y son más capaces de conformarse que aquellas que tienen poco autocontrol. El auto control conlleva al éxito en los puestos administrativos donde se requiere el desempeño de muchos roles, incluso muchas veces contradictorios.

Auto monitoreo.- ser capaz de adaptar mi comportamiento a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana de eso se trata este punto que habla de las personas que con alto auto monitoreo pueden mostrar diversas caras de sí mismas, según como se requiera, aunque algunas veces sean contradictorias pero serán consideradas para ascensos dentro de la empresa o de otras organizaciones.

Toma de riesgos.- se refiere a que en los puestos de gerencia dentro de una empresa debe de buscarse aceptar las responsabilidades al tomar decisiones. Según estudios en el grado en que se adopten los riesgos depende en algunas ocasiones del puesto que se desempeña.

El cuarto y último elemento influyente en el comportamiento individual es el aprendizaje, el cual Robbins (1994), al referirse a éste afirma: "Cualquier cambio relativamente en el comportamiento, ocurre como resultado de la experiencia. El aprendizaje se da constantemente... Un cambio en el proceso de pensamiento no será aprendizaje sino se acompaña por una modificación de conducta". Basados en esta definición se dirá que el aprendizaje es el cambio que se da en cualquier momento que modifica el comportamiento, y que va ligado a la experiencia adquirida a lo largo del tiempo. Se puede tener el conocimiento de situaciones o actividades pero el aprendizaje se basa en que se aplique ese conocimiento. Así mismo, este aprendizaje puede tornarse favorable si se aplica el reforzamiento positivo y con ello puede buscarse la manera de incrementarse el rendimiento de las personas, teniéndose en cuenta que el aplicar castigos quizás solo puede provocar efectos negativos.

En relación a cómo aprendemos, se han presentado tres teorías que explican el proceso por medio del cual se adquieren patrones de comportamiento, las cuales son: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje social. Seguidamente se resume su contenido.

El Condicionamiento Clásico fue desarrollado por el psicólogo Ivan Pablo a fines del siglo XIX y se basa en la teoría de estímulo-repuesta y se ve en una organización cuando, por ejemplo por años se ha ordenado el arreglo y limpieza general cuando los altos ejecutivos tienen una inspección; por razones estímulo-respuesta el empleado asociará

siempre limpieza con visita de inspección, pero si por el contrario tiempo después se ordena limpieza y orden sin que se programe ninguna inspección, todos continuarán pensando que vendrá una inspección, ya que esta respuesta es una acción condicionada en el aprendizaje del individuo y de la organización.

El condicionamiento operante fue presentado por el psicólogo Skinner y se afirma que la conducta es una función de su consecuencia. Las personas aprenden a conducirse de tal forma que les permita obtener lo que quieren o evitar lo que no quieren. En este tipo de condicionamiento un comportamiento deseado llevará a la recompensa o la prevención del castigo. Si un comportamiento no se refuerza positivamente, decrecerá la posibilidad de que se repita.

El Aprendizaje social puede enfocarse como una extensión del condicionamiento operante y se fundamenta en que la gente aprende a través de la observación y de la experiencia directa, la cual es captada a través de su percepción individual.

2.4.3. Contextualización del grupo y los factores de la organización que intervienen en esta categoría

En el contexto que enmarca al comportamiento organizacional surge un elemento interesante y fundamental para la organización. Éste se conoce con el nombre de grupo y es integrado por el recurso básico de una estructura: el individuo. Por lo tanto, es determinante el estudio y análisis del grupo, las actividades, los factores que lo afectan y las condiciones contribuyentes al desarrollo del mismo dentro de la organización.

El grupo como parte de la organización posee varias definiciones dadas por los estudiosos de la materia. Por ejemplo, McDavid (1986) explica que el grupo "es un sistema organizado, compuesto por individuos relacionados de forma tal que cumplen una función, tiene un conjunto de reglas que determinan el papel de la relación entre sus miembros y que regulan la función del grupo y de cada uno de estos". Este punto de vista, muestra directamente algunas particularidades que poseen los grupos; el formalismo, las normas y funciones, dan un lineamiento fundamental para el desarrollo acorde de cada elemento en el sistema.

Así mismo, el autor Homans (1974) afirma que "el grupo es una serie de personas que se comunican entre sí durante un lapso de tiempo y cuyo número es suficientemente pequeño como para que cada persona sea capaz de comunicarse con todos los demás, sin necesidad de intermediarios". En este enfoque se expresa claramente la interacción que existe entre los miembros y que primordialmente surge una situación de intercambio funcional e interdependencia.

Otros especialistas conceptualizan el grupo dentro del marco del liderazgo eficaz para cada miembro de grupo, según la necesidad de la organización. En tal caso, los individuos destacados presentan sus actividades al grupo con ideas de enseñanza y a la vez generar responsabilidad, respeto y jerarquía. Ejemplo de esto, lo da O'Toole (1996) quien señala que "en la actualidad se reconoce cada vez más que el reto de todo directivo consiste en saber sortear los peligros en forma decidida y exitosa, manteniendo condiciones apropiadas que pueden simplemente transformarse con efectividad cuando la organización lo requiera". En tal sentido, evoluciona para la organización y en especial para el comportamiento grupal, la concepción del liderazgo contemporáneo, conllevando a la descentralización, atención efectiva y la adaptabilidad a los cambios en el menor tiempo posible.

Finalmente, se puede precisar que el grupo no es más que un subconjunto o sistema de una organización, conformado por individuos fundamentalmente relacionados por la función asignada a esa pequeña estructura, y que a la vez, respetan las normas, exigen a cada uno de sus miembros la interacción laboral y la búsqueda del desarrollo de la organización.

El comportamiento grupal en una organización depende de variables o factores presentes en todo momento, orientando las actividades del grupo según lo requerido por dicha organización y a la vez por las funciones que cumple. En este caso el rendimiento puede ser proporcional al grado de instrucción que posee cada miembro y la forma en la cual el individuo comprenda el trabajo del grupo. Así mismo, los críticos hacen una proyección del acto de un grupo según las condiciones externas que le impone la organización, siendo presentadas de la siguiente manera:

Estrategia de la organización: es estipulada por la dirección, de donde parte la idea principal en relación con las metas que se desea cumplir, esto influye directamente en algunos grupos de la organización.

Estructuras de autoridad: busca definir el responsable de dar informaciones, así como las tomas de decisiones. Por la tanto, permite la ubicación de un grupo de trabajo en determinado nivel de la estructura, el líder formal del grupo y las condiciones formales que se derivan con otros grupos.

Regulaciones Formales: para darle a las organizaciones el toque de formalismo, se crean procedimientos, normas, políticas y otras reglas para lograr delimitar la conducta del empleado. Por tal motivo, el comportamiento de los integrantes del grupo serán más predecibles en la medida que las regulaciones sean más formales y exigentes.

Recursos organizacionales: la logística utilizada por las organizaciones (equipos, dinero, herramientas, etc.), tiene influencia directa en las actividades del grupo. Por lo cual, merece de completo cuidado la buena administración de estos elementos y a la vez lograr el empleo correcto por parte de los integrantes del grupo.

El proceso de selección de los recursos humanos: de los métodos de captación, evaluación y contratación aplicados por dicha organización para obtener sus trabajadores, depende el tipo de persona involucrada para cada grupo y estructura.

La evaluación de desempeño y el sistema de recompensa: es evidente que estos dos tópicos influyen en el comportamiento grupal, ya que exigen a los miembros su máxima capacidad e iniciativa para cumplir con su misión. Por otro lado, es necesaria la motivación al personal a través de las recompensas, permitiendo el mejor desenvolvimiento de los grupos.

La cultura organizacional: básicamente son las reglas no escritas en la organización, pero que por cultura, conocimiento social y conductual del hombre se adoptan y comparten entre los miembros de la organización.

Ambiente físico de trabajo: esta última condición externa trata simplemente del bienestar, comodidad, espacio y ruido a los que pueden ser expuestos los trabajadores en determinado lugar o momento, generando las respuestas de los mismos en su rendimiento y comportamiento grupal.

Por otra parte, existen puntos de vista en donde se refleja el estudio de los factores influyentes en el comportamiento grupal en dos situaciones básicas, los recursos de los integrantes y la estructura funcional del grupo.

En el primero, se relacionan los niveles potenciales de desempeño y los aportes entregados por cada miembro. Por tal motivo, surgen dos recursos importantes para la comprensión de este enfoque. Uno de ellos es la habilidad, tanto física como intelectual, que establecen los lineamientos por los que cada uno puede hacer las actividades y el grado de eficacia con que se desempeña. El otro es las características de la personalidad, de donde se revela que los atributos individuales tienden a relacionarse de forma positiva con la productividad del grupo, el clima y la cohesión. Todas las características presentes en el hombre afectan directamente el desempeño individual y su manera de interactuar e interesarse con las actuaciones de su grupo.

En el segundo caso, la estructura del grupo da forma al comportamiento global y posibilita la explicación más aproximada al individuo, dándose fundamentalmente a través de dos variables claves para este punto. Inicialmente, el liderazgo formal establecido en toda organización para la gerencia y dirección correcta de los grupos y componentes del sistema, ocupa un lugar clave e importante para los logros del grupo. Por último, se estudia el papel del grupo, el cual se define como un conjunto de patrones de comportamiento, rol o función deseable para una persona o grupo que se encuentra ubicado en una posición de la organización. Estos, deben ser claros y precisos en cuanto a identidad, expectativas, percepción y posibilidades de conflicto.

2.4.4. Implicaciones del comportamiento de los empleados en las estructuras o diseños organizacionales

A objeto de establecer la correspondencia entre los tres factores (individuo, grupo y estructura) de la organización, se hace necesario observar y analizar los componentes personales y grupales de los individuos que conforman la estructura y la organización. Las relaciones entre grupos producen consecuencias significativas en el comportamiento individual y en el comportamiento grupal. Actualmente la tecnología de la información y el conocimiento permiten una creatividad excepcional para alcanzar un clima favorable que produzca satisfacción, productividad y éxito en las organizaciones frente al siglo XXI.

Keith Davis y Jhon W. Neustron (1994) en su texto Comportamiento Humano en el trabajo, describen que el proceso de desarrollo organizacional admite muchos métodos y enfoques, a saber:

1. Diagnóstico Inicial, tomado de las opiniones y consulta con la alta gerencia para definir acciones que coadyuven las situaciones problemáticas de la empresa, elaborando los acercamientos de desarrollo organizacional que tengan más posibilidades de éxito.
2. Integración de la información. La aplicación de encuestas para determinar el clima de organización y los problemas conductuales.
3. Retroalimentación de la información y confirmación. Grupos de trabajo revisan la información obtenida para establecer a posteriori las prioridades del cambio.
4. Planeación de la acción y solución de problemas.
5. Construcción de equipos, donde gerente y subordinados trabajen juntos como equipo en las sesiones de desarrollo organizacional.
6. Evaluación y seguimiento. Para desarrollar programas adicionales en áreas de su competencia y que son necesarias para la eficacia de la organización en sí.

Cada día el quehacer profesional, exige de los individuos mayor preparación en el campo organizacional.

2.5. Diferencia entre clima y cultura organizacional

El debate sobre cultura y clima organizacional radica en las diferencias metodológicas y epistemológicas. La discusión no se refiere tanto al qué estudiar sino al cómo estudiarla.

Los investigadores del clima, con base en cuestionarios, trataron de caracterizar situaciones organizacionales específicas con respecto a dimensiones y principios universales. Casi todos eran sicometristas quienes consideraban que el progreso consistía en mejoras incrementales dentro del contexto de este enfoque básico.

Los investigadores de la cultura, con copiosas notas de campo, trataron de entender los valores y las hipótesis fundamentales que los miembros individuales de organizaciones agregaban al sistema social del cual formaba parte y la importancia que el sentido o propósito tenía para el funcionamiento organizacional.

El clima se refiere a una percepción común o una reacción común de individuos ante una situación. Por eso puede haber un clima de satisfacción, resistencia, participación o como lo dice Studs Tirkel "salubridad".

El clima organizacional es un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización (productividad, satisfacción, rotación, etc.).

La cultura organizacional, atmósfera o ambiente organizacional, como se quiera llamar, es un conjunto de suposiciones, creencias, valores u normas que comparten sus miembros. Además, crea el ambiente humano en que los empleados realizan su trabajo. De esta forma, una cultura puede existir en una organización entera o bien referirse al ambiente de una división, filial, planta o departamento.

2.6. Estudio Sobre Clima Organizacional en la C.C.S.S.

En el año 1996, la Dirección de Recursos Humanos, por medio del Área de Relaciones Laborales, inició un proceso de desconcentración a partir de la conformación de los Grupos de Apoyo Técnico (G.A.T.).

La consolidación de esta estrategia, se logró por medio de:

- El seguimiento y evaluación por parte de trabajo social del Área de Relaciones Laborales.
- Su institucionalización, oficializada por la Dirección de Planificación de la Caja Costarricense de Seguro Social en las normas operativas.
- Responder al Plan Estratégico Corporativo (PEC), donde una de las áreas estratégicas indica que en materia del capital humano, el resultado esperado es:

“Lograr equipos de trabajo de alto rendimiento y motivación, al servicio de los clientes internos y externos”, para esto se definen, entre otros, el siguiente objetivo específico:

“Establecer mecanismos para la participación del recurso humano en la implementación de los objetivos de la Corporación”.

Así mismo, se responde con dos temas estratégicos, planteados en el PEC:

“Desarrollar el sentido de servicio al cliente interno y externo de la Institución.”.

“Desarrollo de estrategias para una adecuada comunicación con la población, funcionarios e instituciones relacionadas”

Objetivo de los G.A.T.

Con el fin de desarrollar procesos educativos para la prevención y atención del conflicto laboral y buscando actuar en forma proactiva y en el menor de los casos reactivos, se establecen los siguientes objetivos para los grupos de apoyo técnico:

Objetivo General

Propiciar que los mandos superiores y medios cuenten con insumos de la realidad laboral para la toma de decisiones adecuadas y oportunas, en procura de la prevención y atención del conflicto laboral; coadyuvando así con la calidad de los servicios brindados y la satisfacción de los clientes internos y externos.

Ubicación Organizacional y Ámbito de Acción de los G.A.T.

UBICACIÓN ORGANIZACIONAL	ÁMBITO DE ACCIÓN
- Un grupo del nivel central, integrado por representantes de cada Gerencia de División y de la unidad de gestión (oficina de recursos humanos).	- Oficinas Centrales. - Fábrica de ropa - Lavandería Central - Lavandería Alfonso Zeledón Venegas - Almacén general - Laboratorio de soluciones parenterales - Laboratorio productos farmacéuticos - Fábrica de anteojos - Laboratorio de preparación de reactivos - CENDEISSS

	- FRAP - Taller obras civiles - CEDESO
- Un grupo por cada Dirección Regional de Servicios Médicos, integrado por miembros de este y sus diferentes unidades.	Sede regional y centros adscritos.
- Un grupo por cada Dirección Regional de Sucursales, integrado por miembros de este y sus diferentes unidades.	Sede regional y las sucursales adscritas.
Un grupo por cada Hospital Nacional.	Hospital respectivo.
Unidades desconcentradas de la corporación C.C.S.S. (áreas de salud, hospitales regionales, etc)	Instancia organizativa respectiva

No obstante la descripción del cuadro anterior, podrán constituirse en cualquier otro nivel jerárquico de la Institución.

Estudios Organizacionales para la prevención y atención del conflicto laboral

1. Realizan los estudios de las Relaciones Laborales basados en el concepto de estudios organizacionales.
2. Asesoran a equipos que se integren para la realización de estudios en instancias específicas.
3. Estudian situaciones laborales individuales y colectivas que se generen en las unidades o servicios y que afecten el ambiente de trabajo.
4. Asesoran o brindan un diagnóstico rápido cuando exista un conflicto ya latente.

4.1 Median entre las partes, aplicando las técnicas adecuadas y con la debida coordinación y apoyo del grupo interdisciplinario de profesionales del Área de Relaciones Laborales.

5. Dan seguimiento a las acciones propuestas en los estudios organizacionales.
6. Elaboran un inventario (registro) de recursos institucionales o comunales, según su atracción geográfica, que sirvan como alternativa de solución a las situaciones estudiadas (alcoholismo, agresión, abandono, albergues, drogadicción, problemas familiares, problemas económicos, alteración emocional, etc.).
7. Remiten copia de los estudios realizados al Área de Relaciones Laborales.

De las responsabilidades de los G.A.T

El Área de Relaciones Laborales es la responsable del programa, por lo tanto velará por el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos:

1. Desarrollar instancias de coordinación y cooperación intra e interorganizacionales.
2. Consolidar a los grupos de apoyo técnico como entes que propicien la prevención y atención de conflictos laborales en las diferentes unidades organizacionales de la C.C.S.S.
3. Consolidar a los grupos de apoyo técnico como agentes multiplicadores en materia de relaciones laborales.
4. Promover el trabajo en equipo G.A.T. con el fin de propiciar una labor inter o multidisciplinaria en la prevención y atención de los conflictos.

5. Servir como enlace entre los diferentes GAT para realimentar su trabajo aprovechando sus experiencias.

6. Establecer modelos metodológicos de intervención para el desarrollo de estudios organizacionales y estrategias de intervención requeridos de acuerdo con las particularidades de cada centro de trabajo.

7. Detectar y atender las necesidades de capacitación y asesoría de los GAT .

8. Propiciar la cohesión grupal de los GAT para el crecimiento de sus miembros y por ende del grupo y la instancia organizacional donde se desenvuelven, a partir del análisis de su proceso y contenido.

9. Referir a las diferentes instancias de la Dirección de Recursos Humanos, las situaciones que se detecten, referentes a la administración de los recursos humanos y que requieren atención del nivel central.

10. Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico situacional nacional, regional, sobre las relaciones laborales en las diferentes instancias organizacionales de la C.C.S.S., con base en la información brindada por los GAT.

11- Divulgar en los niveles gerenciales, mandos medios y Dirección de Recursos Humanos el quehacer de los G.A.T. para favorecer el fortalecimiento de los mismos.

A continuación se muestra un estudio sobre clima organizacional realizado en la C.C.S.S. en el período 2000-2001:

VARIABLES INDICADORES CLIMA ORGANIZACIONAL

VARIABLES	INDICADORES	CONCEPTUALIZACION
LIDERAZGO Influencia, capacidad de orientación y solución de problemas, capacidad de transmitir con claridad y consistencia las ideas, respeto a las ideas de los demás.	DIRECCION	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir el trabajo de las personas • Estimular la creatividad para garantizar el cumplimiento de las actividades. • Cumplimiento de normas que ordenen el comportamiento de las personas
	ESTIMULO A LA EXCELENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de nuevos conocimientos • Incorporación de instrumentos técnicos
	ESTIMULO DEL TRABAJO EN EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en Equipo al interior de la Unidad y entre Unidades, en la búsqueda de objetivos comunes.
	SOLUCION DE CONFLICTOS	<ul style="list-style-type: none"> • La capacidad de solución es superarlos no ignorarlos- evadirlos, requiere de respeto por la forma en que cada persona percibe el problema. • Logro del los objetivos departamentales o institucionales. • Debe de favorecer la comunicación y participación de las personas.

VARIABLES	INDICADORES	CONCEPTUALIZACION
MOTIVACIÓN Las verdaderas fuentes de motivación en el trabajo son: relaciones interpersonales provechosas, oportunidades para demostrar la capacidad, proyectos que impliquen retos y fomenten el desarrollo personal.	REALIZACIÓN PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Realización personal: Persona satisfecha en la organización, aplicando sus habilidades. • Cuando sus necesidades de realización se satisfacen se motiva a canalizar hacia su trabajo, sus capacidades más creativas y constructivas.
	RECONOCIMIENTO DE LA APORTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • La Institución debe reconocer y dar crédito al esfuerzo de cada persona para el logro de los objetivos Institucionales.
	RESPONSABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de las personas a responder por deberes y por las consecuencias de sus actos. • Si la persona esta identificada con los objetivos y cuenta con la confianza de los superiores se incrementa la motivación.
	ADECUACION DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones ambientales físico y psicosociales en que se realiza su trabajo. • Calidad-Cantidad de recursos suministrados para el cumplimiento de las funciones deben ser congruentes con la naturaleza del trabajo.

VARIABLES	INDICADORES	CONCEPTUALIZACION
RECIPROCIDAD Satisfacción mutua tanto de la persona como de la organización, cuando la persona se siente parte de la organización y la organización le brinda un desarrollo.	APLICACIÓN AL TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> Individuo identificado con el trabajo de la Institución, adopta comportamientos derivados del contrato formal de empleo. Dedicación por el logro de metas y objetivos de su Unidad.
	CUIDADO DEL PATRIMONIO INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado que el funcionario exhibe de bienes y cosas materiales, misión, prestigio, valores e imagen de la Institución. Trato de los empleados al usuario.
	RETRIBUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Ser justo y competitivo de remuneración. Sistema de socialización organizacional. Programas de integración de nuevos empleados. Sistema de capacitación y desarrollo del recurso humano. Programas de bienestar social. Estabilidad Social. Realización personal – Desarrollo Social.
	EQUIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Trabajadores tienen acceso a retribuciones, por medio de un sistema equitativo, en condiciones de igualdad.

VARIABLES	INDICADORES	CONCEPTUALIZACION
PARTICIPACION La corresponsabilidad individual en la acción grupal, consiste en involucrar a las personas en las actividades de la organización.	COMPROMISO CON LA PRODUCTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Al funcionario se le brinda orientación, comprende metas, comparte con el grupo la responsabilidad por solucionar situaciones. • Productividad eficiente y eficaz. • Intercambio de evaluaciones sobre el rendimiento.
	COMPATIBILIZACION DE INTERESES	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la diversidad de componentes de una organización. • El interés debe estar concentrado en el cumplimiento de los objetivos por encima de los intereses personales.
	INTERCAMBIO DE INFORMACION	<ul style="list-style-type: none"> • Es fundamental el intercambio de información sobre los propósitos comunes de la organización, pero cuidando la calidad de la información para evitar que sea tergiversada o mal intencionada. • Produciría disociación y no participación organizada.
	INVOLUCRACION EN EL CAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud comprometida orientando y promoviendo el cambio, aportando experiencia. • No se debe ignorar ni temer al cambio, se debe asumir una actitud positiva, canalizándolo y promoviéndolo, es decir convertirse en un agente de cambio.

Interpretación de los datos

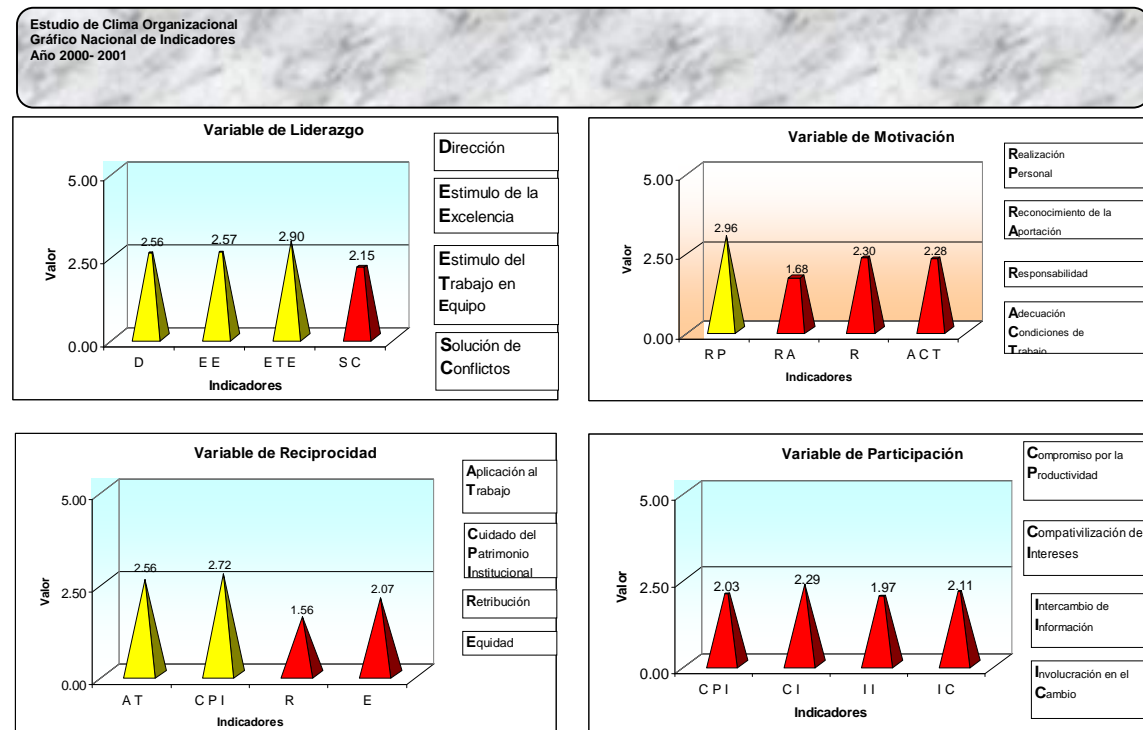
Los gráficos que se presentan muestran como punto máximo cinco y mínimo cero, para interpretar los datos se debe tener presente la siguiente escala:

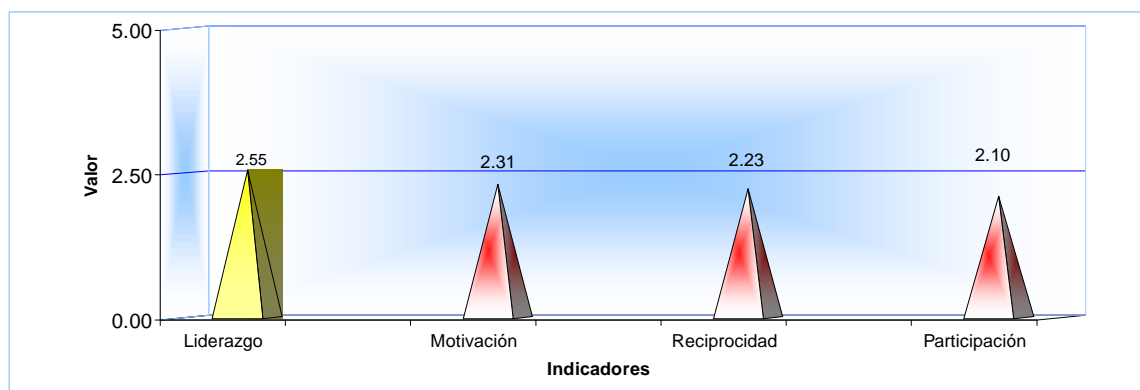
De 0 a menos de 2.5: Clima Insatisfactorio, o crítico

De 2.5 a menos de 3: Alerta

De 3 a 5: Clima Satisfactorio

Estudio de Clima Organizacional Gráfico de variables a Nivel Nacional Año 2000-2001





LIDERAZGO

Dirección (D)
Estímulo de la
Excelencia (E E)
Estímulo del trabajo
en Equipo (ETE)

Solución de
Conflictos (SC)

MOTIVACIÓN

Realización Personal (RP)
Reconocimiento de la
Aportación (RA)
Responsabilidad (R)
Adecuación de las
Condiciones de Trabajo (ACT)

RECIPROCIDAD

Aplicación al Trabajo (AT)
Cuidado del Patrimonio
Institucional (CPI)
Retribución (R)
Equidad (E)

PARTICIPACIÓN

Compromiso por la
Productividad (CP)
Compatibilización de
Intereses (CI)
Intercambio de Intereses (II)
Involucración en el Cambio (IC)

VARIABLE	ÁREA SATISFACTORIA	ÁREA CRÍTICA
Liderazgo	Los indicadores de dirección, estímulo a la excelencia y estímulo al trabajo en equipo se encuentran en punto superior a la media (2.5) ubicándose en amarillo, por lo tanto los líderes formales saben hacia donde va la organización, estimulan al trabajo, con el fin de alcanzar las metas.	La solución de los conflictos no se está dando adecuadamente, se tiende a ignorarlos o su atención se da parcialmente sin escuchar a las partes involucradas.
Motivación	Los funcionarios de la CCSS sienten realización personal con lo que hacen, les gusta lo que hacen, se sienten comprometidos con el servicio que brindan	El reconocimiento a la aportación, responsabilidad y adecuación de las condiciones de trabajo, son críticas. Los funcionarios sienten que su trabajo no es reconocido, que se está pendiente de errores, que lo bueno que se hace no se reconoce. Además se carece de adecuadas condiciones de trabajo, falta de recursos materiales, humanos y financieros para brindar un mejor servicio.

		La responsabilidad se ve con la falta de información sobre los cambios institucionales, sobre que son los compromisos de gestión, la desconcentración máxima instrumental y cual es la responsabilidad de todos en esto.
Reciprocidad	La aplicación en el trabajo y el cuidado del patrimonio institucional (se incluye incluso a los usuarios como parte del patrimonio) Esto demuestra que los funcionarios hacen esfuerzos importantes por realizar aplicadamente sus funciones y cuidan lo que se les da para trabajar (equipo, material entre otros.)	La retribución y el trato equitativo se encuentran en crisis. Los ascensos, nombramientos y adecuados procesos de reclutamiento y selección deben de realizarse con mayor rigurosidad. Que se nombren funcionarios que cuenten con los requisitos, bajo un proceso. La retribución económica debe de ser justa, existen grandes brechas salariales entre los niveles de (profesionales, jefaturas) y (profesionales, médicos).
Participación		Los cuatro indicadores se encuentran críticos por lo tanto el personal de la CCSS manifiestan que no se les da participación en las decisiones que se toman, aún cuando afecten directamente su trabajo. Es evidente que si no hay una adecuada información e involucramiento en el cambio los funcionarios no tienen claro su compromiso con la productividad, los intereses institucionales y la responsabilidad. Por lo tanto los mandos medios de la organización no han logrado dar una participación activa a los funcionarios en los procesos de cambio reservándose la información, conducta que se interpreta como una forma de tener poder, aunque afecte el logro de los objetivos.

Las siguientes son las recomendaciones de mejoras más significativas para los empleados recopiladas durante el desarrollo del estudio:

Cuadro N°. 1
Liderazgo

Dirección	Estímulo a la Excelencia	Estímulo al Trabajo en Equipo	Solución de Conflictos
<p>*Mejorar la comunicación.</p> <p>*Explicar los Compromiso de Gestión y la responsabilidad que tenemos todos en esto.</p> <p>*Explicar que es la desconcentración máxima y la responsabilidad de todos.</p> <p>*Cursos sobre manejo de personal y de otros recursos.</p> <p>*Más relaciones entre los departamentos.</p> <p>*Estimular la creatividad.</p> <p>*Dar buen ejemplo (jefaturas y mandos medios)</p> <p>*Acabar con los intereses creados.</p> <p>*No tener preferencias por algunos empleados.</p> <p>* Sobre todo que los jefes delegen con autoridad para que hagamos el trabajo el mejor.</p>	<p>*Más oportunidades de capacitación y ascensos.</p> <p>*No recargar funciones.</p> <p>*Estudiar el recargo de funciones.</p> <p>*Aprovechar lo que se aprende en los cursos de capacitación.</p>	<p>*Planear correctamente.</p> <p>*Mejorar la comunicación.</p> <p>*Mejorar la organización de las unidades</p> <p>*Facilidades para los empleados.</p>	<p>* Los conflictos se deben atender escuchando las partes, llegando a cuerdos, los cuales se deben de darseles seguimiento.</p> <p>*Mejorar la comunicación.</p> <p>*Ser más humanitarios.</p> <p>*Recoger las distintas opiniones.</p> <p>*No convertir los problemas de la minoría en los de la mayoría.</p> <p>*Disminuir la burocracia.</p> <p>*Darle autoridad a los grupos de apoyo.</p> <p>*No recurrir a los huelgas.</p> <p>*No permitir que los sindicatos entraben el trabajo.</p>

Cuadro N°.2
Participación

Compromiso por la Productividad	Compatibilización de Intereses	Intercambio de Información	Involucración en el cambio
<p>*No se da el compromiso por falta de comunicación.</p> <p>*Apoyo de los superiores y reconocimiento del esfuerzo individual.</p> <p>*Dar mayor importancia a la calidad que a la cantidad.</p> <p>*Distribuir las funciones equitativamente..</p> <p>*Administración debe ser racional y no emocional. (ideas sueltas sin fundamento por parte de las jefaturas)</p> <p>*Aumento de plazas o de jornadas.</p> <p>*Evitar el recargo.</p> <p>*Dar buena atención al cliente externo.</p> <p>*Dar buena atención al cliente interno.</p> <p>*El compromiso debe ser a conciencia.</p>	<p>*Impulso al esfuerzo individual.</p> <p>*Identificación con las responsabilidades.</p> <p>*Posibilidad de ascenso y otros incentivos.</p> <p>*Trabajar satisfactoria-mente y con placer.</p> <p>*Evitar los egoísmos.</p> <p>*No trabajar solo por el salario o esperando la pensión.</p>	<p>*No hay intercambio o es incompleto.</p> <p>*Crear un proceso de comunicación acertiva.</p> <p>*Evitar la información informal a través de segundas o terceras personas.</p> <p>*Dar información al usuario de las normas institucionales.</p> <p>*Tomar en cuenta las opiniones del personal.</p> <p>*Eliminar los compromisos políticos.</p>	<p>*Estimular el esfuerzo y el aporte individual y re-conocerlo</p> <p>*El cambio es difícil en los trabajadores con mucha antigüedad</p> <p>* El ambiente laboral debe ser favorable para desarrollar mi trabajo.</p> <p>No sabemos de los cambios solo los jefes superiores, y los mandos medios</p>

Cuadro N°.3
Motivación

Realización personal	Reconocimiento de la aportación	Responsabilidad	Adecuación de las condiciones
<p>*Evitar conflictos interpersonales.</p> <p>*Ser positivo.</p> <p>*No preocuparse por problemas pequeños.</p> <p>*Posibilidad de ascensos.</p> <p>*Deben existir incentivos monetarios.</p> <p>* Que los jefes nos dejen aportar los conocimientos.</p> <p>*Hacer reuniones.</p> <p>*Valorar nuestro trabajo.</p> <p>*Trabajo equitativo.</p> <p>*Combatir la inestabilidad laboral y los cambios constantes de lugar de trabajo.</p> <p>*Explicar el porqué de los cambios.</p> <p>*Eliminar las preferencias.</p>	<p>*No se reconoce el trabajar después de la hora de salida.</p> <p>Solo se fijan en concluir el trabajo, no en el esfuerzo.</p> <p>*Los Jefes deben agradecer por escrito o dar frases de aliento además atender sugerencias.</p> <p>*Reconocer los esfuerzos individuales y el trabajo.</p>	<p>*Evitar injusticias, la normas se deben aplicar a todos.</p> <p>*Respeto por parte de las Jefaturas.</p> <p>*Reconocimiento monetario.</p> <p>*Felicitaciones por escrito.</p> <p>*Los problemas nacen de la falta de puntualidad y de las incapacidades.</p> <p>*Los problemas nacen del exceso de trabajo y de la escasez de personal.</p> <p>*El jefe debe conocer donde esta fallando.</p> <p>*No capacitar a los funcionarios con temas que no son afines al puesto.</p>	<p>*Mejorar infraestructura.</p> <p>*Evitar los ruidos molestos de algunas máquinas.</p> <p>*Mejor mantenimiento de los centros.</p> <p>*No trabajar bajo presión.</p> <p>*No recargar las funciones.</p> <p>*Evitar que algunos compañeros tomen posiciones que no les corresponden.</p> <p>*Mejorar la atención al usuario</p>

**Cuadro N°.4
Reciprocidad**

Aplicación al trabajo	Cuidado del patrimonio	Retribución	Equidad
<p>*Más aplicación del personal</p> <p>*Mejorar la motivación</p> <p>* Más oportunidades de capacitación.</p> <p>*Procesos de inducción al puesto.</p> <p>*Valorar el trabajo en equipo.</p> <p>*Todos los funcionarios deben trabajar por igual.</p> <p>*Promover el estímulo y el respeto.</p> <p>* Mejorar el trato al usuario y entre el personal.</p> <p>*Concientizar para mejorar los servicios.</p> <p>*Participación de todos los funcionarios.</p>	<p>*Más identificación institucional.</p> <p>*Cuidado de los activos.</p> <p>*Estímulo por parte de las Jefaturas.</p> <p>*No limitarse al mínimo esfuerzo.</p> <p>*Reconocimiento debe ser individual.</p> <p>*Mejorar los aumentos salariales.</p> <p>* No hay opciones para el paciente en cuanto a implementos médicos, pues la C.C.S.S, es como una “caja chica” del gobierno.</p>	<p>*Reconocimiento debe ser individual.</p> <p>*Ser más humanitarios.</p> <p>*Mejorar los incentivos y los aumentos salariales.</p>	<p>*Debe interesar más la calidad que la cantidad del trabajo.</p> <p>*Evitar las preferencias.</p> <p>*Mejorar la comunicación con el personal de asuntos de la C.C.S.S.</p> <p>*Mejorar los salarios</p> <p>*Equipos de trabajo.</p> <p>*Tratar a todos los funcionarios por igual.</p> <p>*Retribuir al buen trabajador.</p> <p>* Los roles de Trabajo deben ser favorables para todos.</p>

2.7. Ambiente Laboral

Está comprobado que el éxito de las organizaciones depende de una serie de factores críticos como lo son: las estrategias, la estructura organizacional y funcional, los procesos y el recurso humano.

Toda organización se dinamiza a través de su componente principal que es el recurso humano. Desde hace muchos años ha intrigado a muchos la relación entre el desempeño y la satisfacción laboral; sin embargo la verdadera interrogante de la que se debe partir es si realmente importa que los empleados no produzcan satisfacción. Para ello según Shaun Tyson², refiere que existen dos formas de abordar la interrogante. En primer término está la posición moral, en cuyo caso la respuesta a la interrogante es afirmativa. En segundo término está la posición económica, o tal vez pragmática, donde se considera el provecho de la empresa, así como el provecho para el individuo, a través de la satisfacción laboral misma. En este segundo contexto si se considera que la satisfacción laboral reduce la rotación de empleados o mejora la productividad, entonces evidentemente es importante para la organización.

Refiere Tyson que “la satisfacción laboral está relacionada con el comportamiento en el trabajo de las siguientes manera: calidad y cantidad de producto, así como cooperación, que a su vez se relacionan directamente con el esfuerzo y el propósito. Estos dos últimos aspectos se engloban bajo el título general de motivación. Por otra parte, la satisfacción laboral también se vincula con el agrado, o desagrado, ausentismo, rotación de personal, etc.”

En síntesis se puede decir que la satisfacción en el trabajo es el resultado de varias actitudes que tiene un empleado hacia su trabajo, los factores conexos y la vida en general.

De ahí que sea importante que las organizaciones evalúen sus metas en función de las personas que forman parte de ellas, fomentar una estructura y un clima que genere la

² Shaun Tyson y Tony Jackson. **La esencia del comportamiento organizacional**. Traducción, Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, SA. 1997.

seguridad suficiente para el desenvolvimiento de sus trabajadores. Así mismo, debe haber suficiente motivación, para adquirir la necesidad de trabajar, cambiar, desarrollar y reformar.

El ambiente laboral refleja las normas, valores e historia de una organización y es la característica que distingue a las organizaciones una de otra. Por lo tanto, es un factor importante de la moral o del espíritu de cooperación en las empresas, el cual está muy relacionado con los índices de promoción, ausentismo, retrasos, reparto de utilidades, entre otros.

Es poco probable que en los buenos servicios de atención, los trabajadores presenten un alto grado de inquietud e insatisfacción, el orgullo que se deriva de prestar los servicios actúa como un estímulo para esforzarse más y da por resultado una mayor satisfacción personal.

Por lo tanto, cuando el ambiente organizacional es adecuado, la organización tiende a lograr satisfactoriamente sus metas.

2.8. Ambiente Laboral en la C.C.S.S

De conformidad con lo que ordena el artículo N° 177 de la Constitución Política de Costa Rica, el Seguro Social de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción a las disposiciones del Reglamento del Seguro de Salud y las que dictare en el futuro su Junta Directiva. Según esto todos los costarricenses y residentes en el país tienen acceso a recibir Atención Integral en Salud, Prestaciones en Dinero y Prestaciones Sociales, con las restricciones establecidas en el citado reglamento.

Para el logro de los objetivos la C.C.S.S. cuenta con una extensa red de servicios distribuidos por todo el territorio nacional, según niveles de complejidad y de atención, constituidos en siete regiones programáticas de servicios médicos, veintinueve hospitales, doscientas treinta y siete clínicas de atención ambulatoria, además de los servicios

administrativos. Es por ello que resulta difícil adentrarse a efectuar un análisis del ambiente laboral de la C.C.S.S.

2.9. El Absentismo Laboral

El absentismo laboral o ausencia al trabajo fue tenido en cuenta por primera vez por Dubois en 1977, ya que se dio cuenta del tiempo de trabajo perdido en el siglo XIX debido a las largas jornadas de trabajo, en las que se incluían los días de fiesta.

A principios de nuestro siglo comienzan a ser conocidos los accidentes de trabajo voluntarios en contextos de actividad con un grado de riesgo considerable para tener así una vía de escape y poder continuar con el puesto de trabajo. A estos “accidentes” junto con la situación anterior, se denominaba absentismo.

- Simon, en 1978, opinaba que esta situación era una forma de resistencia de los campesinos hacia la forma de producción capitalista.
- Dubois, en una perspectiva más actual, sitúa el comportamiento absentista como una forma de acción obrera que se manifiesta para expresar el rechazo hacia la situación laboral o bien para poder obtener la remuneración sin trabajar y emplear el tiempo en otras actividades, como pasar el fin de semana completo con la familia, ir de vacaciones, realizar otros trabajos para tener así un sueldo extra o evitar impuestos.
- Mayo y un grupo investigador de Harvard hicieron un estudio en 1977 en tres compañías de una industria metalúrgica para estudiar el ausentismo y se descubrió que la influencia del grupo informal de trabajo en el individuo constituía un elemento clave para la determinación de la producción y de la presencia o ausencia laboral.

Otro hecho es el proceso intelectual de los jóvenes, que se convierten en un importante sector laboral de cualificación subempleada, de donde emanan las ausencias sin motivo de los trabajadores de las empresas de serie, la inestabilidad del personal, las huelgas, etc.

Ahora nos centramos en el problema que supone definir el fenómeno del absentismo laboral, ya que éste lleva aparejado una serie de comportamientos sin una relación aparente entre ellos. Hasta ahora no existen teorías que abarquen todas las interpretaciones que se han elaborado sobre el tema.

La motivación y la satisfacción laboral han sido los elementos que han tenido más importancia en el fenómeno para la psicología social, analizados por Nicholson, Brown y Chadwick-Jones. De manera general, califican la ausencia en el trabajo como:

1. Un acto individual en el que se pueden elegir actividades alternas y
2. Un acto voluntario que comporta la resistencia individual y grupal con respecto a un sistema inflexible.

Por otro lado, la palabra “absentismo” se utiliza con un sentido de desprecio por los trabajadores que deben cumplir un horario específico en su trabajo y hacen mención de las faltas de los compañeros.

Ausencia y absentismo tienen en común la conducta de no asistencia al trabajo y se hallan vinculadas a las características personales que desembocan en actitudes ante el puesto de trabajo.

Klaric amplía la definición de absentismo, haciendo alusión a determinados contextos laborales en los que la ausencia representa la ruptura de una situación de dependencia y obligatoriedad que actúa como reemplazo de esa situación. También es una conducta que puede adoptar la forma de baja por enfermedad, maternidad, retrasos, accidentes o huelgas y concluye con la sensación temporal de ser independientes en los nuevos roles elegidos para sustituir el trabajo.

Lo común entre el absentismo laboral y las ausencias en el trabajo es el tiempo de trabajo perdido, aunque la ausencia al trabajo es un acto involuntario y el absentismo laboral es voluntario.

El absentismo es un hecho muy importante para la empresa, dedicándole una atención especial e investigándolo desde cuatro puntos de vista:

1º **Empresarial/directivo y económico:** surge de la adaptación del individuo a la empresa. Mayo opinaba que si el individuo no se integraba en su grupo de trabajo, su adaptación a la empresa se deterioraba y surgía el absentismo o abandono de la empresa. Hill y Trist descubren que el fenómeno de ausencia en general refleja el tipo de relación entre el individuo y la empresa, así como la tendencia a sustituir las formas de ausencia sancionadas por otras no sancionadas.

2º **Psicológico:** se centra en la motivación, la satisfacción y las actitudes hacia el puesto de trabajo. Nicholson, Brown y Chadwick-Jones muestran la importancia que tienen las normas de grupo al descubrir la existencia de una cultura de ausencia en las organizaciones. En 1982 publican su estudio llamado *Social Psychology of Absenteeism*, en el cual la ausencia en el trabajo abarca la enfermedad, los motivos certificados o no y es comprendida como un acto individual de elección entre actividades posibles o como conducta habitual y rutinaria que sigue unas normas para escapar del control o como resistencia individual y grupal hacia el sistema inflexible. A partir de ahora, los grandes enfoques van a incluir en sus explicaciones el “contexto social”, con las no presencias y el resto de los demás factores, ya sean formales o informales.

3º **Sociológico:** en este enfoque se incluyen los factores individuales que faltaban y hacen referencia a la edad, sexo, estado civil, formación, etc. También tienen en cuenta los factores externos a los trabajadores, como la distancia del domicilio al lugar de trabajo, las presiones familiares y los factores de organización del trabajo como el trabajo en cadena, el tamaño de la unidad de trabajo o la repetitividad de la tarea. As estudia la personalidad absentista y llega a la conclusión de que se necesita un modelo que englobe todos los estudios realizados. Giraud opina que el absentismo es un síntoma organizacional y representa una acción colectiva, comportamiento o estrategia racional dentro de una lógica de acciones en cadena que forman parte del sistema de interacción de las organizaciones modernas.

4º **Pedagógico:** según esta visión, el absentismo constituye una de las respuestas a la tensión, la baja moral de trabajo, la imposibilidad de promoción, etc. Que adquieren importancia a los cinco años de trabajo en profesores. En este caso el absentismo opera como ruptura y escape momentáneos para amortiguar las tensiones acumuladas en el trabajo.

La inasistencia al trabajo surge por la imposibilidad de poder realizar al mismo tiempo varios estados mentales y funciones diversas con la actividad laboral, por ejemplo estar enfermo y trabajar. En consecuencia, las ausencias adoptan en conductas de no presencia al trabajo la viabilidad de compaginar distintas funciones en tiempos diferentes.

El núcleo central del absentismo se encuentra en las ausencias cortas, ya que pueden adoptar formas distintas. La complejidad de explicación se encuentra en los estados psicológicos y en específicos aspectos sociales que se introducen en las ausencias imprevistas involuntarias a través del estrés, la presión, la frustración de los individuos, que no pueden ser soportados practicando únicamente las conductas de ausencias cortas.

Los factores que condicionan el absentismo son:

- a) la función social asignada al sexo
- b) la categoría ocupacional
- c) la edad y el número de hijos
- d) la actitud individual ante el trabajo.

Kossoris efectuó en la II Guerra Mundial un estudio sobre el absentismo y la masiva incorporación de las mujeres a la industria. Llegó a la conclusión de que las mujeres eran más absentistas por causas de lesiones y enfermedad, concluyendo que tenían menos experiencia y adaptación.

Behrend, con respecto a la función social asignada a cada sexo y a la categoría ocupacional, comprueba que las ausencias se manifiestan de forma diferente entre los hombres y las mujeres, y los elementos que marcan la diferenciación son el tipo de trabajo y las responsabilidades familiares.

Isambert-Jamati investiga la fuerza que tienen los factores familiares y profesionales, y la adaptación y el nivel de cualificación de las trabajadoras. Su conclusión fue que no se puede explicar el absentismo femenino por la incidencia de los determinantes biológicos o familiares, ya que las mujeres casadas faltan más que las mujeres solteras.

Paringer observa las tasas de ausencia en ambos sexos y obtiene que las causas son la desigualdad de sueldos y la carencia de flexibilidad de horario, aunque las empleadas restringen más sus faltas por enfermedad que los hombres y predominan más las motivadas por factores familiares.

Las ausencias femeninas son superiores a las masculinas por el doble de tareas que deben desempeñar las trabajadoras, ya que deben compaginar los horarios de trabajo con el de la guardería de los niños, pedir permisos extra para ir al médico con ellos, etc. En los hombres, la función social de padre no supone un inconveniente para su ritmo laboral, pero la peligrosidad de sus trabajos supone un índice de ausencias mayor que el de las mujeres.

La medición y control de las horas de trabajo que no se realizan son la dimensión más estudiada y analizada desde que comenzó a emerger la sociedad industrial.

En la actualidad, se han confeccionado modelos matemáticos con la finalidad de erradicar el fenómeno, aunque los resultados a largo plazo no han dado los resultados esperados. Debido a la diversidad de causas, conductas y medios de trabajo, no podemos encontrar una fórmula que nos permita eliminar las situaciones conflictivas en nuestra rama de actividad económica. Podremos saber cuál es la naturaleza del fenómeno, medirlo, controlarlo y dirigirlo, pero no sabremos cómo podemos hacerlo desaparecer.

La empresa será la que decida con los datos recopilados qué parte del absentismo conviene mantener y qué parte debe ser erradicado con prácticas y políticas efectivas.

Los puntos clave en la lógica de la medición y del control del absentismo en la mediana y gran empresa se pueden seguir con el esquema siguiente:

El modelo teórico-explicativo debe ser correlativo a la medición del fenómeno. Los índices de ausencia y el modelo matemático recogerán las horas y días perdidos, y los motivos que los originaron. De aquí se obtiene el informe de los resultados generales que constará de los siguientes apartados:

1. Índices de ausencia y modelo matemático relacionados por la empresa.
2. La evolución global por meses.
3. Cuadro global de las causas que han ocasionado las horas y días perdidos de trabajo.
4. Departamento o sección que más faltas haya registrado distribuidos por edad, sexo y estado civil.
5. Explicación e interpretación del fenómeno en general.

Por tanto, la dirección de la empresa elaborará un diagnóstico en el que figuren, 1º los costes de absentismo en ese año, 2º los factores que más hayan influido en las ausencias cortas voluntarias, 3º deberán realizarse test o entrevistas a los empleados para conocer que piensan sobre el entorno laboral y finalmente se volverá al modelo teórico/explicativo para dar cuenta de los hechos teóricos de los que se partieron y cerrar así la investigación.

2.10. El absentismo laboral en Costa Rica

El reconocimiento legal del derecho del trabajador a suspender durante determinados periodos (de enfermedad, recuperación o rehabilitación, así como la licencia por parto y puerperio, licencia por fase terminal de un familiar del trabajador) y el pago de subsidios

monetarios durante dicha suspensión del trabajo, constituye uno de los beneficios actuales de los regímenes de seguridad social de la mayoría de los países del mundo.

En Costa Rica se deriva de diferentes leyes y artículos reglamentarios tales como:

1. El Código de Trabajo y Seguridad Social.
2. Ley de Riesgos del Trabajo N° 6727 del 9 de marzo de 1982.
3. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (anexo 8).
4. Reglamento del Seguro de Salud, CCSS.

El artículo 27° del Reglamento del Seguro de Salud, referente a las prestaciones en dinero, establece en el inciso a) el pago de subsidios y ayudas económicas por incapacidad o licencia por maternidad. Cuyo propósito es sustituir parcialmente la pérdida de ingreso que sufra el asegurado directo.

El artículo 35° del citado reglamento establece que el pago de subsidio en dinero procede a partir del cuarto día de incapacidad. Si una incapacidad fuere extendida dentro de los treinta días posteriores a la precedente, el subsidio correspondiente a la nueva incapacidad se pagará desde el primer día. El cargo presupuestario por los pagos efectuados, corresponde al centro asistencial que extendió la incapacidad.

El subsidio por incapacidad es de hasta cuatro veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingresos procesados por la CCSS, en los tres meses inmediatamente anteriores a la incapacidad.

Al tratarse de trabajadores asalariados, se toma el salario o el monto que sirvió de base para la cotización, correspondiente al patrono (s) con el que labora el asegurado. En caso de trabajadores independientes el subsidio se paga de acuerdo a una tabla establecida.

El reglamento establece que cuando un trabajador no tiene derecho al subsidio, pero ha cotizado una o dos cuotas y se incapacita por enfermedad, recibirá una ayuda económica hasta por un plazo máximo de doce semanas.

Si la cotización fuere de tres cuotas mensuales consecutivas inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad, pero además ha cotizado menos de seis cuotas en los últimos doce meses, la ayuda económica se extenderá hasta por veintiséis semanas.

El artículo 40° del Reglamento del Seguro de Salud, establece que con motivo de maternidad, a toda asegurada directa asalariada, se le extenderá una licencia hasta por cuatro meses, periodo que incluye el pre y el post parto, conforme se establece en las leyes generales y especiales que se aplican a los diferentes grupos.

En caso de que el ser procreado naciere sin vida, o falleciere dentro del primer mes posterior a su nacimiento, se modificará el plazo de la licencia original y se otorgará una nueva por un mes y medio a partir de la fecha del parto.

El subsidio por licencia, es igual a tres y un tercio veces el aporte contributivo total (trabajador, patrono y Estado) al Seguro de Salud, derivado del promedio de los salarios o ingresos procesados por la C.C.S.S., correspondiente a los tres meses inmediatamente anteriores a la licencia o al parto.

2.11. Comisiones Médicas Evaluadoras De Las Incapacidades (CMEI)

El Reglamento del Seguro de Salud establece en el artículo N° 15, que en todo centro médico funcionará una “Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades” conformada por el Médico Director o su delegado y dos médicos (generales o especialistas según la unidad prestadora de los servicios como mínimo). Además se creará otra comisión en cada una de la Direcciones Regional y otra en el ámbito central.

Dentro de las principales funciones de las Comisiones Médicas Evaluadora de Incapacidades están:

- Ratificar la procedencia de aquellas incapacidades otorgadas por los médicos de su respectivo centro, que superen los 30 días.
- Evaluar a cada uno de los pacientes que han sido incapacitados dentro de un plazo de los últimos seis meses, si la incapacidad o las incapacidades suman más de 30 días.
- Ordenar nuevos estudios clínicos, de laboratorio o gabinete, o incluso Inter.-consulta con diversos especialistas con el fin de aclarar el diagnóstico, pronóstico o tratamiento del paciente. Así estudiado y analizado el caso puede ratificar, modificar o denegar una incapacidad.
- Denunciar ante la Dirección Médica aquellos casos en los que se confirme que hay complacencia o falsedad en la emisión de la incapacidad.
- Desarrollar un sistema de información que permita retroalimentar el proceso de evaluación de incapacidades críticas recurrentes, para este fin se apoyará en la Oficina de Recursos Humanos.
- Las funciones de las CMEI ubicadas en el nivel regional o central tienen como propósito supervisar y velar por el adecuado funcionamiento de las comisiones locales. Así mismo, recomendar políticas, normas y procedimientos a la Gerencia de División Médica, en materia de incapacidades.

2.12. Pago de Subsidio por Incapacidades a los Empleados de la C.C.S.S.

De acuerdo con el Reglamento de Beneficios Especiales de los empleados de la CCSS, el trabajador incapacitado (a) por enfermedad y que tenga derecho al pago del subsidio según lo establecido por el Reglamento del Seguro de Salud, se le otorgará como beneficio especial la diferencia que resultare, entre el porcentaje autorizado por ese Reglamento (60%) y el 100% del salario ordinario devengado, dicho pago se hace a

través de la planilla de salarios. Dicho beneficio se le concede hasta por un máximo de 52 semanas (365 días), de acuerdo a los procedimientos establecidos para el cómputo de los días de incapacidad. En caso de que el funcionario de la C.C.S.S., esté próximo a agotar las primeras 52 semanas de incapacidad, deberá solicitar al centro asistencial donde le giran las incapacidades, que la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades (CMEI) valore su caso, a fin de que esa Comisión, si lo estima pertinente puede recomendar que se le prorrogue la incapacidad hasta por 26 semanas (182 días).

Cuando al trabajador incapacitado se le autorice una prórroga hasta por 182 días adicionales, después de agotados los primeros 365 días, se le excluye de la planilla de salarios de la C.C.S.S., y tendrá derecho al pago de subsidio (60%), según lo establecido por el Reglamento del Seguro de Salud.

Referente a la forma de pago de la licencia por maternidad de las trabajadoras de la C.C.S.S., se les otorga un subsidio equivalente al 100% de su salario en el período de maternidad, si cotizó por lo menos durante seis meses en los últimos doce antes de la fecha de inicio de la licencia o parto; este porcentaje corresponde al 50% de subsidio que le da derecho el Reglamento del Seguro de Salud y al 50% restante que la C.C.S.S. como patrono debe pagarle, como complemento para que la trabajadora reciba en ese descanso su salario completo.

En caso de que la trabajadora activa de la C.C.S.S. no hubiese cotizado durante los seis meses de los doce anteriores al inicio de la licencia o parto, disfrutará de un descanso remunerado durante el mes anterior y los tres meses posteriores al parto, cancelándose el porcentaje de salario conforme lo regula el artículo 96 del Código de Trabajo, es decir las dos terceras partes del salario como subsidio; dicho pago es reconocido por la C.C.S.S. a través de la planilla de salarios.

2.13. Política de Sustitución de Personal

Existe una política establecida que hace referencia a la forma en que la C.C.S.S sustituye personal, incluyendo el caso que sea por incapacidades, el artículo que hace mención a este reglamento se muestra a continuación:

Artículo 17: Sustitución de personal.

La Caja sustituirá a todo el personal de hospitales, clínicas y otros servicios de atención médica, que se ausente por más de cuatro (4) días, cuando se trate de vacaciones, incapacidades, licencias por maternidad o permisos con o sin goce de salario, siempre que la naturaleza de su trabajo tenga como característica la relación directa con los asegurados o cuya ausencia signifique mayor esfuerzo físico y mental para otro personal, y que repercuta directa y negativamente en el servicio que deba prestar al asegurado. No se sustituirá ese personal cuando la jefatura determine que la sustitución no es necesaria para la buena marcha del servicio, o que más bien puede resultar inconveniente para ese efecto. En el caso de otras dependencias de la Institución, se podrán autorizar sustituciones por períodos no menores de ocho (8) días como último recurso, cuando las limitaciones de personal de un servicio no permitan recargar funciones, debido a que estas las realiza un único funcionario.

En casos excepcionales, cuando sea necesario mantener la continuidad del servicio a los usuarios, el Director Regional, de Hospitales Desconcentrados o de Sede, podrá autorizar sustituciones en períodos menores a cuatro u ocho días, según corresponde; mediante acto debidamente motivado.

La jefatura respectiva será la responsable de la administración adecuada y prudente del contenido presupuestario para ello.

Por otra parte existe internamente una circular que se envió a los funcionarios de la C.C.S.S. en la cual se explica con mayor profundidad, la política a seguir para la sustitución de personal, dicha circular se muestra a continuación:

Cir. 009883. "Disposiciones generales en el área de Recursos Humanos de la Caja Costarricense de Seguro Social para el año 2000".

»Fecha de circular: 12/05/2000

»Materia: Clasificación de Puestos; Plazas; Salarios; Sustituciones Interinas; Tiempo Extraordinario; Vacaciones

Dictado por: Gerencia División Médica, Administrativa, Modernización y Desarrollo, Pensiones, Operaciones y Financiera

Mediante artículo N° 20 de la Sesión N° 7420 celebrada el 02 de marzo del 2000, se avaló por parte de la Junta Directiva la política presupuestaria para el presente año. Dicha política se dio a conocer a las diferentes Gerencias de División, mediante la nota N° PE 2461 de fecha 02 de marzo, suscrita por la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia de División Financiera.

1.2.- Sustitución de Personal.

La sustitución del personal se regirá por lo dispuesto en el Artículo N° 17 de la Normativa de Relaciones Laborales aprobada por la Junta Directiva de la Caja, comunicada mediante circular N° 017341 de fecha 09 de noviembre de 1998, suscrita por la Gerencia de División Administrativa, con vigencia del 16 de octubre de 1998.

En el caso de sustituciones de personal, éstas se deben entender como "los reemplazos temporales de funcionarios titulares por otros" en forma interina de acuerdo con la normativa que se establece en la presente circular.

Son improcedentes los nombramientos sin motivo de sustitución del titular, utilizando el concepto inadecuado e inexistente de refuerzo de labores, así como también aquellos que se hagan contra días libres o la partida de tiempo extraordinario.

Las sustituciones de jefaturas médicas o administrativas procederán cuando las circunstancias lo ameritan, para mantener el normal funcionamiento de los servicios.

La sustitución se hará con cargo a las cuentas tradicionales, y deberá llevar el visto bueno de las autoridades del Centro de Trabajo, Dirección Regional, de Sede o Gerencia de División, según corresponda.

Cuando el motivo sea por: permisos sin goce de salario, ascenso o traslado interino, estas sustituciones afectarán las partidas de cargos fijos.

El funcionario(a) que sustituye al titular de la plaza, debe cumplir con todos los requisitos exigidos para el puesto, de acuerdo con la normativa vigente. En cuanto a la elección del personal sustituto, es indispensable que el responsable de esa labor pondere adecuadamente experiencia y capacidad de los candidatos a ocupar temporalmente el puesto y la capacidad presupuestaría del centro de trabajo. Cuando la decisión no pueda definirse a través de estos criterios, debe imperar el criterio de menor costo para la Institución.

En el anexo 9 se muestra la cuentas presupuestarias de servicios personales de la C.C.S.S. Es importante mencionar que existe una cuenta Sueldos Personal Sustituto, la cual incluye todos los rubros mencionados anteriormente, como son vacaciones, incapacidades, licencias por maternidad o permisos con o sin goce de salario, todos en una misma cuenta.

3. Estudio Administrativo y Legal

En este capítulo se presenta una pequeña reseña histórica de la C.C.S.S, así como el Plan Estratégico Corporativo que rige desde el año 2000, el cual brinda los lineamientos estratégicos en forma global para el funcionamiento de la misma. Además se describen diversos componentes fundamentales que integran la organización de la Institución.

3.1. Antecedentes de la C.C.S.S

El 1^a de noviembre de 1942 mediante Ley N^a17, se crea la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S) como una Institución Semiautónoma del Estado, durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Sin embargo, el 22 de octubre de 1943 la Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma del Estado, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M) se crea en 1947, pero incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades. En julio de ese mismo año se incorporan trabajadores que laboraban para la empresa privada en el campo administrativo.

No fue sino hasta 1960 que el Seguro de I.V.M. amplió su cobertura a empleados del comercio, escuelas de enseñanza particular, consultorios profesionales y trabajadores municipales pagados por planillas de jornales. En 1962 se amplió a trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles y ya para 1971 cubre en general a todos los obreros del país.

El 12 de mayo de 1961 por Ley N^a 2738, se faculta a la C.C.S.S a la Universalización de los Seguros Sociales.

En 1973 se da el traspaso de hospitales a la C.C.S.S. por medio de la Ley N^a 5349, proceso que tardó solo tres años y medio, hasta constituirse hoy en un sistema de 29 hospitales.

En 1975 se extiende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte a los trabajadores del campo (agrícola) y la C.C.S.S. se hace cargo del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo, esto con el fin de dar protección a los de más bajos recursos.

De un sistema de separación total de la fase preventiva a cargo del Ministerio de Salud, y la fase relativa correspondiente a la C.C.S.S., se pasa a la integración de servicios en algunos casos y al trabajo conjunto paralelo en otros: queda la C.C.S.S. facultada para llevar a cabo acciones de salud en materia de medicina preventiva.

Por el carácter de su función o fin principal la C.C.S.S. cuenta con el respaldo del Estado, Patronos y Trabajadores, quienes con sus cotizaciones constituyen el fundamento económico básico, sobre el cual giran todas sus actividades.

3.2. Generalidades de la Caja Costarricense de Seguro Social

La C.C.S.S. por mandato constitucional tiene a su cargo la administración y gobierno de los seguros sociales en beneficio de la población nacional, para protegerla contra los riesgos de la enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Como se mencionó anteriormente, mediante la Ley 17 del 1°. de noviembre de 1942 se creó la C.C.S.S., como una institución semiautónoma. El 22 de octubre de 1943 por reforma decretada a la ley 17 se le confirió el carácter de Institución Autónoma del Estado la que se encargaría de la aplicación del Seguro Social.

A través de esta ley se establecieron los regímenes de Enfermedad y Maternidad y el de Invalidez, Vejez y Muerte, hoy llamados Seguro de Salud y Seguro de Pensiones encargados de brindar servicios de integrales de salud a la población y cubrir los riesgos relacionados con la disminución de la capacidad laboral y muerte de los asegurados, así como la protección económica para sus beneficiarios, respectivamente, bajo los principios fundamentales de solidaridad, obligatoriedad, igualdad, universalidad y unidad. La Institución también tiene asignada la administración del Régimen No

Contributivo de Pensiones por Monto Básico, el cual se financia con el Fondo de Asignaciones Familiares.

Estructuralmente la C.C.S.S. es organizada con su cima estratégica por la Junta Directiva como máxima autoridad de la cual depende la Administración Superior constituida por la Presidencia Ejecutiva, Auditoría, Superintendencia General de Servicios de Salud y las Gerencias de División Médica, Financiera, Administrativa, Operaciones, Pensiones y Modernización y Desarrollo.

Apoyando las instancias superiores de la organización se encuentran equipos staff y unidades técnicas especializadas de soporte a cada una de las Gerencias de División, así como los niveles jerárquicos intermedios entre los niveles operativos y la cima estratégica.

3.2.1. Seguro de Salud

El régimen de Enfermedad y Maternidad hoy llamado Seguro de Salud, tiene como fin la prestación de servicios integrales de la salud que se brindan a través de la atención ambulatoria y hospitalaria, con el soporte de los servicios de apoyo, diagnóstico, terapéutico y administrativo.

El Seguro de Salud debe cubrir a toda la población nacional. Para la prestación de los servicios de salud la Institución dispone de una red de 29 hospitales con una dotación total de 5.919 camas distribuidas en todo el territorio nacional, con un promedio de 1,66 camas por cada mil habitantes.

Para la prestación de servicios integrales de salud en forma ambulatoria, se dispone de 66 Áreas de Salud con 623 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) abiertos en las zonas rurales y algunas localidades prioritarias del Área Metropolitana, cubriendo al 62,7% de la población nacional. Igualmente dispone de 30 establecimientos de salud que aún operan bajo el modelo de atención tradicional. Durante los últimos cinco años, se

ha venido implementando el nuevo modelo de atención, iniciándose en el área rural, para concluir en el Área Metropolitana con el programa ajustado a las necesidades y condiciones propias del área urbana central, próximo a desarrollarse.

Los principales indicadores de producción y desempeño institucional son los siguientes:

Indicador	1998
I- Atención Ambulatoria	
Consultas Externas	9.191.046
1. Consultas Médicas	7.818.097
• Medicina General	5.352.575
• Medicina Especializada	2.465.522
2. Odontológicas	1.056.430
3. Otros Profesionales	316.519
Urgencias	2.795.162
Producción total de Consultas	11.986.208
Cobertura en consulta médica	73%
II- Atención Hospitalaria	
Egresos	305.317
Estancias de egresado	1.679.057
Estancia promedio en días	5,50
Promedio de camas	5.921
Porcentaje de ocupación	79,6
Hospitalizaciones (ingresos) por 100 habitantes	8,54
III- Servicios de Apoyo	
Medicamentos despachados	35.207.710
Exámenes de laboratorio	27.127.490
Estudios de radiodiagnóstico	1.056.727

A partir del año 1973 la C.C.S.S. acogió como política institucional la universalización de los servicios de salud y con ellos la atención integral de la salud de todos los ciudadanos que así lo requieran, independientemente de su condición de aseguramiento.

En el siguiente cuadro se muestra la población nacional cubierta por el Seguro de Salud y la condición de aseguramiento para los años 1994 a 1998.

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998
Población Nacional	3.336.184	3.412.133	3.489.287	3.566.443	3.643.597
Asegurado Directo Asalariado (ADA)	643.481	653.932	649.234	663.715	685.870
Asegurado Directo Cuenta Propia	173.078	185.320	193.073	197.224	232.402
Asegurado Directo Convenio Especial	51.064	50.801	49.588	50.644	56.410
Asegurado Directo Pensionado CCSS	82.773	87.054	93.189	95.224	103.179
Pensionados Régimen Especial	31.614	33.985	35.215	36.021	43.348
Pensionados Régimen No Contributivo	57.269	61.464	67.726	69.189	70.694
Asegurado por Estado (con familiares)	240.205	221.789	420.110	429.400	395.389
Dependientes de ADA	1.491.430	1.543.434	1.501.744	1.534.997	1.553.053
Dependientes de Pensionados	104.877	110.304	120.360	123.042	116.896
Sin Seguro	460.393	464.050	359.048	366.987	386.356
Cobertura	86,2 %	86,4 %	89,7 %	89,7 %	89,4 %

3.2.2. Seguro de Pensiones

El régimen de Invalidez. Vejez y Muerte (IVM), hoy Seguro de Pensiones, es un sistema de capitalización que distribuye parte de los ingresos recibidos por trabajadores, patronos y el Estado en el pago de las pensiones actuales e invierte sus excedentes financieros para afrontar el pago de las futuras pensiones.

El Seguro de Pensiones tiene como mercado meta a todos los trabajadores asalariados o aquellas personas que no siendo asalariadas, puedan suscribirse al Seguro mediante la modalidad de Asegurado Voluntario.

Para el desarrollo de sus operaciones en forma desconcentrada y como soporte al área financiera, se dispone de una red de 55 sucursales y cuatro agencias distribuidas en todo el país.

Del total de la población económicamente activa (PEA), el Seguro de Pensiones cubre el 52,3% según cifras a junio de 1999. Con respecto al crecimiento de la PEA (16%) de 1994 a 1999, el número de cotizantes al seguro de pensiones muestra un crecimiento de un 27%, porcentaje que indica una mayor captación de población descubierta además de la población joven de reciente ingreso a la masa laboral.

Seguro de Pensiones Cobertura Contributiva 1994-1999

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Población Económicamente Activa	1.246.354	1.296.153	1.281.962	1.386.705	1.445.368	1.445.368
Asegurados Directos Activos	596.099	603.097	617.202	650.744	705.163	757.370
Cobertura PEA Total	47,8 %	46,5 %	48,1 %	47,6 %	48,7 %	52,3 %

A junio de 1999 se encuentran 107.767 personas en la categoría de pensionados de las cuales el 32% son por invalidez, 34% por vejez, 34% por sobrevivencia (muerte). De acuerdo con el tipo de riesgo, el número de pensiones por sobrevivencia es el que presenta mayor crecimiento con un aumento de 6,22% para 2.160 nuevos casos respecto al año anterior. En segundo lugar se encuentra el rubro de invalidez (3,55%) y finalmente el correspondiente a vejez, el cual muestra un aumento de 3,53%.

Seguro de Pensiones Pensionados según Riesgo 1994 1999 (al mes de junio)

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Invalidez	27.388	28.627	31.508	32.681	33.335	34.521
Vejez	28.926	30.306	33.279	34.494	35.148	36.390
Muerte	26.459	28.121	31.889	33.971	34.696	36.856
Total	82.773	87.054	96.676	101.146	103.179	107.767

3.3. El Proyecto de Modernización

El país ha desarrollado el Sistema Nacional de Salud en forma exitosa, que se manifiesta a través de los altos niveles de salud de la población, basado en principios de universalidad, solidaridad y equidad en la prestación de servicios. El deterioro económico a partir de la década pasada limitó la capacidad financiera del Estado y afectó la sostenibilidad del Sector Salud, provocando mayores dificultades en la prestación de los servicios de salud. Paralelo a la afectación de la variable económica, se dispone de

problemas de ineficiencia en la prestación de los servicios, inadecuada gestión institucional y deficiente calidad en la entrega del servicio final.

Por tanto, ante la imperativa necesidad de llevar a cabo reformas en el Sector Salud, nació el Proyecto de Reforma del Sector Salud, en el año 1998. El objetivo es modernizar el Sector Salud bajo nuevas formas de trabajar y enfocado en la atención al usuario, en busca de mejorar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, reducir la duplicidad de funciones, aumentar la cobertura, adoptar modelos alternativos de prestación de servicios de salud y su financiamiento, así como de corregir y mejorar la capacidad resolutive de las instituciones. El proyecto establece los siguientes componentes:

- Ä Fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud, que tiene por objetivo rescatarle al Ministerio de Salud su función rectora, que dirija, vigile, regule e investigue el desarrollo de la salud y el modelo de atención.
- Ä La readecuación del Modelo de Atención, con el fin de superar el enfoque tradicional con énfasis en lo curativo, la atención masificada y discontinua con miras a trabajar bajo un modelo con un enfoque integral, que incorpore elementos biológicos, psicológicos y sociales, que considere además del individuo a la familia y la comunidad.
- Ä El desarrollo y fortalecimiento institucional de la C.C.S.S que tiene como propósito el mejoramiento de los procesos de trabajo y la readecuación de su organización y estructura.
- Ä La capacitación y formación en salud a través de la creación de un Fondo Nacional dirigido a financiar actividades en aspectos prioritarios.
- Ä El mejoramiento del sistema de financiamiento y asignación de recursos, el cual busca el equilibrio financiero mediante la afiliación universal, la reducción de la

evasión, el mejoramiento de la recaudación y de la distribución nacional de los recursos financieros.

Ä El sistema de información, cuyo fin es impulsar el suministro de información confiable, veraz y oportuna para apoyar la gestión en todos los niveles. Este componente se basa en un Plan Maestro para el Desarrollo del Sistema de Información Sectorial en Salud.

Ä El sistema de suministros, se plantea con el propósito de implantar mecanismos para su modernización, acerca de lo que cabe mencionar: fijar criterios para mejorar la selección y normalización de los suministros, ajustar programación a las políticas de desconcentración, establecer un sistema de eliminación de desechos químicos, farmacéuticos y hospitalarios.

Ä Fortalecimiento del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) para desarrollar su rol en el control de calidad y de vigilancia de factores de riesgo que afectan la salud de la población. Asimismo, el establecimiento de un laboratorio nacional en busca de racionalizar el uso de los recursos destinados a este fin.

De estos componentes, le ha correspondido a la C.C.S.S. ejecutar la readecuación del modelo de atención, fomentar su desarrollo institucional, mejorar la capacidad de recaudación, así como el manejo y asignación de recursos en general.

Además, como parte del proceso de modernización, se busca acelerar la autonomía hospitalaria después de la aprobación de la Ley de Desconcentración Hospitalaria, del 26 de noviembre de 1998. Dicha ley establece una mayor autonomía en la gestión presupuestaria, flexibilizar la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos localmente.

Asimismo, el capítulo II de la misma Ley señala la creación de las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y clínicas, con el objetivo de mejorar la atención de la salud, apoyar el desempeño administrativo, financiero e incentivar la participación ciudadana en el campo de la salud.

3.3.1. Enfoque Estratégico Corporativo

El sentido comúnmente asignado a la corporación es el de una organización, entidad o institución compleja, creada con un propósito definido, conformada por varias líneas de servicios o de negocios que gozan de un grado importante de autonomía en la toma de decisiones, ligadas a orientaciones generales y decisiones estratégicas comunes.

La corporación, como organización diversificada, atiende distintas poblaciones meta que se distinguen por razones geográficas, por edad, bienes y servicios recibidos u otros criterios de diferenciación.

La gestión que lleva a cabo toma en cuenta la existencia de al menos dos niveles. Por un lado el corporativo, que es el responsable de la definición de la misión, visión, políticas y objetivos globales que abarcan y orientan a todas las unidades que conforman la organización. En un segundo nivel se encuentran las instancias autónomas, responsables de cubrir una población meta asignada y de responder por ella dentro de los lineamientos corporativos. En cada instancia autónoma existen las áreas funcionales, las cuales corresponden a la organización interna que cada una de ellas adopte.

La existencia de una corporación se justifica, cuando por medio de ella se contribuye a mejorar la ventaja competitiva y la creación de valor de sus unidades. En consecuencia, es esencial vigilar los efectos que se derivan de la relación de éstas con la corporación, es decir, la relación del todo con las partes y viceversa.

En el ámbito corporativo se toman, entre otras decisiones, las relativas a la generación o introducción de nuevos servicios, la definición de líneas de servicios que son estratégicos, la asignación de las actividades y recursos entre las unidades existentes y la calidad del producto esperado.

En cada una de las unidades desconcentradas de la corporación se requiere de reflexión estratégica propia y decisiones diferenciadas de los demás, teniendo en cuenta que se enfrentan a la satisfacción de necesidades, con servicios y recursos diferentes. No obstante, cada una de las estrategias de las unidades autónomas debe ser coherente con la estrategia corporativa de la Institución, ya que de ésta reciben la visión de conjunto, los objetivos estratégicos, pautas, los recursos y las capacidades. Igualmente las estrategias de las áreas funcionales de cada unidad deben ser coherentes con el nivel de dichas unidades y con el corporativo.

3.3.2. La Caja Costarricense de Seguro Social como Corporación

Con base en las necesidades y en la existencia de condiciones adecuadas para desempeñarse como una corporación, la Alta Dirección de la C.C.S.S. ha decidido que se adopte el enfoque y procedimientos dentro de un ámbito corporativo. Como una formulación necesaria y adecuada para el fortalecimiento de la desconcentración, modernización y desarrollo de la institución.

Por un lado posee sus líneas de negocios bien diferenciadas, salud, pensiones y prestaciones sociales, que por el carácter social y sin fines de lucro de esta Institución, se les denominará de ahora en adelante líneas de servicios.

Por otro lado gracias a la desconcentración, los establecimientos de salud y las unidades ejecutoras a las que se aplicó este esquema, gozan de un nivel de autonomía suficiente y requieren de un ambiente propicio para comportarse como unidades pertenecientes a una organización corporativa.

Al estar bajo el liderazgo de la Presidencia Ejecutiva y su equipo directivo se ha decidido asumir una estrategia corporativa que se caracteriza por la definición de decisiones de mayor alcance dentro de la Institución y que inciden con todas sus líneas de servicio, cuyas relaciones no son delegadas ni descentralizadas, ya que competen a este núcleo corporativo.

Para el desarrollo de la estrategia corporativa se ha requerido del análisis del medio externo que rodea a la institución, la evaluación interna y la comparación de la situación actual con las condiciones previstas, para orientarla hacia una posición futura deseable con lineamientos estratégicos y resultados esperados claros para toda organización. El enfoque estratégico corporativo prepara para la toma de decisiones institucionales en situaciones presentes y futuras, caracterizadas éstas por ser cambiantes y variables; es por ello que se hace necesario generar herramientas adicionales que identifiquen la forma de lograr los objetivos que se plantean.

En este caso la estrategia corporativa está referida únicamente a un cambio en la organización y funcionamiento de la C.C.S.S., buscando fortalecer la desconcentración y autonomía con la consiguiente delegación, flexibilización y otorgamiento de nuevas responsabilidades en todos los ámbitos, posibilitando una gestión ágil en cada nivel al asignar y delimitar el campo de acción y permitir la rendición de cuentas.

Es así como la Institución, como toda entidad que plantea su funcionamiento como una corporación bajo un esquema de acción desconcentrada, asume un nuevo reto y una nueva cultura de interrelación entre los directivos y los diferentes niveles de la organización.

Igualmente, conlleva la necesidad de una gestión estratégica, con fin de desarrollar los valores de la Institución, las capacidades gerenciales, los sistemas y procesos relacionados con la consecución de objetivos que se planteen. Por tanto, conducirá a la

necesidad de adecuar el pensamiento estratégico con la cultura que la organización posee, a transformar ésta en función de las necesidades institucionales.

Entre las principales ventajas y expectativas que se asocian al modelo de funcionamiento corporativo están:

- Consecución del equilibrio entre la centralización y la desconcentración efectiva.
- Mayor eficiencia en las actuaciones y rendición de cuentas en relación con las responsabilidades por nivel de gestión, corporativo, de empresa y funcional.
- Realización de una gestión más ágil en cada nivel al asignar niveles de responsabilidad y delimitar el campo de acción de cada uno de ellos.
- Flexibilidad en la adaptación al cambio.
- Mayor desarrollo de las líneas de servicios.

Entre los beneficios esperados para los clientes externos se encuentran:

- Mayor enfoque hacia la satisfacción de las necesidades del cliente, producto de la competitividad y colaboración entre los establecimientos con autonomía.
- Mejora en la calidad, trato e información en la prestación de los servicios.
- Más accesibilidad a los servicios y atención más oportuna.
- Servicios más adaptados a las necesidades de la población local.

Igualmente para los funcionarios institucionales se esperan:

- Mayores posibilidades de ser incentivados y reconocidos por su labor, en el contexto de una población de funcionarios en una unidad autónoma de menor tamaño en relación con toda la Institución.
- Desarrollo de un mayor sentido de pertenencia y de éxito en el logro de los objetivos de sus áreas de trabajo.
- Mayor participación en una toma de decisiones descentralizada.

- Incremento de la capacidad de resolución de problemas producto de un mayor grado de autonomía y de la reducción de la burocracia.

3.3.3. Metodología del Enfoque Estratégico Corporativo

La historia, evolución, logros, características propias y el proceso de modernización de la C.C.S.S., son elementos favorables que han servido de fundamento para reflexionar estratégicamente, decidir y construir el modelo de organización corporativa.

En su realización, la Institución contó con el acompañamiento de consultores externos expertos en el tema, con el fin de facilitar las sesiones de trabajo, familiarizar en los conceptos, ideas, formulaciones y procesos que sustentan el Plan Estratégico Corporativo (PEC).

La elaboración del PEC se llevó a cabo con un procedimiento participativo que involucró a los funcionarios de distintos ámbitos, representando estratégicamente niveles operativos, administrativos y directivos de toda la Institución.

La formulación se llevó a cabo en dos etapas, que seguidamente se describen:

Diagnóstico Situacional — La elaboración del diagnóstico, como el punto de partida para la posterior definición de los objetivos del plan, se realizó con una amplia participación de funcionarios representantes de áreas estratégicas, gerenciales y directivos de la Institución, en una actividad de trabajo en equipo en donde estuvo reflejada la realidad en que se desenvuelve la C.C.S.S., de la forma más exhaustiva posible, buscando los mejores resultados.

También se contó con la participación de profesionales expertos en Demografía y Economía, para el análisis de la situación actual y la construcción de escenarios según tendencias, con los cuales se identificaron los aspectos que constituirían las oportunidades y amenazas dentro del quehacer institucional.

El análisis de situación de la C.C.S.S. se elaboró mediante el modelo cadena de valor, en el que se identificaron las principales actividades sustantivas y de apoyo de la Institución, considerando la satisfacción de los clientes como el aspecto medular en el desarrollo de las mismas. Como actividades sustantivas se identificaron la recaudación y canalización de fondos, la compra de servicios de salud, la provisión de servicios de atención integral de salud, la provisión de servicios de pensiones, la investigación y desarrollo de servicios y el aseguramiento de la calidad de los servicios. Como actividades de apoyo destacaron: el desarrollo del capital humano provisión y administración de los recursos físicos, materiales, financieros y tecnológicos. A continuación se muestra la gráfica de la cadena de valor de la C.C.S.S. utilizada para el análisis de situación institucional.



La generación de la visión estratégica se basó en un modelo conceptual en el que se desenvuelve la Institución. El modelo se divide en el macroentorno, considerado como el conjunto de factores, tendencias, situaciones incontrolables que inciden tanto en la Institución como en todos los demás elementos del entorno; y microentorno, como el medio inmediato en que se desenvuelve la Institución y los entes con los cuales mantiene relación directa, que tienen intereses en su actividad a que pueden influir en el logro de sus objetivos.

Asimismo, se utilizó el concepto de los seis componentes de la organización: estructura, mercados, procesos, tecnología y sistemas de información, gente y cultura, productos y

servicios, para analizar las posibles respuestas de la Institución ante los cambios de su entorno.

Para el análisis interno, se identificaron las principales fortalezas y debilidades para cada una de las actividades sustantivas y de apoyo de los segmentos de la cadena de valor. Del análisis realizado se destacaron temas estratégicos y prioridades institucionales que es necesario abordar desde diferentes niveles organizacionales.

El resultado de este diagnóstico se constituyó en el insumo esencial, para el desarrollo de las iniciativas estratégicas del nivel institucional.

Lineamientos Estratégicos Corporativos - Por tratarse de una actividad dirigida a la elaboración de lineamientos bajo la responsabilidad del nivel corporativo, se identificaron los factores claves de la corporación, como fundamento básico para la definición de sus decisiones estratégicas Institucionales.

En esta etapa se concretaron mediante consenso y acuerdo, elementos relevantes que apoyan y fundamentan el ser y actuar como una corporación: la misión, visión, principios filosóficos, valores y características de los servicios de la C.C.S.S., la definición de las líneas de servicios y las funciones sustantivas.

De igual forma, se validaron en equipo los objetivos estratégicos: objetivos específicos y los resultados esperados para la Corporación, para posteriormente ser presentado como un plan a consideración de la Junta Directiva.

3.4. Análisis FODA

3.4.1. Factores Externos

En términos generales y desde un escenario intermedio, el cual se considera con mayor probabilidad de ocurrencia, es posible prever los principales resultados con razonable confianza. Por esta razón, de acuerdo con las condiciones vigentes, no cabe esperar cambios en la economía nacional que afecten abruptamente las finanzas de la C.C.S.S., por lo que se presume que las principales variables económicas del país se comportarán con relativa estabilidad.

Las variables demográficas por otro lado, se estiman relativamente estables hasta el año 2010, pues se espera que las condiciones y tendencias existentes guarden similitud en el futuro con respecto a las actuales. En consecuencia, es posible proyectar el impacto de la situación demográfica en la institución, especialmente en lo que a demanda de servicios se refiere.

Posterior al año 2010 la situación demográfica se vuelve poco previsible; sin embargo a largo plazo se espera que se presenten cambios en la pirámide poblacional, específicamente en los grupos etáreos infantil y adolescente, los cuales se verán proporcionalmente disminuidos, en contraposición al grupo conformado por las personas en edad adulta.

El respaldo político y de la sociedad hacia la C.C.S.S. que se presenta en este momento, se considera una oportunidad institucional, al reflejar el apoyo y comprensión con que se contaría para efectuar reformas orientadas a la modernización u otros cambios para el mejor cumplimiento de su misión, según los principios de la Seguridad Social que tradicionalmente la han caracterizado.

No obstante, se destaca como amenaza la falta de cumplimiento con respecto a las expectativas y necesidades de la población, por lo cual el apoyo antes mencionado no

debe ser motivo para olvidar la misión que debe cumplir la C.C.S.S. con la sociedad. Se enfatiza en la necesidad de seguir adelante con las reformas necesarias para modernizarla y resolver problemas en la atención que actualmente aquejan a los clientes.

En relación con lo anterior, se indicó como oportunidad la existencia de un marco legal propicio para llevar a cabo la reforma, la modernización y la autonomía, el cual se asocia con la voluntad de cambio y la existencia de recursos.

En relación con las amenazas, destaca el funcionamiento ineficiente en las instituciones del sector público, factor que en el caso particular de la Caja Costarricense de Seguro Social, es posible asociarlo a la debilidad en materia de sistemas operativos y funcionales. Asimismo, en este caso, el apoyo de la sociedad hacia la C.C.S.S. podría verse disminuido, como consecuencia de la imagen negativa de la población hacia las instituciones públicas en general.

Finalmente, y aunque menos previsibles en el momento de su ocurrencia no es desdeñable tomar en cuenta el efecto de desequilibrios en la ecología ocasionados por la mano del hombre o por cambios en la naturaleza. Cabe citar la frecuencia con que acontecen huracanes y tormentas tropicales, el efecto invernadero y la contaminación ambiental, entre otros aspectos que han dejado su huella en forma reiterada en la economía nacional, en la Institución y en la salud de las personas.

Con mayor detalle, a continuación se plantea la identificación de amenazas y oportunidades que podría enfrentar la Institución con base en las tendencias del entorno.

Oportunidades

- Apertura a efectuar reformas legales que flexibilicen o agilicen la actuación de la C.C.S.S o den respaldo a las áreas de control de la evasión.
- La formación de alianzas estratégicas para potenciar procesos clave.
- La reforma de pensiones.

- La creación del Sistema de Pensiones Complementarias.
- Coordinación con las demás instituciones públicas y privadas en programas conjuntos de tipo social (no solo médico).
- Disponer de la ley de autonomía de los hospitales y Clínicas y personería jurídica instrumental.
- La nueva ley que regula el mercado de valores permitirá el diseño de políticas de inversión más sofisticadas.
- Perfil demográfico estable para los próximos cinco años.
- Proyectos de reforma en proceso de consolidación.

Amenazas

- Una oferta de servicios de salud insuficiente para atender la creciente y cambiante demanda por inmigración en el corto plazo y por “envejecimiento” de la población en el largo plazo.
- Alta evasión de cuotas.
- Posible deterioro de la situación económica del país.
- Aumento en la corrupción de los funcionarios públicos en proporción importante en todas las instituciones.
- Excesiva regulación por parte de entes externos.
- Imagen vulnerable de la Institución ante insatisfacción de los clientes.
- El aumento en la inmigración de centroamericanos, sin políticas claras para su solución a corto, mediano y largo plazo.
- Las consecuencias de los posibles desastres naturales.
- Competencia externa e interna.
- Alto nivel de deuda interna propicia la concentración inapropiada en inversiones del Ministerio de Hacienda.

En el análisis externo se consideraron las tendencias económicas, demográficas y de salud, así como otros factores de tipo socio-cultural, político, tecnológico y ambiental, variables que también se tomaron en cuenta en el análisis interno, mediante el

planteamiento de tres escenarios, optimista, pesimista e intermedio, como los posibles impactos y respuestas de la Institución ante estos acontecimientos.

3.4.2. Factores Internos

Utilizando el modelo de cadena de valor, se identificaron las fortalezas y debilidades de las grandes actividades sustantivas de la Institución, que a continuación se describen:

Un factor de relevancia manifestado por la Alta Dirección y personal de niveles estratégicos, lo constituye la voluntad institucional de mejoras y la disponibilidad de recursos económicos, lo cual facilita el impulso a la modernización que se está llevando a cabo, así como a la apertura ante nuevos cambios en ese mismo sentido.

Asimismo, en términos generales se visualiza como una fortaleza el hecho de disponer de recurso humano formado, lo cual disminuye los esfuerzos que tendrían que dedicarse a la formación, pudiendo concentrar la capacitación en áreas relativas a modernización y desarrollo institucional. Sin embargo, se considera como una debilidad el bajo nivel de motivación que presenta la mayor parte de los funcionarios, que repercute en la prestación del servicio final al cliente.

Se considera que la disponibilidad de infraestructura extendida en todo el país es una fortaleza, ya que ha permitido obtener importantes resultados en el campo de la salud y las pensiones. Sin embargo, la falta de actualización de las plantas físicas a las necesidades actuales y el bajo nivel resolutivo de la Institución en esta área se visualiza como una debilidad, siendo necesario efectuar mejoras en este campo.

Al igual que otros factores, existen elementos que limitan el accionar de la institución, entre los que destaca la gestión y cultura organizacional, la que es necesario adecuar a los esfuerzos de modernización y que responda a las expectativas del nuevo enfoque corporativo. Así también la existencia de trabas burocráticas y administrativas, se ven reforzadas por la ausencia de una cultura de planificación en todos los niveles de gestión,

elementos limitantes que deben ser tratados simultáneamente para obtener el impacto deseado.

Igualmente, los actuales sistemas de comunicación e información son considerados como una fuerte debilidad, ya que obstaculizan la gestión institucional al impedir que la información fluya adecuada y oportunamente para la toma de decisiones en los diferentes niveles, así como para que los funcionarios se encuentren debidamente informados de los avances, logros, retos del proceso de modernización y otros asuntos de relevancia institucional. En términos generales, la debilidad que representan los sistemas operativos y funcionales reflejan la necesidad de adaptarlos a los nuevos requerimientos de la Institución.

Las debilidades planteadas representan un desafío y deben ser consideradas en forma conjunta al momento del desarrollo del enfoque corporativo.

A continuación se incorpora la lista de fortalezas y debilidades identificadas con mayor detalle por el personal institucional:

Fortalezas

- Se dispone de una infraestructura que garantiza la cobertura nacional de los servicios.
- Se prevee una solidez financiera en el mediano plazo.
- Se tienen altos índices de recaudación.
- Se permite la externalización de servicios.
- La compra a terceros posibilita incrementar la oferta de servicios.
- Se fomenta la autonomía administrativa para hospitales y clínicas.
- Se cuenta con mayor flexibilidad para la contratación de personal por la ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas.
- Existen programas de promoción interna de mejoramiento de eficiencia, calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios.
- Apertura al cambio por parte de funcionarios clave hacia la compra de servicios.

- Se cuenta con recurso humano de alto nivel técnico y profesional especializado.
- La filosofía de la C.C.S.S. es sostenible en el tiempo.
- Se han desarrollado modelos alternativos de prestación de servicios.

Debilidades

- Falta de una adecuada integración de los sistemas de información disponibles con entidades de la institución en el nivel regional y local, así como con otras instituciones.
- Los sistemas de control de la evasión y morosidad contributivas actuales son poco flexibles y no se dispone de instrumentos legales actualizados que permitan una acción efectiva. No se cuenta con respaldo técnico y legal que permita la interrelación con otras instituciones para establecer controles cruzados, en especial con Tributación Directa.
- Existen trámites manuales lentos y carecen ausencia de sistematización de la información, mediante sistemas computarizados y en línea.
- Los procesos y los sistemas de información de aseguramiento, afiliación y facturación están fragmentados, ya que la facturación de los trabajadores independientes y los de cuenta propia son administrados por la Gerencia Administrativa, mientras que a la Gerencia Financiera en la figura de los inspectores se le da la responsabilidad de resolver los problemas de aseguramiento. No existe un sistema de información integrado por cuenta individual.
- El actual sistema de información en salud no permite una adecuada planificación de compra de servicios de salud o la definición de políticas sobre la oferta básica de servicios. La información del sistema está fragmentada y se relaciona mayormente con producto terminado o factores históricos, no tanto con aspectos demográficos, de morbilidad, epidemiología y proyecciones.
- Respaldo político y de la sociedad a la C.C.S.S.

3.5. Temas Estratégicos

El conjunto de temas estratégicos más importantes que fue identificado en el análisis de situación de la C.C.S.S. y que es necesario abordar en el plan mediante acciones concretas, se resume en los siguientes puntos:

- Delegación y desregulación.
- Autonomía y responsabilidad de los que reciben delegación.
- Equidad en la asignación de los recursos.
- Fortalecimiento del ámbito de aseguramiento en afiliación y definición de cartera de servicios.
- Lealtad y servicio de pertenencia del personal de la C.C.S.S.
- Desarrollo del sentido de servicio al cliente interno y externo de la Institución.
- Desarrollo de estrategias para una adecuada comunicación con la población, funcionarios e instituciones relacionadas.

3.6. Prioridades Institucionales

Con el fin de complementar el análisis anterior, se enuncian seguidamente las principales prioridades establecidas por la administración superior de la C.C.S.S. para el año 2000.

- Implementar la Ley de Desconcentración de Hospitales, con el fin de propiciar una mayor autonomía en la gestión.
- Operacionalizar las Juntas de Salud a fin de apoyar la participación ciudadana.
- Reformar la Ley Constitutiva a fin de incrementar la cobertura de los trabajadores independientes, con auxilio de la reforma de la Ley Constitutiva de la C.C.S.S.
- Universalizar la cobertura de pensiones del Régimen No Contributivo para las personas con necesidad de ayuda económica calificada.
- Reducir la evasión y morosidad del sector privado, con el uso de instrumentos legales que permitan reforzar la potestad reguladora y fiscalizadora de la C.C.S.S.
- Procurar la sostenibilidad financiera del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) en el largo plazo.

- Reducir tiempos de espera en consulta especializada e intervenciones quirúrgicas a un máximo de tres meses, o buscar mecanismos alternativos para la prestación de servicios oportuna.
- Acondicionar los servicios de emergencias a las necesidades de planta física y equipo.
- Aumentar la recaudación del sector privado en términos reales.
- Fortalecer los servicios de atención integral de la mujer con énfasis en cáncer de cuello uterino y mama.
- Extender el nuevo modelo de atención de la salud en el Gran Área Metropolitana.
- Impulsar la implementación del expediente electrónico único, a fin de poder establecer en red la información clínica de los usuarios.
- Desarrollar programas de prestaciones sociales para el adulto mayor.
- Revisar el Reglamento del Fondo de Prestaciones Sociales.

Tomando como base el insumo expuesto en esta sección, se plantea seguidamente la direccionalidad estratégica de la Institución para los próximos años.

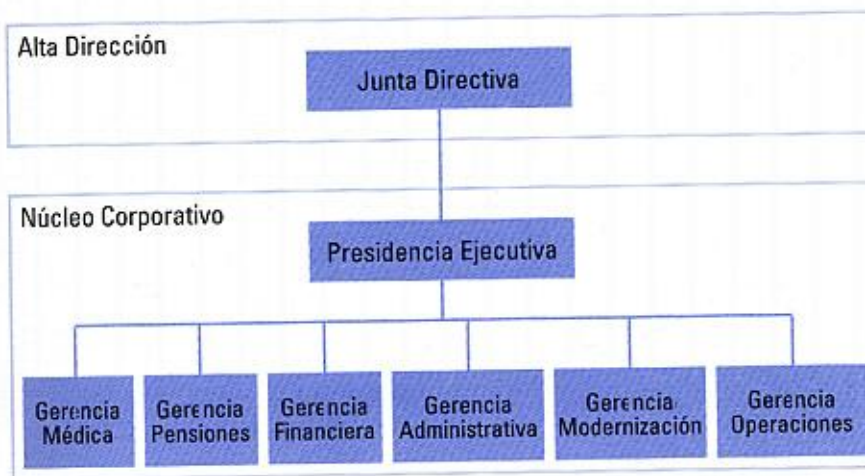
3.7. Decisiones Estratégicas Corporativas

La C.C.S.S. se encuentra desarrollando un proceso de modernización, con el fin de brindar mejores servicios adaptados a las necesidades de los clientes, con una gestión eficiente e innovadora. En el contexto de la actualización institucional se encuentra inmersa la adopción del enfoque corporativo, como principal decisión estratégica que se materializa en el Plan Estratégico Corporativo.

Al ser la C.C.S.S una institución compleja, que brinda diferentes tipos de servicios a sus clientes, se reconoce que el enfoque corporativo se adapta a sus requerimientos de organización, especialmente en el contexto del proceso de modernización que se encuentra en ejecución. El esquema de organización que se desea alcanzar se distingue por los siguientes aspectos:

- Alto grado de autonomía a sus unidades de servicio.

- Las diferentes líneas de servicio están vinculadas por objetivos estratégicos corporativos comunes.
- La Alta Dirección de la Corporación constituida por la Junta Directiva, como cuerpo colegiado de mayor rango institucional, será la responsable de la aprobación de las políticas corporativas, definidas bajo el liderazgo del Núcleo Corporativo.
- El Núcleo Corporativo, conformado por la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias de División, es el responsable de la definición y ejecución de las políticas corporativas, así como de la dirección estratégica de la Corporación.



3.7.1. Características de las Funciones Estratégicas Corporativas

Son una de responsabilidades y acciones que asume el Núcleo Corporativo, las cuales son indelegables a niveles inferiores de la organización y se caracterizan por:

- Tener alcance general.
- Ser lideradas.
- Dar sentido a la misión de la C.C.S.S.
- Ser competencias esenciales de la organización.
- Incluir y afectar a toda la organización.

- Asegurar la coherencia de la visión de la C.C.S.S.
- Garantizar la eficiencia en la utilización de los recursos.
- Potenciar las capacidades gerenciales.
- Respetar las competencias de gestión en los diferentes niveles.
- No competir ni interferir con la gestión local.

3.8. Misión y Visión

La razón de ser o su propósito fundamental y la imagen de éxito de la C.C.S.S están definidos en los siguientes enunciados:

3.8.1. Misión Institucional

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

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

3.8.2. Visión Institucional

Ser una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad, y en armonía con el ambiente humano.

3.9. Principios Filosóficos, Valores y Características de los Servicios de la C.C.S.S.

Aun cuando están incluidos en la misión, y visión institucional los principios filosóficos y valores que regulan el comportamiento de la C.C.S.S., así como las características de los principales servicios ofrecidos se destacan por separado a continuación.

Principios Filosóficos - solidaridad, unidad, igualdad, equidad y obligatoriedad, dentro del respeto de los derechos fundamentales y la libertad.

Valores - Respeto a la dignidad, honestidad, lealtad, transparencia, compromiso y excelencia.

Características de los Servicios - Servicio al cliente, participación social y comunitaria, gestión innovadora, sostenibilidad económica, armonía con el ambiente humano y organización abierta al cambio, capital humano motivado y calificado, servicios eficientes, oportunos y de calidad.

3.10. Líneas de Servicio

Las líneas de servicios se conforman por un conjunto de procesos ejecutados por la C.C.S.S, orientados hacia la producción de un servicio final a sus clientes. Se agrupan según su naturaleza y proceso de producción.

Las líneas de servicio que brinda la Institución son:

- Seguro de Salud
- Seguro de Pensiones
- Prestaciones Sociales

3.11. Funciones Sustantivas

Se han identificado las siguientes funciones sustantivas para la Institución de las cuales se deben ejecutar para las diferentes líneas de servicio.

- Aseguramiento
- Financiación
- Planificación
- Compra
- Provisión

3.12. Decálogo de Áreas

Para orientar el desarrollo Institucional en los inicios del nuevo milenio, el Plan Estratégico Corporativo identifica y prioriza diez áreas estratégicas, consideradas medulares dentro del quehacer institucional y sobre las cuales se realiza el planteamiento de los objetivos estratégicos, los objetivos específicos y sus resultados esperados.

Estos ejes temáticos promueven un conjunto de orientaciones, que apuntan a fortalecer cambios en las formas de provisión y gestión desconcentrada de los servicios institucionales, una efectiva participación ciudadana y social, una mayor articulación con las políticas de desarrollo del país, junto con un esfuerzo para mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios que se brindan. En se promueven iniciativas

innovadoras como formas de organización y funcionamiento en forma desconcentrada y bajo un enfoque corporativo, necesarias para responder ante las exigencias del entorno.

El decálogo de áreas estratégicas planteado es el siguiente:

- 1 - Sostenibilidad
- 2 - Contratación interna y externa de servicios
- 3- Provisión interna y externa de servicios:
 - 3.1 - Integrales de salud
 - 3.2 - Pensiones
 - 3.3 - Prestaciones sociales
- 4 - Capital humano
- 5 - Desconcentración
- 6- Investigación y desarrollo
- 7 - Servicio al cliente
- 8- Participación ciudadana y social
- 9- Vinculación de la C.C.S.S. con las políticas nacionales de desarrollo y de salud
- 10- Posicionamiento corporativo

Para cada una de las áreas estratégicas, se definen sus objetivos como el conjunto de propósitos fundamentales que conducen integralmente a la organización hacia un escenario deseado.

3.13. Estructura y Organización

El Órgano superior de la Caja Costarricense de Seguro Social es la JUNTA DIRECTIVA, integrada por 9 miembros de nombramientos del Poder Ejecutivo en la forma siguiente:

- En representación del Gobierno Central el Presidente Ejecutivo nombrado para un lapso de 4 años.

- Tres representantes de los patronos, quienes son escogidos de las nóminas que presentan las Cámaras Patronales.
- Tres representantes de los trabajadores, quienes serán escogidos de las nóminas que presenten las organizaciones (Sindicales, Cooperativistas y Solidaristas).

La Junta Directiva en el mes de enero de cada año elige de su seno un Vice-presidente, quien sustituye al Presidente en sus ausencias ocasionales o temporales.

La Junta Directiva ejerce plena autoridad en lo referente a políticas, planes y programas de la Institución, los cuales son ejecutados por las Gerencias de División de carácter técnico:

1. GERENCIA DIVISION ADMINISTRATIVA
2. GERENCIA DIVISION MEDICA
3. GERENCIA DIVISION FINANCIERA
4. GERENCIA DIVISION OPERACIONES
5. GERENCIA DIVISION DE PENSIONES
6. GERENCIA DIVISION DE MODERNIZACION

Cada una está bajo la responsabilidad de un gerente, los cuales son de nombramiento de la Junta Directiva para un período de 6 años, y dependen de la Presidencia Ejecutiva y la Junta Directiva.

Tanto los gerentes como el auditor, están obligados a asistir a las sesiones de Junta Directiva, en donde tienen voz pero no voto.

Las diversas unidades de trabajo de la Institución (Direcciones Técnicas y Regionales, Departamentos, Secciones y Oficinas), dependerán de la Gerencia de División, ver organigrama en el anexo 12.

Como organismo contralor financiero existe la AUDITORIA, que está bajo la responsabilidad de un Auditor y Sub-Auditor, nombrados por la Junta Directiva por un período indefinido.

La mayor concentración de empleados de la C.C.S.S. se encuentra en el área de servicios, los cuales se presentan en los Hospitales, Clínicas y Áreas de Salud, los cuales se describen a continuación:

3.13.1. Servicios Hospitalarios

Los hospitales al igual que las clínicas se dividen en diferentes categorías según su área de atracción, su especialidad, como son:

Hospitales Nacionales

Son los establecimientos de salud más desarrollados del país, y por ende los más complejos. Se encuentran localizados en el Área Metropolitana. Se dividen en:

Hospitales Generales:

Hospital México Hospital San Juan de Dios Hospital Dr. Calderón Guardia.

Hospitales Especializados:

Hospital Nacional de Niños Hospital Nacional Psiquiátrico Hospital Raúl Blanco Cervantes Instituto Materno Infantil Carit

Cuentan ellos con una capacidad resolutive especializada, por lo tanto resuelven casos calificados en las especialidades de medicina, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, geriatría. etc., y las sub-especialidades de que cada una de ellas se deriven, contando con la estructura física y los recursos técnico-administrativos para el desarrollo de la capacidad resolutive acorde a su nivel.

Sus servicios se otorgan para el nivel y reciben pacientes de otros centros, cuando por la índole del caso no pueden ser resueltos adecuadamente. (Esto previa autorización de las Jefaturas respectivas).

Los Hospitales Especializados funcionan a la vez como un centro de enseñanza y capacitación de profesionales, técnicos, personal administrativo de salud, así como para

investigación médica y de salud en diversas modalidades, en coordinación con Centros e Instituciones que desarrollan actividades similares.

Hospitales Regionales

Hospital Max Peralta (Cartago), Hospital de San Carlos, Hospital Dr. Tony Facio (Limón), Hospital Monseñor Sanabria (Puntarenas), Hospital Dr. Escalante Pradilla, Hospital San Rafael de Alajuela, Hospital Dr. Enrique Baltodano (Liberia).

Son los centros de atención hospitalaria que están ubicados generalmente en la Ciudad sede de la Región Programática de Salud. Funcionan como hospitales generales con las 4 especialidades básicas de: medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, además de las sub-especialidades de mayor demanda de la región, funcionando como apoyo a los niveles de menor complejidad localizados en la misma zona.

Los Hospitales Regionales se constituyen en las unidades médicas en donde se concentran las especialidades que no estén ubicadas en los niveles intermedios y deberán dar respaldo científico y apoyo técnico a las instalaciones de salud de su área de atracción, incluyendo los niveles primario, básico e intermedio.

Refieren a los Hospitales Nacionales de inmediata accesibilidad geográfica, aquellos casos que por su complejidad no pueden resolverlos, quedando fuera de su campo de atracción los casos altamente calificados que requieran métodos de diagnóstico especializado (previa consulta y visto bueno de las jefaturas correspondientes). En los Hospitales Regionales, también se desarrollan actividades de docencia e investigación.

Hospitales Periféricos 3

Hospital de La Anexión (Nicoya), Hospital Dr. William Allen (Turrialba), Hospital Dr. Carlos L. Valverde (San Ramón).

Este tipo de Hospitales constituye el respaldo para los hospitales de menor capacidad resolutive o sea los periféricos 2 y 1, clínicas de consulta externa, centros y puestos de salud ubicados dentro de su área de atracción, debiendo atender el nivel de patología acorde con los recursos humanos, físicos y técnicos con que cuenta: en caso contrario se referirá al nivel superior.

Los Hospitales Periféricos ofrecen especialidades médicas que no se disponen en los niveles 1 y 2, éste tipo de hospitales se encuentran localizados en zonas urbanas y semiurbanas.

Hospitales Periféricos 2

Hospital de Guápiles, Hospital de Heredia, Hospital de Grecia, Hospital de Upala, Hospital Ciudad Nelly, Hospital de San Vito.

Este tipo de hospital se encuentra ubicado en zonas urbanas y semiurbanas. Se otorgan servicios médicos de las cuatro especialidades básicas: medicina, gineco-obstetricia, pediatría y algunas especialidades de mayor demanda para su área de atracción, constituyen a la vez un respaldo para los Hospitales Periféricos 1, Clínicas de Consulta Externa y puestos de Salud ubicados en su área de influencia.

Hospitales Periféricos 1

Hospital de Golfito, Hospital de Los Chiles, Hospital Dr.Tomás Casas, Hospital Max Terán Vals.

Son los hospitales que se encuentran en zonas de población rural. Prestan atención médica propia de su nivel básico (gineco-obstetricia, pediatría y medicina general), según su capacidad física instalada. A este nivel no se realiza cirugía electiva, salvo en casos de emergencia y de acuerdo con su nivel de complejidad. Cuenta con los elementos mínimos de diagnóstico, como son los rayos X y laboratorio clínico.

3.13.2. Servicios de Consulta Externa en Clínicas

Las clínicas de consulta externa al igual que los hospitales, se encuentran divididas en diferentes categorías según su región y especialidad.

Clínicas Tipo 4 (Clínicas mayores)

Clínica de Tibás, Clínica de Pavas (ambas a cargo de cooperativas), Clínica de Coronado, Clínica Solón Núñez, Clínica Moreno Cañas, Clínica Carlos Durán, Clínica Alfredo Volio, Clínica Clorito Picado, Clínica Marcial Fallas, Clínica Dr. Jiménez Núñez, Clínica Marcial Rodríguez.

Son los establecimientos de salud destinados a proporcionar atención exclusivamente ambulatoria; son de mayor tamaño y complejidad dentro de su clasificación.

Proporcionan atención médica en las cuatro especialidades básicas y sub-especialidades. Cuenta con servicios de ayuda diagnóstica, laboratorio clínico, rayos X y tratamiento. Además de la atención médica mantienen la atención odontológica escolar.

Sus acciones están dirigidas al mantenimiento, recuperación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud en su población, adscrita familiar y comunitaria. Brinda servicios de apoyo a los establecimientos de menor capacidad resolutive que se encuentran en su área de atracción.

Clínicas Tipo 3

Son unidades asistenciales dedicadas también a la atención médica ambulatoria, de menor capacidad resolutive que la anterior. Cuenta con servicios de laboratorio clínico, farmacia, con profesionales calificados en esas zonas y servicios de enfermería profesional. Proporciona consulta de medicina general y especializada, la atención odontológica y apoyo a la clínica odontológica escolar.

Desarrolla actividades del programa materno infantil y de salud, brinda servicios de apoyo a las clínicas 2 y 1, centros puestos de salud. Sus acciones van dirigidas al mantenimiento, recuperación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud de su población adscrita.

Clínicas Tipo 2

Este centro asistencial proporciona servicios médicos ambulatorios a su población adscrita, sus acciones van dirigidas a la familia y a la comunidad, tanto en recuperación como en prevención, promoción y rehabilitación de la salud. Cuenta con servicios de laboratorio clínico y farmacia, de acuerdo con su capacidad resolutive, además desarrolla actividades del programa materno infantil, presta servicios odontológicos y fortalece la clínica de odontología escolar. Brinda servicios de apoyo a las clínicas tipo 1, puestos y centros de salud.

Clínicas Tipo 1

Dentro de la clasificación de las clínicas de consulta externa, es el establecimiento de menor complejidad. Ofrece atención médica general, así como servicios médicos de farmacia y laboratorio clínico básico, de acuerdo con su capacidad resolutive. Esta unidad asistencial recibe apoyo de otras clínicas de mayor capacidad resolutive en su área de atracción. Sus acciones van dirigidas a la familia y la comunidad, tanto en la recuperación, promoción y fomento de la salud.

3.13.3. Nuevos Modelos de Atención Ambulatoria

Como uno de los problemas más preocupantes en la Caja Costarricense de Seguro Social tenemos el de la Consulta Externa o Ambulatoria. Ha existido gran interés por lograr

mayor eficiencia en ese servicio, mediante la puesta en marcha de nuevos sistemas de atención en la salud.

En 1987 la Caja Costarricense de Seguro Social vio la necesidad de introducir nuevos modelos de atención médica, especialmente en los servicios ambulatorios. Se creó el refuerzo del "Médico de Empresa" y de la "Medicina Mixta", al tiempo que se iniciaba el plan piloto en la comunidad Barba de Heredia, para utilizar por primera vez, un modelo de "Capitación", que luego fue transferido en su experiencia a las nuevas Clínicas de Pavas y Tibás, con la participación del cooperativismo profesional y del enfoque del médico de familia en el funcionamiento y servicios de esos centros. Por otro lado, la Clínica de Coronado utilizó el enfoque de médico de familia, utilizando el método tradicional de contratación de recurso humano.

3.13.4. Servicios Integrados Autogestionarios

Esta modificación se logra al adoptarse el "médico de familia", en la atención integral de la comunidad y lo más significativo en estos modelos de atención, es la introducción de servicios integrados por medio de cooperativas autogestionarias como son: la Cooperativa de Servicios de Salud (Coopesalud), que funciona en Pavas.

En San Juan de Tibás funciona la Cooperativa Autogestionaria de Servidores para la Salud Integral, Coopesantacatalina en Santa Ana.

3.13.5. Servicios de Salud por Medio de Cooperativas de Autogestión

El modelo tradicional ha sido cuestionado ampliamente por muchas razones, entre ellas: largas esperas, falta de incentivos, atención de la libre demanda, visión biologista del problema de salud, recursos limitados y necesidad de una mayor participación comunitaria, entre otras.

Así, nacen nuevos modelos de atención cuyo objetivo será atender la necesidad de la población de manera integral, que permita dar cumplimiento a la visión bio-psico-social del hombre en la comunidad.

La ley de asociaciones cooperativas en el Capítulo XI, artículo 99 la define de la siguiente manera:

"Las cooperativas de autogestión son aquellas empresas organizadas para la producción de bienes y servicios, en las cuales los trabajadores que las integran dirigen todas las actividades de las mismas y aportan directamente su fuerza de trabajo, con el fin primordial de realizar actividades productivas y recibir, en proporción a su aporte de trabajo, beneficios de tipo económico y social".

Las unidades de producción destinadas al funcionamiento de éstas, estarán bajo el régimen de propiedad social con carácter indivisible".

Desde el punto de vista financiero, las instituciones de salud no se van a constituir en prestatarias de servicios, sino que los compran, como es el caso de las clínicas de Pavas y Tibás; desde luego, el compromiso de respetar todo el esquema legal existente en salud y cumplir con los programas mínimos que debe tener cualquier ente de Salud en Costa Rica. De esta manera se inicia con gran suceso Coronado, solamente que concebido dentro de la Institución.

Puede afirmarse que con las Cooperativas de Autogestión que administran las Clínicas de Tibás y de Pavas, se da un buen paso para la descentralización administrativa, entendida ésta como la toma de decisiones en el propio nivel local con base en recursos concertados mediante parámetros de atención, cobertura y calidad fijada.

Es importante señalar que este modelo permite la evaluación de la Caja y del Ministerio de Salud y se les exige además la creación de nuevos indicadores de salud que reflejan la nueva situación.

3.14. Grupos Ocupacionales

Dentro de la estructura de la C.C.S.S. mencionada anteriormente, se encuentran una serie de grupos ocupacionales, los cuales se muestran a continuación:

GRUPO Y SUBGRUPO OCUPACIONAL
ENFERMERIA Y SERVICIOS DE APOYO
Auxiliares de Enfermería Tecnologías Médicas Tareas de Apoyo Profesionales en Enfermería
SERVICIOS GENERALES
Vigilancia y Limpieza Servicios Varios Mantenimiento Transportes
ADMINISTRATIVOS
Oficinistas y Secretarías Jefaturas Técnicos Profesionales
PROFESIONALES EN CIENCIAS MEDICAS
Médicos Médicos en Funciones Sanitarias Médicos en Funciones Administrativas Otros Prof. en Ciencias Médicas Microbiólogos Farmacéuticos Odontólogos Químicos Psicólogos Clínicos

FUENTE: Listados SPLEST06, Dirección de Informática. C.C.S.S.

Dentro del análisis de la información del presente trabajo, se determinó que el estudio de las patologías por grupo ocupacional hubiera sido un gran aporte al estudio, sin embargo, el no contar con una base de datos esquematizada y normalizada hace muy largo y complicado el análisis de dicha situación. En la base de datos de incapacidades se presenta solamente el código del puesto, cuya descripción se muestra en el Índice de Salarios, siendo aproximadamente 500 códigos o puestos diferentes. Para definir grupos

ocupacionales específicos, se deben reagrupar los puestos, necesitando para ello un programa que filtre y agrupe los códigos, ya que por ejemplo, los enfermeros van del código 42100 al 43810, los médicos del 21100 al 22205, y así sucesivamente.

No obstante fue posible analizar los datos para el año 2000 con respecto a la estructura de costos según planilla, en la cual mediante una codificación se identifica la unidad de trabajo o departamento, la cual coincide en algunos casos con alguna serie de puestos específicos. Dicho análisis se presenta en la siguiente sección.

4. Análisis de los Resultados

Tradicionalmente se define la Economía como la ciencia que estudia la asignación más conveniente de los recursos escasos de una sociedad para la obtención de un conjunto ordenado de objetivos.

Es una ciencia porque utiliza la metodología científica y así poder llegar a sus resultados y conclusiones. La metodología es una palabra que designa la investigación de los conceptos, teorías y principios básicos de razonamiento de una determinada parcela del saber. La metodología de la Economía, es la aplicación a la Economía de la filosofía de la ciencia en general. La Economía se dedica al estudio del comportamiento humano y, por tanto, invoca como causas de las cosas a las razones y motivos que mueven a los agentes humanos. Logra proporcionar teorías deductivas rigurosas sobre las acciones humanas.

Determinar el impacto financiero-económico de una actividad es una etapa fundamental en la ejecución de un proyecto exitoso. Es por esto que se hace indispensable conocer el impacto financiero de las incapacidades de la C.C.S.S., permitiendo lo anterior comparar a su vez la relación de costos y beneficios.

4.1. Incapacidades

De acuerdo con los objetivos planteados a continuación se presenta un análisis de los hallazgos obtenidos:

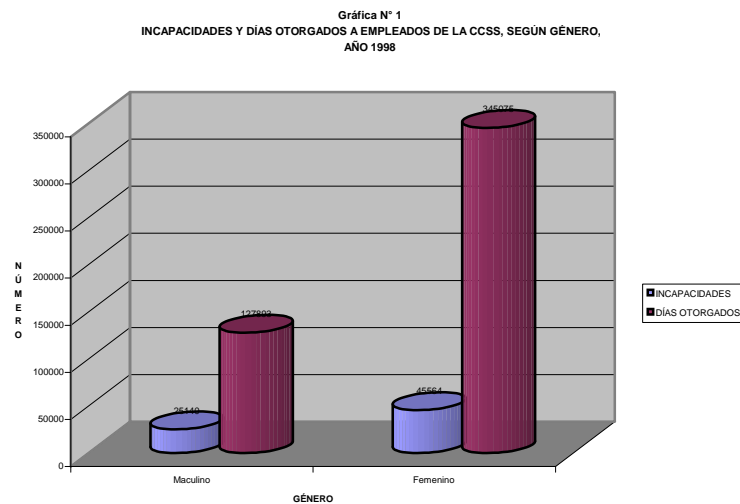
En el año 1998 según registro de planillas la C.C.S.S. tiene un total de 30.411 funcionarios que se ubican en los diferentes establecimientos en todo el país. Estos generaron un total de 70.704 incapacidades que corresponden a los regímenes de Enfermedad y Maternidad (en maternidad se incluyen las licencias pre y post parto), con un total de 472.969 días otorgados, lo que implicó para la C.C.S.S. una erogación de ¢886.067.380 por concepto de pago de subsidio. El promedio de incapacidades por

trabajador fue de 2.37, esto quiere decir que cada trabajador se incapacita 2.37 veces en un período, y el promedio de días por incapacidad de 6.7 días.

Al analizar las incapacidades según género, se obtiene que los hombres generaron el 35.2% de las incapacidades con un promedio de 5.1 días por incapacidad y el género femenino el 64.8% con un promedio de 7.6 días por incapacidad. En cifras absolutas el desglose de incapacidades y días otorgados en el año 1998 en el siguiente:

TOTAL		GÉNERO			
Incapacidades	Días otorgados	Hombres		Mujeres	
		Incap.	Días	Incap.	Días
70.704	472.968	25.140	127.893	45.564	345.075

En la gráfica siguiente se presenta la distribución de las incapacidades según género:



En el siguiente cuadro se desglosan el número de trabajadores de la C.C.S.S, las incapacidades, días otorgados, total de subsidio pagado, promedio de incapacidades por trabajador y promedio de días por incapacidad, según tipo de establecimiento en el año 1998:

Cuadro N° 1

**INCAPACIDADES EMPLEADOS C.C.S.S, NÚMERO DE FUNCIONARIOS, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO
DE INCAPACIDADES POR FUNCIONARIO Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD
SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, AÑO 1998**

TIPO DE ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO DE FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL DE SUBSIDIO	Promedio Incap / Func.	Promedio Días / Incap.
<i>Total</i>	29,774	70,704	472,968	¢886,067,380	2.37	6.7
Nivel Central	3,186	5716	38,535	¢84,659,032	1.79	6.7
Direcciones Regionales Serv.Méd.	268	479	4,668	¢7,025,732	1.79	9.7
Clínicas tipo 1	1,033	2,087	14,935	¢25,366,158	2.02	7.2
Clínicas tipo 2	1,302	1,984	14,474	¢26,437,642	1.52	7.3
Clínicas tipo 3	1,081	2,564	18,180	¢34,546,646	2.37	7.1
Clínicas tipo 4	1,853	6,445	37,186	¢76,851,795	3.48	5.8
Hospitales Nacionales	10,285	22,398	154,998	¢278,148,966	2.18	6.9
Hospitales Regionales	4,696	13,955	85,895	¢163,013,475	2.97	6.2
Hospitales Periféricos 3	2,252	5,860	41,440	¢79,742,815	2.60	7.1
Hospitales Periféricos 2	1,691	5,512	33,491	¢60,923,812	3.26	6.1
Hospitales Periféricos 1	1,229	2,334	17,672	¢30,127,435	1.90	7.6
Sucursales y Agencias	898	1,370	11,494	¢19,223,870	1.53	8.4

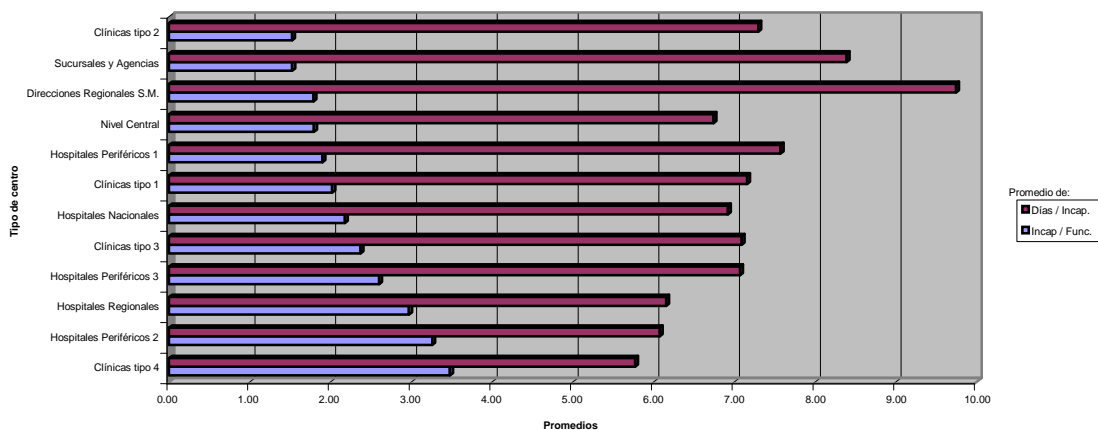
NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 30.411, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 637 funcionarios.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 2000. C.C.S.S.

Como puede observarse en el cuadro anterior los Hospitales Nacionales cuentan con el mayor número de trabajadores y en el que se produjeron la mayor cantidad de incapacidades un 31.7% del total, en cuanto a subsidio representa el 31.4% del monto total. (Ver gráfica N° 3) En las Direcciones Regionales de Servicios Médicos se produjo el menor número de incapacidades, seguida de las Sucursales y Agencias con un 0.7% y 1.9% del total respectivamente. Referente al promedio de incapacidades por trabajador en ese mismo período, se observa que el mayor indicador se ubica en las Clínicas tipo 4, seguido de los Hospitales Periféricos 2 con un promedio de incapacidades por trabajador de 3.48 y 3.26 respectivamente. Las Clínicas tipo 2 y las Sucursales y Agencias cuentan con los indicadores más bajos, un promedio de incapacidades por funcionario de 1.52 y 1.53 respectivamente. (Ver detalle en anexo 2)

En la siguiente gráfica se ilustra la distribución de los promedios de incapacidades por trabajador y promedio de días por incapacidad.

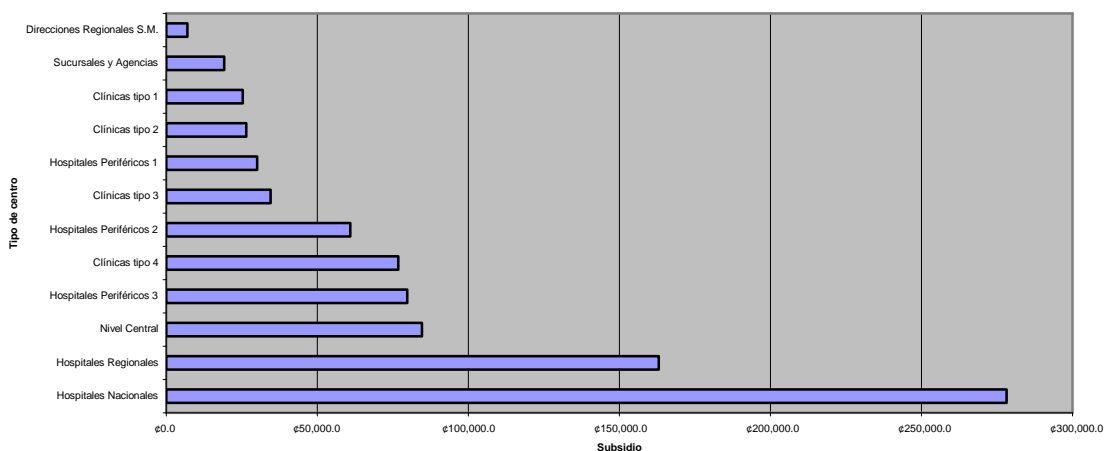
Gráfica N° 2
PROMEDIO DE INCAPACIDADES POR TRABAJADOR Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD DE EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTOS
AÑO 1998



Como podrá notarse en la gráfica anterior, los establecimientos que cuentan con el mayor promedio de incapacidades por trabajador se da una tendencia a reducirse el promedio de días por incapacidad; y en los establecimientos que obtienen los promedios más bajos de incapacidades por trabajador se da una situación inversa, ya que tiende a incrementarse el promedio de días por incapacidad.

En la siguiente gráfica se observa la distribución de los montos por subsidio según tipo de establecimiento:

Gráfica N° 3
TOTAL DE SUBSIDIO PAGADO POR INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
AÑO 1998
 (cifras en miles)



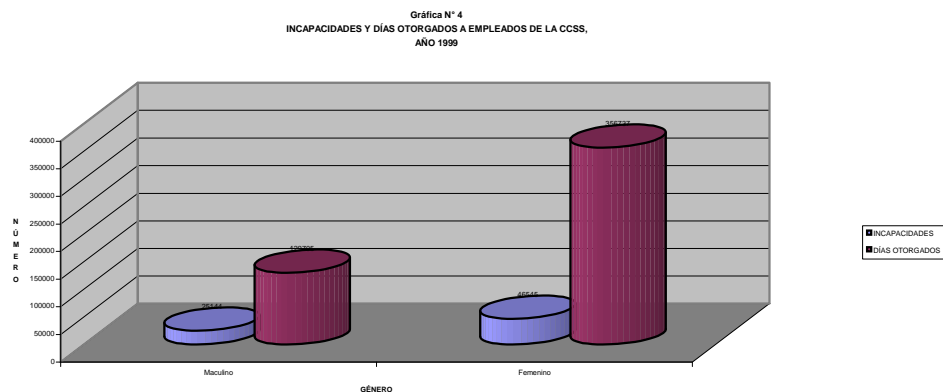
Tal como se mencionó anteriormente en los Hospitales Nacionales se da la mayor proporción de subsidios pagados por incapacidad, siguiéndole los Hospitales Regionales y posteriormente el Nivel Central.

En el año 1999 según registro de planillas en la C.C.S.S laboran 31.453 trabajadores. En dicho período se presentaron 71.689 incapacidades con un total de 486.442 días otorgados y un monto por subsidio de ¢1,512,244,389; al comparar estos datos con el año 1998, se obtiene un incremento de incapacidades de un 1.4%. En cuanto a los días otorgados el incremento fue de un 2.8% y en lo que respecta al subsidio su incremento fue de un 70.7%, lo que llama la atención debido a que el citado incremento no es proporcional con respecto al incremento de incapacidades y días otorgados. De acuerdo con entrevista efectuada con el analista de la Dirección de Informática de la C.C.S.S., responsable de generar esta información, ese dato corresponde al 50.0% del salario de los trabajadores incapacitados; la causa de esa situación se debe a que el programa del cual se obtiene el dato no había sido modificado.

Al analizar las incapacidades según género, se observa un comportamiento similar al del año 1998; las cuales se detallan a continuación:

TOTAL		GÉNERO			
Incapacidades	Días otorgados	Hombres		Mujeres	
		Incap.	Días	Incap.	Días
71.689	486.442	25.144	129.705	46.545	356.737

En la siguiente gráfica se ilustra la distribución de las incapacidades según género durante el año 1999.



En el cuadro número dos se presenta la distribución del recurso humano según tipo de establecimiento, total de incapacidades, días otorgados, subsidios pagados, promedio de incapacidades por trabajador y promedio de días por incapacidad en el año 1999.

Cuadro N° 2
INCAPACIDADES EMPLEADOS C.C.S.S, NÚMERO DE FUNCIONARIOS, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO
DE INCAPACIDADES POR FUNCIONARIO Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD
SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, AÑO 1999
(Incluye Enfermedad y Maternidad)

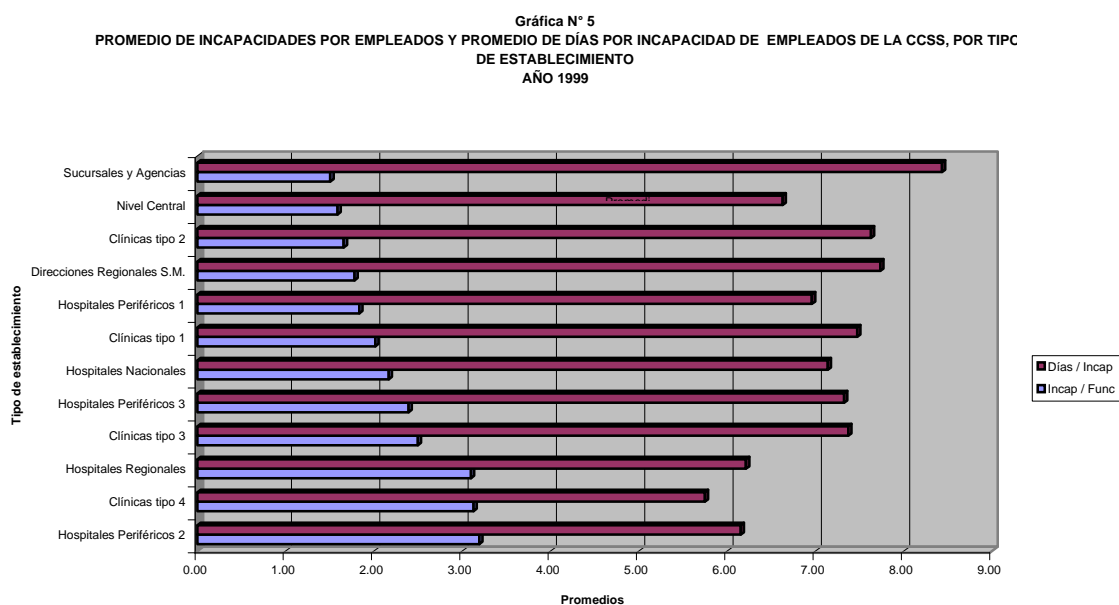
TIPO DE ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	Promedio Incap / Func.	Promedio Días / Incap.
<i>Total</i>	30,821	71,689	486,442	¢1,512,244,398	2.33	6.8
Nivel Central	3,601	5,713	37,852	¢104,314,090	1.59	6.6
Direcciones Regionales Serv.Méd.	282	502	3,882	¢11,964,989	1.78	7.7
Clínicas tipo 1	1,100	2,216	16,560	¢50,512,627	2.01	7.5
Clínicas tipo 2	1,329	2,203	16,803	¢53,942,257	1.66	7.6
Clínicas tipo 3	1,117	2,789	20,555	¢67,012,503	2.50	7.4
Clínicas tipo 4	1,864	5,829	33,500	¢116,804,595	3.13	5.7
Hospitales Nacionales	10,464	22,677	161,849	¢493,044,223	2.17	7.1
Hospitales Regionales	4,834	14,980	93,056	¢294,619,085	3.10	6.2
Hospitales Periféricos 3	2,311	5,524	40,451	¢127,104,971	2.39	7.3
Hospitales Periféricos 2	1,745	5,568	34,252	¢111,008,199	3.19	6.2
Hospitales Periféricos 1	1,264	2,318	16,130	¢51,701,297	1.83	7.0
Sucursales y Agencias	910	1,370	11,552	¢30,215,560	1.51	8.4

NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 31.453, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 632 funcionarios.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 1999. C.C.S.S.

En el cuadro anterior se observa que los Hospitales Nacionales presentan el mayor número de incapacidades un 31.6% del total, en lo referente al subsidio representa el 32.6% del total pagado. En las Direcciones Regionales de Servicios Médicos y las Sucursales y Agencias se produjo el menor número de incapacidades, representando el 0.7% y 1.9% del total, y en lo que refiere al subsidio es un .08% y 2.0% del total respectivamente. Cabe destacar que estos porcentajes son muy similares a los del año anterior. Al analizar el promedio de incapacidades por trabajador se obtiene que el mayor indicador se ubica en los Hospitales Periféricos 2, seguido de las Clínicas tipo 4, con un promedio de incapacidades por trabajador de 3.19 y 3.13 respectivamente.

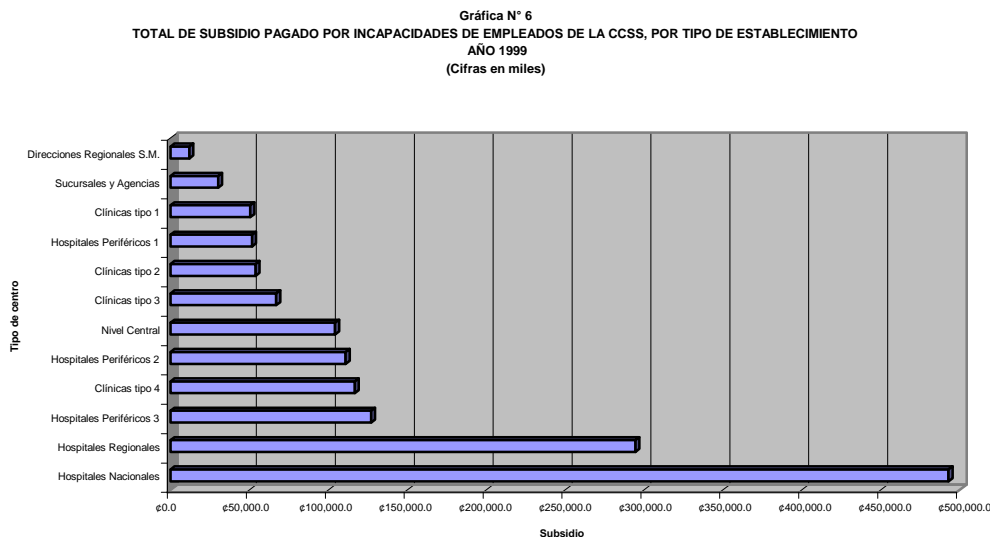
En la gráfica número cinco se presenta la distribución de los promedios de incapacidades por trabajador y promedios de días por incapacidad según tipo de establecimiento.



En la gráfica número cinco, se observa que los establecimientos que cuentan con los promedios de incapacidades por trabajador más altos, se percibe una tendencia a reducirse el promedio de días por incapacidad en ese mismo rubro; caso contrario sucede con los establecimientos que presentan los promedios de incapacidades por trabajador

más bajos el promedio de días por incapacidad tiende a aumentar. Este comportamiento es muy similar al del año 1998.

En la siguiente gráfica se presenta la distribución de los montos por subsidio en el año 1999 según tipo de establecimiento.



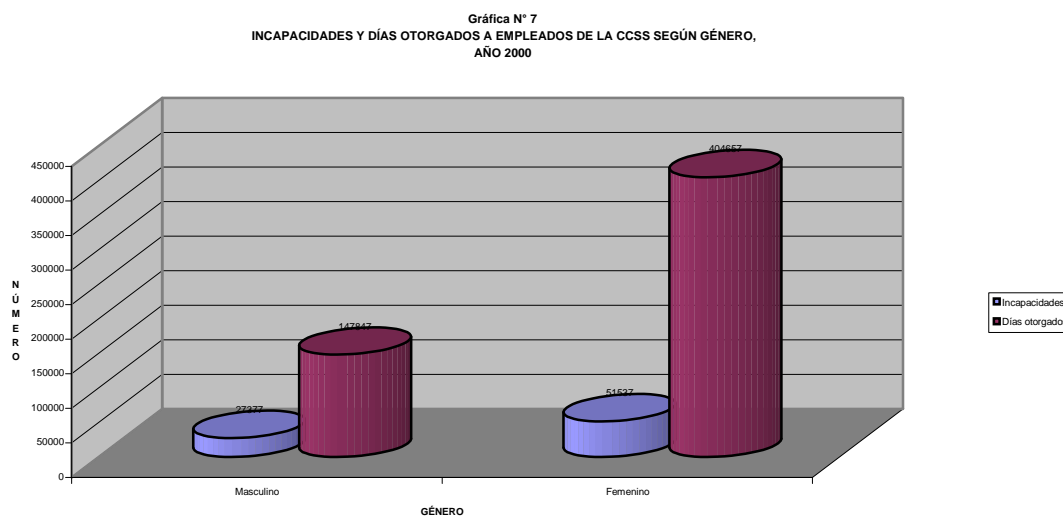
En la gráfica número seis se observa que los establecimientos de mayor complejidad como lo son los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos 3, se ubican dentro de los establecimientos que se genera una mayor erogación por pago de subsidios.

En el año 2000 la C.C.S.S. cuenta con un total de 31.200 trabajadores distribuidos en toda la red de servicios que tiene la Institución; de los cuales el 45.96% es de género masculino y el 54.04% femenino. En ese período se incapacitaron al menos una o más veces el 68.1% de los trabajadores de la Institución, lo que representa en números absolutos 21.557 funcionarios; éstos generaron un total de 78.914 incapacidades, con 552.144 días otorgados, lo que representó un total de ¢2.651.267.479 por pago de subsidios, o sea, el 2.05% del gasto por Servicios Personales (ver anexo 10). Al comparar estos datos con los presentados en el año 1999, se obtiene que en año 2000 se da un incremento de incapacidades de un 10.0% con prácticamente la misma cantidad de trabajadores, en cuanto al número de días otorgados el aumento fue de un 13.5%, y en lo referente al subsidio se obtiene un incremento de un 75.3%.

Al analizar las incapacidades por género, se obtiene que la mayor frecuencia las presentan el género femenino, un total de 51.000 incapacidades con 400.644 días otorgados y un promedio de días por incapacidad de 7.9, el género masculino obtiene un total de 27.082 incapacidades con 145.969 días otorgados con un promedio de 5.4 días por incapacidad. En cifras relativas el género masculino obtiene el 34.3% de las incapacidades y el género femenino el 64.6% del total. Es importante aclarar que en ese mismo período según los reportes del Sistema de Incapacidades un total de 832 incapacidades con 5.531 días otorgados no cuentan con la identificación del género.

Tal como se mencionó anteriormente, según estudios realizados en otros países, el género femenino presenta la mayor frecuencia de incapacidades, situación que se debe en parte a que la mujer por aspectos culturales está ligada a actividades de la casa y la familia, y además de que en este rubro se incluyen las licencias por maternidad.

En la siguiente gráfica se ilustra la distribución de incapacidades y días otorgados según género:



En el siguiente cuadro se presenta la distribución de las incapacidades de empleados de la C.C.S.S del año 2000, según tipo de establecimiento:

Cuadro N° 3

INCAPACIDADES EMPLEADOS C.C.S.S, NÚMERO DE FUNCIONARIOS, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO

DE INCAPACIDADES POR FUNCIONARIO Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD

SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, AÑO 2000

(Incluye Enfermedad y Maternidad)

TIPO DE ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	Promedio Incap / Func.	Promedio Días / Incap.
<i>Total</i>	30,030	78,914	552,144	¢2,651,267,479	2.63	7.0
Nivel Central	3410	7435	54,284	¢261,770,360.23	2.18	7.3
Direcciones Regionales S.M.	254	425	3,357	¢21,674,584.80	1.67	7.9
Clínicas tipo 1	1,078	2,247	16,660	¢71,405,944	2.08	7.4
Clínicas tipo 2	1,320	2,590	21,527	¢99,372,719	1.96	8.3
Clínicas tipo 3	1,171	3,024	20,659	¢103,976,799	2.58	6.8
Clínicas tipo 4	1,864	6,575	41,315	¢213,320,388	3.53	6.3
Hospitales Nacionales	10,485	25,208	182,578	¢874,809,199	2.40	7.2
Hospitales Regionales	4,606	15,948	102,309	¢498,053,734	3.46	6.4
Hospitales Periféricos 3	2,204	6,816	49,977	¢254,460,470	3.09	7.3
Hospitales Periféricos 2	1,587	4,676	27,067	¢139,232,886	2.95	5.8
Hospitales Periféricos 1	1,125	2,429	19,685	¢68,951,302	2.16	8.1
Sucursales y Agencias	926	1,541	12,726	¢44,239,093	1.66	8.3

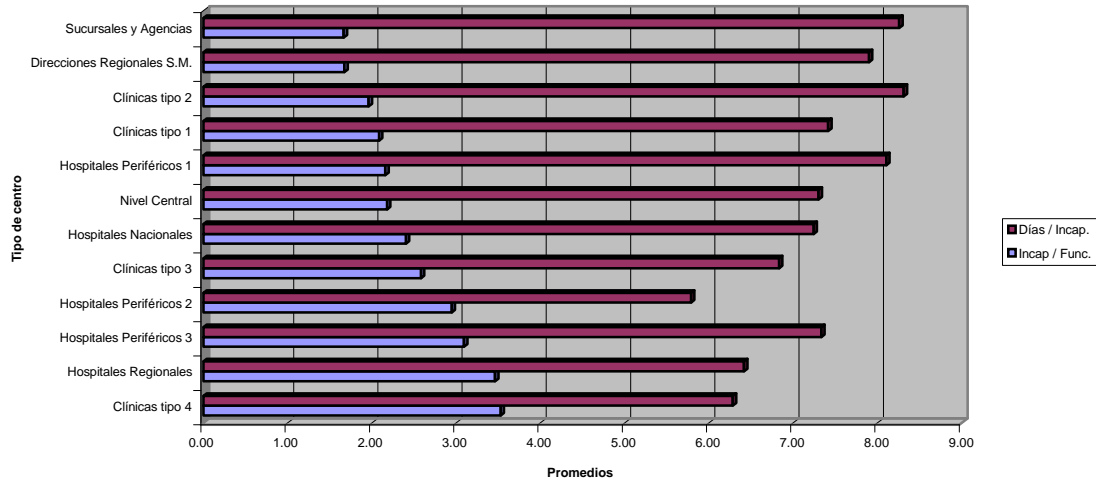
NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 31.200, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 1.170 funcionarios.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 2000. C.C.S.S.

En el cuadro anterior se observa, al igual que en años anteriores, los establecimientos de mayor complejidad y con mayor número de funcionarios presentan la mayor frecuencia de incapacidades, entre estos los Hospitales Nacionales y Regionales. En lo referente al promedio de incapacidades por trabajador, se observa que las Clínicas tipo 4 obtienen el más alto un 3.53, siguiéndole los Hospitales Regionales con un 3.46, siendo el promedio nacional de 2.63 incapacidades por trabajador.

En la gráfica siguiente se presenta los promedios de incapacidades por trabajador y promedios de días por incapacidad según tipo de establecimiento.

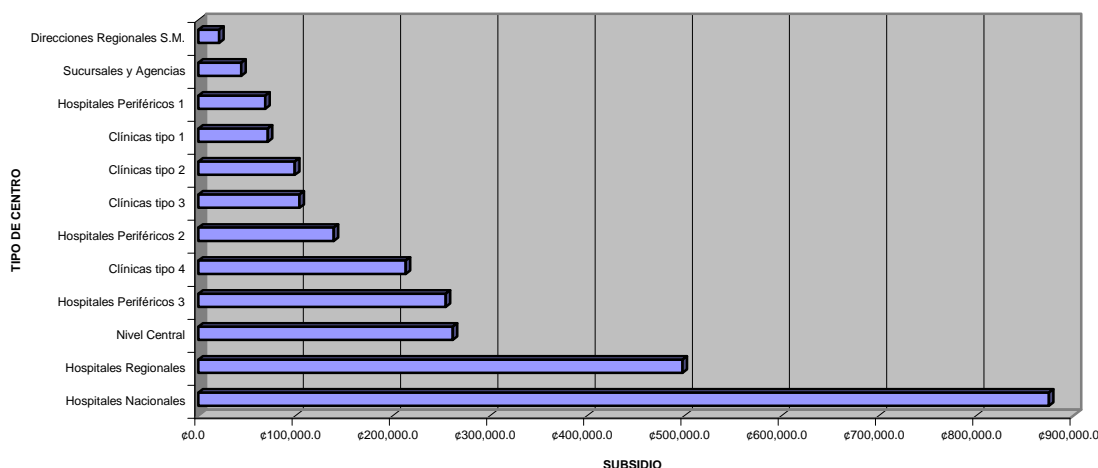
Gráfica N° 8
PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD Y PROMEDIO DE INCAPACIDADES POR EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
AÑO 2000



Como podrá observarse en la gráfica anterior, al igual que en años anteriores, en los establecimientos que cuentan con los promedios de incapacidades por trabajador más bajos, se observa una reducción en lo referente al promedio de días por incapacidad.

En la siguiente gráfica se ilustra la distribución de los costos por subsidios pagados por la C.C.S.S según tipo de establecimiento.

Gráfica N° 9
TOTAL DE SUBSIDIO PAGADO POR INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
AÑO 2000
(Cifras en miles de colones)



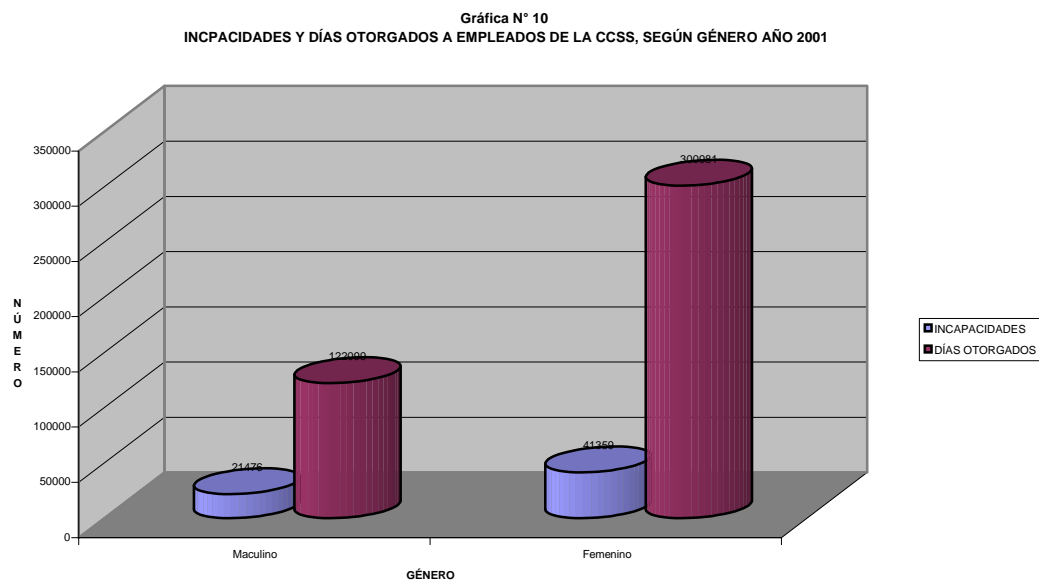
En la gráfica número nueve se observa al igual que los años anteriores, los establecimientos de mayor complejidad como lo son los Hospitales Nacionales y Regionales, se ubican dentro de los centros en los que se genera una mayor erogación por pago de subsidios, lo cual es consecuente debido a que en ese tipo de establecimientos se concentra el mayor número de trabajadores y la mayor cantidad de incapacidades.

En el año 2001 la C.C.S.S tiene según registro de planillas un total de 32.883 trabajadores. De acuerdo al Sistema de Incapacidades, en ese período se dio un total de 62.835 incapacidades, con un total de 423.080 días otorgados, para un total de 2.462.2 millones de colones por pago de subsidio. Si comparamos estos datos con los presentados en el año 2000, se presenta una variación relativa en cuanto a incapacidades de menos (-) 20.38%, en lo referente a días otorgados la variación relativa es de menos (-) 23.38% y en cuanto al monto en colones por subsidio la variación es de menos (-) 7.13%. No obstante se dio un incremento de personal entre los años 2000 y 2001 de un 5.39%, lo que en cifras absolutas representa 1.683 nuevos trabajadores. De acuerdo con investigaciones efectuadas se determinó que la reducción de se debió a que no fue procesada toda la información, ya que algunos establecimientos no remitieron a su debido tiempo los datos, especialmente los correspondientes a los meses de noviembre y diciembre del

2001. Debido a que la información está incompleta no se procede a efectuar el análisis con respecto al año precedente; no obstante la información obtenida permite determinar el comportamiento de los datos.

En cuanto a las incapacidades de los trabajadores de la C.C.S.S. por género, en el año 2001 según los datos registrados, el 34.17% corresponden a los hombres con un promedio de 5.7 días por incapacidad y el 65.8% a las mujeres con un promedio de 7.3 días por incapacidad. Esto se debe a lo comentado anteriormente sobre la cultura del género femenino, la cual por aspectos culturales está ligada a actividades de la casa y la familia.

En la siguiente gráfica se presenta la distribución de las incapacidades y días otorgados según género durante el año 2001:



Como podrá observarse en la anterior gráfica el comportamiento de las incapacidades según género es muy similar durante todo el período de estudio de las incapacidades de los trabajadores.

En el cuadro número cuatro se presenta la distribución de las incapacidades, días otorgados, subsidio, promedio de incapacidades por trabajador y promedio de días por incapacidad según tipo de establecimiento, en el año 2001.

Cuadro N° 4

INCAPACIDADES EMPLEADOS C.C.S.S, NÚMERO DE FUNCIONARIOS, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO

DE INCAPACIDADES POR FUNCIONARIO Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD

SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, AÑO 2001

(Incluye Enfermedad y Maternidad)

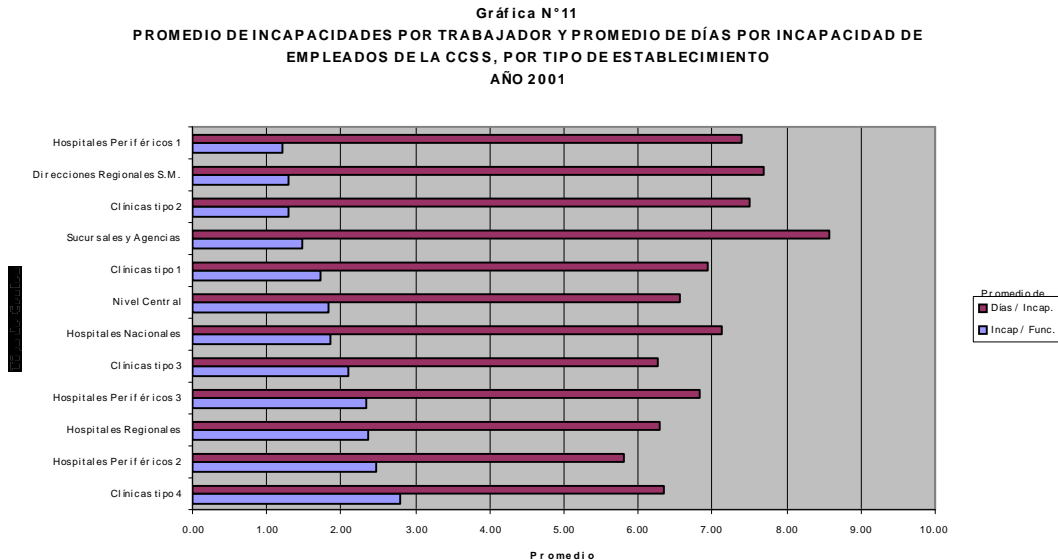
TIPO DE ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	Promedio Incap / Func.	Promedio Días / Incap.
<i>Total</i>	31,373	62,835	423,080	¢2,462,233,486	2.00	6.7
Nivel Central	3,371	6,157	40,459	¢233,770,614	1.83	6.6
Direcciones Regionales Serv. Méd.	243	311	2,392	¢14,466,996	1.28	7.7
Clínicas tipo 1	1,140	1,965	13,612	¢71,921,820	1.72	6.9
Clínicas tipo 2	1,456	1,881	14,128	¢78,595,080	1.29	7.5
Clínicas tipo 3	1,240	2,613	16,382	¢95,668,850	2.11	6.3
Clínicas tipo 4	1,946	5,435	34,504	¢220,051,323	2.79	6.3
Hospitales Nacionales	10,611	19,608	139,479	¢798,037,690	1.85	7.1
Hospitales Regionales	5,030	11,922	75,084	¢445,409,569	2.37	6.3
Hospitales Periféricos 3	2,437	5,706	38,901	¢234,271,552	2.34	6.8
Hospitales Periféricos 2	1,788	4,419	25,692	¢157,888,380	2.47	5.8
Hospitales Periféricos 1	1,200	1,467	10,848	¢60,297,520	1.22	7.4
Sucursales y Agencias	911	1,351	11,599	¢51,854,093	1.48	8.6

NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 32.883, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 1.510 funcionarios.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 2001. C.C.S.S.

Al analizar el cuadro anterior se observa que el comportamiento es muy similar al de años anteriores, en el cual la mayor frecuencia se presenta en los establecimientos de mayor complejidad y con el mayor número de trabajadores, como lo son los Hospitales Nacionales, Regionales además se incluye dentro de este grupo el Nivel Central.

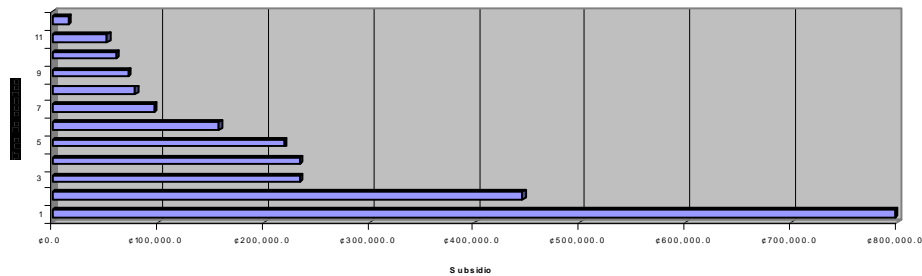
En la gráfica número once se presentan los promedios de incapacidades por trabajador y promedio de días por incapacidad según tipo de establecimiento.



Como se mencionó anteriormente la información correspondiente año 2001 está incompleta, es por ello que no se efectuó un análisis con respecto al año 2000; no obstante se puede indicar que con los datos obtenidos en ese período e ilustrados en la gráfica anterior, se observa cierta similitud con respecto a los años primeramente analizados, o sea que, cuanto más se incrementa el promedio de incapacidades por trabajador, se reduce el promedio de días por incapacidad.

En la siguiente gráfica se observa la tendencia de los subsidios pagados por incapacidad en año 2001, según tipo de establecimiento.

Gráfica N°12
TOTAL DE SUBSIDIO PAGADO POR INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
AÑO 2001
(Cifras en miles de colones)



En los datos parciales contenidos en la anterior gráfica se observa una tendencia similar a los años anteriores al periodo de estudio, o sea que los centros de mayor complejidad representan la mayor erogación por concepto de pago de subsidio por incapacidad.

En le siguiente cuadro se resumen los datos anteriormente analizados, los cuales permiten observar el comportamiento de las incapacidades de los empleados de la CCSS durante el período de estudio.

Cuadro N° 5

**TOTAL DE TRABAJADORES DE LA CCSS, N° DE INCAPACIDADES Y DÍAS
OTORGADOS, PROMEDIO DE INCAPACIDAD POR TRABAJADOR,
PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD Y SUBSIDIO**

PERÍODO 1998 - 2001

AÑO	NÚMERO DE FUNCIONARIOS	TOTAL INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	PROMEDIO INCAP / TRAB.	PROMEDIO DE DÍAS / INCAP.	SUBSIDIO VALOR NOMINAL	SUBSIDIO VALOR REAL*
1998	30.411	70.704	472.968	2.3	6.7	¢886.067.380	¢886.067.380
1999	31.453	71.689	486.442	2.3	6.8	¢1.512.244.398	¢1.374.172.903
2000	31.200	78.914	552.144	2.5	7.0	¢2.651.267.479	¢2.171.172.362
2001	32.883	62.835	423.080	1.9	6.7	¢2.462.233.486	¢1.812.389.126

Nota: El número de trabajadores se tomó de la planilla de aguinaldo de cada año; incluye interinos y en propiedad.

* Se tomo como base el año 1998, y se deflató tomando el promedio de cada año del índice de precios del consumidor, B.C.C.R..

FUENTE: Sistema de Incapacidades INCEST-17, 1998-2001. CCSS.

En el cuadro anterior se observa en lo que respecta al número de trabajadores de la CCSS, que entre el año 1998 y 1999 se presenta un incremento de 1.042 y entre los años 1999 y 2000 el dato prácticamente se mantiene igual, si no hasta, el año 2001, que se da un incremento de 1.683 trabajadores; en lo referente al promedio de incapacidades por trabajador se puede notar que entre los años 1998 y 1999 el indicador se mantiene igual, hasta el año 2000 se da un leve incremento. En el año 2001 tal como se mencionó anteriormente los datos están incompletos por lo que el parámetro no se puede comparar.

En lo que respecta al promedio de días por incapacidad entre los años 1998 y 2000 se dan incrementos leves y en el año 2001 se observa de acuerdo a los datos registrados una leve tendencia a reducirse el número de días por incapacidad.

En lo atinente a al subsidio que la CCSS debe pagar por concepto de incapacidades de sus trabajadores, se denota en el cuadro resumen, que en términos reales entre el año 1998 y 1999 se da una variación relativa de un 55.09%, cabe destacar tal como se mencionó anteriormente en al año 1998 los montos reflejados por este concepto no son reales; pues el dato que se representa corresponde al 50.0% del salario que lo empleados incapacitados devengaron. Entre los años 1999 y 2000 el incremento en términos reales es de un 58.0%; en lo que respecta al año 2001, a como se indicó anteriormente la información no se comparara con años anteriores por estar incompleta..

4.1.1. Incapacidades Según Unidad de Trabajo

Cabe señalar, tal como se indicó en el aparte de alcances y limitaciones, la información correspondiente a los años 1998 y 1999, existe en forma tabulada impresa, es por ello que no es posible operar los datos para efectuar cruces de variables y presentar la información por Unidad de Trabajo.

En el siguiente cuadro se presentan las Unidades de Trabajo o Departamento³ de la C.C.S.S., que cuentan con el mayor número de incapacidades de sus trabajadores, ordenados en orden decreciente según el total de incapacidades, en el mismo se indica el número de funcionarios de cada unidad de trabajo, total de incapacidades, días otorgados, promedio de incapacidades por trabajador y el monto pagado por subsidio, durante el año 2000.

Cuadro N° 6

TOTAL DE TRABAJADORES, INCAPACIDADES, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO DE INCAPACIDAD POR TRABAJADOR Y DÍAS POR INCAPACIDAD Y SUBSIDIO PAGADO POR UNIDAD DE TRABAJO, CCSS AÑO 2000

Cód.	Descripción	Número de Trabajadores	Total Incapacidades	Días Otorgados	Promedio de Incap / Trabaj	Total Subsidio
	Total	31200	78914	552144	2.5	¢2651267479.0
3002	Auxiliares de enfermería	4606	14860	105028	3.2	¢44101681.0
3020	Personal de hospitalización	2312	7388	48185	3.2	¢15242364.0
3120	Personal de consulta externa	2270	7092	46713	3.1	¢13796565.0
3427	Servicios domésticos	1330	5821	33054	4.4	¢8128558.0
3412	Dirección y Administración	2314	5342	41922	2.3	¢14918208.0
3001	Enfermeras graduadas	2027	5061	41627	2.5	¢35123020.0
3452	Dietética	1040	4961	31155	4.8	¢8984536.0
3312	Farmacia	1307	3412	23400	2.6	¢11992942.0
3317	Laboratorio Clínico	1315	2932	20558	2.2	¢12293496.0
3112	Médicos de Consulta Externa	1252	2787	16908	2.2	¢24115205.0
3432	Servicios Generales	657	1776	9488	2.7	¢3180524.0
3462	Lavandería y Costurería	572	1760	10722	3.1	¢3179148.0
3477	Servicios de Mantenimiento	616	1504	9073	2.4	¢2790877.0
3212	Odontología	644	1407	11209	2.2	¢7127455.0
3012	Médicos de Hospitalización	1431	1101	11899	0.8	¢20796806.0
3327	Raros X Radiodiagnóstico	439	751	6030	1.7	¢3013857.0
	Otros	7068	10959	85173	2.5	¢2422482237.0

En el cuadro número 6 se observa que las Auxiliares de Enfermería son las que presentan el mayor número de incapacidades y días otorgados, es por ello que de acuerdo con un orden decreciente en el cuadro se ubican en primer lugar, con un promedio de incapacidades por cada trabajador de 3.2 en esa Unidad de Trabajo, cabe destacar además que dentro de este grupo se da la mayor concentración de trabajadores. En una

³ Unidad de Trabajo o Departamento se refiere a la estructura organizativa de las clínicas u hospitales o algún grupo ocupacional específico, esta está definida por la estructura de costos de la Institución.

segunda posición se ubica el Personal de hospitalización (Asistentes de Pacientes, Auxiliar de Quirófano, Asistentes de Centro de Equipo) los cuales coinciden con la Auxiliares de Enfermería en lo que respecta al promedio de incapacidades por cada trabajador que es de 3.2 incapacidades, este dato es superior al parámetro total del personal de la C.C.S.S., ya que el promedio total de las incapacidades de todos los trabajadores de la C.C.S.S. es de 2.5 incapacidades por cada trabajador. En una tercera posición se sitúa el Personal de Consulta Externa (éste se ubica en las clínicas de consulta externa y área de atención ambulatoria de los hospitales incluye Auxiliares y Técnicos en Registros y Estadísticas de Salud, Mensajeros, Asistentes de Atención Primaria). En este grupo el promedio de incapacidades por trabajador es similar a los grupos anteriores un promedio de 3.1 incapacidades por cada trabajador.

En una cuarta posición se sitúa el personal de Servicios domésticos (Incluye Auxiliares de Aseo, Guardas, etc.), en este grupo el promedio de incapacidades por cada trabajador pasa a 4.4, o sea, 1.9 incapacidades más, que el promedio general de incapacidades de todos los trabajadores de la CSS. Siguiendo el orden de frecuencia de incapacidades, el personal que se desempeña en la Unidad de Trabajo Dirección y Administración (Incluye personal técnico administrativo, oficinistas, secretarias, etc.) ocupa un quinto lugar, con un promedio de incapacidades por cada trabajador de 2.3, este indicador es inferior al promedio general de incapacidades de todos los trabajadores de la Institución. Luego en un sexto lugar se ubican las Enfermeras graduadas con un promedio de incapacidades por trabajador igual al promedio de incapacidades por trabajador en el ámbito general de todos los trabajadores de la C.C.S.S., que se es de 2.5 incapacidades por funcionario.

En un sétimo lugar se ubica el personal de Dietética (Profesionales en Dietética, Asistentes, Cocineras, Auxiliares de Cocina , etc.) con un promedio de incapacidades por cada trabajador de 4.8 incapacidades, o sea, casi el doble del parámetro institucional. En las otras Unidades de Trabajo o Departamentos restantes se observa que el promedio de incapacidades por cada trabajador es igual o inferior al parámetro Institucional, excepto el grupo de Lavandería o Costurería que se ubica en un 3.1. Por otra parte, es importante señalar que tanto en los Médicos de Consulta Externa como los de Hospitalización, el promedio de incapacidades por cada trabajador se ubica por debajo del promedio general

de total la Institución, no obstante se observan marcadas diferencias, de 2.2 a 0.8 incapacidades por cada trabajador respectivamente.

Al analizar los montos pagados por subsidio se observa que no necesariamente los grupos que cuentan con mayor número de incapacidades obtienen los mayores montos, esto es debido a la diferenciación salarial que existe entre los diversos grupos ocupacionales, ejemplo de ello los profesionales que cuentan con salarios más elevados.

Por el hecho de estar incompletos los datos correspondientes al año 2001, no se efectuó un análisis de los datos concernientes a las incapacidades según Unidad de Trabajo o Departamento.

4.2. Diagnósticos más Frecuentes de Incapacidades

Antes de comenzar a analizar la parte de diagnósticos es importante revisar el anexo 1 para aclarar los términos de las enfermedades más comunes detectadas.

Los cuadros con los diagnósticos más frecuentes de incapacidades de los empleados de la C.C.S.S. agrupados de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (OPS/OMS) para los años 2000 y 2001 se presentan en el anexo 10 y 11 respectivamente.

A continuación se presenta un resumen de los cuadros mencionados anteriormente para el año 2000 (anexo 10), tomando como referencia los 10 primeros diagnósticos ordenados en orden descendente por el número de incapacidades:

Cuadro N° 7
TOTAL DE INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, DÍAS OTORGADOS Y SUBSIDIO
POR LOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES, AÑO 2000

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	NÚMERO INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	PROMEDIO DE DÍAS / INCAPAC.	TOTAL DE SUBSIDIO
M54	Dorsalgia	6690	36697	5.48	¢ 177,570,778.45
J06	Infecciones agudas vías respiratorias superiores, sitios múltiples o no espec.	5546	14219	2.56	¢ 66,076,078.22
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5187	11306	2.17	¢ 52,309,675.02
F32	Episodio depresivo	4345	44668	10.28	¢ 211,627,308.09
J11	Influenza debida a virus no identificado	3389	14992	4.42	¢ 70,885,408.97
F41	Otros trastornos de ansiedad	1907	15194	7.96	¢ 70,642,796.13
G43	Migraña	1312	3297	2.51	¢ 16,387,315.98
N39	Otros trastornos del sistema urinario	1146	4783	4.17	¢ 21,632,214.72
J02	Faringitis aguda	1135	3176	2.79	¢ 13,791,760.31
O20	Hemorragia precoz del embarazo	1089	14454	13.27	¢ 60,842,298.23

Como se puede observar en el cuadro anterior, la principal causa o diagnóstico por la que se incapacitaron los trabajadores de la C.C.S.S. en el año 2000 fue por Dorsalgia, un total de 6.690 incapacidades con esa causa, lo que en números relativos representa el 8.5% del total de incapacidades y el 6.6% del total de días otorgados. En un segundo lugar se ubican las Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores lo que representa en cifras porcentuales el 7.0% del total de incapacidades, y el 2.6% del total de días otorgados. Luego se ubica en un tercer lugar las Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso representando el 6.6% del total de las incapacidades y el 2.0% del total de días otorgados. En un cuarto lugar según frecuencia se ubica el Episodio depresivo lo que en términos relativos representa el 5.5% del total de incapacidades y el 8.1% del total de días otorgados. Se ubica en quinto lugar las incapacidades con diagnóstico de Influenza debida a virus no identificado lo que corresponde al 4.3% del total de incapacidades y el 2.7% del total de días otorgados.

Si analizamos las causas de diagnóstico de ese mismo período desde el punto de vista de los montos pagados por subsidio, el orden varía debido a que el promedio de días por incapacidad difiere entre los diferentes grupos de diagnósticos. En el cuadro siguiente se presentan los mismos datos del año 2000 ordenados de acuerdo a los montos pagados por subsidios en orden descendente:

Cuadro N° 8
TOTAL DE INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, DÍAS OTORGADOS Y SUBSIDIO
POR LOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES, AÑO 2000

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	NÚMERO INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	PROMEDIO DE DÍAS / INCAPAC.	TOTAL DE SUBSIDIO
F32	Episodio depresivo	4345	44668	10.28	¢ 211.627.308.09
M54	Dorsalgia	6690	36697	5.48	¢ 177.570.778.45
J11	Influenza debida a virus no identificado	3389	14992	4.42	¢ 70.885.408.97
F41	Otros trastornos de ansiedad	1907	15194	7.96	¢ 70.642.796.13
J06	Infecciones agudas vías respiratorias superiores, sitios multiples o no espec.	5546	14219	2.56	¢ 66.076.078.22
O20	Hemorragia precoz del embarazo	1089	14454	13.27	¢ 60.842.298.23
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5187	11306	2.17	¢ 52.309.675.02
O47	Falso trabajo de parto	665	9621	14.46	¢ 36.982.502.47
I10	Hipertensión esencial (primaria)	1037	4607	4.44	¢ 26.777.609.96
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	675	5283	7.82	¢ 25.946.562.44

En el cuadro anterior se observa que de acuerdo al monto pagado por subsidio el Episodio depresivo pasa al primer lugar, este tiene un promedio de días por incapacidad de 10.28 días y representa en términos relativos el 12.8% del total pagado por subsidio. Las Dorsalgias pasan a un segundo lugar, representando el 10.8% del total pagado por subsidio. En tercer lugar se ubica la Influenza debida a virus no identificado con un promedio de días por incapacidad de 4.42 y corresponde al 4.3% del total pagado por subsidio. Luego otros trastornos de ansiedad que se ubicaba en un sexto lugar según orden de frecuencia, pasa a un cuarto lugar, de acuerdo al monto representan el 4.3% del total pagado por subsidio. Las Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores pasa a ocupar el quinto lugar con un 4.0% del total pagado por subsidio.

Aunque no es el objetivo de este trabajo, es importante hacer resaltar que los diagnósticos dorsalgia y episodio depresivo, por ejemplo, pueden estar relacionados con condiciones de trabajo, lo mismo podría afirmarse de los cuadros infecciosos y diarreas que también podrían estar relacionados con el contacto con el propio ambiente de atención de la salud el cual es propenso a desarrollar virus y bacterias propios de la actividad, sin embargo

este tipo de conjeturas han de ser comprobadas en trabajos posteriores para lo cual esta investigación deja el campo abierto.

El comportamiento de los datos del 2001 siguen una tendencia similar al año 2000, sin embargo, no se hace un análisis comparativo, ya que como se ha venido indicando, los datos no están totalmente procesados, por lo que se muestra esta información para consulta de los lectores y como muestra del comportamiento de los diagnósticos presentados para ese año.

5. Conclusiones y Recomendaciones

Las organizaciones son la expresión de una realidad cultural, que están llamadas a vivir en un mundo de permanente cambio, tanto en lo social como en lo económico y tecnológico, o, por el contrario, como cualquier organismo, encerrarse en el marco de sus límites formales. En ambos casos, esa realidad cultural refleja un marco de valores, creencias, ideas, sentimientos y voluntades de una comunidad institucional.

Ciertamente, la cultura organizacional sirve de marco de referencia a los miembros de la organización y da las pautas acerca de cómo las personas deben conducirse en ésta. En muchas ocasiones la cultura es tan evidente que se puede ver que la conducta de la gente cambia en el momento en que traspasa las puertas de la empresa.

Desde un punto de vista general, podría decirse que las organizaciones comprometidas con el éxito están abiertas a un constante aprendizaje. Esto requiere generar condiciones para mantener en un aprendizaje continuo y enmarcarlas como el activo fundamental de la organización.

Hoy en día es necesario que las organizaciones diseñen estructuras más flexibles al cambio y que este cambio se produzca como consecuencia del aprendizaje de sus miembros. Esto implica generar condiciones para promover equipos de alto desempeño, entendiendo que el aprendizaje en equipo implica generar valor al trabajo y más adaptabilidad al cambio con una amplia visión hacia la innovación.

Somos afortunados de vivir en esta época de grandes cambios y transformaciones. Esto a la vez, nos implica la gran responsabilidad de abrir nuestra mente a nuevas opciones y desaprender mucho de lo que hemos aprendido. Sin desconocer la importancia de la historia, las soluciones no están en la tradición, es necesario inventarlas.

El punto de partida básico, es entender que la organización como invento del hombre ha logrado transformar la humanidad y la concepción del hombre y el trabajo, por lo que debemos buscar en ella la posibilidad de que el hombre realice su propia transformación fundamental a través del trabajo con otros seres humanos.

La idea de esta sección es enfocar los esfuerzos realizados en esta investigación para que con las conclusiones y recomendaciones que se brindan, las autoridades superiores de la C.C.S.S. establezcan una serie de cambios e innovaciones, que le permitirá a la institución sobrevivir en el futuro y lograr la innovación y la creatividad que demandan los cambios cada vez más acelerados. Con esto se espera lograr el objetivo fundamental, disminuir las incapacidades por enfermedad y maternidad, para bien tanto de la institución como para las personas que laboran en ella y la sociedad en general.

5.1. Conclusiones

Se debe señalar que el presente trabajo abarcó el absentismo por incapacidades de maternidad y enfermedad. No ha sido el objetivo del estudio investigar todos los aspectos cualitativos involucrados en el absentismo, sean relacionados con los aspectos individuales del trabajador, sean con las condiciones y medio ambiente de trabajo, sean con los aspectos sociales; el poder definir o estimar algunos de estos elementos permitirían sacar conclusiones más claras y puntuales respecto al ausentismo en el trabajo por incapacidades.

- Ä Se debe profundizar en el origen ocupacional del absentismo, así como en estudios cuantitativos - cualitativos acerca de las condiciones y medio ambiente de trabajo. También es necesaria la continuidad de estos trabajos para evaluar la importancia de los indicadores.
- Ä Los actuales sistemas de comunicación e información son considerados como una fuerte debilidad, ya que obstaculizan la gestión institucional al impedir que la información fluya adecuada y oportunamente para la toma de decisiones.
- Ä La información con que cuenta la C.C.S.S para el manejo de las incapacidades es deficiente porque no está completa, está disgregada en distintos archivos, existe

un pobre control sobre su veracidad, no existe estandarización en la nomenclatura que se utiliza para presentar los datos, se presentan inconsistencias en la información, debido a mala digitación, o a los sistemas que no tienen un control de integridad referencial.

- Ä Al no existir políticas claras y bien definidas sobre el control de las incapacidades, aunado a una información incompleta, inconsistente y deficiente, los costos no pueden ser controlados ni estudiados para determinar estrategias que los reduzcan.
- Ä El género femenino presenta una mayor frecuencia de incapacidades que el género masculino, situación que pudiera estar relacionada con que la mujer por aspectos culturales está ligada a actividades de la casa y la familia, y además de que en este rubro se incluyen las licencias por maternidad.
- Ä En los centros de mayor complejidad, como son Hospitales Nacionales, Regionales, etc., donde se concentra la mayor cantidad de trabajadores, es donde se presenta el mayor número de incapacidades, días otorgados y subsidio, además es donde se da el mayor promedio de incapacidades por trabajador.
- Ä Se concluye que de acuerdo con las Unidades de Trabajo o Departamentos, las Auxiliares de Enfermería presentan el mayor número de incapacidades. Sin embargo en las unidades de trabajo en donde se da el mayor promedio de incapacidades por trabajador son: Dietética y Servicios Domésticos.
- Ä Al analizar los montos pagados por subsidio en las unidades de trabajo o departamentos, se observa que no necesariamente los grupos que cuentan con mayor número de incapacidades obtienen los mayores montos (ver cuadro N° 6), esto es debido a que los profesionales cuentan con los salarios más altos.

- Ä Se concluye que el diagnóstico que presenta el mayor número de incapacidades es la dorsalgia, siendo el episodio depresivo el que tiene el mayor número de días otorgados y el de mayor subsidio.
- Ä Se debe especializar las cuentas de Sueldos por Personal Sustituto, para tener un monto real de sustitución por incapacidades.
- Ä No existe una dependencia en la C.C.S.S. que tenga a cargo el control de las incapacidades de sus empleados.

5.2. Recomendaciones

Dados los resultados obtenidos, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

- Ä Planificar y realizar estudios orientados a profundizar en forma cuantitativa-cualitativa acerca de las características y opiniones de los trabajadores con respecto a las condiciones y medio ambiente de trabajo, tendientes a la elaboración de estrategias de mejoramiento de las mismas. Se recomienda que esta acción sea ejecutada a través de equipos interdisciplinarios liderados por las Oficinas de Recursos Humanos de cada Centro de Trabajo, bajo la asesoría de la Dirección de Recursos Humanos de la C.C.S.S.
- Ä El absentismo debe ser estudiado desde el punto de vista de costos, de capacidad de respuesta de los servicios, del ambiente laboral y de género entre otros. Se recomienda dar una visión gerencial y sociológica en esta materia a fin de ir creando políticas y nuevas estrategias
- Ä Coordinar con otras instituciones públicas y privadas para la realización de estudios similares y la organización de un centro de información en esta temática lo que sería de sumo interés para las instituciones, investigadores, trabajadores, empleadores y/o aquellas personas vinculadas a la salud y el trabajo.

- Ä Realizar un sistema de información para el mantenimiento de las incapacidades, sencillo y funcional, que permita generar los reportes que necesitan las altas autoridades para tomar decisiones con respecto a este tema, partiendo de la información en una base de datos centralizada.
- Ä Desarrollar investigaciones por unidad ejecutora, tendientes a determinar los factores por los cuales se incapacita su personal, para luego establecer políticas y acciones tendientes a reducir el número de incapacidades por trabajador.
- Ä Integrar programas de salud ocupacional que tenga relación con las condiciones de trabajo, ergonomía y ambiente laboral sano, que lleven una reducción significativa de aquellas incapacidades que tengan relación directa con el proceso de trabajo y con las condiciones propias de su desarrollo.
- Ä El absentismo debe ser estudiado desde el punto de vista de costos, de capacidad de respuesta de los servicios, del ambiente laboral, etc. Se recomienda dar una visión gerencial y sociológica en esta materia a fin de ir creando políticas y nuevas estrategias para su reducción.
- Ä Especializando las cuentas de Sueldos por Personal Sustituto, se puede conocer el costo real de las incapacidades, ya que así, se sumaría el subsidio por incapacidad, más el monto de los sueldos a pagar por las sustituciones del personal cuando así se requiere. Se recomienda que esta labor sea realizada por la Dirección de Recursos Humanos, en coordinación con el Departamento de Contabilidad, de tal manera que el sistema contable lleve cuentas específicas por subsidios que afecten

el rubro de los salarios, de tal forma que se conozca cuánto es de un rubro y cuánto del otro.

- Ä Definir un responsable a nivel institucional del manejo, evaluación y control de las incapacidades de los empleados de la C.C.S.S.

5.2.1 Propuesta de Almacenamiento de Información para el mantenimiento de las Incapacidades

Las necesidades de información hoy en día han variado. La disponibilidad de gran cantidad de información es de vital importancia para los negocios ya que las decisiones de futuro se suelen tomar sobre la base de dicha información.

Partiendo de lo anterior, los objetivos del uso de la computadora deben orientarse al negocio, a mejorar la competencia, que el impacto de la tecnología en los negocios se vea como arma que mejore la ventaja competitiva de la empresa en el mercado.

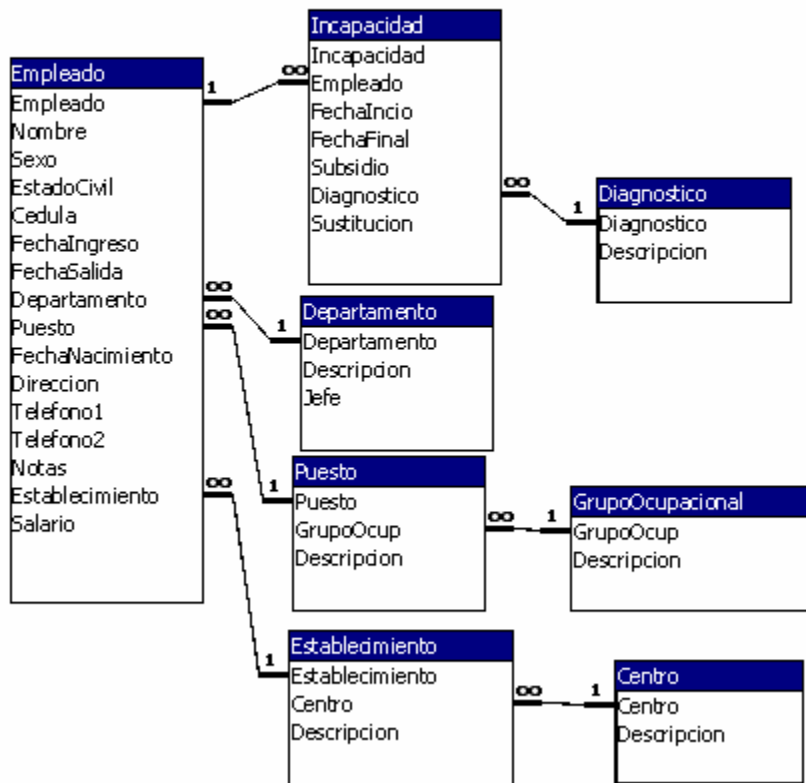
Hoy en día la simplicidad en el hardware y en el software, las nuevas metodologías de implementación y desarrollo, la facilidad de captura de datos, la verificación, almacenamiento, procesamiento y transmisión de datos han hecho que la información que se encuentra en los sistemas de información se utilice efectivamente para controlar, planear y ayudar en la toma de decisiones de la empresa.

El desafío enorme para las organizaciones y sus administradores está en comprender qué ventajas les trae la tecnología de la información y cómo ponerla al servicio de sus negocios. Definir lo anterior, marcará la diferencia entre permanecer o desaparecer en un mundo tan dinámico como es el mundo de los negocios.

Basados en la investigación realizada se notan las deficiencias que hay con respecto a un sistema de información que de mantenimiento a las incapacidades de los empleados de la C.C.S.S.; es por ello que se propone el siguiente esquema relacional de base de datos

para el manejo de la información de las incapacidades en una forma sencilla, pero eficiente y eficaz.

Relaciones existentes en Incapacidad



Este modelo relacional está totalmente orientado al manejo de las incapacidades, contemplando solamente las entidades y relaciones para el mantenimiento respectivo de las mismas.

Se cuenta con la información del empleado, a cuál departamento, establecimiento y centro pertenece, así como el grupo ocupacional con el que se relaciona. Por otro lado se maneja la información de las incapacidades, la cual contempla la fecha de inicio de la incapacidad, así como la fecha de finalización de la incapacidad, su costo y el diagnóstico, por el cual el empleado se incapacitó.

Basados en esta información, se pueden sacar los reportes y estadísticos que se han mostrado en este análisis de resultados.

6. Bibliografía

Amador Tenorio, Norma. Estudio sobre incapacidades de personal que labora en la Caja Costarricense del Seguro Social (Hospitales y Clínicas Mayores) Costa Rica 1987-1988. Trabajo final de graduación para optar por el título de Master en Salud Pública. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, 1990.

Caja Costarricense del Seguro Social, Anuario Estadístico 2000. Gerencia de Modernización, Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Departamento de Estadística. San José, Costa Rica (2000).

Caja Costarricense del Seguro Social. Instructivo que establece los procedimientos de las Comisiones Médicas Evaluadoras de las Incapacidades de los beneficiarios del Seguro de Salud. San José, Costa Rica (Octubre 2001).

Caja Costarricense del Seguro Social. Instructivo para el trámite, control y pago de las incapacidades de los empleados de la Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica, 1998.

Caja Costarricense del Seguro Social. Reglamento del Seguro de Salud. Junta Directiva. San José, Costa Rica (1997).

David, K. y Newstrom, J.W. El Comportamiento Humano en el Trabajo. Madrid, McGraw-Hill Internacional, 1991.

Fuentes Bolaños, Carlos. La ausencia al trabajo como problema individual y organizacional. Trabajo final de graduación para optar por el título de Master en Administración Pública. San José, Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública, 1989.

Gerencia División Administrativa, Dirección Corporativa de Recursos Humanos, Área de Relaciones Laborales, Compendio de Estudios de Clima Organizacional: 2000-2001. Elaborado por: Elibed Morales, Cruz Mayela Sancho. C.R. 2002.

George C. Homans, Elementary Forms of Social Behavior, (2nd Ed.), New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1974.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. Washington, D.C.: OPS, 1995.

Mata Ureña, José. Costo de las incapacidades por enfermedad y riesgos del trabajo de los empleados de la Caja Costarricense del Seguro Social. Trabajo final de graduación para

optar por el título de Master en Economía de la Salud y Políticas Sociales. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Económicas, 2001.

Shaun Tyson y Tony Jackson. La esencia del comportamiento organizacional. Traducción, Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, SA. 1997.

Stephen P. Robins, Fundamentos de Comportamiento Organizacional. Prentice Hall, 6th ed., 1999.

Internet:

www.google.com www.altavista.com www.ccss.sa.cr
www.monografias.com

Arens

Anexo 1

Terminología de los Diagnósticos

Trastornos de Ansiedad

Todas las personas saben lo que es sentir ansiedad: los hormigueos en el estómago antes de la primera cita, la tensión que se siente cuando el jefe está enojado, la forma en que el corazón late si se está en peligro. La ansiedad incita a actuar. Anima a enfrentarse a una situación amenazadora. Hace estudiar más para ese examen y mantiene alerta cuando se está dando un discurso. En general, ayuda a enfrentarse a las situaciones.

Pero si se sufre de *trastorno de ansiedad*, esta emoción normalmente útil puede dar un resultado precisamente contrario: evita que se enfrente a una situación y trastorna la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son enfermedades frecuentemente relacionadas con la estructura biológica y las experiencias en la vida de un individuo y con frecuencia son hereditarias. Existen varios tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias.

Un trastorno de ansiedad puede hacer que se sienta ansioso casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. O las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, se suspendan algunas de las actividades diarias. O se puede sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que lo aterrorizan e inmovilizan.

En el "National Institute of Mental Health" (NIMH), la agencia federal que lleva a cabo y apoya la investigación relacionada con trastornos mentales, la salud mental y del cerebro, los científicos están aprendiendo cada vez más y más respecto a la naturaleza de los trastornos de ansiedad, sus causas y cómo mitigarlos.

Hay varios tipos de trastornos de ansiedad como lo son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por pánico (que a veces se presenta acompañado de agorafobia), de fobias específicas, de fobias sociales, trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno postraumático por tensión.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es mas intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

Trastorno de Pánico

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que se sufra de palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Se puede sentir cosquilleo en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Se puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. Se puede, en realidad, creer que se está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar

dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más.

Fobias

Las fobias suceden en distintas formas. Una *fobia específica* significa un miedo a algún objeto o situación determinada. Una *fobia social* es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social. Por último, la *agorafobia*, que frecuentemente acompaña al trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que se siente que no se pueden controlar. Si se padece de TOC, como se le conoce, puede estar plagado de pensamientos o imágenes persistentes indeseables o por la necesidad urgente de celebrar ciertos ritos.

Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disiparlas se llaman impulsos. No es placentero celebrar estos ritos que se siente obligado a hacer; únicamente siente descanso temporal de la incomodidad causada por la obsesión.

El TOC afecta a hombres y a mujeres aproximadamente en igual número y aflige a más o menos 1 de cada 50 personas. Puede aparecer en la niñez, en la adolescencia o en la edad madura pero como promedio se detecta en los jóvenes o en los adultos jóvenes. Un tercio de los adultos con TOC experimentaron sus primeros síntomas en la niñez. El curso que sigue la enfermedad es variable; los síntomas pueden ir y venir, mitigarse por un tiempo o empeorar progresivamente. La evidencia de que se dispone sugiere que el TLC puede venir de familia.

Trastorno postraumático por tensión

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen rapto, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Hipertensión

La presión sanguínea es una medida de la fuerza de la sangre fluyendo en contra de las paredes de las arterias y que presenta cambios constantes durante el curso de cada ciclo cardíaco. La presión más alta del ciclo se llama sistólica y la más baja diastólica; en un adulto, los valores normales de la presión arterial son de 120/80 mmhg. (Milímetros de mercurio), aún cuando estos suelen variar en cada individuo, no necesariamente significa que tiene problemas con su presión.

Siempre es recomendable que sea un médico quien determine si la persona está cursando verdaderamente con problemas de presión, ya sea alta (hipertensión) o lo contrario (hipotensión), ya que existen muchos factores que influyen en los valores normales como pueden ser el peso, el sexo, la edad, la condición física, etc.

La hipertensión esencial o primaria, es la elevación anormal de la presión arterial sin causa evidente. No obstante lo anterior, algunos estudios demuestran que tanto el estrés como la actividad física excesiva inciden en el aumento de la presión. Por ejemplo,

cuando una persona se encuentra en constante presión, el estrés actúa sobre el sistema nervioso contrayendo los vasos sanguíneos y aumentando el trabajo del corazón, por lo que se produce un aumento temporal de la presión arterial. La gente con problemas de hipertensión, esencial o primaria, es conveniente que mida la presión cuando se encuentra en reposo, ya que comúnmente ese tipo de pacientes presentan valores altos aún sin desarrollar actividad física.

Sólo en el 10% de los pacientes hipertensos se puede encontrar una causa concreta, como enfermedades de vasculares, de las glándulas suprarrenales, etc., a este tipo de hipertensión se le llama secundaria, y el paciente generalmente acude al médico por otros síntomas relacionados con una enfermedad y no exactamente hipertensión.

Las personas hipertensas que no reciben tratamiento, tienen mayor riesgo a desarrollar en edad temprana insuficiencia ventricular izquierda, infarto de miocardio, hemorragia o infarto cerebral e insuficiencia renal. Es por ello que un control médico eficaz de la hipertensión previene y evita todas las complicaciones y prolonga la vida del paciente.

El diagnóstico de la hipertensión esencial o primaria, depende de:

- A. La demostración de que la presión arterial es superior a 140/90 mmhg., por lo menos durante una semana y a diferentes horas del día.
- B. La seguridad de que la elevación de la presión no está relacionada con alguna enfermedad.

Síntomas

A pesar de que la hipertensión esencial no tiene síntomas propios, si pueden presentarse molestias como dolor de cabeza (cefalea), zumbido en oídos (acúfenos), se ven luces que comúnmente no se ven (fosfénos); sensación de fatiga y de falta de aire, opresión en pecho, confusión, dolor en la base del cráneo (nuca), náuseas y vómito. Todos estos síntomas no son exclusivos de la hipertensión, pueden presentarse en alguna otra enfermedad y en los hipertensos pueden presentarse todos o sólo algunos de ellos.

Depresión

¿Qué es un trastorno depresivo?

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Se describen a continuación brevemente los tres tipos más comunes. Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el *trastorno bipolar*, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

Síntomas de depresión y manía

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Depresión

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.

- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

Estrés

¿Qué es el estrés?

El estrés (*stress*) es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. La persona se siente ansiosa y tensa y se percibe mayor rapidez en los latidos del corazón.

Es inevitable experimentar cierto grado de estrés en la vida y en las ocasiones apropiadas resulta benéfico. No obstante, demasiado estrés es peligroso para la salud en general, ya que se alteran en forma prolongada y perjudicial las funciones de muchos sistemas del organismo.

¿Por qué se produce el estrés?

En principio, se trata de una respuesta normal del organismo ante las situaciones de peligro. En respuesta a las situaciones de emboscada, el organismo se prepara para combatir o huir (*fight or flight*), mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción:

- El corazón late más fuerte y rápido
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos (riñones, intestinos), se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos)
- Los sentidos se agudizan
- La mente aumenta el estado de alerta

Utilidad del estrés

En condiciones apropiadas (si estamos en medio de un incendio, nos ataca una fiera, o un vehículo está a punto de atropellarnos), los cambios provocados por el estrés resultan muy convenientes, pues nos preparan de manera instantánea para responder oportunamente y poner nuestra vida a salvo. Muchas personas en medio de situaciones de peligro desarrollan fuerza insospechada, saltan grandes obstáculos o realizan maniobras prodigiosas.

El problema del estrés

Lo que en situaciones apropiadas puede salvarnos la vida, se convierte en un enemigo mortal cuando se extiende en el tiempo. Para muchos, las condiciones de hacinamiento, las presiones económicas, la sobrecarga de trabajo, el ambiente competitivo, etc., son circunstancias que se perciben inconscientemente como amenazas. Esto les lleva a

reaccionar a la defensiva, tornándose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial)
- Gastritis y úlceras en el estómago y el intestino
- Disminución de la función renal
- Problemas del sueño
- Alteraciones del apetito
- Agotamiento

Dorsalgia

Se definen como dolores (algias) en la zona correspondiente a la columna dorsal, musculatura periférica y tejidos blandos que la rodean (tendones, ligamentos, etc.).

Causas

Las causas determinantes de producir esta afección son:

- **Mecánicas:** por defectos de posición en el trabajo, en el estudio, cosiendo, etc., provocando con el paso del tiempo anomalías de la columna dorsal como hipercifosis dorsal o escoliosis.
- **Traumáticas:** por traumatismo directo.
- **Reumatológicas:** por ejemplo, osteoporosis, artrosis vertebral dorsal.
- **Por stress:** que se acumula especialmente en la musculatura del cuello y zona dorsal, entre los homoplatos o escápulas.
- **Por hipotrofia muscular dorsal:** como en el embarazo, anorexia nerviosa, individuos asténicos.

- **Por sobreesfuerzo:** produciéndose contracturas musculares en musculatura dorsal y trapecios, así como en la musculatura interescapular y paravertebral dorsal.

Síntomas

Los síntomas que aparecen son:

- Dolor importante en musculatura paravertebral dorsal, con sensación de quemazón importante. Es la típica sensación de tener la necesidad de rascarse la espalda.
- En muchos casos se nota opresión en el pecho al realizar respiraciones profundas, lo que lleva a una preocupación seria en aquellos que la padecen, pues confunden esos síntomas con creer tener algún problema cardio respiratorio.
- Impotencia funcional parcial del cuello, en su movimiento de flexión hacia delante de la cabeza, por producir dolor importante entre las escápulas u homoplatos; así como sensación de agarrotamiento.
- En ocasiones la contractura muscular paravertebral dorsal, provoca dolores de cabeza, debido a la continuidad de este músculo, que recorre la columna al completo hasta su inserción en la base del cráneo.
- Cuando se padecen estos dolores da la sensación de tener "un saco de cemento en la espalda". Cuando estos se alivian, "parece que han quitado un peso de encima, que falta espalda".

Diagnóstico

Independientemente de los dolores referidos por el paciente, se aprecia claramente a la palpación y presión de la zona afectada, las contracturas musculares que provocan el dolor.

Dichas contracturas son la causa, pero no el origen; para lo cual, en caso de dorsalgias crónicas habría que realizar las pertinentes pruebas radiológicas para establecer el origen de las mismas.

Inducción y Trabajo de Parto

Inducir el Parto significa aplicar un procedimiento o una intervención médica para iniciar trabajo de parto antes de que lo haga la madre naturaleza de forma espontánea. Esta decisión debe ser valorada cuidadosamente ya que no debe implicar mayores riesgos para la madre y el niño que el parto espontáneo.

Existen varias razones por las cuales le pueden indicar o sugerir la inducción al parto. Estas son:

- Por conveniencia del médico tratante o de la embarazada
- Cuando se ha pasado en mas de dos semanas de la fecha probable de parto.
- Ruptura de membranas (rompimiento de fuente) sin que se inicie trabajo de parto en las 24-48 horas siguientes, siempre y cuando el líquido amniótico este claro, haya movimientos fetales, se controle la temperatura cada 4 hrs. y no tenga fiebre.
- Otras condiciones médicas que no estén en el momento controladas, como por ejemplo una diabetes gestacional, pre-eclampsia, toxemia. Aunque estas enfermedades se pueden prevenir con una adecuada dieta, alimentándose sanamente, algunas veces no se pueden controlar a pesar de los esfuerzos y representan una grave amenaza para la vida de la madre y el feto. En estos casos los médicos recurren al parto por cesárea.

Signos de Trabajo de Parto

En el libro del Dr. Sears, "El Libro de Embarazo", se discute la fórmula del "1-5-1". Significa que si las contracciones duran al menos un minuto, aparecen cada 5 minutos o menos, y se presentan durante una hora o más, probablemente se está en trabajo de parto.

Nadie sabe con exactitud qué desencadena el trabajo de parto, lo que sí se sabe es que algunas sustancias producidas por el útero espontáneamente aumentan al iniciar el trabajo de parto, y se encargan de estimular la actividad de los músculos (contracciones) y desencadenar la producción de oxitocina. De esta forma, factores tanto del feto, la placenta y la madre ayudan a que todo se acomode para que el bebé pueda nacer.

El inicio espontáneo del trabajo de parto es precedido por el proceso de "borramiento o maduración cervical", hecho que implica el ablandamiento, acortamiento y dilatación del cuello del útero. No se conoce exactamente cuando se inicia este proceso pero se cree que comienza entre 12 horas y 6-8 semanas antes del inicio del trabajo.

Con frecuencia cuando se decide finalizar el embarazo, el cuello no está preparado para responder a las contracciones uterinas, siendo esto más notorio cuanto más temprana es la edad gestacional. El estado cervical previo al inicio de la inducción está directamente relacionada con las posibilidades de éxito del procedimiento.

Trabajo de Parto Falso

En algunos casos se pueden presentar los siguientes síntomas, sin que el trabajo de parto haya comenzado:

- Contracciones irregulares que no aumentan en frecuencia o intensidad.
- Dolor en el abdomen.
- Las contracciones desaparecen al cambiar de posición o caminar.
- Movimientos del bebé ante cada contracción.

Influenza

El virus influenza, miembro de la familia Orthomixoviridae. Los tipos antigénicos son: A, B y C; aunque se sabe que solo los dos primeros afectan significativamente al hombre. La gripe de tipo A es la epidémica, mientras que la B suele ser de carácter más leve.

Los virus de la gripe se clasifican por sus antígenos solubles, el lugar y la fecha en que fueron aislados y los antígenos de superficie H (hemaglutinina) y N (neuraminidasa).

El virus modifica los antígenos de superficie: mutación conocida como "flotación antagónica", produce nuevos subtipos cada 2 o 3 años. Otros "cambios antigénicos" en los antígenos de superficie, se darían cada 10 años por redistribución genética entre virus humanos y animales del tipo A. Estos mecanismos no permiten que haya personas inmunes y por ello se producen epidemias o pandemias periódicas. La enfermedad es estacional y ocurre habitualmente en invierno, aunque en climas tropicales puede darse luego de cambios bruscos en las temperaturas.

Es muy infecciosa y fácilmente transmisible por tos o estornudo. Otra forma de contagio es por pañuelos o ropas contaminadas. Las partículas se depositan en el epitelio respiratorio y son "barridas" por las cilias de la membrana mucosa; aunque muchas veces estas micropartículas llegan directamente al tejido alveolar, burlando ese mecanismo primario de defensa. Infectan rápidamente: se adhieren a las células epiteliales del huésped mediante clavos de hemaglutinina y las penetran por endocitosis. Allí se replican y nuevos virus se extienden a otras células.

Tiene una incubación corta (2 a 5 días), dando síntomas leves, moderados o graves. Es altamente contagiosa desde un día antes de aparecer y hasta 7 días después.

La enfermedad presenta fiebre alta, cefalea, dolor de garganta, dolores musculares, tos seca, congestión conjuntival, postración, complicaciones pulmonares. Se confunde con el resfrío común, que presenta solamente síntomas locales. Estos síntomas pueden extenderse 3 a 5 días, aunque la debilidad general puede extenderse más.

Puede complicarse, especialmente en la tercera edad o enfermos crónicos. La complicación habitual es la pulmonar: la temida neumonía gripal. Aunque puede sobreagregarse una neumonía bacteriana, la gripal por sí sola es la principal causa de mortalidad.

Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente

En una época donde las enfermedades emergentes y reemergentes reciben la mayor atención de la comunidad científica, por causa de la enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las infecciones respiratorias agudas (IRA) se mantienen como un grupo importante de afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, las que representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas afecciones – conjuntamente con las enfermedades diarreicas y la malnutrición– encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. En los últimos años las IRA representan además una importante causa de morbilidad y mortalidad en personas mayores de 60 años, especialmente en países donde no reciben una adecuada atención médica.

Las afecciones causadas por virus respiratorios han sido tradicionalmente divididas en varios síndromes, que van desde el tracto respiratorio superior hasta las estructuras pulmonares, los cuales se han descrito como: "resfriado" o catarro común, faringitis o faringoamigdalitis, croup (laringotraqueobronquitis), traqueítis, bronquitis, bronquiolitis y neumonía.

Dentro de las infecciones respiratorias la influenza desempeña un importante papel por la magnitud y trascendencia que tiene en la morbilidad y mortalidad.

Diarrea

Definición:

Aumento en la frecuencia de deposiciones y disminución en la consistencia de las heces, con un peso menor a 1225 g.

Fisiopatología:

- a. Diarrea tipo osmótico: Se debe al aumento del componente no absorbible en el tubo digestivo, aumentando la concentración osmolar y jalando, liquido del

componente vascular. Ocurre cuando aumenta la ingesta de hidratos de carbono o se administra lactulosa en grandes cantidades.

- b. Diarrea secretora: Se produce porque los enterocitos aumentan la secreción de electrolitos a lumen intestinal jalando consigo agua, se observa en los procesos tóxicos como el cólera.
- c. Diarrea por alteración en el transito gastrointestinal: Se debe a una hipermotilidad de uno o más segmentos del intestino, es típica del síndrome de intestino irritable.
- d. Diarrea exudativa: Existen lesiones en la mucosa intestinal a través de las que se produce exudación de componente mucoso y sanguinolento. Se presenta en enfermedades inflamatorias del intestino e infecciones por *Escherichia coli*, *salmonella* y *shigella*.

Clasificación clínica de la diarrea:

- 1. Diarrea aguda menor a 20 días
- 2. Diarrea crónica mayor a 20 días

Clínica:

Diarrea alta: Es la procedente del intestino delgado, generalmente es crónica con heces vultuosas y abundantes, fétidas, espumosas, que flotan en el agua, sin sangre, sin moco, sin pujo ni tenesmo. Tienen aspecto de esteatorrea y se presentan en síndromes de mala absorción.

Diarrea baja: Es la procedente del intestino grueso generalmente aguda, se presenta con pujo, tenesmo, sangre y moco. Presente en los procesos infecciosos agudos como *shigella* y *salmonella* y en procesos inflamatorios intestinales.

Migraña

La migraña o jaqueca es una enfermedad crónica, de causa no conocida que se manifiesta por crisis o ataques repetitivos de cefaleas, que suelen tener unas ciertas características en cuanto a su duración (entre 4 y 72 horas), tipo de dolor (pulsátil), asociación a náuseas,

fotofobia (molestia a la luz) y fonofobia (molestia al ruido) o empeoramiento con la actividad física.

La jaqueca usualmente comienza antes de los 40 años de edad. Se pueden diferenciar dos tipos de jaquecas:

- La jaqueca sin aura que es el 80% de las jaquecas. El dolor de cabeza comienza unilateralmente pero después se expande. El dolor es "palpitante" de intensidad moderado-intenso y exacerbado por el movimiento. Un ataque típico de jaqueca cursa con náuseas, vómitos, y molestias intensas con la luz. Los episodios duran 4 a 72 horas. Hay una historia de previa de ataques similares y no hay evidencia de enfermedad orgánica.
- La jaqueca con aura. El aura es un "aviso" que puede ocurrir desde varias horas a 2 días antes del inicio del dolor de cabeza y dura menos de 60 minutos, dejando el paso al propio dolor de cabeza. Presenta síntomas normales asociados, náuseas, vómitos, y molestias intensas con la luz.
- El aura visual es muy común en la jaqueca y tiene dos formas :
 - un área de pérdida visual
 - presencia de brillos en zig-zag.

Se piensa que está ocasionada por la dilatación de los vasos sanguíneos de la cabeza que estimulan las terminaciones nerviosas que ocasionan el dolor.

Estas dilataciones ocasionan un dolor palpitante intenso, normalmente sobre un lado de la cabeza, y se asocian normalmente a las náuseas y vómitos. La persona afectada puede experimentar un "aura" antes de que el dolor de cabeza comience (luces chispeantes, visión oscurecida y olores peculiares). Pueden durar entre 8 y 12 horas. Las jaquecas afectan a las mujeres tres veces más que a los hombres y tienden a heredarse.

Existen varios subtipos de migraña, siendo los dos principales la migraña con aura, denominada anteriormente clásica, y la migraña sin aura o migraña común. Esta última es la más frecuente.

En la migraña con aura, el dolor de cabeza va precedido de síntomas como visión borrosa, visión de manchas negras que se mueven e incluso hormigueo en manos o en comisuras labiales y lengua.

Habitualmente se desarrollan en unos 5 a 20 minutos, duran menos de una hora y suelen ir seguidos de cefalea similar a la de la migraña común.

La prevención de los dolores de cabeza se considera más importante que el tratamiento. Como muchas de las causas son conocidas, pueden evitarse fácilmente. Mediante ciertos consejos domésticos se pueden mitigar un 90% de todos los dolores de cabeza.

Fomentar la ingestión abundante de agua cada día. Hacer ejercicio regular. Evitar cualquier alimento conocido que agrave el problema. Evitar situaciones de estrés. Dormir las horas correctas cada día. Evitar el alcohol y el tabaco.

Faringitis Aguda

Faringitis es una inflamación de la garganta (la faringe). La faringe es la zona que está ubicada entre las amígdalas y la laringe (cuerdas vocales).

La faringitis es otro nombre para el dolor de garganta.

Un dolor de garganta que se produce de repente se llama faringitis aguda. Puede ser causada por bacterias, un virus o ambos. Un dolor de garganta que dura mucho tiempo se llama faringitis crónica. Se produce cuando una infección respiratoria, de los senos nasales o de la boca se transmite a la garganta. El dolor de garganta puede ser el primer síntoma de una enfermedad leve como un resfrío o una gripe, o de una enfermedad grave como mononucleosis o escarlatina.

Los dolores de garganta también se pueden deber a:

- fumar
- beber mucho alcohol
- respirar aire muy contaminado o escapes de gases químicos
- tragar sustancias que lesionan la pared de la garganta.

Los síntomas pueden ser:

- garganta enrojecida, hinchada o que raspa, provocando dolor cuando se respira, se traga o se habla
- fiebre
- pus en la garganta
- dolor de oído
- glándulas hinchadas y sensibles en el cuello.

Si el dolor es causado por un virus, no hay un tratamiento específico. En general se mejorará solo dentro de 5 a 7 días. Los antibióticos no curan una faringitis viral.

En el caso de una faringitis aguda causada por bacterias, el profesional médico podrá recetar un antibiótico.

En el caso de faringitis crónica, el profesional médico tratará de encontrar cuál es la causa de la infección para poder tratarla.

Anexo 2

Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 1998

INCAPACIDADES EMPLEADOS CCSS, NÚMERO DE FUNCIONARIOS, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO
DE INCAPACIDADES POR FUNCIONARIO Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD
SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, AÑO 1998
(Incluye Enfermedad y Maternidad)

CENTROS	NÚMERO DE FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	Promedio de Incapa. / Func.	Promedio de Días / Incap.
TOTAL	29,774	70,704	472,968	¢ 886,067,379.86	2.37	6.69
Nivel Central	3,186	5,716	38,535	¢84,659,031.58	1.79	6.74
Oficinas Centrales	1700	3,680	26,196	¢65,893,154.07	2.16	7.12
CENDEISS	407	309	3,371	¢4,714,062.13	0.76	10.91
BINASS	13	11	72	¢155,438.41	0.85	6.55
Depto. Control de Calidad	36	58	583	¢1,478,525.10	1.61	10.05
Depto. Farmacoterapia	12	8	32	¢89,982.08	0.67	4.00
Depto. Almacenamiento y Distribución	143	189	1,187	¢2,141,641.73	1.32	6.28
Almacen Fiscal	3	8	99	¢225,856.57	2.67	12.38
Unidad de Equipo Médico	38	8	16	¢41,793.45	0.21	2.00
Taller de Refrigeración y Aire Acondic.	11	10	36	¢56,479.55	0.91	3.60
Taller de Ebanistería	34	78	247	¢357,768.67	2.29	3.17
Taller de Metalurgia	17	10	105	¢188,601.40	0.59	10.50
Taller de Reparación y Mantenimiento Eq.	5	6	48	¢87,454.10	1.20	8.00
Taller de Obras Civiles	262	346	1,873	¢1,653,675.42	1.32	5.41
Taller Electromecánico	22	16	145	¢227,860.33	0.73	9.06
Taller de Equipo Telefónico	16	12	27	¢41,338.86	0.75	2.25
Banco Nacional de Sangre	11	7	50	¢105,263.37	0.64	7.14
Fábrica de Productos Farmacéuticos	60	143	642	¢1,184,622.01	2.38	7.14
Fábrica de Soluciones Parenterales	97	216	846	¢1,166,251.49	2.23	4.49
Fábrica de Anteojos	17	18	65	¢132,935.85	1.06	3.61
Fábrica de Ropa	53	161	1,010	¢1,429,527.68	3.04	6.27
Laboratorio Preparación de Reactivos	8	6	20	¢47,639.17	0.75	3.33
Imprenta	22	18	83	¢152,904.66	0.82	4.61
Lavandería Central	104	166	886	¢1,577,737.55	1.60	5.34
Lavandería Alfonso Zeledón C.	95	232	896	¢1,508,517.93	2.44	3.86
Direcciones Regionales	268	479	4,668	¢7,025,732.48	1.79	9.75
Direc. Reg. de Serv. Méd.Brunca	34	39	443	¢680,947.91	1.15	11.36
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Norte	40	61	735	¢1,048,785.35	1.53	12.05
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Sur	68	110	607	¢1,291,338.16	1.62	5.52
Direc. Reg. de Serv. Méd.Chorotega	24	37	265	¢359,811.76	1.54	7.16
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Atlántica	47	168	1,999	¢2,381,652.83	3.57	11.90
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Norte	25	26	380	¢760,366.27	1.04	14.62
Direc. Reg. de Serv. Méd.Pacífico Central	30	38	239	¢502,830.20	1.27	6.29
Clínicas tipo 1	1,033	2,087	14,935	¢25,366,158.45	2.02	7.16
Cl. Alfaro Rúa	36	49	649	¢1,382,958.99	1.36	
C.I. San Isidro de Heredia	13	65	696	¢977,839.38	5.00	10.71
C.I. Los Lagos de Heredia	31	147	743	¢1,350,813.91	4.74	5.05
C.I. San Rafael de Alajuela	26	119	959	¢1,637,277.70	4.58	8.06
C.I. San José de Alajuela	31	109	842	¢1,308,160.28	3.52	7.72

C.I. Santa Barbara de Heredia	64	149	1,081	€1,494,047.81	2.33	7.26
Cl. Cot de Oreamuno	30	14	90	€341,848.62	0.47	6.43
Cl. Ciudad Colón	39	53	334	€674,393.42	1.36	6.30
Cl. San Juan del Sur	28	66	446	€644,944.19	2.36	6.76
Cl. Guadalupe de Cartago	31	39	346	€706,521.57	1.26	8.87
Cl. Fortuna de San Carlos	34	17	320	€438,901.59	0.50	18.82
Cl. Santa Rosa de Pocosal	41	17	332	€342,471.22	0.41	19.53
Cl. Aguas Zarcas	35	57	724	€863,769.88	1.63	12.70
Cl. Puerto Viejo	49	49	385	€675,721.54	1.00	7.86
Cl. Pital de San Carlos	26	23	126	€297,025.30	0.88	5.48
Cl. Venecia	6	2	32	€30,435.55	0.33	16.00
Cl. Guatuzo	42	26	405	€412,617.60	0.62	15.58
Cl. Monterrey de San Carlos	9	4	9	€15,452.67	0.44	2.25
Cl. San Miguel	6	6	64	€202,987.89	1.00	10.67
Cl. Guayabo	5	2	125	€99,910.85	0.40	62.50
Cl. Fortuna de Bagaces	8	5	40	€120,711.29	0.63	8.00
Cl. Bebedero	7	7	45	€84,045.73	1.00	6.43
Cl. Nuevo Arenal	12	10	34	€80,354.80	0.83	3.40
Cl. Cóbano	21	9	204	€182,223.93	0.43	22.67
Cl. Paso Tempisque	7	3	34	€70,750.53	0.43	11.33
Cl. Aguas Claras	4	10	139	€218,092.85	2.50	13.90
Cl. Sámará	4	8	41	€110,416.02	2.00	5.13
Cl. Cartagena	18	35	194	€358,429.78	1.94	5.54
Cl. Colorado	9	5	15	€31,660.92	0.56	3.00
Cl. Bijagua	4	18	330	€562,865.38	4.50	18.33
C.I. Sardinal	15	14	154	€294,148.39	0.93	11.00
Cl. Paquera	13	16	183	€381,639.29	1.23	11.44
Cl. Monteverde	12	18	197	€337,406.34	1.50	10.94
Cl. Chacarita	86	467	2,263	€4,667,410.62	5.43	4.85
Cl. Dr. Roberto Sotomayor	87	326	1,415	€2,472,720.27	3.75	4.34
Cl. San Mateo	6	16	194	€357,234.51	2.67	12.13
Cl. Jacó	16	21	128	€242,047.75	1.31	6.10
Cl. Roxana	13	16	79	€126,244.40	1.23	4.94
Cl. Ticabán	13	8	40	€128,223.04	0.62	5.00
Cl. El Carmen	10	6	51	€88,851.49	0.60	8.50
Cl. La Perla	24	6	147	€121,690.31	0.25	24.50
Cl. Pocora	10	13	46	€96,719.19	1.30	3.54
Cl. Bribri	34	20	167	€183,664.95	0.59	8.35
Cl. Amubre	3	1	2	€7,429.57	0.33	2.00
Cl. Horquetas de Sarapiquí	15	16	85	€143,077.14	1.07	5.31
Clínicas tipo 2	1,302	1,984	14,474	€26,437,642.45	1.52	7.30
Cl. Atenas	75	270	2,431	€3,837,904.17	3.60	9.00
Cl. Palmares	68	35	331	€1,088,117.96	0.51	9.46
Cl. San Pedro de Poas	52	141	649	€1,250,302.23	2.71	4.60
Cl. Valverde Vega	42	73	634	€1,123,234.10	1.74	8.68
Cl. La Reforma	4	14	228	€441,925.01	3.50	16.29
Cl. San Marcos de Tarrazu	71	58	558	€1,039,561.18	0.82	9.62
Cl. Juan Viñas	1	2	5	€7,725.99	2.00	2.50
Cl. Cañas	73	17	95	€167,569.73	0.23	5.59
Cl. Abangares	52	90	497	€983,357.53	1.73	5.52
Cl. Bagaces	33	33	335	€672,288.11	1.00	10.15

Cl. Tilarán	59	146	1,039	€2,005,656.86	2.47	7.12
Cl. La Cruz	59	52	390	€761,200.90	0.88	7.50
Cl. Filadelfia	52	100	697	€1,496,839.50	1.92	6.97
Cl. 27 de Abril	19	20	195	€502,947.29	1.05	9.75
Cl. Nandayure	47	52	370	€720,395.41	1.11	7.12
Cl. Hojancha	28	49	560	€768,088.52	1.75	11.43
Cl. Orotina	61	107	798	€1,151,003.45	1.75	7.46
Cl. Miramar	43	70	482	€1,004,584.05	1.63	6.89
Cl. Chomes	35	55	418	€899,453.78	1.57	7.60
Cl. Jicaral	56	8	107	€171,295.27	0.14	13.38
Cl. Parrita	67	123	922	€1,633,879.61	1.84	7.50
Cl. Fortuna de Limón	28	15	131	€267,043.08	0.54	8.73
Cl. Cariari	85	207	1,172	€1,574,781.14	2.44	5.66
Cl. Bataan	58	33	133	€237,084.52	0.57	4.03
Cl. Guácimo	72	61	485	€978,632.08	0.85	7.95
Cl. La Cuesta	48	131	626	€1,332,799.37	2.73	4.78
Cl. Puerto Jiménez	14	22	186	€319,971.61	1.57	8.45
Clinicas tipo 3	1,081	2,564	18,180	€34,546,645.52	2.37	7.09
Cl. Barva	20	43	438	€767,792.59	2.15	10.19
Cl. Santo Domingo de Heredia	71	273	1,577	€3,400,604.54	3.85	5.78
Cl. San Rafael de Heredia	68	332	1,858	€3,653,241.00	4.88	5.60
Cl. Ing. Jorge Volio - San Joaquín de Flores	128	526	3,107	€6,765,140.84	4.11	5.91
Cl. Naranjo	74	181	1,209	€2,372,685.08	2.45	6.68
Cl. Puriscal	147	304	2,871	€4,667,401.13	2.07	9.44
Cl. Paraíso	94	154	1,676	€2,790,506.05	1.64	10.88
Cl. La Unión	69	219	1,332	€2,347,091.98	3.17	6.08
Cl. San Ignacio de Acosta	62	83	848	€1,498,878.12	1.34	10.22
Cl. Santa Cruz	96	110	754	€1,572,016.60	1.15	6.85
Cl. Siquirres	97	182	1,130	€2,080,024.81	1.88	6.21
Cl. Palmar Sur	70	109	955	€1,854,862.16	1.56	8.76
Cl. Buenos Aires	85	48	425	€776,400.62	0.56	8.85
Clinicas tipo 4	1,853	6,445	37,186	€76,851,795.10	3.48	5.77
Cl. Dr. Ricardo Jiménez Nuñez	195	575	4,408	€8,938,831.01	2.95	7.67
Cl. Dr. Clorito Picado	180	678	3,114	€7,648,209.83	3.77	4.59
Cl. Dr. Francisco Bolaños	110	474	2,532	€5,040,962.29	4.31	5.34
Cl. Dr. Marcial Rodríguez Conejo	273	1,030	7,112	€14,374,044.73	3.77	6.90
Cl. Coronado	169	408	1,762	€3,496,456.86	2.41	4.32
Cl. Dr. Moreno Cañas	189	478	3,330	€5,799,777.47	2.53	6.97
Cl. Dr. Solón Nuñez Frutos	195	730	4,053	€8,424,525.66	3.74	5.55
Cl. Dr. Carlos Durán C.	194	643	4,038	€8,284,801.22	3.31	6.28
Cl. Dr. Marcial Fallas D.	246	1,077	5,213	€11,131,355.86	4.38	4.84
Cl. San Rafael de Puntarenas	102	352	1,624	€3,712,830.17	3.45	4.61
Hospitales Nacionales	10,285	22,398	154,998	€278,148,966.26	2.18	6.92
Hosp. Dr. Calderón Guardia	1967	4,278	31,299	€55,669,269.84	2.17	7.32
Hosp. San Juan de Dios	2722	5,039	32,245	€59,690,662.41	1.85	6.40
Hosp. Dr. Carlos Sáenz Herrera	1336	2,590	19,674	€33,684,093.58	1.94	7.60
Hosp. México	2053	5,181	38,641	€68,877,116.04	2.52	7.46
Instituto Materno Infantil Carit	339	905	5,495	€9,937,782.07	2.67	6.07
Hosp. Dr. Blanco Cervantes	396	1,023	6,038	€10,846,538.03	2.58	5.90
Hosp. Nacional Psiquiátrico	882	2,110	12,473	€22,231,028.82	2.39	5.91
Centro Nacional de Rehabilitación	387	889	6,255	€12,367,501.27	2.30	7.04

Hosp. Dr. Chacón Pault	203	383	2,878	€4,844,974.20	1.89	7.51
Hospitales Regionales	4,696	13,955	85,895	€163,013,475.22	2.97	6.16
Hosp. San Rafael de Alajuela	645	2,350	16,777	€31,221,239.56	3.64	7.14
Hosp. Dr. Max Peralta J.	945	2,173	14,472	€29,848,113.99	2.30	6.66
Hosp. San Carlos	597	1,437	9,751	€18,341,304.93	2.41	6.79
Hosp. Monseñor Sanabria	934	2,971	16,108	€31,635,026.61	3.18	5.42
Hosp. Dr. Tony Facio C.	713	2,673	12,422	€23,120,726.11	3.75	4.65
Hosp. Dr. Escalante Pradilla	862	2,351	16,365	€28,847,064.02	2.73	6.96
Hospitales Periféricos 3	2,252	5,860	41,440	€79,742,815.05	2.60	7.07
Hosp. Dr. Carlos Luis Valverde Vega	542	2,148	15,922	€29,042,406.68	3.96	7.41
Hosp. William Allen	649	1,554	9,216	€19,564,520.08	2.39	5.93
Hosp. Dr. Enrique Baltodano Briceño	538	1,093	8,612	€14,615,433.87	2.03	7.88
Hosp. La Anexión	523	1,065	7,690	€16,520,454.42	2.04	7.22
Hospitales Periféricos 2	1,691	5,512	33,491	€60,923,812.17	3.26	6.08
Hosp. San Francisco de Asís	400	1,982	10,252	€19,499,562.36	4.96	5.17
Hosp. San Vicente de Paul	502	1,447	8,158	€15,477,717.30	2.88	5.64
Hosp. Guápiles	441	1,113	7,852	€14,075,517.82	2.52	7.05
Hosp. Ciudad Neily	348	970	7,229	€11,871,014.69	2.79	7.45
Hospitales Periféricos 1	1,229	2,334	17,672	€30,127,435.36	1.90	7.57
Hosp. Los Chiles	91	126	889	€1,724,033.88	1.38	7.06
Hosp. Upala	136	140	1,141	€1,891,408.02	1.03	8.15
Hosp. Dr. Max Teran Valls	234	504	3,981	€7,063,354.08	2.15	7.90
Hosp. Golfito	313	425	3,236	€6,026,696.92	1.36	7.61
Hosp. Tomás Casas Casajus	216	731	4,969	€8,322,667.73	3.38	6.80
Hosp. San Vito de Coto Brus	239	408	3,456	€5,099,274.73	1.71	8.47
Sucursales y Agencias	898	1,370	11,494	€19,223,870.22	1.53	8.39
Dirección Regional Central	15	4	26	€84,728.42	0.27	6.50
Sucursal de Desamparados	27	66	419	€600,030.24	2.44	6.35
Sucursal de San Ignacio de Acosta	9	6	13	€21,967.77	0.67	2.17
Sucursal de Guadalupe	37	86	628	€825,531.05	2.32	7.30
Sucursal de La Unión	11	12	25	€44,953.03	1.09	2.08
Sucursal de Cartago	39	67	517	€1,108,895.98	1.72	7.72
Sucursal de Pacayas	4	3	54	€82,581.72	0.75	18.00
Sucursal de Paraíso	12	11	27	€77,025.09	0.92	2.45
Sucursal de Turrialba	21	58	232	€436,033.17	2.76	4.00
Sucursal de Puriscal	10	15	280	€343,851.27	1.50	18.67
Sucursal de Heredia	35	97	807	€1,323,962.99	2.77	8.32
Sucursal de San Joaquín de Flores	11	25	306	€470,475.15	2.27	12.24
Sucursal de Santo Domingo de Heredia	11	12	448	€420,000.77	1.09	37.33
Sucursal de San Rafael de Heredia	8	11	158	€138,219.71	1.38	14.36
Sucursal de Santa Elena	3	4	18	€30,174.57	1.33	4.50
Dirección Regional Huetar Norte	18	25	130	€227,507.07	1.39	5.20
Sucursal de Alajuela	30	93	559	€1,328,199.96	3.10	6.01
Sucursal de Atenas	9	29	449	€693,720.10	3.22	15.48
Sucursal de Orotina	9	8	27	€53,815.20	0.89	3.38
Sucursal de Grecia	17	22	152	€240,814.06	1.29	6.91
Sucursal de San Pedro de Poás	7	3	23	€52,542.46	0.43	7.67
Sucursal de Naranjo	8	7	32	€39,527.72	0.88	4.57
Sucursal de Valverde Vega	6	5	187	€159,441.88	0.83	37.40
Sucursal de Alfaro Ruiz	6	2	44	€85,238.42	0.33	22.00
Sucursal de Ciudad Quesada	23	26	245	€445,598.55	1.13	9.42

Sucursal de Los Chiles	4	10	45	€104,579.74	2.50	4.50
Sucursal de Palmares	9	9	104	€195,399.11	1.00	11.56
Sucursal de San Ramón	14	43	646	€1,111,340.52	3.07	15.02
Agencia de Fortuna de San Carlos	5	2	49	€110,205.05	0.40	24.50
Dirección Regional Chorotega	13	16	40	€72,734.59	1.23	2.50
Sucursal de Puntarenas	28	22	228	€321,130.90	0.79	10.36
Sucursal de Esparza	9	11	157	€72,153.60	1.22	14.27
Sucursal de Miramar	7	8	34	€93,088.72	1.14	4.25
Sucursal de Chomes	6	11	163	€254,089.02	1.83	14.82
Sucursal de Bagaces	9	1	5	€10,664.82	0.11	5.00
Sucursal de Cañas	13	1	22	€27,020.40	0.08	22.00
Sucursal de Liberia	17	41	245	€398,278.42	2.41	5.98
Sucursal de Tilarán	8	11	77	€127,321.25	1.38	7.00
Sucursal de La Juntas de Abangares	7	5	37	€117,733.27	0.71	7.40
Sucursal de La Cruz	9	10	25	€65,701.28	1.11	2.50
Sucursal de Filadelfia	9	6	52	€64,273.53	0.67	8.67
Sucursal de Nicoya	17	34	221	€466,784.94	2.00	6.50
Sucursal de Jicaral	7	4	25	€33,057.39	0.57	6.25
Sucursal de Santa Cruz	11	16	82	€205,393.08	1.45	5.13
Sucursal de Upala	6	4	42	€78,870.43	0.67	10.50
Agencia de Nuevo Arenal	5	4	11	€17,683.85	0.80	2.75
Agencia de Hojancha	5	4	5	€10,030.23	0.80	1.25
Agencia de Nandayure	7	10	40	€99,574.94	1.43	4.00
Agencia de 27 de Abril	7	8	20	€41,579.54	1.14	2.50
Dirección Regional Huetar Atlántica	16	27	316	€340,924.96	1.69	11.70
Sucursal de Limón	27	67	203	€357,738.58	2.48	3.03
Sucursal de La Fortuna de Limón	7	8	54	€109,270.02	1.14	6.75
Sucursal de Bataán	13	6	25	€36,859.83	0.46	4.17
Sucursal de Siquirres	17	53	680	€1,256,728.23	3.12	12.83
Sucursal de Guápiles	23	29	158	€361,814.39	1.26	5.45
Sucursal de Río Frío	6	8	57	€87,630.86	1.33	7.13
Sucursal de Sixaola	5	2	7	€9,616.07	0.40	3.50
Sucursal de Puerto Viejo	8	15	108	€252,238.68	1.88	7.20
Agencia de Cariari	8	8	37	€87,321.17	1.00	4.63
Agencia de Guácimo	10	3	8	€19,265.56	0.30	2.67
Agencia de La Perla	3	17	157	€569,120.88	5.67	9.24
Agencia de El Carmen de Siquirres	3	1	4	€13,381.55	0.33	4.00
Dirección Regional Brunca	14	7	75	€95,643.92	0.50	10.71
Sucursal de Pérez Zeledón	25	22	478	€444,178.87	0.88	21.73
Sucursal de Buenos Aires	7	1	19	€35,738.33	0.14	19.00
Sucursal de Palmar Sur	16	15	80	€138,944.97	0.94	5.33
Sucursal de Ciudad Nelly	13	20	280	€503,205.98	1.54	14.00
Sucursal de San Vito de Coto Brus	16	28	130	€270,402.59	1.75	4.64
Sucursal de San Marcos de Tarrazú	9	11	59	€105,221.42	1.22	5.36
Sucursal de Parrita	8	8	173	€313,609.85	1.00	21.63
Sucursal de Quepos	11	9	75	€127,979.88	0.82	8.33
Agencia de Golfito	10	6	95	€191,519.75	0.60	15.83
Agencia de La Cuesta	5	11	35	€61,988.91	2.20	3.18

U.P. = Unidad Programática.

NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 30.411 , al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 637 funcionarios.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 2000. CCSS.

Fuente: Sistema de Incapacidades (INCEST-17) Dirección de Recursos Humanos, CCSS.

Anexo 3

Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 1999

NÚMERO DE TRABAJADORES, INCAPACIDADES, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO DE
 INCAPACIDADES POR TRABAJADOR Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD
 DE EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE CENTRO, AÑO 1999
 (Incluye Enfermedad y Maternidad)

CENTROS	NUMERO DE FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	Promedio Días / Incap.
TOTAL	30,821	71,689	486,442	¢1,512,244,398.28	6.79
Nivel Central	3601	5713	37852	¢ 104,314,090.14	6.63
Oficinas Centrales	2131	4,043	27,826	¢ 73,352,608.60	6.88
CENDEISSS	401	251	2,246	¢12,686,651.44	8.95
BINASSS	14	7	56	¢173,219.71	8.00
Depto. Control de Calidad	38	48	404	¢1,762,643.00	8.42
Depto. Farmacoterapia	12	17	142	¢500,637.17	8.35
Depto. Almacenamiento y Distribución	139	125	855	¢2,457,737.37	6.84
Almacen Fiscal	4	10	185	¢316,477.72	18.50
Unidad de Equipo Médico	40	19	240	¢603,831.88	12.63
Taller de Refrigeración y Aire Acondic.	9	6	173	¢242,144.51	28.83
Taller de Ebanistería	34	50	114	¢186,012.81	2.28
Taller de Metalurgia	17	13	128	¢328,477.84	9.85
Taller de Reparación y Mantenimiento Eq.	5	2	6	¢21,856.92	3.00
Taller de Obras Civiles	254	277	1,344	¢1,252,613.47	4.85
Taller Electromecánico	20	7	27	¢67,919.98	3.86
Taller de Equipo Telefónico	15	14	32	¢73,829.32	2.29
Fábrica de Productos Farmacéuticos	10	113	633	¢1,597,572.56	5.60
Fábrica de Soluciones Parenterales	60	168	712	¢1,862,315.06	4.24
Fábrica de Anteojos	98	20	190	¢417,521.99	9.50
Fábrica de Ropa	17	160	728	¢1,809,124.48	4.55
Laboratorio de preparación de reactivos	53	8	65	¢496,989.71	8.13
Imprenta	8	11	30	¢71,761.46	2.73
Lavandería Central	22	151	877	¢1,855,286.98	5.81
Lavandería Alfonso Zeledón C.	105	176	757	¢1,943,183.29	4.30
Banco Nacional de Sangre	95	17	82	¢233,672.87	4.82
Direcciones Regionales	282	502	3,882	¢11,964,989.05	7.73
Direc. Reg. de Serv. Méd.Brunca	34	36	343	¢855,772.08	9.53
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Norte	41	63	631	¢2,258,411.24	10.02
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Sur	71	136	1,019	¢3,656,147.80	7.49
Direc. Reg. de Serv. Méd.Chorotega	31	31	222	¢663,324.57	7.16
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Atlántica	49	173	1,208	¢2,644,296.47	6.98
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Norte	26	24	306	¢1,257,926.16	12.75
Direc. Reg. de Serv. Méd.Pacífico Central	30	39	153	¢629,110.73	3.92
Clínicas tipo 1	1,100	2,216	16,560	¢50,512,627.20	7.47
Cl. Alfaro Rúiz	34	23	430	¢1,836,019.73	18.70

C.I. San Isidro de Heredia	13	43	223	¢462,812.13	5.19
C.I. Los Lagos de Heredia	32	75	582	¢1,528,976.86	7.76
C.I. San Rafael de Alajuela	32	137	1,027	¢4,040,310.04	7.50
C.I. San José de Alajuela	36	65	390	¢1,407,133.14	6.00
C.I. Santa Barbara de Heredia	69	210	1,197	¢3,853,981.27	5.70
Cl. Cot de Oreamuno	26	19	283	¢768,323.48	14.89
Cl. Santa María de Dota	3	1	3	¢9,331.78	3.00
Cl. La Lucha	0	1	3	¢17,020.32	3.00
Cl. Ciudad Colón	44	97	1,272	¢3,458,670.23	13.11
Cl. San Juan del Sur	28	62	730	¢942,865.78	11.77
Cl. Guadalupe de Cartago	36	38	320	¢983,322.75	8.42
Cl. Fortuna de San Carlos	39	41	465	¢1,700,162.30	11.34
Cl. Santa Rosa de Pocosol	42	18	96	¢354,261.91	5.33
Cl. Aguas Zarcas	44	84	944	¢3,103,015.71	11.24
Cl. Puerto Viejo	58	37	346	¢1,587,639.37	9.35
Cl. Pital de San Carlos	27	41	459	¢1,753,840.16	11.20
Cl. Venecia	5	3	18	¢41,432.65	6.00
Cl. Guatuzo	37	18	359	¢1,376,844.65	19.94
Cl. Monterrey de San Carlos	9	12	77	¢119,633.08	6.42
Cl. San Miguel	5	7	50	¢151,650.31	7.14
Cl. Guayabo	6	7	79	¢313,187.63	11.29
Cl. Fortuna de Bagaces	8	5	43	¢84,901.06	8.60
Cl. Bebedero	7	6	139	¢295,030.49	23.17
Cl. Nuevo Arenal	15	24	111	¢340,541.16	4.63
Cl. Cóbano	19	3	36	¢140,617.59	12.00
Cl. Aguas Claras	4	2	20	¢79,044.97	10.00
Cl. Sámará	3	16	235	¢687,123.21	14.69
Cl. Cartagena	19	18	130	¢429,720.19	7.22
Cl. Colorado	8	9	18	¢71,929.68	2.00
Cl. Bijagua	7	7	91	¢116,723.76	13.00
C.I. Sardinal	15	5	27	¢100,026.54	5.40
Cl. Paquera	14	3	22	¢66,410.97	7.33
Cl. Monteverde	11	12	34	¢103,947.20	2.83
Cl. Chacarita	95	423	2,640	¢5,946,928.89	6.24
Cl. Dr. Roberto Sotomayor	94	398	1,827	¢5,100,081.18	4.59
Cl. San Mateo	5	20	297	¢924,902.10	14.85
Cl. Jacó	16	17	117	¢360,937.87	6.88
Cl. Roxana	15	5	21	¢59,610.61	4.20
Cl. Ticabán	14	42	193	¢785,605.08	4.60
Cl. El Carmen	15	13	49	¢225,474.51	3.77
Cl. La Perla	21	17	84	¢241,713.07	4.94
Cl. Pocora	10	37	206	¢689,504.61	5.57
Cl. Bribri	37	56	464	¢1,387,582.15	8.29
Cl. Las Barras	7	3	22	¢43,306.18	7.33
Cl. Amubre	1	2	24	¢61,224.51	12.00
Cl. Horquetas de Sarapiquí	15	34	357	¢2,359,304.34	10.50
Clínicas tipo 2	1,329	2,203	16,803	¢53,942,257.42	7.63
Cl. Atenas	76	188	1,548	¢4,295,566.85	8.23

Cl. Palmares	76	33	502	¢1,077,818.92	15.21
Cl. San Pedro de Poas	57	88	614	¢2,154,291.03	6.98
Cl. Valverde Vega	44	69	643	¢3,298,694.54	9.32
Cl. La Reforma	3	14	235	¢655,385.64	16.79
Cl. San Marcos de Tarrazu	70	98	1,070	¢2,710,950.50	10.92
Cl. Juan Viñas	2	1	3	¢5,155.93	3.00
Cl. Cañas	67	59	607	¢1,844,517.08	10.29
Cl. Abangares	50	139	680	¢1,852,121.48	4.89
Cl. Bagaces	33	42	549	¢1,706,719.26	13.07
Cl. Tilarán	61	165	1,052	¢3,378,957.25	6.38
Cl. La Cruz	59	82	727	¢1,621,783.72	8.87
Cl. Filadelfia	49	35	480	¢1,924,490.45	13.71
Cl. 27 de Abril	18	31	203	¢631,686.53	6.55
Cl. Nandayure	49	56	304	¢984,878.57	5.43
Cl. Hojancha	26	42	448	¢1,497,595.24	10.67
Cl. Orotina	70	121	1,054	¢2,770,407.59	8.71
Cl. Miramar	46	81	548	¢1,468,044.22	6.77
Cl. Chomes	37	57	560	¢1,868,219.89	9.82
Cl. Jicaral	63	35	317	¢889,218.58	9.06
Cl. Parrita	72	135	1,078	¢3,860,009.18	7.99
Cl. Fortuna de Limón	28	37	209	¢581,467.90	5.65
Cl. Cariari	87	187	1,115	¢4,500,216.37	5.96
Cl. Bataan	59	102	394	¢1,378,280.05	3.86
Cl. Guácimo	64	130	841	¢3,381,805.92	6.47
Cl. La Cuesta	49	152	835	¢3,096,231.95	5.49
Cl. Puerto Jiménez	14	24	187	¢507,742.78	7.79
Clínicas tipo 3	1,117	2,789	20,555	¢67,012,502.79	7.37
Cl. Barva	23	44	431	¢617,363.48	9.80
Cl. Santo Domingo de Heredia	67	258	1,751	¢5,493,424.23	6.79
Cl. San Rafael de Heredia	65	300	2,002	¢5,931,848.48	6.67
Cl. Ing. Jorge Volio - San Joaquín de Flores	132	503	3,620	¢12,900,412.20	7.20
Cl. Naranjo	79	206	2,144	¢5,741,055.35	10.41
Cl. Puriscal	152	415	3,746	¢11,192,666.27	9.03
Cl. Paraíso	94	171	1,127	¢3,221,226.16	6.59
Cl. La Unión	67	219	1,146	¢4,186,404.51	5.23
Cl. San Ignacio de Acosta	63	101	449	¢1,406,278.13	4.45
Cl. Santa Cruz	102	162	1,132	¢3,566,585.38	6.99
Cl. Siquirres	105	241	1,772	¢6,544,658.03	7.35
Cl. Palmar Sur	74	124	688	¢2,273,816.34	5.55
Cl. Buenos Aires	94	45	547	¢3,936,764.23	12.16
Clínicas tipo 4	1,864	5,829	33,500	¢116,804,595.43	5.75
Cl. Dr. Ricardo Jiménez Nuñez	178	686	4,911	¢19,723,972.41	7.16
Cl. Dr. Clorito Picado	188	583	2,776	¢9,687,774.20	4.76
Cl. Dr. Francisco Bolaños	113	407	1,810	¢5,475,296.42	4.45
Cl. Dr. Marcial Rodríguez Conejo	280	974	7,191	¢23,588,796.17	7.38
Cl. Coronado	180	419	2,522	¢7,806,602.17	6.02
Cl. Dr. Moreno Cañas	194	525	2,946	¢9,044,991.46	5.61
Cl. Dr. Solón Nuñez Frutos	187	259	1,505	¢5,369,272.55	5.81

Cl. Dr. Carlos Durán C.	193	638	3,781	¢12,246,579.46	5.93
Cl. Dr. Marcial Fallas D.	248	886	3,850	¢14,384,327.84	4.35
Cl. San Rafael de Puntarenas	103	452	2,208	¢9,476,982.75	4.88
Hospitales Nacionales	10,464	22,677	161,849	¢493,044,223.17	7.14
Hosp. Dr. Calderón Guardia	2021	4,868	34,208	¢101,270,214.08	7.03
Hosp. San Juan de Dios	2780	5,510	37,609	¢111,894,383.37	6.83
Hosp. Dr. Carlos Sáenz Herrera	1350	2,367	18,709	¢59,339,181.48	7.90
Hosp. México	2040	5,013	38,657	¢120,631,610.52	7.71
Instituto Materno Infantil Carit	349	730	4,630	¢15,258,386.95	6.34
Hosp. Dr. Blanco Cervantes	425	935	5,900	¢19,067,263.74	6.31
Hosp. Nacional Psiquiátrico	906	2,072	13,035	¢40,300,815.00	6.29
Centro Nacional de Rehabilitación	392	729	5,935	¢16,881,743.30	8.14
Hosp. Dr. Chacón Pault	201	453	3,166	¢8,400,624.73	6.99
Hospitales Regionales	4,834	14,980	93,056	¢294,619,085.33	6.21
Hosp. San Rafael de Alajuela	707	2,250	17,843	¢58,776,223.33	7.93
Hosp. Dr. Max Peralta J.	985	2,348	15,090	¢49,869,831.56	6.43
Hosp. San Carlos	601	1,428	10,050	¢28,695,838.48	7.04
Hosp. Monseñor Sanabria	978	3,540	21,025	¢63,978,413.79	5.94
Hosp. Dr. Tony Facio C.	671	3,371	16,671	¢51,688,276.74	4.95
Hosp. Dr. Escalante Pradilla	892	2,043	12,377	¢41,610,501.43	6.06
Hospitales Periféricos 3	2,311	5,524	40,451	¢127,104,971.23	7.32
Hosp. Dr. Carlos Luis Valverde Vega	539	1,487	11,006	¢35,103,138.75	7.40
Hosp. William Allen	652	1,715	10,830	¢36,338,452.72	6.31
Hosp. Dr. Enrique Baltodano Briceño	587	1,051	8,118	¢24,647,709.77	7.72
Hosp. La Anexión	533	1,271	10,497	¢31,015,669.99	8.26
Hospitales Periféricos 2	1,745	5,568	34,252	¢111,008,199.12	6.15
Hosp. San Francisco de Asís	407	2,470	13,366	¢44,255,081.82	5.41
Hosp. San Vicente de Paul	515	1,369	7,388	¢25,613,124.28	5.40
Hosp. Guápiles	456	780	6,326	¢20,177,179.87	8.11
Hosp. Ciudad Neily	367	949	7,172	¢20,962,813.15	7.56
Hospitales Periféricos 1	1,264	2,318	16,130	¢51,701,297.01	6.96
Hosp. Los Chiles	103	100	1,147	¢2,594,107.21	11.47
Hosp. Upala	151	143	1,113	¢3,409,195.46	7.78
Hosp. Dr. Max Teran Valls	237	419	3,518	¢12,725,240.66	8.40
Hosp. Golfito	331	794	5,080	¢15,726,111.08	6.40
Hosp. Tomás Casas Casajus	206	458	2,755	¢9,649,323.78	6.02
Hosp. San Vito de Coto Brus	236	404	2,517	¢7,597,318.82	6.23
Sucursales y Agencias	910	1,370	11,552	¢30,215,560.39	8.43
Dirección Regional Central	15	9	20	¢80,207.44	2.22
Sucursal de Desamparados	29	26	163	¢352,149.13	6.27
Sucursal de San Ignacio de Acosta	9	7	12	¢28,792.80	1.71
Sucursal de Guadalupe	38	93	1,055	¢2,228,080.10	11.34
Sucursal de La Unión	10	25	243	¢705,158.58	9.72
Sucursal de Cartago	39	101	729	¢2,094,705.55	7.22
Sucursal de Pacayas	4	2	23	¢73,655.00	11.50
Sucursal de Paraíso	13	15	177	¢359,758.98	11.80
Sucursal de Turrialba	22	46	204	¢482,462.84	4.43
Sucursal de Puriscal	9	13	241	¢299,378.23	18.54

Sucursal de Heredia	35	91	565	¢1,418,862.38	6.21
Sucursal de San Joaquín de Flores	12	34	274	¢693,318.23	8.06
Sucursal de Santo Domingo de Heredia	10	9	64	¢112,710.84	7.11
Sucursal de San Rafael de Heredia	8	17	120	¢387,583.54	7.06
Sucursal de Santa Elena	2	4	25	¢64,143.90	6.25
Dirección Regional Huetar Norte	19	15	259	¢765,849.01	17.27
Sucursal de Alajuela	31	79	688	¢2,105,771.53	8.71
Sucursal de Atenas	8	30	349	¢895,833.18	11.63
Sucursal de Orotina	12	21	152	¢427,204.63	7.24
Sucursal de Grecia	17	26	129	¢326,459.11	4.96
Sucursal de San Pedro de Poás	7	13	71	¢194,312.08	5.46
Sucursal de Naranjo	9	3	26	¢42,163.61	8.67
Sucursal de Valverde Vega	6	7	13	¢38,675.41	1.86
Sucursal de Alfaro Ruiz	5	3	33	¢103,514.87	11.00
Sucursal de Ciudad Quesada	22	32	323	¢945,259.47	10.09
Sucursal de Los Chiles	4	6	146	¢380,308.91	24.33
Sucursal de Palmares	9	4	34	¢113,817.51	8.50
Sucursal de San Ramón	15	13	58	¢170,575.92	4.46
Agencia de Fortuna de San Carlos	5	1	11	¢68,991.74	11.00
Dirección Regional Chorotega	15	14	135	¢387,753.68	9.64
Sucursal de Puntarenas	25	28	332	¢867,789.67	11.86
Sucursal de Esparza	8	11	121	¢295,665.57	11.00
Sucursal de Miramar	6	8	23	¢67,075.23	2.88
Sucursal de Chomes	6	12	86	¢162,357.91	7.17
Sucursal de Bagaces	8	9	37	¢160,901.52	4.11
Sucursal de Cañas	12	9	265	¢561,535.87	29.44
Sucursal de Liberia	17	25	182	¢347,127.17	7.28
Sucursal de Tilarán	8	21	119	¢325,664.03	5.67
Sucursal de La Juntas de Abangares	6	7	179	¢110,671.29	25.57
Sucursal de La Cruz	8	14	113	¢279,676.25	8.07
Sucursal de Filadelfia	9	5	122	¢122,389.77	24.40
Sucursal de Nicoya	16	21	90	¢292,695.25	4.29
Sucursal de Jicaral	8	9	117	¢458,504.84	13.00
Sucursal de Santa Cruz	12	14	110	¢268,967.66	7.86
Sucursal de Upala	6	3	26	¢550,105.35	8.67
Agencia de Nuevo Arenal	5	3	19	¢46,681.33	6.33
Agencia de Hojancha	5	5	13	¢46,261.64	2.60
Agencia de Nandayure	7	5	12	¢34,454.18	2.40
Agencia de 27 de Abril	7	7	49	¢89,477.37	7.00
Dirección Regional Huetar Atlántica	17	34	180	¢465,806.86	5.29
Sucursal de Limón	29	87	495	¢1,532,942.47	5.69
Sucursal de La Fortuna de Limón	9	1	3	¢9,070.78	3.00
Sucursal de Bataán	13	22	169	¢487,364.76	7.68
Sucursal de Siquirres	18	34	257	¢785,477.42	7.56
Sucursal de Guápiles	22	18	134	¢393,559.11	7.44
Sucursal de Río Frío	7	14	73	¢195,614.51	5.21
Sucursal de Ticabán	3	12	93	¢475,813.69	7.75
Sucursal de Sixaola	4	2	5	¢11,572.45	2.50

Sucursal de Puerto Viejo	11	6	57	¢246,684.88	9.50
Agencia de Cariari	8	16	95	¢209,353.63	5.94
Agencia de Roxana	5	1	40	¢74,814.24	40.00
Agencia de Guácimo	12	13	285	¢638,454.63	21.92
Agencia de La Perla	3	3	16	¢29,132.30	5.33
Dirección Regional Brunca	15	9	300	¢844,830.59	33.33
Sucursal de Pérez Zeledón	24	26	294	¢734,059.41	11.31
Sucursal de Buenos Aires	7	1	15	¢30,428.47	15.00
Sucursal de Palmar Sur	15	14	65	¢140,045.27	4.64
Sucursal de Ciudad Neily	12	24	179	¢419,601.78	7.46
Sucursal de San Vito de Coto Brus	14	18	82	¢346,937.73	4.56
Sucursal de San Marcos de Tarrazú	9	7	55	¢180,057.08	7.86
Sucursal de Parrita	7	5	31	¢88,420.87	6.20
Sucursal de Quepos	12	3	55	¢115,421.66	18.33
Agencia de Golfito	11	15	197	¢282,622.93	13.13
Agencia de La Cuesta	5	10	20	¢42,012.77	2.00

U.P. = Unidad Programática

NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 31.453, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 632 funcionarios.
FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 1999. CCSS.

Anexo 4

Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 2000

**INCAPACIDADES EMPLEADOS CCSS, NÚMERO DE FUNCIONARIOS, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO
 DE INCAPACIDADES POR FUNCIONARIO Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD
 SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO, AÑO 2000
 (Incluye Enfermedad y Maternidad)**

CENTROS	NÚMERO DE FUNCIONARIOS	NÚMERO DE INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	PROMEDIO INCAP. / FUNC.	PROMEDIO DÍAS / INCAP.
TOTAL	30,030	78,914	552,144	¢ 2,651,267,478.62	2.63	7.00
Nivel Central	3,410	7,435	54,284	¢ 261,770,360.23	2.18	7.30
Oficinas Centrales	1952	5,447	41,804	¢198,007,948.94	2.79	7.67
CENDEISSS	390	244	2,552	¢33,827,329.21	0.63	10.46
BINASSS	15	24	227	¢1,041,142.90	1.60	9.46
Depto. Control de Calidad	37	47	668	¢6,720,352.03	1.27	14.21
Depto. Farmacoterapia	15	13	93	¢289,158.01	0.87	7.15
Depto. Almacenamiento y Distribución	149	161	698	¢3,003,639.12	1.08	4.34
Almacén Fiscal	0	2	40	¢147,553.01	-	20.00
Unidad de Equipo Médico	40	31	432	¢1,032,846.98	0.78	13.94
Taller de Refrigeración y Aire Acondic.	10	6	43	¢129,709.80	0.60	7.17
Taller de Ebanistería	35	47	225	¢378,727.85	1.34	4.79
Taller de Metalurgia	16	4	40	¢102,636.99	0.25	10.00
Taller de Reparación y Mantenimiento Eq.	4	8	25	¢79,705.51	2.00	3.13
Taller de Obras Civiles	245	332	1,903	¢881,386.87	1.36	5.73
Taller Electromecánico	21	12	27	¢44,091.79	0.57	2.25
Taller de Equipo Telefónico	15	18	124	¢272,074.36	1.20	6.89
Fábrica de Productos Farmacéuticos	66	137	907	¢2,437,102.55	2.08	6.62
Fábrica de Soluciones Parenterales	94	174	650	¢1,621,518.90	1.85	3.74
Fábrica de Anteojos	14	10	66	¢231,515.81	0.71	6.60
Fábrica de Ropa	53	163	947	¢2,541,693.16	3.08	5.81
Laboratorio de Preparación de Reactivos	8	4	14	¢145,681.91	0.50	3.50
Imprenta	24	22	206	¢591,236.18	0.92	9.36
Lavandería Central	80	157	1,137	¢3,661,350.37	1.96	7.24
Lavandería Alfonso Zeledón C.	91	345	1,361	¢4,322,139.65	3.79	3.94
Banco Nacional de Sangre	36	27	95	¢259,818.33	0.75	3.52
Direcciones Regionales	254	425	3,357	¢21,674,584.80	1.67	7.90
Direc. Reg. de Serv. Méd.Brunca	34	47	377	¢2,096,897.07	1.38	8.02
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Norte	35	96	1,068	¢7,989,279.29	2.74	11.13
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Sur	57	87	670	¢3,990,242.92	1.53	7.70
Direc. Reg. de Serv. Méd.Chorotega	26	19	195	¢826,947.06	0.73	10.26
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Atlántica	46	98	353	¢1,603,656.26	2.13	3.60
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Norte	27	23	188	¢1,937,492.60	0.85	8.17
Direc. Reg. de Serv. Méd.Pacífico Central	29	55	506	¢3,230,069.60	1.90	9.20
Clínicas tipo 1	1,078	2,247	16,660	¢71,405,943.85	2.08	7.41

Cl. Alfaro Rúiz	40	16	200	¢1,088,791.59	0.40	12.50
C.I. San Isidro de Heredia	21	75	530	¢1,769,036.65	3.57	7.07
C.I. Los Lagos de Heredia	47	65	426	¢2,885,644.86	1.38	6.55
C.I. San Rafael de Alajuela	64	97	956	¢5,466,166.78	1.52	9.86
C.I. San José de Alajuela	35	97	1,306	¢5,476,646.25	2.77	13.46
C.I. Santa Barbara de Heredia	72	135	868	¢4,036,049.38	1.88	6.43
Cl. Cot de Oreamuno	30	38	302	¢1,128,410.44	1.27	7.95
Cl. Santa María de Dota	3	1	30	¢62,809.18	0.33	30.00
Cl. La Lucha	1	1	5	¢40,349.52	1.00	5.00
Cl. Ciudad Colón	51	91	582	¢3,304,582.55	1.78	6.40
Cl. Tierra Blanca	1	2	8	¢15,881.17	2.00	4.00
Cl. San Juan del Sur	44	46	486	¢1,364,695.95	1.05	10.57
Cl. Guadalupe de Cartago	46	80	1,039	¢3,850,698.73	1.74	12.99
Cl. Fortuna de San Carlos	39	44	596	¢2,018,979.73	1.13	13.55
Cl. Santa Rosa de Pocosal	38	34	535	¢2,060,392.47	0.89	15.74
Cl. Aguas Zarcas	52	122	657	¢3,240,279.95	2.35	5.39
Cl. Puerto Viejo	61	21	263	¢1,601,320.73	0.34	12.52
Cl. Pital de San Carlos	28	22	169	¢793,081.47	0.79	7.68
Cl. Venecia	0	6	200	¢507,010.47	-	33.33
Cl. Guatuzo	37	32	415	¢1,253,570.50	0.86	12.97
Cl. Monterrey de San Carlos	7	5	28	¢129,341.11	0.71	5.60
Cl. Guayabo	0	10	176	¢441,195.01	-	17.60
Cl. Fortuna de Bagaces	0	9	307	¢1,126,177.65	-	34.11
Cl. Bebedero	8	5	24	¢94,331.39	0.63	4.80
Cl. Nuevo Arenal	13	22	106	¢865,040.29	1.69	4.82
Cl. Cóbano	20	8	138	¢443,682.54	0.40	17.25
Cl. Paso Tempisque	0	1	3	¢65,643.01	-	3.00
Cl. Sámará	4	9	106	¢681,651.26	2.25	11.78
Cl. Cartagena	16	29	228	¢921,692.76	1.81	7.86
Cl. Colorado	8	11	190	¢296,262.10	1.38	17.27
Cl. Bijagua	0	3	8	¢28,940.65	-	2.67
C.I. Sardinal	14	3	20	¢52,732.29	0.21	6.67
Cl. Paquera	13	3	34	¢111,388.60	0.23	11.33
Cl. Monteverde	11	12	54	¢209,316.13	1.09	4.50
Cl. Chacarita	93	514	2,153	¢8,057,552.23	5.53	4.19
Cl. Dr. Roberto Sotomayor	85	356	1,570	¢6,829,982.15	4.19	4.41
Cl. San Mateo	6	19	182	¢630,966.00	3.17	9.58
Cl. Jacó	19	27	248	¢938,044.07	1.42	9.19
Cl. Ticaban	0	10	26	¢201,091.81	-	2.60
Cl. El Carmen	0	14	99	¢914,955.56	-	7.07
Cl. La Perla	2	10	30	¢125,907.77	5.00	3.00
Cl. Pocora	10	36	152	¢573,123.16	3.60	4.22
Cl. Bribri	37	51	447	¢1,491,612.84	1.38	8.76
Cl. Las Barras	0	8	111	¢247,122.81	-	13.88
Cl. Amubre	2	1	1	¢13,778.75	0.50	1.00
Cl. Orquetas de Sarapiquí	0	46	646	¢3,950,013.54	-	14.04
Clínicas tipo 2	1,320	2,590	21,527	¢99,372,719.17	1.96	8.31
Cl. Atenas	76	263	2,161	¢6,401,432.72	3.46	8.22

Cl. Palmares	67	24	352	¢1,970,786.02	0.36	14.67
Cl. San Pedro de Poas	56	101	1,097	¢6,218,156.09	1.80	10.86
Cl. Valverde Vega	37	94	1,061	¢5,402,570.38	2.54	11.29
Cl. La Reforma	4	14	207	¢629,365.16	3.50	14.79
Cl. San Marcos de Tarrazu	67	65	575	¢2,441,679.02	0.97	8.85
Cl. Juan Viñas	1	2	17	¢52,343.84	2.00	8.50
Cl. Cañas	67	98	808	¢2,903,659.66	1.46	8.24
Cl. Abangares	49	168	1,506	¢5,415,754.48	3.43	8.96
Cl. Bagaces	54	29	106	¢673,378.99	0.54	3.66
Cl. Tilarán	61	221	1,362	¢6,849,942.33	3.62	6.16
Cl. La Cruz	64	108	819	¢3,756,703.49	1.69	7.58
Cl. Filadelfia	60	70	1,025	¢6,978,642.49	1.17	14.64
Cl. 27 de Abril	19	41	556	¢1,874,438.23	2.16	13.56
Cl. Nandayure	47	40	429	¢1,857,610.10	0.85	10.73
Cl. Hojancha	24	59	444	¢2,308,982.15	2.46	7.53
Cl. Orotina	66	210	1,099	¢6,979,063.01	3.18	5.23
Cl. Miramar	46	88	659	¢1,709,073.41	1.91	7.49
Cl. Chomes	36	60	473	¢1,789,263.74	1.67	7.88
Cl. Jicaral	56	41	444	¢2,724,587.40	0.73	10.83
Cl. Parrita	68	136	1,742	¢9,238,222.73	2.00	12.81
Cl. Fortuna de Limón	31	31	306	¢1,225,834.33	1.00	9.87
Cl. Cariari	100	135	1,090	¢4,235,152.47	1.35	8.07
Cl. Bataan	53	121	1,085	¢5,558,486.25	2.28	8.97
Cl. Guácimo	66	205	1,157	¢6,063,978.94	3.11	5.64
Cl. La Cuesta	43	146	740	¢3,456,272.65	3.40	5.07
Cl. Puerto Jiménez	2	20	207	¢657,339.09	10.00	10.35
Clínicas tipo 3	1,171	3,024	20,659	¢103,976,798.90	2.58	6.83
Cl. Barva	23	34	172	¢518,987.06	1.48	5.06
Cl. Santo Domingo de Heredia	77	268	1,469	¢8,213,389.35	3.48	5.48
Cl. San Rafael de Heredia	82	361	2,052	¢9,144,942.35	4.40	5.68
Cl. Ing. Jorge Volio - San Joaquín de Flores	130	641	4,340	¢23,288,541.82	4.93	6.77
Cl. Naranjo	74	203	2,218	¢8,453,648.75	2.74	10.93
Cl. Puriscal	142	373	3,110	¢14,589,093.66	2.63	8.34
Cl. Paraíso	89	178	1,335	¢6,201,449.17	2.00	7.50
Cl. La Unión	88	208	1,101	¢5,823,578.80	2.36	5.29
Cl. San Ignacio de Acosta	64	172	879	¢4,881,611.54	2.69	5.11
Cl. Santa Cruz	101	215	1,533	¢6,827,846.68	2.13	7.13
Cl. Siquirres	135	224	1,310	¢5,783,983.54	1.66	5.85
Cl. Palmar Sur	76	99	562	¢2,332,327.98	1.30	5.68
Cl. Buenos Aires	90	48	578	¢7,917,398.20	0.53	12.04
Clínicas tipo 4	1,864	6,575	41,315	¢213,320,387.99	3.53	6.28
Cl. Dr. Ricardo Jiménez Nuñez	186	652	5,600	¢35,081,164.45	3.51	8.59
Cl. Dr. Clorito Picado	196	697	4,363	¢24,099,283.54	3.56	6.26
Cl. Dr. Francisco Bolaños	131	286	1,977	¢8,613,086.35	2.18	6.91
Cl. Dr. Marcial Rodríguez Conejo	220	953	7,183	¢31,216,035.88	4.33	7.54
Cl. Coronado	182	480	2,366	¢9,768,106.68	2.64	4.93
Cl. Dr. Moreno Cañas	209	620	4,329	¢21,691,140.82	2.97	6.98
Cl. Dr. Solón Nuñez Frutos	208	813	5,204	¢27,126,103.85	3.91	6.40

Cl. Dr. Carlos Durán C.	205	830	3,783	¢19,475,208.49	4.05	4.56
Cl. Dr. Marcial Fallas D.	224	776	4,417	¢26,797,761.26	3.46	5.69
Cl. San Rafael de Puntarenas	103	468	2,093	¢9,452,496.67	4.54	4.47
Hospitales Nacionales	10,485	25,208	182,578	¢874,809,198.58	2.40	7.24
Hosp. Dr. Calderón Guardia	1986	4,888	36,467	¢166,085,562.41	2.46	7.46
Hosp. San Juan de Dios	2872	6,362	45,754	¢233,308,801.05	2.22	7.19
Hosp. Dr. Carlos Sáenz Herrera	1359	2,688	20,206	¢102,163,003.99	1.98	7.52
Hosp. México	2006	5,233	41,583	¢189,027,739.84	2.61	7.95
Instituto Materno Infantil Carit	367	828	4,461	¢22,794,978.62	2.26	5.39
Hosp. Dr. Blanco Cervantes	437	1,242	8,276	¢47,831,462.01	2.84	6.66
Hosp. Nacional Psiquiátrico	906	2,928	17,958	¢80,132,089.04	3.23	6.13
Centro Nacional de Rehabilitación	362	651	5,772	¢23,486,636.92	1.80	8.87
Hosp. Dr. Chacón Pault	190	388	2,101	¢9,978,924.70	2.04	5.41
Hospitales Regionales	4,606	15,948	102,309	¢498,053,733.59	3.46	6.42
Hosp. San Rafael de Alajuela	690	2,144	15,667	¢81,712,734.48	3.11	7.31
Hosp. Dr. Max Peralta J.	912	2,564	17,659	¢92,479,192.40	2.81	6.89
Hosp. San Carlos	573	1,685	12,100	¢56,190,771.69	2.94	7.18
Hosp. Monseñor Sanabria	873	3,990	23,174	¢105,859,591.37	4.57	5.81
Hosp. Dr. Tony Facio C.	657	2,954	16,231	¢72,319,023.20	4.50	5.49
Hosp. Dr. Escalante Pradilla	901	2,611	17,478	¢89,492,420.45	2.90	6.69
Hospitales Periféricos 3	2,204	6,816	49,977	¢254,460,470.16	3.09	7.33
Hosp. Dr. Carlos Luis Valverde Vega	493	1,661	12,595	¢56,630,942.04	3.37	7.58
Hosp. William Allen	626	2,189	14,726	¢82,123,001.23	3.50	6.73
Hosp. Dr. Enrique Baltodano Briceño	577	1,464	11,155	¢55,031,112.60	2.54	7.62
Hosp. La Anexión	508	1,502	11,501	¢60,675,414.29	2.96	7.66
Hospitales Periféricos 2	1,587	4,676	27,067	¢139,232,886.30	2.95	5.79
Hosp. San Francisco de Asís	373	1,911	9,519	¢51,383,975.33	5.12	4.98
Hosp. San Vicente de Paul	502	1,386	7,464	¢37,630,267.95	2.76	5.39
Hosp. Guápiles	377	402	3,654	¢21,476,709.62	1.07	9.09
Hosp. Ciudad Neily	335	977	6,430	¢28,741,933.40	2.92	6.58
Hospitales Periféricos 1	1,125	2,429	19,685	¢68,951,302.12	2.16	8.10
Hosp. Los Chiles	70	100	1,065	¢4,535,175.60	1.43	10.65
Hosp. Upala	156	114	811	¢3,039,599.61	0.73	7.11
Hosp. Dr. Max Teran Valls	207	540	4,863	¢24,150,830.63	2.61	9.01
Hosp. Golfito	278	955	6,747	¢14,106,543.71	3.44	7.06
Hosp. Tomás Casas Casajus	201	365	3,331	¢11,852,669.41	1.82	9.13
Hosp. San Vito de Coto Brus	213	355	2,868	¢11,266,483.16	1.67	8.08
Sucursales y Agencias	926	1,541	12,726	¢44,239,092.93	1.66	8.26
Dirección Regional Central	15	12	157	¢409,144.15	0.80	13.08
Sucursal de Desamparados	35	50	310	¢1,148,958.97	1.43	6.20
Sucursal de San Ignacio de Acosta	8	17	68	¢195,297.35	2.13	4.00
Sucursal de Guadalupe	41	79	600	¢1,740,030.09	1.93	7.59
Sucursal de La Unión	14	19	280	¢1,279,964.06	1.36	14.74
Sucursal de Cartago	35	65	304	¢1,191,393.59	1.86	4.68
Sucursal de Pacayas	4	1	1	¢2,300.65	0.25	1.00
Sucursal de Paraíso	12	43	547	¢2,609,422.36	3.58	12.72
Sucursal de Turrialba	22	63	205	¢614,775.37	2.86	3.25
Sucursal de Puriscal	9	6	52	¢185,712.98	0.67	8.67

Sucursal de Heredia	39	73	312	€1,268,471.35	1.87	4.27
Sucursal de San Joaquín de Flores	16	33	247	€577,500.77	2.06	7.48
Sucursal de Santo Domingo de Heredia	11	6	17	€39,395.90	0.55	2.83
Sucursal de San Rafael de Heredia	6	14	83	€314,429.89	2.33	5.93
Sucursal de Santa Elena	2	19	252	€499,727.95	9.50	13.26
Dirección Regional Huetar Norte	17	17	123	€480,849.04	1.00	7.24
Sucursal de Alajuela	30	98	723	€2,381,596.69	3.27	7.38
Sucursal de Atenas	7	13	44	€149,583.90	1.86	3.38
Sucursal de Orotina	9	23	149	€807,135.27	2.56	6.48
Sucursal de Grecia	16	42	208	€612,896.60	2.63	4.95
Sucursal de San Pedro de Poás	6	40	260	€915,287.13	6.67	6.50
Sucursal de Naranjo	9	17	197	€518,283.28	1.89	11.59
Sucursal de Valverde Vega	6	16	122	€410,114.83	2.67	7.63
Sucursal de Alfaro Ruiz	6	1	18	€95,751.28	0.17	18.00
Sucursal de Ciudad Quesada	25	49	469	€2,181,229.45	1.96	9.57
Sucursal de Los Chiles	5	10	72	€223,776.72	2.00	7.20
Sucursal de Palmares	9	4	65	€208,795.48	0.44	16.25
Sucursal de San Ramón	13	14	123	€358,423.78	1.08	8.79
Sucursal de Jacó	3	2	5	€21,637.45	0.67	2.50
Agencia de Fortuna de San Carlos	5	2	7	€27,329.80	0.40	3.50
Dirección Regional Chorotega	14	19	61	€384,084.03	1.36	3.21
Sucursal de Puntarenas	23	44	322	€716,191.58	1.91	7.32
Sucursal de Esparza	9	18	259	€656,434.93	2.00	14.39
Sucursal de Miramar	8	20	220	€708,207.40	2.50	11.00
Sucursal de Chomes	6	7	145	€301,872.96	1.17	20.71
Sucursal de Bagaces	10	12	48	€188,071.16	1.20	4.00
Sucursal de Cañas	15	3	13	€36,177.81	0.20	4.33
Sucursal de Liberia	21	36	481	€1,022,526.18	1.71	13.36
Sucursal de Tilarán	8	11	40	€166,068.65	1.38	3.64
Sucursal de La Juntas de Abangares	6	8	180	€490,578.87	1.33	22.50
Sucursal de La Cruz	8	21	234	€645,469.84	2.63	11.14
Sucursal de Filadelfia	9	8	100	€341,704.01	0.89	12.50
Sucursal de Nicoya	16	28	190	€641,067.97	1.75	6.79
Sucursal de Jicaral	7	10	114	€551,675.89	1.43	11.40
Sucursal de Santa Cruz	11	21	218	€752,714.58	1.91	10.38
Sucursal de Upala	8	3	46	€111,517.71	0.38	15.33
Agencia de Nuevo Arenal	5	3	21	€48,821.15	0.60	7.00
Agencia de Hojancha	5	11	82	€236,048.20	2.20	7.45
Agencia de Nandayure	7	10	76	€227,301.68	1.43	7.60
Agencia de 27 de Abril	8	6	34	€76,607.15	0.75	5.67
Dirección Regional Huetar Atlántica	16	24	92	€444,751.77	1.50	3.83
Sucursal de Limón	32	91	969	€2,591,891.91	2.84	10.65
Sucursal de La Fortuna de Limón	7	1	3	€15,074.44	0.14	3.00
Sucursal de Bataán	13	12	88	€368,395.46	0.92	7.33
Sucursal de Siquirres	17	46	349	€1,904,925.50	2.71	7.59
Sucursal de Guápiles	23	11	231	€680,643.45	0.48	21.00
Sucursal de Río Frío	7	13	52	€185,391.75	1.86	4.00
Sucursal de Ticabán	3	4	107	€593,756.63	1.33	26.75

Sucursal de Sixaola	4	4	9	¢18,492.46	1.00	2.25
Sucursal de Puerto Viejo	11	3	6	¢42,154.82	0.27	2.00
Agencia de Cariari	7	6	44	¢195,890.62	0.86	7.33
Agencia de Roxana	4	2	94	¢190,078.18	0.50	47.00
Agencia de Guácimo	10	14	124	¢365,980.59	1.40	8.86
Dirección Regional Brunca	15	13	293	¢1,229,344.03	0.87	22.54
Sucursal de Pérez Zeledón	24	27	105	¢410,622.96	1.13	3.89
Sucursal de Palmar Sur	14	19	99	¢321,814.63	1.36	5.21
Sucursal de Ciudad Neily	13	17	102	¢283,943.17	1.31	6.00
Sucursal de San Vito de Coto Brus	16	12	118	¢1,475,446.21	0.75	9.83
Sucursal de San Marcos de Tarrazú	9	10	46	¢173,646.27	1.11	4.60
Sucursal de Parrita	8	6	57	¢193,129.26	0.75	9.50
Sucursal de Quepos	10	33	632	¢2,183,175.45	3.30	19.15
Agencia de Golfito	18	20	177	¢521,397.47	1.11	8.85
Agencia de La Cuesta	6	6	25	¢76,788.02	1.00	4.17

NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 31.200, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 1.170 funcionarios.

U.P. = Unidad Programática.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro planilla de aguinaldo, año 2000. CCSS.

Anexo 5

Incapacidades Empleados de la C.C.S.S. 2001

NÚMERO DE TRABAJADORES, INCAPACIDADES, DÍAS OTORGADOS, PROMEDIO DE
 INCAPACIDADES POR TRABAJADOR Y PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD
 DE EMPLEADOS DE LA CCSS, POR TIPO DE CENTRO, AÑO 2001
 (Incluye Enfermedad y Maternidad)

TIPO DE ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO DE FUNCIONARIOS	NÚMERO INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	TOTAL SUBSIDIO	Promedio Incap. / Func.	Promedio Días / Incap.
TOTAL	31,373	62,835	423,080	¢2,462,233,485.52	2.00	6.73
Nivel Central	3,371	6,157	40,459	¢233,770,613.86	1.83	6.57
Oficinas Centrales	1,980	4,288	29,540	¢165,546,677.19	2.17	6.89
CENDEISS	401	175	1,781	¢31,790,956.81	0.44	10.18
BINASS	14	14	64	¢388,724.42	1.00	4.57
Depto. Control de Calidad	38	51	680	¢7,899,388.83	1.34	13.33
Depto. Farmacoterapia	11	7	91	¢695,274.25	0.64	13.00
Depto. Almacenamiento y Distribución	142	169	1,043	¢4,713,468.47	1.19	6.17
Almacen Fiscal	0	14	39	¢386,642.29	-	2.79
Unidad de Equipo Médico	39	14	261	¢807,040.30	0.36	18.64
Taller de Refrigeración y Aire Acondic.	11	1	2	¢5,637.98	0.09	2.00
Taller de Ebanistería	35	76	293	¢349,347.02	2.17	3.86
Taller de Metalurgia	17	3	21	¢71,242.79	0.18	7.00
Taller de Reparación y Mantenimiento Eq.	3	16	153	¢807,862.06	5.33	9.56
Taller de Obras Civiles	238	315	1,535	¢1,146,738.81	1.32	4.87
Taller Electromecánico	21	23	126	¢425,971.21	1.10	5.48
Taller de Equipo Telefónico	15	16	73	¢365,312.85	1.07	4.56
Fábrica de Productos Farmacéuticos	64	135	606	¢2,475,415.73	2.11	4.49
Fábrica de Soluciones Parenterales	101	170	727	¢2,581,111.84	1.68	4.28
Fábrica de Anteojos	14	15	54	¢470,577.11	1.07	3.60
Fábrica de Ropa	56	160	1,110	¢3,876,152.20	2.86	6.94
Laboratorio de Preparación de Reactivos	7	5	35	¢185,420.74	0.71	7.00
Imprenta	22	10	28	¢128,991.32	0.45	2.80
Lavandería Central	88	158	827	¢3,116,442.84	1.80	5.23
Lavandería Alfonso Zeledón C.	91	292	1,168	¢4,711,625.78	3.21	4.00
Banco Nacional de Sangre	34	30	202	¢824,591.02	0.88	6.73
Direcciones Regionales	243	311	2,392	¢14,466,996.43	1.28	7.69
Direc. Reg. de Serv. Méd.Brunca	27	28	285	¢1,513,038.56	1.04	10.18
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Norte	31	64	652	¢5,487,782.63	2.06	10.19
Direc. Reg. de Serv. Méd.Central Sur	55	65	379	¢2,100,072.53	1.18	5.83
Direc. Reg. de Serv. Méd.Chorotega	28	29	245	¢1,575,050.55	1.04	8.45
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar Atlántica	42	61	327	¢1,484,128.16	1.45	5.36
Direc. Reg. de Serv. Méd.Huetar	25	16	90	¢513,486.90	0.64	5.63

Norte						
Direc. Reg. de Serv. Méd.Pacífico Central	35	48	414	¢1,793,437.10	1.37	8.63
Clínicas tipo 1	1,140	1,965	13,612	¢71,921,819.61	1.72	6.93
Cl. Alfaro Rúiz	39	17	133	¢726,214.70	0.44	7.82
C.I. San Isidro de Heredia	19	77	490	¢2,132,032.94	4.05	6.36
C.I. Los Lagos de Heredia	50	103	866	¢4,024,673.06	2.06	8.41
C.I. San Rafael de Alajuela	94	193	1,232	¢6,381,885.82	2.05	6.38
C.I. San José de Alajuela	47	125	966	¢3,421,767.38	2.66	7.73
C.I. Santa Barbara de Heredia	70	129	647	¢3,366,310.70	1.84	5.02
Cl. Cot de Oreamuno	35	54	571	¢2,988,426.77	1.54	10.57
Cl. Ciudad Colón	51	84	880	¢6,917,814.74	1.65	10.48
Cl. San Juan del Sur	42	39	426	¢1,641,272.05	0.93	10.92
Cl. Guadalupe de Cartago	50	46	335	¢1,575,450.75	0.92	7.28
Cl. Fortuna de San Carlos	40	49	404	¢2,624,392.81	1.23	8.24
Cl. Santa Rosa de Pocosol	41	30	690	¢3,631,455.49	0.73	23.00
Cl. Aguas Zarcas	55	72	669	¢4,622,849.78	1.31	9.29
Cl. Puerto Viejo	65	34	329	¢2,377,794.48	0.52	9.68
Cl. Pital de San Carlos	30	16	215	¢971,707.03	0.53	13.44
Cl. Guatuzo	41	20	186	¢1,129,162.24	0.49	9.30
Cl. Monterrey de San Carlos	9	8	62	¢346,761.84	0.89	7.75
Cl. Guayabo	0	2	33	¢88,456.41	-	16.50
Cl. Fortuna de Bagaces	0	1	5	¢12,765.09	-	5.00
Cl. Bebedero	8	1	2	¢10,694.87	0.13	2.00
Cl. Nuevo Arenal	12	12	70	¢799,345.23	1.00	5.83
Cl. Cóbano	20	7	68	¢299,591.46	0.35	9.71
Cl. Aguas Claras	0	1	4	¢14,641.89	-	4.00
Cl. Sámará	5	3	18	¢174,071.67	0.60	6.00
Cl. Cartagena	17	21	152	¢791,375.64	1.24	7.24
Cl. Bijagua	0	2	17	¢477,195.81	-	8.50
C.I. Sardinal	18	4	54	¢475,475.46	0.22	13.50
Cl. Monteverde	11	14	234	¢3,147,152.17	1.27	16.71
Cl. Chacarita	91	395	1,470	¢6,971,304.07	4.34	3.72
Cl. Dr. Roberto Sotomayor	101	286	1,206	¢5,020,685.93	2.83	4.22
Cl. San Mateo	5	22	237	¢1,108,530.16	4.40	10.77
Cl. Jacó	19	18	279	¢1,004,855.03	0.95	15.50
Cl. Ticabán	0	1	1	¢8,476.19	-	1.00
Cl. El Carmen	0	3	11	¢45,745.74	-	3.67
Cl. La Perla	3	6	24	¢192,426.81	2.00	4.00
Cl. Pocora	13	14	133	¢734,738.02	1.08	9.50
Cl. Bribri	38	31	269	¢1,028,374.08	0.82	8.68
Cl. Amubre	1	5	15	¢179,610.71	5.00	3.00
Cl. Horquetas de Sarapiquí	0	20	209	¢456,334.59	-	10.45
Clínicas tipo 2	1,456	1,881	14,128	¢78,595,079.81	1.29	7.51
Cl. Atenas	86	183	1,166	¢4,946,447.08	2.13	6.37
Cl. Palmares	70	32	542	¢3,329,587.24	0.46	16.94
Cl. San Pedro de Poas	60	80	727	¢5,220,255.72	1.33	9.09
Cl. Valverde Vega	44	50	595	¢3,513,724.15	1.14	11.90
Cl. La Reforma	5	7	108	¢306,931.08	1.40	15.43

Cl. San Marcos de Tarrazu	73	59	530	¢2,966,548.77	0.81	8.98
Cl. Cañas	76	55	528	¢3,438,657.45	0.72	9.60
Cl. Abangares	54	109	1,265	¢6,529,209.40	2.02	11.61
Cl. Bagaces	56	29	208	¢2,621,552.79	0.52	7.17
Cl. Tilarán	70	119	658	¢3,899,236.68	1.70	5.53
Cl. La Cruz	62	89	394	¢2,111,326.58	1.44	4.43
Cl. Filadelfia	71	29	189	¢1,167,359.21	0.41	6.52
Cl. 27 de Abril	18	22	162	¢743,656.94	1.22	7.36
Cl. Nandayure	54	48	522	¢4,205,461.34	0.89	10.88
Cl. Hojancha	29	46	243	¢1,246,674.99	1.59	5.28
Cl. Orotina	71	132	648	¢4,489,159.38	1.86	4.91
Cl. Miramar	49	94	544	¢2,855,519.85	1.92	5.79
Cl. Chomes	40	69	821	¢3,360,980.38	1.73	11.90
Cl. Jicaral	60	51	364	¢2,157,223.59	0.85	7.14
Cl. Parrita	71	120	1,187	¢4,709,145.59	1.69	9.89
Cl. Fortuna de Limón	32	16	297	¢1,293,725.46	0.50	18.56
Cl. Cariari	113	44	604	¢2,732,672.16	0.39	13.73
Cl. Bataan	70	123	529	¢3,545,212.27	1.76	4.30
Cl. Guácimo	73	160	508	¢2,677,442.59	2.19	3.18
Cl. La Cuesta	48	107	685	¢3,839,589.08	2.23	6.40
Cl. Puerto Jiménez	1	8	104	¢687,780.04	8.00	13.00
Clínicas tipo 3	1,240	2,613	16,382	¢95,668,849.65	2.11	6.27
Cl. Barva	22	37	111	¢439,264.05	1.68	3.00
Cl. Santo Domingo de Heredia	84	210	1,197	¢6,420,518.33	2.50	5.70
Cl. San Rafael de Heredia	81	372	2,180	¢12,287,245.59	4.59	5.86
Cl. Ing. Jorge Volio - San Joaquín de Flores	139	439	2,876	¢18,439,842.98	3.16	6.55
Cl. Naranjo	84	171	1,306	¢7,433,246.39	2.04	7.64
Cl. Puriscal	155	321	2,408	¢13,913,737.82	2.07	7.50
Cl. Paraíso	95	164	1,149	¢8,005,883.78	1.73	7.01
Cl. La Unión	85	206	982	¢5,680,203.57	2.42	4.77
Cl. San Ignacio de Acosta	66	138	929	¢5,853,218.63	2.09	6.73
Cl. Santa Cruz	108	204	1,464	¢7,077,614.33	1.89	7.18
Cl. Siquirres	144	244	1,183	¢6,770,667.09	1.69	4.85
Cl. Palmar Sur	71	78	321	¢1,571,098.04	1.10	4.12
Cl. Buenos Aires	106	29	276	¢1,776,309.05	0.27	9.52
Clínicas tipo 4	1,946	5,435	34,504	¢220,051,323.14	2.79	6.35
Cl. Dr. Ricardo Jiménez Nuñez	195	554	4,906	¢35,984,713.18	2.84	8.86
Cl. Dr. Clorito Picado	196	682	3,263	¢21,574,675.39	3.48	4.78
Cl. Dr. Francisco Bolaños	129	337	1,976	¢8,667,532.60	2.61	5.86
Cl. Dr. Marcial Rodríguez Conejo	250	793	5,746	¢30,971,309.77	3.17	7.25
Cl. Coronado	184	356	2,289	¢15,381,069.52	1.93	6.43
Cl. Dr. Moreno Cañas	215	513	3,543	¢20,208,129.56	2.39	6.91
Cl. Dr. Solón Nuñez Frutos	216	773	4,590	¢29,676,412.48	3.58	5.94
Cl. Dr. Carlos Durán C.	208	614	3,082	¢18,897,624.79	2.95	5.02
Cl. Dr. Marcial Fallas D.	239	453	2,877	¢27,097,242.47	1.90	6.35
Cl. San Rafael de Puntarenas	114	360	2,232	¢11,592,613.38	3.16	6.20
Hospitales Nacionales	10,611	19,608	139,479	¢798,037,690.02	1.85	7.11
Hosp. Dr. Calderón Guardia	2072	3,027	20,294	¢115,637,098.63	1.46	6.70

Hosp. San Juan de Dios	2814	4,901	34,636	¢205,370,677.90	1.74	7.07
Hosp. Dr. Carlos Sáenz Herrera	1293	2,058	15,304	¢91,537,698.26	1.59	7.44
Hosp. México	2081	4,522	35,833	¢195,469,793.58	2.17	7.92
Instituto Materno Infantil Carit	364	649	4,085	¢25,406,135.75	1.78	6.29
Hosp. Dr. Blanco Cervantes	446	994	5,249	¢32,172,150.79	2.23	5.28
Hosp. Nacional Psiquiátrico	932	2,269	15,769	¢90,136,064.84	2.43	6.95
Centro Nacional de Rehabilitación	398	877	6,746	¢35,365,234.27	2.20	7.69
Hosp. Dr. Chacón Pault	211	311	1,563	¢6,942,836.00	1.47	5.03
Hospitales Regionales	5030	11922	75084	¢445,409,568.68	2.37	6.30
Hosp. San Rafael de Alajuela	729	1947	12638	¢73,315,682.61	2.67	6.49
Hosp. Dr. Max Peralta J.	992	1929	13400	¢81,052,116.47	1.94	6.95
Hosp. San Carlos	618	1156	7873	¢46,486,075.76	1.87	6.81
Hosp. Monseñor Sanabria	988	3177	18554	¢108,049,339.84	3.22	5.84
Hosp. Dr. Tony Facio C.	769	2151	11447	¢70,582,606.43	2.80	5.32
Hosp. Dr. Escalante Pradilla	934	1562	11172	¢65,923,747.57	1.67	7.15
Hospitales Periféricos 3	2,437	5,706	38,901	¢234,271,551.56	2.34	6.82
Hosp. Dr. Carlos Luis Valverde Vega	582	1,789	12,263	¢71,423,460.63	3.07	6.85
Hosp. William Allen	654	1,566	11,273	¢73,298,043.76	2.39	7.20
Hosp. Dr. Enrique Baltodano Briceño	635	1,170	7,125	¢42,229,906.99	1.84	6.09
Hosp. La Anexión	566	1,181	8,240	¢47,320,140.18	2.09	6.98
Hospitales Periféricos 2	1,788	4,419	25,692	¢157,888,379.82	2.47	5.81
Hosp. San Francisco de Asís	427	1,857	9,527	¢56,477,825.07	4.35	5.13
Hosp. San Vicente de Paul	547	1,288	7,024	¢42,110,963.33	2.35	5.45
Hosp. Guápiles	445	688	4,825	¢36,625,122.73	1.55	7.01
Hosp. Ciudad Neily	369	586	4,316	¢22,674,468.69	1.59	7.37
Hospitales Periféricos 1	1,200	1,467	10,848	¢60,297,519.50	1.22	7.39
Hosp. Los Chiles	93	51	266	¢1,410,880.69	0.55	5.22
Hosp. Upala	172	100	806	¢4,308,385.21	0.58	8.06
Hosp. Dr. Max Teran Valls	229	342	3,006	¢16,148,688.21	1.49	8.79
Hosp. Golfito	292	422	2,937	¢18,932,922.82	1.45	6.96
Hosp. Tomás Casas Casajus	207	227	1,609	¢9,279,071.02	1.10	7.09
Hosp. San Vito de Coto Brus	207	325	2,224	¢10,217,571.55	1.57	6.84
Sucursales y Agencias	911	1,351	11,599	¢51,854,093.44	1.48	8.59
Dirección Regional Central	15	22	107	¢640,348.57	1.47	4.86
Sucursal de Desamparados	31	57	340	¢1,480,863.96	1.84	5.96
Sucursal de San Ignacio de Acosta	9	11	36	¢139,443.11	1.22	3.27
Sucursal de Guadalupe	35	69	695	¢2,857,823.32	1.97	10.07
Sucursal de La Unión	11	16	35	¢213,171.84	1.45	2.19
Sucursal de Cartago	40	73	651	¢2,640,417.42	1.83	8.92
Sucursal de Pacayas	4	4	40	¢122,842.68	1.00	10.00
Sucursal de Paraíso	13	38	186	¢716,329.24	2.92	4.89
Sucursal de Turrialba	21	33	127	¢464,065.78	1.57	3.85
Sucursal de Puriscal	10	7	13	¢75,689.88	0.70	1.86
Sucursal de Heredia	39	77	289	¢1,608,283.37	1.97	3.75
Sucursal de San Joaquín de Flores	15	24	60	¢215,594.34	1.60	2.50
Sucursal de Santo Domingo de Heredia	9	5	19	¢110,173.33	0.56	3.80
Sucursal de San Rafael de Heredia	7	20	129	¢376,275.67	2.86	6.45

Dirección Regional Huetar Norte	21	25	212	¢961,875.30	1.19	8.48
Sucursal de Alajuela	35	135	1,854	¢8,649,738.57	3.86	13.73
Sucursal de Atenas	8	19	90	¢360,237.53	2.38	4.74
Sucursal de Orotina	10	26	425	¢1,435,083.05	2.60	16.35
Sucursal de Grecia	19	28	277	¢1,007,689.23	1.47	9.89
Sucursal de San Pedro de Poás	7	4	10	¢41,131.47	0.57	2.50
Sucursal de Naranjo	10	10	373	¢1,377,288.65	1.00	37.30
Sucursal de Valverde Vega	7	15	190	¢1,311,935.43	2.14	12.67
Sucursal de Alfaro Ruiz	6	1	3	¢39,674.77	0.17	3.00
Sucursal de Ciudad Quesada	24	51	750	¢3,632,419.31	2.13	14.71
Sucursal de Los Chiles	5	1	3	¢13,576.08	0.20	3.00
Sucursal de Palmares	7	3	23	¢77,831.29	0.43	7.67
Sucursal de San Ramón	15	24	203	¢571,619.37	1.60	8.46
Agencia de Fortuna de San Carlos	6	1	8	¢31,823.42	0.17	8.00
Dirección Regional Chorotega	15	24	369	¢1,580,694.80	1.60	15.38
Sucursal de Puntarenas	27	30	147	¢580,071.97	1.11	4.90
Sucursal de Esparza	10	7	39	¢418,911.05	0.70	5.57
Sucursal de Miramar	6	10	37	¢368,866.55	1.67	3.70
Sucursal de Chomes	6	16	110	¢322,694.35	2.67	6.88
Sucursal de Bagaces	8	8	46	¢206,466.49	1.00	5.75
Sucursal de Liberia	18	20	113	¢517,167.24	1.11	5.65
Sucursal de Tilarán	8	7	12	¢43,245.39	0.88	1.71
Sucursal de La Juntas de Abangares	6	6	41	¢145,322.33	1.00	6.83
Sucursal de La Cruz	8	9	121	¢609,302.67	1.13	13.44
Sucursal de Filadelfia	9	1	4	¢12,625.84	0.11	4.00
Sucursal de Nicoya	18	22	66	¢308,278.06	1.22	3.00
Sucursal de Jicaral	7	17	205	¢634,581.32	2.43	12.06
Sucursal de Santa Cruz	12	42	433	¢2,953,253.79	3.50	10.31
Sucursal de Upala	6	2	149	¢356,340.48	0.33	74.50
Agencia de Hojancha	6	12	76	¢355,533.25	2.00	6.33
Agencia de Nandayure	8	10	98	¢286,095.54	1.25	9.80
Agencia de 27 de Abril	7	10	45	¢114,570.52	1.43	4.50
Dirección Regional Huetar Atlántica	16	15	59	¢286,761.88	0.94	3.93
Sucursal de Limón	32	56	267	¢880,357.14	1.75	4.77
Sucursal de La Fortuna de Limón	7	1	8	¢77,435.64	0.14	8.00
Sucursal de Bataán	14	20	93	¢490,380.48	1.43	4.65
Sucursal de Siquirres	19	51	250	¢1,372,166.44	2.68	4.90
Sucursal de Guápiles	24	19	300	¢2,374,151.21	0.79	15.79
Sucursal de Río Frío	8	24	242	¢827,715.22	3.00	10.08
Sucursal de Puerto Viejo	11	8	68	¢373,252.49	0.73	8.50
Agencia de Cariari	8	3	20	¢57,677.11	0.38	6.67
Agencia de Guácimo	11	4	27	¢96,456.43	0.36	6.75
Agencia de Bribri	4	2	33	¢309,206.48	0.50	16.50
Dirección Regional Brunca	16	7	28	¢139,528.30	0.44	4.00
Sucursal de Pérez Zeledón	24	21	177	¢738,104.77	0.88	8.43
Sucursal de Palmar Sur	15	3	6	¢17,261.83	0.20	2.00
Sucursal de Ciudad Neily	14	7	208	¢706,525.39	0.50	29.71
Sucursal de San Vito de Coto	17	13	145	¢514,105.80	0.76	11.15

Brus						
Sucursal de San Marcos de Tarrazú	8	17	85	¢506,203.82	2.13	5.00
Sucursal de Parrita	7	3	19	¢72,069.53	0.43	6.33
Sucursal de Quepos	11	14	255	¢911,562.33	1.27	18.21
Agencia de Golfito	14	6	30	¢13,777.72	0.43	5.00
Agencia de La Cuesta	7	5	20	¢102,125.81	0.71	4.00

U. P. = Unidad Programática

NOTA: El total de funcionarios según planillas es de 32.883, al indexar el archivo por tipo de establecimiento no aparece ubicación de 1.510 funcionarios.

FUENTE: Sistema de Incapacidades, Programa INCE17CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos y Archivo maestro de planilla de aguinaldo, año 2001. CCSS.

Anexo 6

Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del seguro de salud

Artículo 1° Del objeto

El acto de otorgar una incapacidad por enfermedad o licencia por maternidad, además de su significado como parte del tratamiento médico o de una especial protección social a favor de las madres, tiene implicaciones de orden legal, financiero, social y moral, tanto en lo que se refiere a la estabilidad y garantías laborales del trabajador, como en lo que se refiere a la productividad de las empresas.

Este reglamento regula el otorgamiento, registro y control de las incapacidades por enfermedad y de las licencias por maternidad, en los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, extendidas por los profesionales en ciencias médicas facultados legalmente para extenderlas, y tiene por propósito hacer congruente y equitativo este proceso con la realidad del país, así como evitar los potenciales abusos que pongan en entredicho los valores morales de la sociedad.

Artículo 2°. Del campo de aplicación.

Las normas de este reglamento cubren a todos los trabajadores (as) asalariados (as) cotizantes, conforme las normas previstas en los artículos 27, 29, 32, 33, 34, 40, 41 y 45 del Reglamento del Seguro de Salud, el Sistema Médico de Empresa y las recomendaciones generadas por el sistema de Medicina Mixta y la atención médica particular.

Artículo 3°. De las exclusiones.

Los cotizantes voluntarios, incluidos los de convenios de aseguramiento colectivo, sujetos al Reglamento del Seguro Voluntario, no tienen derecho al beneficio de extensión de incapacidades. Este beneficio es exclusivo para los asegurados directos asalariados.

Artículo 4°. Formulario de incapacidad.

Las incapacidades por enfermedad y las licencias por maternidad, podrán ser extendidas sólo por los profesionales expresamente autorizados para ello, en el formulario "LIBRETA DE INCAPACIDADES", el cual será suministrado por la Dirección Médica de cada centro. La custodia y control de existencias de tales formularios están regidos por las disposiciones incluidas en el Manual de Instrucciones para el trámite de Incapacidades.

Artículo 5°. Del otorgamiento de incapacidades por terceros.

La Caja podrá atender recomendaciones de incapacidad a un trabajador asegurado, formuladas por un médico consultado privadamente o en el sistema de Medicina Mixta. En lo que respecta al sistema Médico de Empresa, se actuará de acuerdo con lo que establece el artículo 17° de este Reglamento.

Para la homologación de tales recomendaciones, el interesado presentará los documentos, personalmente o por medio de un tercero, a la Dirección Médica de su clínica de adscripción, en un plazo de dos días a partir de la fecha en que fue formulada la recomendación, para que, previo el análisis de rigor, la recomendación se admita, modifique o deniegue.

Si la gestión se hiciere pasados estos dos días, el caso deberá ser resuelto de acuerdo con lo indicado en el artículo 11° de este Reglamento.

Artículo 6°. De los sistemas de control.

El control de incapacidades podrá realizarse por cualquier medio, incluidos los sistemas computarizados. Corresponderá a la Gerencia de División Médica, evaluar y autorizar, aplicando principios de buena administración, los sistemas de control que resulten más convenientes.

Artículo 7°. De las incapacidades en el servicio de urgencias.

En los servicios de urgencias donde no se tenga a mano el expediente de salud, la anotación de la incapacidad debe consignarse en la hoja de atención de urgencias. En todo caso, la incapacidad se otorgará hasta por 3 días. En caso necesario, el asegurado podrá presentarse a la clínica de adscripción o servicio especializado, donde será valorado y de requerirlo- se le ampliará el período de incapacidad. Se exceptúan de esta disposición los casos de ortopedia, respecto de los cuales se actuará conforme a la normativa técnica que dictará el titular de la Dirección de cada centro médico.

Artículo 8°. Del lugar donde se otorgan las incapacidades y licencias.

Las incapacidades por enfermedad que se otorguen, salvo en los hospitales nacionales y en los especializados, deberán ser extendidas en el centro de adscripción del asegurado; cuando se trate de médicos de empresa, las recomendaciones deberán ser extendidas en el lugar donde el médico de empresa preste sus servicios, y su homologación se hará en la respectiva clínica o centro de adscripción. En todos los casos, las incapacidades deberán ser anotadas en el expediente de salud respectivo. Las licencias por maternidad sólo podrán ser otorgadas en la unidad asistencial que corresponda, según el área de adscripción.

Excepcionalmente, en casos de urgencia, podrán extenderse incapacidades a asegurados adscritos a otras unidades asistenciales, pero éstas en ningún caso podrán ser mayores de tres días.

Artículo 9°. De los plazos máximos de incapacidades.

Los asegurados asalariados que cumplan con un período de calificación de seis meses de cotización dentro de los últimos doce anteriores a la enfermedad, siempre que los últimos 3 sean continuos e inmediatamente anteriores a la enfermedad, tendrán derecho a la extensión de incapacidades hasta por un plazo de 52 semanas (art. 34º de Reglamento de Salud), con derecho a subsidio en dinero. De igual manera, los trabajadores que hayan aportado tres o menos cuotas mensuales, o más de 3 pero menos de seis, tendrán derecho a la extensión de incapacidades hasta por doce semanas, o hasta por veintiséis semanas, respectivamente, con derecho al pago de la respectiva ayuda económica, conforme a lo previsto en el artículo 38 del Reglamento del Seguro de Salud. Todo lo anterior sin perjuicio de lo que se expresa en el párrafo siguiente.

El otorgamiento de una incapacidad formaliza un compromiso recíproco entre el médico tratante y el trabajador; cuyo fin último es propiciar la recuperación de la salud del trabajador y su reincorporación al trabajo, pero no genera necesariamente el derecho a obtener el pago de un subsidio o de una ayuda económica, derechos que están sujetos a los plazos de calificación establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud.

Artículo 10º. De las prórrogas de incapacidades.

Las incapacidades de quienes hayan cotizado con 9 cuotas mensuales dentro de los últimos 12 meses anteriores a la fecha de la incapacidad, según la índole de la enfermedad y las circunstancias del caso, podrán extenderse hasta por 6 meses más, a juicio de las comisiones evaluadoras de incapacidades a que se refiere el artículo 15º de este Reglamento. Los principales aspectos que se evaluarán para otorgar la prórroga son:

- a. Si el paciente tiene posibilidades reales de recuperación.
- b. Si existen o se han agotado las posibilidades terapéuticas.
- c. Si se dan circunstancias excepcionales, que van más allá del concepto biológico de la medicina, pero que inciden notoriamente en el estado plenario de la salud.

Cuando los elementos objetivos confirmen un estado de salud muy quebrantado y sin perjuicio de la prórroga que se considere procedente dentro de los límites reglamentarios, el caso será referido a la oficina respectiva para el trámite de la pensión que pudiere corresponder. En tal caso, la prórroga no superará el plazo promedio estimado para dicho trámite.

Artículo 11º. De las incapacidades retroactivas.

Las incapacidades siempre tendrán vigencia hacia el futuro, desde la fecha en que han sido extendidas. Solamente podrán otorgarse con efecto retroactivo, en casos excepcionales a juicio del Director Médico del centro de que forma parte el médico tratante, si la retroactividad es igual o menor a 3 días. Si la retroactividad es mayor de 3 días y menor de 30 días naturales, la retroactividad podrá ser aprobada por el Director Regional de Servicios Médicos o por el Director del Hospital Nacional. Si la

retroactividad superare el plazo de treinta días naturales la aprobación corresponde a la Gerencia de la División Médica.

Por solicitud del interesado, podrá reconocerse como incapacidad el período durante el cual un asegurado estuvo internado en un hospital privado, dependiendo del período que se pida reconocer, según la escala de competencias prevista en este artículo. En tal caso, corre por cuenta del interesado probar su internamiento.

Será siempre requisito para el reconocimiento retroactivo de una incapacidad, que el asegurado aporte una certificación de su patrono en que se acredite su condición de trabajador activo.

Artículo 12°. De las incapacidades por riesgos cubiertos por el I.N.S. (Instituto Nacional de Seguros).

Las incapacidades por riesgos profesionales, accidentes de trabajo o de tránsito, corresponden al Instituto Nacional de Seguros. Las incapacidades que se extiendan por este motivo, deberán expresamente indicar que se extienden con motivo de alguno de esos riesgos.

Artículo 13°. De la atención de emergencias por riesgos del trabajo y accidentes de tránsito.

Cuando los médicos de la Institución identifiquen la etiología de un caso como atribuible a riesgo de trabajo o accidente de tránsito, se otorgará la atención de emergencia requerida y si fuere necesario, hasta tres días de incapacidad, emitiendo de inmediato la referencia a los servicios médicos del Instituto Nacional de Seguros (INS). Corresponde a la oficina de Incapacidades o de Validación de Derechos, tramitar el cobro que pudiere proceder contra el INS

Artículo 14°. De las pólizas agotadas y casos indemnizados.

Cuando el asegurado demuestre el agotamiento de la póliza obligatoria de vehículos, o de póliza de accidentes de trabajo podrá ser incapacitado por enfermedad común a cargo de la Caja.

Artículo 15°. De la creación de comisiones médicas evaluadoras de incapacidad (C.M.E.I)

En todo centro médico funcionará una "Comisión médica evaluadora de incapacidades", la cual estará integrada en la siguiente forma:

a. Hospitales nacionales, regionales, periféricos 3 y 2.

Director y/o subdirector médico.

Médico jefe del servicio de medicina interna.

Médico jefe del servicio involucrado o especialista respectivo.

b. Hospitales especializados.

Director y/o subdirector médico.

Jefe del Servicio interesado.

Especialista tratante.

c. Hospitales periféricos 1 y áreas de salud.

Director médico.

Jefe consulta externa o jefe del servicio de emergencias.

Médico general, de medicina familiar, o comunitaria.

En caso de no disponerse de especialistas en medicina comunitaria, la comisión será integrada por dos médicos generales. Es responsabilidad de la C.M.E.I., ratificar la procedencia de aquellas incapacidades otorgadas por los médicos del centro respectivo, que superen los 30 días.

En los sectores, el médico de Equipo Básico de Salud, deberá someter a evaluación sus casos, en la clínica del área respectiva, participando activamente en el proceso. El funcionamiento de estas comisiones es de carácter permanente y serán integradas por funcionarios médicos de la institución. Sus recomendaciones son vinculantes. La Gerencia de División Médica, dentro de los 3 meses posteriores a la vigencia de este reglamento, dictará el instructivo que registrará los procedimientos de la comisión médica evaluadora que aquí se crea.

Artículo 16°. De las obligaciones de las comisiones médicas evaluadoras de incapacidad.

Las comisiones médicas tienen el cometido de garantizar la aplicación de las normas legales y reglamentarias relacionadas con el otorgamiento de incapacidades, así como llevar a cabo el proceso de evaluación del programa de incapacidades en todos los centros asistenciales.

Las funciones para el logro de dicho cometido son las siguientes:

- a. Evaluar a cada uno de los pacientes que han sido incapacitados dentro de un plazo de 6 meses, si la incapacidad o las incapacidades suman más de 30 días.

- b. Apoyar y orientar al paciente cuyo problema de salud se origine en circunstancias excepcionales que van más allá del concepto biológico de la medicina, para procurar su reincorporación al trabajo.
- c. Desarrollar un sistema de información que permita retroalimentar el proceso de evaluación de las incapacidades críticas recurrentes.
- d. Facilitar información operativa en el área de incapacidades, que permita la creación de mejores indicadores a nivel regional y nacional, con el fin de lograr mayor eficiencia en la toma de decisiones.
- e. Atender y resolver las solicitudes de prórrogas de incapacidad.

Artículo 17°. De los médicos de empresa.

Las recomendaciones para la extensión de incapacidades de hasta por tres días máximo dentro de un plazo de 30 días calendario, hechas por médicos de empresa autorizados por la Caja como tales, serán reputadas como incapacidades para todos los efectos, sin necesidad de trámite alguno ulterior. Los médicos de empresa tendrán la obligación de enviar un informe mensual a la dirección médica de la clínica u hospital de la Caja respectivo, el cual incluirá la totalidad de las incapacidades de tres o menos días extendidas en el período. Las recomendaciones de incapacidad que vayan más allá del plazo señalado, obligatoriamente deberán ser analizadas y homologadas por los servicios médicos de la institución, y están sujetas a las regulaciones que se establecen en este Reglamento.

Artículo 18°. De las licencias por maternidad.

Con motivo de maternidad, a toda trabajadora asalariada se le extenderá una licencia hasta por cuatro meses (120 días), que incluye el pre y el post parto, en un solo documento, conforme se establece en las leyes generales y especiales aplicables. Cuando la licencia se extienda después del parto, se hará hasta por 90 días a partir del nacimiento, salvo normas legales que dispongan plazos menores.

Artículo 19°. De la modificación del período de licencia.

Si el ser procreado naciere sin vida o falleciere dentro del primer mes posterior al nacimiento, el período original de la licencia se modificará otorgando una nueva licencia hasta por 45 días a partir de la fecha del parto.

Artículo 20°. De la licencia por adopción.

La licencia por maternidad en caso de adopción de un menor; podrá otorgarse hasta por 90 días contados a partir del momento en que la asegurada demuestre haber recibido el menor, en calidad de madre, de acuerdo con los términos de la ley de adopción. En estos

casos, cuando el niño por su edad esté en período de amamantamiento, previo dictamen médico de que existe lactancia efectiva, deberá extenderse el respectivo permiso de lactancia en las mismas condiciones que la madre biológica.

Artículo 21°. De los días promedio de incapacidad por enfermedad.

Las incapacidades por enfermedad deberán extenderse tomando en cuenta los criterios promedio de la siguiente lista:

Orden de Incapacidad	importancia causa	Períodos Máximos de Incapacidad
1. Enfermedades respiratorias agudas		1-5
2. Dorsopatías		1-9
3. Infecciones intestinales		1-4
4. Transtornos neuróticos		1-30
5. Ojo y sus anexos.		1-6
6. Neumonía influenza		1-4
7. Complicaciones del embarazo		1-6
8. Traumatismos superficiales		1-8
9. Infecciones renales, litiasis y otras aparato urinario		1-8
10. Atropatías y trastornos afines		1-16
11. Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo.		1-8
12. Síntomas		1-3
13. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		1-5
14. Enfermedad del esófago, estómago, duodeno		1-7
15. Esguince y desgarres		1-15

Toda ampliación de los plazos aquí establecidos, requerirá el visto bueno del médico director o subdirector de la unidad respectiva.

Artículo 22°. Disposición final.

Los aspectos no contemplados expresamente en este Reglamento, se regirán por lo dispuesto en los principios generales del derecho, en la normativa internacional aplicable, en el Código de Trabajo y en el Reglamento del Seguro de Salud. En consecuencia, queda derogado el Reglamento para la extensión de incapacidades a los trabajadores beneficiarios del Régimen de Enfermedad y Maternidad y sus reformas,

aprobado en el artículo 7º, Acuerdo primero de la sesión número 6279, celebrada el 22 de diciembre de 1988.

Aprobado por la Junta Directiva en el artículo 36º de la sesión número 7143, celebrada el 22 de julio de 1997.

Anexo 7

Manual De Instrucciones Para El Trámite De Incapacidades

1- Del Objetivo

En el acto médico, la extensión de incapacidades goza de fe pública; este evento, además de lo que significa dentro del tratamiento médico genera beneficios adicionales en lo que se refiere al pago de subsidios, así como implicaciones de diversa índole que tienen relación directa con las garantías laborales y la estabilidad económica del asegurado.

Con fundamento en lo que establece el inciso 7 del artículo 35 del Reglamento de Enfermedad y Maternidad, se emiten las siguientes instrucciones para regular el proceso de incapacidades, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los fines enunciados.

2- Del origen de las incapacidades

La normativa para la emisión de las incapacidades, opera de conformidad con lo establecido en el Reglamento para la Extensión de incapacidades a los beneficiarios del Régimen de Enfermedad y Maternidad, específicamente en sus artículos 16 al 25. Los documentos generados de acuerdo con este procedimiento, a partir de la aprobación de este Manual, deberán extenderse mediante el uso de fórmulas con numeración consecutiva presentadas mediante libretas, cuya entrega a cada uno de los médicos de la Unidad Programática estará a cargo de la Dirección respectiva.

De los procedimientos:

- a) El Director de cada centro médico autorizará la entrega, previo registro individualizado de numeración, en un libro de actas, las libretas que considere necesarias a cada médico.
- b) Las libretas deberán ser entregadas después de que se anote en ellas el nombre y el código del médico que las utilizará; su uso, es similar al de las chequeras y en tal sentido el extravío de una de ellas debe ser reportado a las unidades de pago en forma inmediata.
- c) El médico tratante, como de costumbre, consignará los datos de diagnóstico, fechas entre las cuales concede la incapacidad, número de días y firma

- d) El médico tratante desprenderá de su talonario el juego de comprobantes y lo incluirá dentro del expediente que traslada a la secretaria médica.
- e) La anotación de las incapacidades otorgadas, en la contratapa de las libretas, queda a discreción de cada médico; su propósito es coadyuvar en el control individual de los casos atendidos.
- f) La recepcionista médica completa el llenado de la "Constancia de Incapacidad" (tarjeta), hacienda la distinción entre casos de PAGO DIRECTO, PAGO INDIRECTO y EMPLEADOS DE LA CAJA, circunstancia que verificará en la Comprobación de Derechos (Orden Patronal) para proceder a llenar el documento "AVISO AL PATRONO".

Seguidamente, procede a sellar, firmar y entregar al trabajador el "Aviso al Patrono" y la "Constancia para cobrar subsidios"; finalmente, traslada la Constancia de Incapacidad (tarjeta) a la Oficina de Incapacidades o de Registros Médicos para lo que corresponda.

- 9) La Oficina de incapacidades o la de Registros Médicos revisa las Constancias de incapacidad, a fin de que contengan la información requerida y procede a separarlas y enlistarlas con su respectivo número, para ser enviadas a las diferentes unidades,- conforme se detalla:

Empleados de la Caja: Oficina de Trámite y Registro.
Pago Indirecto: Oficina de Prestaciones en Dinero.
Pago Directo: Sucursal que corresponda según la Clínica de Adscripción del trabajador.

- h) La Oficina de Prestaciones en Dinero o Sucursal de adscripción recibe las constancias de incapacidad, revisa que cumpla con lo que establece el Reglamento para la extensión de incapacidades a los beneficiarios del Régimen de Enfermedad y Maternidad y procede a archivar los documentos. Aquellas unidades con sistemas automatizados, procederán a la captura de la información para sus respectivas bases de datos.

- i) Al presentarse el asegurado a demandar el pago, deberá confrontarse la coincidencia entre la numeración de las incapacidades otorgadas y las constancias para cobrar el subsidio; si este requisito no se cumple, el trámite es improcedente.

4. De los duplicados de incapacidad

- a) Aquellos casos en que resulte necesaria la emisión de más de una Constancia de Incapacidad por el mismo periodo, el Director Médico o a quien éste designe deberá avalar el trámite correspondiente; se emitirán sólo bajo las siguientes circunstancias:
 - Trabajadores de la Caja que laboren a su vez para otro patrono.
 - Trabajadores de la Caja excluidos de planillas por tener más de seis meses o un año de incapacidad, motivo por el cual deben cobrar subsidios por medio de ventanilla.
 - Trabajadores de la Caja interinos que por no tener derecho a salario completo, son excluidos de planillas y por lo tanto cobran subsidio en la misma forma indicada en el punto anterior.
 - Trabajadores que laboran para dos o más patronos, encontrándose alguno de ellos adscrito al sistema de "Pago indirecto" (convenio reintegro a patronos que no rebajan incapacidad a sus trabajadores); los demás deberán resolverse conforme se indica en el punto b) siguiente.
 - En aquellos casos en que por extravío del documento original, la Oficina de Prestaciones en Dinero o la Sucursal solicita duplicado (Art. 20 Instructivo Pago de Prestaciones en Dinero).

La extensión del duplicado se fundamenta en el Instructivo para el Trámite de incapacidades de Empleados de la Caja, Instructivo para el Pago de Prestaciones en Dinero y la Circular N°29745 del 18 de diciembre 89 de las Gerencias de División.

- b) Las situaciones de excepción en que un asegurado trabaja con dos o más patronos y por lo tanto requiere varios avisos para justificar ante su patrono la ausencia al trabajo por enfermedad o maternidad, serán resueltas mediante memoranda o fotocopia del formulario "aviso al patrono" donde se haga constar el periodo incapacidad.

Cualquiera de los medios que se utilice, deberá contener la firma numeración, sello, y refrendo del centro médico que lo extendió.

Para el cobro del subsidio, el interesado deberá presentar una constancia extendida por su patrono, donde se certifique la ausencia al trabajo por motivo de la incapacidad, así como también del porcentaje de subsidio que le ha reconocido.

5- Transitorios

- a) La extensión de incapacidades por medio del procedimiento descrito en este Manual, entrará en operación como plan piloto en la Región Central Norte; una vez evaluado, su aplicación se hará extensiva en forma gradual al resto del país.
- b) Exclusivamente para la extensión de duplicados a que se refiere el inciso b) del artículo 4, podrá utilizarse hasta que se agote su existencia el Almacén General, el formulario "Constancia de incapacidad: Aviso al patrono" No 4-70-03-0045, anotando en ésta el número de incapacidad de la tarjeta original.

Anexo 8

Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social Nº 17 del 22 de Octubre, 1943

Artículo 1.- La institución creada para aplicar los seguros sociales obligatorios se llamará **Caja Costarricense de Seguro Social** y, para los efectos de esta ley y sus reglamentos, **CAJA**.

La Caja es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Los fondos y las reservas de estos seguros no podrán ser transferidos ni empleados en finalidades distintas de las que motivaron su creación. Esto último se prohíbe expresamente. Excepto la materia relativa a empleo público y salarios, la Caja no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas. **(Así reformado por el artículo 85 de la Ley Nº 7983 del 16 de febrero de 2000).**

Sección

- I [Del campo de aplicación](#)
- II [De la organización de la Caja.](#)
- III [De los ingresos del Seguro Social.](#)
- IV [De la inscripción de los Asegurados.](#)
- V [De las inversiones.](#)

Sección

- VI [De las sanciones y resoluciones de conflictos.](#)
- VII [Disposiciones Generales.](#)
- VIII [Disposiciones Financieras.](#)
- IX [Disposiciones Finales](#)

SECCIÓN I. - Del campo de aplicación -

Artículo 2.- El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario; además, comporta una participación en las cargas de maternidad, familia, viudedad y orfandad y el suministro de una cuota para entierro, de acuerdo con la escala que fije la Caja, siempre que la muerte no se deba al acaecimiento de un riesgo profesional.

Artículo 3.- Las coberturas del Seguro Social -y el ingreso al mismo- son obligatorias para todos los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario. El monto de las cuotas que por esta ley se deban pagar, se calculará sobre el total de las remuneraciones que bajo cualquier denominación se paguen, con motivo o derivados de la relación obrero-patronal.

La Junta Directiva fijará la fecha en que entrará en vigencia el Seguro Social de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro; sin embargo, todos aquellos trabajadores independientes que en forma voluntaria desearan asegurarse antes de entrar

en vigencia el Seguro Social en forma general para ese sector, podrán hacerlo mediante la solicitud correspondiente a la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual, para tales efectos dictará la reglamentación pertinente. Los trabajadores independientes estarán exentos de pago de la cuota patronal.

La posibilidad de reingreso de aquellos trabajadores independientes que voluntariamente se hubieren afiliado al amparo del párrafo segundo de este artículo, y que posteriormente se desafilien, será reglamentada por la Caja.

La Junta Directiva queda autorizada para tomar las medidas tendientes a coadyuvar en la atención médica a los indigentes, en los riesgos y accidentes profesionales, y en la campaña de medicina preventiva.

La Caja determinará reglamentariamente los requisitos de ingreso a cada régimen de protección, así como los beneficios y condiciones en que estos se otorgarán.

La Junta Directiva tomará los acuerdos necesarios para extender progresivamente sus servicios a todo el país conforme lo permitan sus recursos materiales y humanos.

Para los trabajadores independientes cuyo ingreso neto sea inferior al salario mínimo legal y que soliciten su afiliación al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS, la cuota del Estado se incrementará con el fin de subsanar parcialmente la ausencia de la cuota patronal. Para tales efectos, se creará un programa especial permanente a cargo del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

(Así reformado por el artículo 1º de la Ley N° 4750 del 26 de abril de 1971 y 1º de la N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).
(El último párrafo fue adicionado por el artículo 87 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 4.-No se consideran asegurados obligatorios:

- a. Los miembros de la familia del patrono que vivan con él, trabajen a su servicio y no perciban salario en dinero;
- b. Los trabajadores que reciban una pensión o jubilación del Estado, sus Instituciones o las Municipalidades.

Sin embargo, continuarán en el seguro obligatorio de Enfermedad y Maternidad aquellos que llenen los requisitos que exija el Reglamento respectivo;

- c. Los trabajadores que a juicio de la Junta Directiva no deban figurar en el seguro obligatorio.

Los casos comprendidos en los anteriores incisos serán excluidos de oficio o por gestión de parte interesada en su caso.

(Así reformado por el artículo 1º de la ley No. 2353 del 21 de mayo de 1959).

Artículo 5.- El seguro social será facultativo solo para el trabajador que por cualquier circunstancia deje de ser asegurado obligatorio y que voluntariamente desee continuar en el goce de los beneficios de la presente ley. En este caso, deberá cubrir la cuota que para el seguro facultativo establezca la Junta Directiva, la cual también determinará, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3º, los beneficios a que tendrá derecho el interesado.

SECCIÓN II - De la organización de la Caja -

Artículo 6.- La Caja será dirigida por una junta directiva, integrada en la siguiente forma:

1) Un presidente ejecutivo de reconocida experiencia y conocimientos en el campo correspondiente a la Institución, designado libremente por el Consejo de Gobierno. Su gestión se regirá por las siguientes normas:

a) Será el funcionario de mayor jerarquía para efectos del gobierno de la Institución, cuya Junta Directiva presidirá. Le corresponderá fundamentalmente velar porque se ejecuten las decisiones tomadas por la Junta Directiva, así como coordinar internamente la acción de la Institución, y la de ésta con las demás instituciones del Estado.

Asimismo, asumirá las demás funciones que por ley le están reservadas al Presidente de la Junta Directiva y las otras que le asigne la propia Junta.

b) Será un funcionario de tiempo completo y dedicación exclusiva; consecuentemente no podrá desempeñar otro cargo público ni ejercer profesiones liberales.

c) Podrá ser removido libremente por el Consejo de Gobierno, en cuyo caso tendrá derecho a la indemnización laboral que le corresponda por el tiempo servido en el cargo. Para determinar esa indemnización se seguirán las reglas fijadas en los artículos 28 y 29 del Código de Trabajo, con las limitaciones en cuanto al monto que esos artículos determinan.

ch) Tendrá la representación de la Institución, con facultades de apoderado generalísimo sin limitación de suma. No será necesaria la inscripción de su personería en el Registro Público y bastará únicamente la publicación del acuerdo de nombramiento en "La Gaceta".

2.- Ocho personas de máxima honorabilidad, que serán nombradas así:

- a. Dos representantes del Estado, de libre nombramiento del Consejo de Gobierno, quienes no podrán ser Ministros de Estado, ni sus delegados.
- b. Tres representantes del sector patronal.
- c. Tres representantes del sector laboral.

Los miembros citados en los incisos b) y c) anteriores, se escogerán y designarán conforme a las siguientes reglas:

1.- Los representantes del sector patronal y del sector laboral serán nombrados por el Consejo de Gobierno, previa elección efectuada por dichos sectores, respetando los principios democráticos del país y sin que el Poder Ejecutivo pueda impugnar tales designaciones.

2.- En cuanto a los representantes del sector patronal y laboral, corresponderá elegir y designar a un representante al movimiento cooperativo; un representante al movimiento solidarista y un representante al movimiento sindical. El proceso para elegir al representante del movimiento cooperativo

será administrado, por el Consejo Nacional de Cooperativas con base en esta ley. El proceso para elegir a los tres representantes del sector patronal será administrado, por la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada conforme a la presente ley.

3.- La Junta Directiva de la Caja convocará con antelación suficiente a los sectores para que inicien el proceso de elección. El Poder Ejecutivo dispondrá reglamentariamente los procedimientos por aplicar a los procesos de elección, en los cuales solo podrán participar las organizaciones o los entes debidamente inscritos y organizados de conformidad con la ley.

Las elecciones se realizarán en Asambleas de Representantes de los movimientos sindical, cooperativo, solidarista y patronal.

Cada una deberá celebrarse por separado, observando las siguientes reglas:

- a. El peso de cada organización del movimiento laboral dentro del total de representantes se determinará en función del número de sus asociados afiliados al Seguro Social. Si se trata de organizaciones patronales, se establecerá en función del número de sus afiliados.
- b. En los procesos de elección, no podrán participar organizaciones ni entes morosos en sus obligaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social.
- c. Los representantes deberán ser designados por sus respectivas organizaciones, mediante asambleas celebradas conforme a la ley.
- d. Las Asambleas de Representantes elegirán a los miembros de la Junta Directiva de la Caja referidos en este inciso, por mayoría absoluta de los miembros de cada Asamblea. Si una Asamblea de Representantes no se reúne, no se celebra dentro del plazo fijado reglamentariamente o no elige al miembro de Junta Directiva respectivo, el Consejo de Gobierno lo nombrará libremente. Si no es elegido por mayoría absoluta de la Asamblea de Representantes, el Consejo de Gobierno lo nombrará de una terna formada por los tres candidatos que obtuvieron la mayor cantidad de votos en la elección. El Consejo de Gobierno no podrá rechazar esta terna.

4.- Los miembros de la Junta Directiva de la Institución que representen a los sectores laboral y patronal, serán nombrados por períodos de cuatro años y podrán ser reelegidos.

Transitorio Primero: El Poder Ejecutivo emitirá el reglamento respectivo, en el cual se establecerán los procedimientos para la elaboración de las listas a que este artículo se refiere.

(Así reformado por el artículo 2° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983 y, posteriormente reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 7.- Regirán respecto de dicha Junta, las siguientes disposiciones:

a) Sus miembros deberán ser personas caracterizadas por su honorabilidad y competencia, versadas en materias económico-sociales y costarricenses naturales o naturalizados con un mínimo de diez años de residencia en el país; y

b) No podrán formar parte de ella:

1. Los miembros o empleados de los supremos poderes ni los empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social.
2. Los directores, gerentes, subgerentes, personeros, empleados o dueños de la mayoría de las acciones de algún banco;
3. Los que estén ligados entre sí por parentesco de consanguinidad o de afinidad hasta el tercer grado inclusive; y
4. Los que estén declarados en insolvencia o quiebra, o sean deudores de la Caja.

(Así reformado por el artículo 3 de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 8.- Los miembros de la Junta Directiva desempeñarán sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo y serán por lo mismo, los únicos responsables de su gestión. Por igual razón, pesará sobre ellos cualquier responsabilidad legal que pueda atribuírseles.

Serán inamovibles durante el período de su cometido, salvo que llegue a declararse en su contra alguna responsabilidad legal o que caigan dentro de las previsiones de los artículos 7°, inciso b) y 9°.

Artículo 9.- Cesará de ser miembro de la Junta Directiva:

- a. El que se ausente del país por más de tres meses sin autorización de la Junta Directiva, o con ella, por más de un año;
- b. El que sin causa justificada, a juicio de la Junta, falte a seis sesiones ordinarias consecutivas;
- c. El que infrinja o consienta infracciones a la Ley de Seguro Social;

- d. El que por incapacidad física o moral no haya podido desempeñar sus funciones durante un año; y
- e. El que renuncie a su cargo o se incapacite legalmente. En el primer caso la renuncia deberá ser presentada a la Junta.

En todos estos casos y en el de muerte de un miembro de la Junta, ésta dará cuenta al Poder Ejecutivo para que proceda a declarar la separación y a hacer el reemplazo respectivo, sin que la pérdida de su puesto libre a la persona separada de las responsabilidades en que hubiere podido incurrir.

La reposición se hará dentro de los quince días siguientes a aquél en que ocurrió la vacante, y el nuevo nombrado ejercerá el cargo por el resto del período legal.

Artículo 10.- DEROGADO.-

(Derogado por Ley N° 755 del 11 de octubre de 1949).

Artículo 11.- Queda prohibido a los miembros de la Junta Directiva y a los gerentes de División, tomar parte activa en asuntos de política electoral, sin perjuicio de que con toda libertad cumplan con sus deberes cívicos. Queda prohibido, asimismo, a todo el personal administrativo, médico y técnico de la Institución, cualquiera que sea la modalidad de su jornada ordinaria, dedicarse a trabajos o discusiones que tengan carácter de propaganda política, durante el transcurso de dicha jornada.

(Así reformado por el artículo 3° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 12.- Es igualmente prohibido para la Junta Directiva hacer operaciones, directa o indirectamente, con sus propios miembros o con sus esposas; o con sus padres o hijos, por afinidad o por consanguinidad, sin que esta prohibición se extienda a las operaciones realizadas antes del nombramiento respectivo, ni afecte para nada la posible obligación por parte de esas personas de ser asegurados o de cumplir como patronos el aseguramiento de sus trabajadores.

Artículo 13.- Ningún miembro de la Junta Directiva podrá asistir a la sesión en que se resuelvan operaciones en que esté interesado algún pariente suyo hasta el cuarto grado inclusive, por afinidad o por consanguinidad, u operaciones que interesen a sociedades de que él o sus parientes dichos sean socios colectivos o comanditarios, o directores o gerentes si se trata de una sociedad anónima. Igual prohibición existirá cuando la Junta Directiva tenga que conocer de una reclamación o conflicto en que sea parte alguna de las personas mencionadas en este artículo o en el anterior.

Artículo 14.- Son atribuciones de la Junta Directiva:

- a. Nombrar de su seno, cada año, un Vicepresidente. Este repondrá al Presidente en los casos de ausencia o de impedimento. Al Vicepresidente lo sustituirán los Vocales, por orden de edad;

- b. Dirigir la Caja, fiscalizar sus operaciones, autorizar el implantamiento de los seguros y resolver las peticiones de los asegurados en último término, cuando sea del caso;
- c. Acordar las inversiones de los fondos de la Caja;
- d. Aceptar transacciones judiciales o extrajudiciales con acuerdo, por lo menos, de cuatro de sus miembros;
- e. Conceder licencias a los gerentes de División y a sus propios miembros.
- f. Dictar los reglamentos para el funcionamiento de la Institución;
- g. Aprobar los balances generales de la misma;
- h. Aprobar, a más tardar quince días antes de su fecha de entrega a la Contraloría General de la República, a propuesta del Presidente Ejecutivo, el presupuesto anual de gastos, e introducirle las modificaciones que juzgue convenientes. Los gastos de administración no podrán ser superiores a los que fije la Junta Directiva. El Auditor de la Institución está obligado a informar inmediatamente al Presidente Ejecutivo, sobre cualquier gasto que infrinja lo dispuesto en el párrafo anterior.
- i. Dirimir los conflictos de su competencia que en el ejercicio de sus atribuciones puedan suscitarse entre las Divisiones.

(Así reformado por el artículo 1° de la Ley N° 3107 del 9 de abril de 1963 y por el artículo 3° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 15.- La Junta Directiva, a propuesta del Presidente Ejecutivo, designará tres gerentes de División: uno administrativo, uno médico y otro financiero, quienes tendrán a su cargo la administración en sus respectivos campos de competencia, la cual será determinada por la Junta Directiva. Durarán seis años en sus cargos y podrán ser reelegidos indefinidamente.

Serán inamovibles durante el período de su cometido, salvo que, a juicio de la Junta Directiva, no cumplan con sus funciones o que se declare contra ellos alguna responsabilidad legal de índole penal, civil o administrativa.

Para ocupar el cargo de gerente de División es necesario reunir los mismos requisitos que se exigen para ser miembro de la Junta Directiva.

Los gerentes de División estarán sujetos a las mismas restricciones y prohibiciones de los miembros de la Junta Directiva, lo mismo que a sus casos de cesación en el desempeño de sus cargos.

La Junta Directiva podrá crear y definir otras divisiones con su respectivo gerente, cuando lo considere conveniente, de acuerdo con las necesidades de la institución.

(Así reformado por el artículo 3° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 16.- DEROGADO.

(Derogado por el artículo 4° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 17.- El Presidente Ejecutivo no podrá nombrar, para que formen parte del personal de la Caja, a los que estuvieren ligados con los miembros de la Junta Directiva, con los gerentes de División o con él, por parentesco de consanguinidad hasta el tercer grado, inclusive, o de afinidad hasta segundo grado, también inclusive.

No será motivo que dé lugar a la remoción de un trabajador al servicio de la Caja, el hecho de que se nombre miembro de la Junta Directiva o gerente de División a una persona que tenga con él relaciones de parentesco, en la forma que establece el párrafo anterior; ni tampoco podrá ser causal de destitución el que con posterioridad a su nombramiento llegue a ser pariente por afinidad con cualquiera de aquéllos. Se exceptúan las personas cuyo nombramiento esté sujeto a concurso establecido por leyes o estatutos profesionales de servicio.

(Así reformado por el artículo 3° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 18.- La Junta Directiva se reunirá en sesión ordinaria una vez por semana, y, extraordinariamente, para tratar asuntos urgentes, cada vez que sea convocada por el Presidente ejecutivo o por tres de sus miembros, quienes, en tal caso, deberán hacerlo por escrito indicando el objeto de la sesión. Cinco miembros de la Junta Directiva formarán quórum para toda sesión. Los acuerdos se tomarán, salvo disposición legal en contrario, por mayoría de votos.

(Así reformado por el artículo 3° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 19.- Los miembros de la Junta Directiva, los gerentes de División y el resto del personal de la Caja que, por dolo o por culpa grave, ejecuten o permitan la ejecución de operaciones contrarias a la presente ley o sus reglamentos, responderán con sus bienes por las pérdidas que tales operaciones irroguen a la institución, sin perjuicio de la responsabilidad penal consiguiente.

(Así reformado por el artículo 3° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 20.- Habrá un cuerpo de inspectores encargado de velar por el cumplimiento de esta ley y sus reglamentos. Para tal propósito, los inspectores tendrán carácter de autoridades, con los deberes y las atribuciones señalados en los artículos 89 y 94 de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Para los efectos de esta ley, el Director del Departamento de Inspección de la Caja tendrá la facultad de solicitar por escrito, a la Tributación y a cualquier otra oficina pública, la información contenida en las declaraciones, los informes y los balances y sus anexos sobre salarios, remuneraciones e ingresos, pagados o recibidos por los asegurados, a quienes se les podrá recibir declaración jurada sobre los hechos investigados.

Las actas que levanten los inspectores y los informes que rindan en el ejercicio de sus funciones y atribuciones, deberán ser motivados y tendrán valor de prueba muy calificada. Podrá prescindirse de dichas actas e informes solo cuando exista prueba que revele su inexactitud, falsedad o parcialidad.

Toda la información referida en este artículo tendrá carácter confidencial; su divulgación a terceros particulares o su mala utilización serán consideradas como falta grave del funcionario responsable y acarrearán, en su contra, las consecuencias administrativas, disciplinarias y judiciales que correspondan, incluida su inmediata separación del cargo.

(Reformado por la Ley N° 4188 del 10 de setiembre de 1968 y por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 21.- El personal de la Caja será integrado a base de idoneidad comprobada, y los ascensos de categoría se otorgarán tomando en cuenta los méritos del trabajador en primer término y, luego, la antigüedad en el servicio.

Todos los trabajadores al servicio de la Caja gozarán de un régimen especial de beneficios sociales que elaborará la Junta Directiva. Este régimen comprenderá la formación de fondos de retiro, de ahorro y préstamos, un plan de seguros sociales y los otros beneficios que determine la Junta Directiva. La contribución anual de la Caja al Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo será del 3% de la totalidad de los sueldos ordinarios consignados en su Presupuesto.

A los trabajadores que se retiraren voluntariamente de la Caja a partir de la vigencia de esta ley, no se les podrá acreditar derechos en el Fondo de Retiro, Ahorro y Préstamo, por los servicios prestados hasta la fecha en que comienza a regir ésta, superiores a veinte mil colones.

Quedan a salvo los derechos adquiridos al amparo de normas jurídicas anteriores.

SECCIÓN III - De los ingresos del Seguro Social

Artículo 22.- Los ingresos del Seguro Social se obtendrán, en el caso de los trabajadores dependientes o asalariados, por el sistema de triple contribución, a base de las cuotas forzosas de los asegurados, de los patronos particulares, el Estado y las otras entidades de Derecho Público cuando estos actúen como patronos, además, con las rentas señaladas en el artículo 24.

Los ingresos del Seguro Social que correspondan a los trabajadores independientes o no asalariados se obtendrán mediante el sistema de cuotas establecido en el artículo 3 de esta ley.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 23.- Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales. La contribución de los trabajadores no podrá ser nunca mayor que la contribución de sus patronos, salvo los casos de

excepción que para dar mayores beneficios a aquéllos, y para obtener una más justa distribución de las cargas del seguro social obligatorio señale el Reglamento, con base en recomendaciones actuariales.

Artículo 24.- La cuota del Estado como tal y como patrono, se financiará:

- a. Con un aumento del veinte por ciento de todos los derechos y recargos, sin excepción, sobre la importación de licores, vinos, perfumes, cervezas, refrescos gaseosos, aguas minerales y artículos de lujo, de fabricación extranjera, que determine mediante decreto el Poder Ejecutivo;
- b. Con el quince por ciento del valor de los productos elaborados y vendidos por la Fábrica Nacional de Licores;
- c. Con un aumento del quince por ciento de todos los impuestos de consumo que soporte la cerveza fabricada en el país;
- d. Con un aumento del medio por millar sobre el valor de los bienes inmuebles aceptado por la Tributación Directa;
- e. Con un impuesto de consumo de medio céntimo por cada envase de refrescos gaseosos y aguas minerales que se elaboren en el país, sin excepción de ninguna clase; y
- f. DEROGADO.

(Así reformado mediante leyes N° 1250 del 20 de diciembre de 1950 y N° 4574 del 4 de mayo de 1970).

Artículo 25.- DEROGADO.-

(Derogado por el artículo 7° de la ley No. 2185 del 9 de diciembre de 1957).

Artículo 26.- Se considerarán también como ingresos de la Caja los legados y donaciones que se hicieren a ésta.

Artículo 27.- La evaluación de los sueldos o salarios comprenderá las cantidades que los patronos abonen a los asegurados en dinero y en especie. De acuerdo con las condiciones generales del trabajo y las particulares de cada región, la Caja determinará el valor de los distintos tipos de sueldo o salario en especie a que se refiere este artículo; pero mientras esa determinación no se haga, quedará facultada para aplicar la regla que contiene el artículo 166, párrafo tercero, del Código de Trabajo.

Artículo 28.- Las cuotas de los patronos son de su exclusivo cargo y será absolutamente nulo todo convenio en contrario.

Artículo 29.- Las cuotas de los asegurados facultativos se calcularán sobre el promedio de los salarios o sueldos que hubieren devengado durante el último trimestre que estuvieron dentro del régimen del seguro social obligatorio.

Artículo 30.- Los patronos, al pagar el salario o sueldo a sus trabajadores, les deducirán las cuotas que estos deban satisfacer y entregarán a la Caja el monto de las mismas, en el tiempo y forma que determine la Junta Directiva.

El patrono que no cumpla con la obligación que establece el párrafo anterior, responderá personalmente por el pago de dichas cuotas. Cuando el patrono fuere el Estado o sus instituciones, y el culpable de que no se haga la retención fuere un trabajador al servicio de ellos, la responsabilidad por el incumplimiento será suya y se le sancionará con suspensión del respectivo cargo, durante quince días, sin goce de sueldo.

En caso del traspaso o arrendamiento de una empresa de cualquier índole, el adquiriente o arrendatario responderá solidariamente con el transmitente o arrendante, por el pago de las cuotas obreras o patronales que estos últimos fueren en deber a la Caja en el momento del traspaso o arrendamiento. Para que la Caja recupere las cuotas que se adeuden, se procederá de acuerdo con lo dispuesto en el penúltimo párrafo del artículo 53 de esta ley.

(Así reformado por el artículo 1º de la ley No. 4189 del 10 de setiembre de 1968).

Artículo 31.- Los patronos y los asegurados facultativos pagarán sus cuotas directamente en el tiempo y forma que establezca la Junta Directiva.

Corresponderá a la Caja determinar si aplica el sistema de estampillas o timbres, el de planillas, libretas, o cualquier otro, en la recaudación de las cuotas de los asegurados y de los patronos; pero quedará obligada a informar a los asegurados que lo soliciten, el número y monto de las cuotas que a nombre de ellos haya recibido.

Créase el Sistema Centralizado de Recaudación, para llevar el registro de los afiliados, ejercer el control de los aportes al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, de Pensiones Complementarias, de Enfermedad y Maternidad; a los Fondos de Capitalización Laboral; además de las cargas sociales cuya recaudación ha sido encargada a la CCSS y cualquier otra que la ley establezca.

Mediante decreto, el Poder Ejecutivo podrá encargar al Sistema Centralizado de Recaudación la recolección del impuesto de la renta establecido sobre los salarios. El Instituto Nacional de Seguros queda autorizado para recolectar por medio de este Sistema, las primas del seguro de riesgos del trabajo.

El registro del Sistema Centralizado de Recaudación será administrado por la Caja.

El Sistema Centralizado de Recaudación se regirá además por las siguientes disposiciones:

- a. La recaudación deberá ser efectuada por la Caja o por medio del sistema de pagos y transferencias del Sistema Financiero Nacional de manera tal que se garantice a los destinatarios finales, el giro de los recursos en forma directa.

- b. La Caja será responsable de realizar todas las gestiones administrativas y judiciales para controlar la evasión, subdeclaración o morosidad de los empleadores así como, de gestionar la recuperación de los aportes indebidamente retenidos por los patronos según lo establecido en la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de las gestiones que puedan realizar terceros de acuerdo con el artículo 564 del Código de Trabajo.

El patrono girará las cuotas correspondientes a cada trabajador, dentro de un plazo hasta de veinte días naturales, siguientes al cierre mensual, por medio del sistema de recaudación de la Caja Costarricense de Seguro Social. Vencido dicho plazo, el patrono cancelará intereses conforme a la tasa básica pasiva calculada por el Banco Central, los cuales serán acreditados directamente a la cuenta de cada trabajador.

El Régimen No Contributivo debe universalizar las pensiones para todos los adultos mayores en situación de pobreza y que no estén cubiertos por otros regímenes de pensiones. La pensión básica de quienes se encuentren en situación de extrema pobreza no deberá ser inferior a un cincuenta por ciento (50%), de la pensión mínima otorgada por vejez dentro del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja. En los otros casos, la Caja definirá los montos correspondientes. En ambas situaciones, se atenderá en forma prioritaria a las personas adultas mayores amas de casa.

(Así reformado por el artículo 87 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 32.- La Junta Directiva formará con los capitales y rentas que se obtengan de acuerdo con esta ley, dos fondos: uno para beneficios y gastos del régimen de reparto y otro para beneficios y gastos del régimen de capitalización colectiva.

Artículo 33.- El fondo del régimen de reparto estará formado por las cuotas de los patronos y se destinará a las prestaciones que exijan los seguros de enfermedad y maternidad, con la extensión que indique la Junta Directiva, y a cubrir, además, los gastos que ocasionen los mismos seguros, así como los de administración en la parte que determine la Junta Directiva en el presupuesto correspondiente, todo de acuerdo con los cálculos actuariales.

Artículo 34.- El fondo del régimen de capitalización colectiva estará formado por la cuota del Estado como tal y por las cuotas de los asegurados, y se destinará a cubrir los beneficios correspondientes a los seguros de invalidez, vejez y muerte y cualesquiera otros que fije la Junta Directiva; además de los gastos de administración, en la parte que señale ésta en el presupuesto; todo de acuerdo con los cálculos actuariales y previo estudio y autorización de la Contraloría General de la República.

En relación con los gastos de administración, a que se refieren éste y el artículo anterior, relativos a los seguros de enfermedad y maternidad e invalidez, vejez y muerte, no podrán ser mayores del ocho por ciento (8%) en cuanto al primer seguro y del cinco por ciento (5%) en cuanto al segundo, todo referido a los ingresos efectivos del período anual de cada uno de esos seguros.

(Así reformado por el artículo 9º de la Ley N° 6577 del 6 de mayo de 1981).

Artículo 35.- No obstante lo dispuesto en los dos artículos anteriores, la Junta Directiva puede variar la aplicación de las cuotas de los patronos o de los asegurados, o del Estado como tal, a los fondos correspondientes de cualquiera de los regímenes de reparto o de capitalización colectiva si, de acuerdo con los cálculos actuariales, fuere aconsejable tal medida, para el mejor éxito del Seguro Social; previo estudio y autorización de la Contraloría General de la República.

Estas variaciones no podrán afectar las reservas ya constituidas.

(Así reformado por el artículo 9º de la Ley N° 6577 del 6 de mayo de 1981).

SECCIÓN IV - De la inscripción de los Asegurados

Artículo 36.- El derecho para exigir la prestación de beneficios nace en el momento en que haya ingresado a los fondos de la Caja el número de cuotas que para cada modalidad de seguro determine la Junta Directiva.

Sin embargo, no se negarán las prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad al trabajador asegurado cuyo patrono se encuentra moroso en el pago de las cuotas obrero-patronales. En el caso de mora por más de un mes, la Institución tendrá derecho a cobrar al patrono el valor íntegro de las prestaciones otorgadas hasta el momento en que la mora cese, de acuerdo con las reglas establecidas en el artículo 53, sin perjuicio del cobro de las cuotas adeudadas y de las sanciones que contempla la Sección VI de esta ley.

(Así reformado por el artículo 1º de la ley No. 3024 del 29 de agosto de 1962).

Artículo 37.- Iniciado el funcionamiento del seguro social, los patronos deberán empadronar en la Caja a sus trabajadores dentro del plazo y condiciones que establezca la Junta Directiva.

Artículo 38.- Cuando se tratare de trabajadores exceptuados de la obligación del seguro social, en virtud de lo dispuesto en el artículo 4º, la excepción será calificada por la Caja a más tardar dentro del término de sesenta días, contados a partir de aquél en que se formuló la solicitud, sin que entretanto dejen de cobrarse las cuotas de los asegurados y de los patronos. Calificada favorablemente la exención, se devolverán las cuotas pagadas.

SECCIÓN V - De las inversiones

Artículo 39.- La Caja, en la inversión de sus recursos, se regirá por los siguientes principios:

- a. Deberán invertirse para el provecho de los afiliados, en procura del equilibrio necesario entre seguridad, rentabilidad y liquidez, de acuerdo con su finalidad y respetando los límites fijados por la ley.
- b. Los recursos de los fondos solo podrán ser invertidos en valores inscritos en el Registro Nacional de Valores e Intermediarios o en valores emitidos por entidades financieras supervisadas por la Superintendencia General de Entidades Financieras.
- c. Deberán estar calificados conforme a las disposiciones legales vigentes y las regulaciones emitidas por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero.
- d. Deberán negociarse por medio de los mercados autorizados con base en la Ley Reguladora del Mercado de Valores o directamente en las entidades financieras debidamente autorizadas.
- e. Las reservas de la Caja se invertirán en las más eficientes condiciones de garantía y rentabilidad; en igualdad de circunstancias, se preferirán las inversiones que, al mismo tiempo, reporten ventajas para los servicios de la Institución y contribuyan, en beneficio de los asegurados, a la construcción de vivienda, la prevención de enfermedades y el bienestar social en general.

Para la construcción de vivienda para asegurados, la Caja podrá destinar hasta un veinticinco por ciento (25%) a la compra de títulos valores del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo y del Banco Hipotecario de la Vivienda. Además, para el uso de tales recursos, se autoriza a ambas instituciones para suscribir convenios de financiamiento con las asociaciones solidaristas y las cooperativas con el propósito de que otorguen créditos hipotecarios para vivienda a los asociados. Dentro de este límite, la Caja podrá otorgar préstamos hipotecarios para vivienda a los afiliados al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, siempre y cuando se realicen en condiciones de mercado.

Los títulos valores adquiridos por la Caja deberán estar depositados en una central de valores autorizada según la Ley Reguladora del Mercado de Valores. Además, la Junta Directiva deberá establecer reglamentariamente el mecanismo de valoración de los títulos adquiridos, de tal forma que reflejen su verdadero valor de mercado.

Los fondos de reserva del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social son propiedad de cotizantes y beneficiarios.

La Superintendencia de Pensiones, sin perjuicio de sus obligaciones, contribuirá con la Junta Directiva a la definición de las políticas que afecten el funcionamiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja, sugiriendo todas las medidas garantes de la rentabilidad y la seguridad de los fondos de este Régimen.

De igual forma, se crea un Comité de Vigilancia, integrado por representantes democráticamente electos por los trabajadores y los patronos, siguiendo el procedimiento del Reglamento respectivo. La Caja le rendirá un informe anual sobre la situación actual y proyectada del Régimen. El Superintendente de Pensiones también presentará un informe con una evaluación del presentado por la Caja al Comité de Vigilancia. Estos

informes serán de conocimiento público y dicho Comité emitirá recomendaciones a la Junta Directiva de la Caja.

(Así reformado por los artículos 85 y 87 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 40.- Los recursos de las reservas de la Caja no podrán ser invertidos en valores emitidos o garantizados por parientes hasta el segundo grado, por consanguinidad o afinidad, de los miembros de la Junta Directiva, gerentes o apoderados de los entes regulados, o por sociedades o empresas en las que cualesquiera de dichos parientes tengan, individualmente o en conjunto, participación accionaria superior al cinco por ciento (5%) o cualquier otra forma de control efectivo.

En ningún caso, la Caja podrá realizar operaciones de caución o financieras que requieran constitución de prendas o garantías sobre el activo del fondo. La Junta Directiva reglamentará la figura del préstamo de valores en algunas operaciones de bajo riesgo, tales como el mecanismo de garantía de operaciones de la cámara de compensación y liquidación del mercado de valores. Asimismo, podrá autorizar determinadas operaciones con instrumentos derivados, a fin de realizar coberturas de riesgo de tasa de interés y de tipo de cambio.

Los derechos societarios inherentes a las acciones de una sociedad anónima que pasen a formar parte de la inversión de la Caja, serán ejercidos por ésta.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 41.- Podrán concederse préstamos al Gobierno, las municipalidades y otros organismos del Estado, siempre que el total de los otorgados a todas estas instituciones no exceda del veinte por ciento (20%) del monto de las inversiones, se respeten los parámetros de inversión establecidos en el artículo 39 de esta ley y se den garantías reales sobre bienes inmuebles no destinados a servicios públicos y sean productores de renta.

Las reservas del régimen de capitalización colectiva deberán invertirse de manera que su rendimiento medio no sea inferior a la tasa de interés que sirvió de base para los respectivos cálculos actuariales.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 42.- Cada tres años y, además, cuando la Junta Directiva lo juzgue conveniente, se harán revisiones actuariales de las previsiones financieras de la Caja.

Artículo 43.- La Caja regulará la distribución de sus fondos con arreglo a los cálculos actuariales que le sirvieron de base, o con los que se adopten en virtud de los resultados que arrojen las revisiones ordenadas en el artículo anterior.

SECCIÓN VI - De las sanciones y de las resoluciones de los conflictos

Artículo 44.- Las siguientes transgresiones a esta ley serán sancionadas en la siguiente forma:

- a. Será sancionado con multa equivalente al cinco por ciento (5%) del total de los salarios, remuneraciones o ingresos omitidos, quien no inicie el proceso de empadronamiento previsto por el artículo 37 de esta ley, dentro de los ocho días hábiles siguientes al inicio de la actividad.
- b. Será sancionado con multa equivalente al monto de tres salarios base, quien:
 1. Con el propósito de cubrir a costa de sus trabajadores la cuota que como patrono debe satisfacer, les rebaje sus salarios o remuneraciones.
 2. No acate las resoluciones de la Caja relativas a la obligación de corregir transgresiones a la presente ley o sus reglamentos, constatadas por sus inspectores en el ejercicio de sus funciones. Las resoluciones deberán expresar los motivos que las sustentan, el plazo concedido para enmendar el defecto y la advertencia de la sanción a que se haría acreedor el interesado, de no acatarlas.
 3. No deduzca la cuota obrera mencionada en el artículo 30 de esta ley, no pague la cuota patronal o que le corresponde como trabajador independiente.
- c. Será sancionado con multa de cinco salarios base quien no incluya, en las planillas respectivas, a uno o varios de sus trabajadores o incurra en falsedades en cuanto al monto de sus salarios, remuneraciones, ingresos netos o la información que sirva para calcular el monto de sus contribuciones a la seguridad social.

De existir morosidad patronal comprobada o no haber sido asegurado oportunamente el trabajador, el patrono responderá íntegramente ante la Caja por todas las prestaciones y los beneficios otorgados a los trabajadores en aplicación de esta ley. En la misma forma responderán quienes se dediquen a actividades por cuenta propia o no asalariada, cuando se encuentren en estas mismas situaciones. Sin perjuicio de lo dicho en el párrafo anterior, la Caja estará obligada a otorgar la pensión y proceder directamente contra los patronos responsables, para reclamar el monto de la pensión y los daños y perjuicios causados a la Institución. El hecho de que no se hayan deducidos las cuotas del trabajador no exime de responsabilidad a los patronos. La acción para reclamar el monto de la pensión es imprescriptible e independiente de aquella que se establezca para demandar el reintegro de las cuotas atrasadas y otros daños y perjuicios ocasionados.

(Así reformado por el artículo 1 de la Ley N° 5844 del 21 de noviembre de 1975 y por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 45.- Constituye retención indebida y, en consecuencia, se impondrá la pena determinada en el artículo 216 del Código Penal, a quien no entregue a la Caja el monto de las cuotas obreras obligatorias dispuestas en esta ley.

(Así reformado por el artículo 112, inciso ch) de la Ley N° 7135 del 11 de octubre de 1989 y posteriormente reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 46.- Será sancionado con multa de cinco salarios base, el patrono que despida a sus trabajadores o tome represalias de cualquier clase contra ellos, para impedirles demandar el auxilio de las autoridades encargadas de velar por el cumplimiento y la aplicación de la presente ley o sus reglamentos.

(Así reformado por el artículo 1° de la Ley N° 1330 del 31 de julio de 1951 y posteriormente reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 47.- Será sancionado con multa de cinco salarios base el encargado de pagar los recursos ordenados por esta ley, que se niegue a proporcionar los datos y antecedentes considerados necesarios para comprobar la corrección de las operaciones, oponga obstáculos infundados o incurra en retardo injustificado para suministrarlos.

(Así reformado por el artículo 1° de la Ley N° 1330 del 31 de julio de 1951 y posteriormente reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 48.- La Caja podrá ordenar, administrativamente, el cierre del establecimiento, local o centro donde se realiza la actividad cuando:

- a. La persona responsable o su representante se nieguen, injustificada y reiteradamente, a suministrar la información que los inspectores de la Caja Costarricense de Seguro Social le soliciten dentro de sus atribuciones legales. No se aplicará dicha medida si la información requerida se entrega dentro de los cinco días siguientes a la notificación de la resolución en que se ordena el cierre.
- b. Cuando exista mora por más de dos meses en el pago de las cuotas correspondientes, siempre y cuando no medie ningún proceso de arreglo de pago o declaratorio de derechos entre el patrono y la Caja.

El cierre del establecimiento, local o centro donde se realiza la actividad se hará mediante la colocación de sellos oficiales en puertas, ventanas y otros lugares de acceso al establecimiento. La destrucción de estos sellos acarreará la responsabilidad penal correspondiente.

El cierre podrá ordenarse por un período máximo de cinco días, prorrogable por otro igual cuando se mantengan los motivos por los que se dictó. Para la imposición de esta medida y antes de su resolución y ejecución, la Caja deberá garantizarle al afectado el respeto de su derecho al debido proceso administrativo, conforme al artículo 55 de esta ley, que será normado mediante el reglamento respectivo

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 49.- En todo procedimiento que pueda culminar con la imposición de una sanción en sede administrativa, se le concederá al interesado el derecho de defensa y se respetará el debido proceso antes de que se resuelva el asunto. Para efecto del cálculo del monto respectivo de las sanciones económicas aquí previstas, se entenderá por salario base el establecido por el artículo 2 de la Ley No. 7337.

Las personas que resulten sancionadas administrativamente por infracción de las leyes y normas reguladoras de la seguridad social o incumplan los plazos reglamentarios definidos para el cumplimiento de sus obligaciones, estarán sujetas, además, al pago de las costas administrativas causadas. Asimismo, quienes no cancelen las cuotas correspondientes estarán sujetos al pago de los intereses de ley sobre el monto de las contribuciones adeudadas.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 50.- En caso de reincidencias específicas o genéricas se estará a lo dispuesto en el artículo 611 del Código de Trabajo.

(Así reformado por el artículo 1° de la Ley N° 1330 del 31 de julio de 1951).

Artículo 51.- Las personas jurídicas, las entidades o colectividades que constituyan una unidad económica, dispongan de patrimonio y autonomía funcional, aunque estas últimas tengan o no personalidad jurídica, responderán solidariamente por las acciones o las omisiones violatorias de esta ley, cometidas por los representantes en el ejercicio de sus funciones.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 52.- Es obligación de los asegurados someterse a los exámenes, que determine la Caja y, en su caso, al tratamiento respectivo.

Solo cuando se tratare de enfermedades infecto-contagiosas, la desobediencia manifiesta a la obligación de que habla el párrafo anterior será penada con multa de seis a ciento ochenta colones o con arresto de tres a noventa días, y en el tiempo que dure la omisión, quedarán en suspenso las prestaciones en dinero de que gozará el asegurado. En los demás casos, la Caja podrá suspender el otorgamiento de los beneficios.

Artículo 53.- Cuando la falta cometida implique perjuicio económico para la Caja, sin perjuicio de la sanción establecida administrativamente, el infractor deberá indemnizar a la Institución por los daños y perjuicios ocasionados y deberá, además, restituir los derechos violentados. Para ello, se adoptarán las medidas necesarias que conduzcan a esos fines y se procederá de conformidad con título VII, capítulo VII del Código de Trabajo.

La certificación extendida por la Caja, mediante su Jefatura de Cobro Administrativo o de la sucursal competente de la Institución, cualquiera que sea la naturaleza de la deuda, tiene carácter de título ejecutivo, una vez firme en sede administrativa.

Las deudas en favor de la Caja tendrán privilegio de pago en relación con los acreedores comunes, sin perjuicio de los privilegios mayores conferidos por otras normas. Este privilegio es aplicable en los juicios universales y en todo proceso o procedimiento que se tramite contra el patrimonio del deudor.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 54.- Cualquier persona podrá denunciar ante la Caja o sus inspectores, las infracciones cometidas contra esta ley y sus reglamentos. En los procesos que se tramiten para el juzgamiento de faltas contra la presente ley y sus reglamentos, los tribunales de trabajo deberán tener siempre como parte a la Caja, a la cual se le dará traslado de la acción en su Dirección Jurídica. Bastará para probar la personería con que actúan los abogados de la institución, la cita de La Gaceta en que se haya publicado su nombramiento.

Las organizaciones de trabajadores o patronos y los asegurados, en general, tendrán el derecho de solicitar a la Junta Directiva de la Caja, y ésta les dará acceso, a toda la información que soliciten, en tanto no exista disposición legal alguna que resguarde la confidencialidad de lo solicitado.

Tendrán acceso a lo siguiente:

1. Información sobre la evolución general de la situación económica, financiera y contable de la Institución, su programa de inversiones y proyecciones acerca de la evolución probable de la situación económico-financiera de la Caja y los niveles de cotización, sub-declaración, cobertura y morosidad.
2. Información sobre las medidas implementadas para el saneamiento y mejoramiento económico-financiero de la institución, así como las medidas concretas y sus efectos en materia de cotización, sub-declaración, cobertura y morosidad.
3. Información estadística que fundamente la información indicada en los incisos anteriores.

La información mencionada en los incisos anteriores deberá estar disponible al menos semestralmente.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 55.- Las controversias suscitadas por la aplicación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y las promovidas por la aplicación de las leyes y los reglamentos por parte del Servicio de Inspección o contra él, serán substanciadas y resueltas por el despacho correspondiente y contra lo que este Servicio decida, cabrá recurso de apelación

ante la Gerencia de División correspondiente, siempre que se interponga ante la oficina que dictó la resolución, dentro de los tres días hábiles posteriores a la notificación respectiva.

El pronunciamiento deberá dictarse dentro de los veinte días hábiles siguientes a la fecha en que se promovió el recurso.

Las demás controversias que se promuevan con motivo de la aplicación de esta ley o sus reglamentos, serán substanciadas y resueltas por la Gerencia de División respectiva. Contra lo que esta decida, cabrá recurso de apelación ante la Junta Directiva, el cual deberá interponerse ante la misma Gerencia de División que dictó la resolución impugnada, dentro de los tres días hábiles siguientes a la notificación. El pronunciamiento de la Junta Directiva deberá dictarse dentro de los veinte días siguientes a aquél en que se planteó el recurso.

Cada Gerente de División conocerá de los asuntos atinentes a su competencia, según la materia de que se trate. Si alguno estima que un caso no le corresponde, lo remitirá de oficio sin más trámite a la División respectiva. El plazo para impugnar ante los tribunales las resoluciones firmes que dicte la Caja será de seis meses.

(Así reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

Artículo 56.- Las sentencias condenatorias dictadas en los juicios a que se refiere este capítulo no se inscribirán en el Registro Judicial de Delincuentes, salvo el caso de que la Caja, dada la gravedad de la falta, así lo solicite expresamente al tribunal respectivo. Las multas impuestas con ocasión de la aplicación de esta ley ingresarán a los fondos de la Caja Costarricense de Seguro Social debiendo ser giradas de inmediato a dicha Institución una vez practicado el depósito respectivo.

La acción penal y la pena en cuanto a las faltas contempladas en esta ley, prescribirán en el término de dos años contados a partir del momento en que la Institución tenga conocimiento de la falta. El derecho a reclamar el monto de los daños y perjuicios irrogados a la Caja, sea que se ejercite la vía de ejecución de sentencia penal o directamente la vía civil, prescribirá en el término de diez años.

(Así reformado por el artículo 1° de la ley No. 2765 del 4 de julio de 1961).

SECCIÓN VII - Disposiciones generales.

Artículo 57.- Mientras no se hayan establecido de modo definitivo los servicios de la Caja, ésta gozará de una amplia libertad de acción en cuanto al orden y época en que deba asumir los riesgos, y queda autorizada para limitar la prestación o prestaciones a las zonas de territorio y categorías de trabajadores que estime convenientes, en atención a los recursos con que cuente, facilidades para el establecimiento de los servicios, población

que gozará de ellos, desarrollo económico de cada región, medios de comunicación y cualesquiera otras circunstancias que puedan influir en el buen resultado del implantamiento de los seguros sociales.

Artículo 58.- Se conceden a la Caja los siguientes beneficios:

- a. Exoneración de derechos de importación y sus recargos y de servicio de muellaje sobre las mercaderías u objetos que importe la Caja exclusivamente para su servicio y funcionamiento. También exoneración de toda clase de impuestos directos o indirectos, inclusive de las contribuciones municipales, presentes y futuras;
- b. Exoneración de uso de papel sellado, timbre y derechos de registro. Este beneficio comprenderá también a los particulares respecto de aquellos contratos que celebren con la Caja, siempre que no se trate de colocación de fondos;
- c. Exención de prestar fianza de costas y de hacer depósitos para obtener embargos;
- d. Inembargabilidad de sus bienes, fondos y rentas;
- e. Franquicia postal de y para la Institución, y telegráfica solo en favor de ésta;
- f. Libre transporte en las empresas del Estado para los Directores, Gerente, Subgerente y personal de la Caja, y exención del pago de fletes en las mismas, siempre que viajen al servicio de la Institución y en el ejercicio de sus funciones;
- y
- g. Iguales facilidades que las otorgadas a Bancos del Estado para la cancelación de créditos hipotecarios.

(NOTA: El inciso a) se complementa por Leyes Nos. 2151 del 13 de agosto de 1957 (Art. 3º) y su reforma por la ley Nº 3787 del 18 de noviembre de 1966, y por artículos 2º inciso l), 4º y 8º de la Ley Nº 7293 del 31 de marzo de 1992. Derogado tácitamente, en forma parcial, en sus siguientes aspectos: mediante Ley Nº 4513 del 2 de enero de 1970 (Art. 9), en cuanto a franquicias telegráfica y radiográfica; por Ley Nº 5870 de 11 de diciembre de 1975 (Art. 15) y su reforma por el 17 de la Ley Nº 7088 del 30 de noviembre de 1987, en lo relativo a franquicia postal; por el artículo 16 de la Ley Nº 7088 citada y su reforma por el 121 de la Ley 7097 del 18 de agosto de 1988, en lo concerniente a importación de vehículos, y por los artículos 50 y 55 de la Ley Nº 7293 antes indicada, a partir de su vigencia, en lo que a futuros impuestos se refiere).

Artículo 59.- Las prestaciones en dinero acordadas a los asegurados no podrán cederse, compensarse ni gravarse, no son susceptibles de embargo, salvo en la mitad por concepto de pensiones alimenticias.

Artículo 60.- Ni los patronos ni los asegurados podrán en ningún caso alegar derechos adquiridos con motivo de las modificaciones, alteraciones o cambios que se introduzcan por disposiciones legales, reglamentarias o de la Junta Directiva en relación, únicamente, con la modalidad y extensión de los beneficios y el monto de las cuotas asignadas para cubrirlos.

Artículo 61.- El derecho para reclamar el otorgamiento de las pensiones de invalidez, prescribe en dos años, y para las de muerte, en diez años. El derecho para reclamar las pensiones de vejez, es imprescriptible.

El derecho de cobrar las rentas ya acordadas, prescribe en dos años, a partir de la fecha de su otorgamiento, en los casos de vejez; en un año, en los casos de invalidez y muerte, y en seis meses, tratándose de todas las prestaciones en dinero que concede el Seguro de Enfermedad y Maternidad. La prescripción a que se refiere este párrafo, afecta solamente a las cuotas ya acumuladas en los períodos citados.

Transitorio.- Los nuevos términos de prescripción que se establecen en esta ley, rigen también las situaciones ya consolidadas a esta fecha.

(Así reformado por el artículo 1º de la ley No. 4530 del 24 de diciembre de 1969).

Artículo 62.- Las Juntas de Protección Social tendrán la obligación de prestar los servicios hospitalarios, médicos y quirúrgicos que la Caja necesite, pero ésta deberá cubrir el costo de ellos, cuyo valor se fijará de común acuerdo. A falta de éste, el precio y condiciones serán fijados por la Secretaría de Salubridad Pública.

Artículo 63.- Las instituciones, oficinas y funcionarios que dictaren disposiciones o resoluciones que se refieran a la aplicación del seguro social respecto de su personal subalterno asegurado, deberán enviar a la Gerencia una transcripción de ellas.

La Gerencia no podrá divulgar ni suministrar a particulares, salvo autorización expresa de la Directiva, los datos y hechos referentes a asegurados y patronos de que tenga conocimiento en virtud del ejercicio de sus funciones; pero podrá publicar cualquier información estadística o de otra índole que no se refiera a ningún asegurado o patrono en especial.

Artículo 64.- Los Bancos y las empresas particulares cuyo capital sea mayor de un millón de colones y que al 14 de noviembre de 1941 hubieran establecido en favor de sus trabajadores un servicio social que comprenda beneficios iguales o mayores, en conjunto, a los acordados por esta ley, podrán mantenerlo con autorización de la Junta Directiva de la Caja; y en tal caso, los patronos y trabajadores respectivos quedarán exceptuados de las obligaciones del seguro social mientras los beneficios no fueran disminuidos en perjuicio de estos.

Artículo 65.- Los trabajadores al servicio del Poder Judicial, de la Secretaría de Educación Pública, de las Municipalidades, del Ferrocarril al Pacífico, del Registro Público, de la Imprenta Nacional, de las Bandas Militares y de Correos, Telégrafos y Radios Nacionales, que hubieren sido nombrados antes del 14 de noviembre de 1941 y que en la actualidad estén cotizando para sus respectivos regímenes de previsión particulares, tendrán derecho a seguir gozando de los beneficios que les confieren las leyes de jubilaciones y pensiones promulgadas en su favor, o bien el derecho de ingresar al seguro social obligatorio, el cual tendrá carácter irrenunciable. Si dichos trabajadores

fueron nombrados con posterioridad a la fecha indicada, quedarán sometidos a la obligatoriedad del seguro social.

Las disposiciones del párrafo anterior se aplicarán también a los trabajadores al servicio de la Secretaría de Hacienda y Comercio y sus dependencias, de la Secretaría del Congreso Constitucional y del Centro de Control, siempre que hubieren sido nombrados antes de la fecha de la vigencia de la presente ley.

No obstante, los trabajadores al servicio de la Secretaría de Educación Pública que estuvieren amparados por la respectiva ley de jubilaciones y pensiones y que por cualquier causa hubieren cesado en sus funciones antes del 14 de noviembre de 1941 pero que posteriormente, en virtud de nuevo nombramiento, volvieren a formar parte del personal de ese Despacho, tendrán el derecho de optar entre continuar acogidos a su régimen especial de previsión, o ingresar al seguro social obligatorio.

Salvo lo dispuesto por la Ley Orgánica del Poder Judicial, los fondos con que actualmente contribuye el Estado para los sistemas de jubilaciones y pensiones de los trabajadores a que se refiere este artículo, ingresarán a la Caja, en concepto de cuota patronal, a medida que ésta asuma las correspondientes obligaciones.

Artículo 66.- No obstante lo dispuesto en el artículo que antecede, si los trabajadores a que ese texto se refiere, desearan continuar en el régimen de pensiones y jubilaciones respectivas y a la vez quisieren gozar de algunos o de todos los beneficios del seguro social obligatorio, podrán ingresar a éste mediante el pago de la cuota que señale la Junta Directiva; tal cuota se destinará única y exclusivamente a cubrir los beneficios que para esos trabajadores señale dicha Junta.

Artículo 67.- En el mes de enero de cada año, la Gerencia pedirá al Centro de Control que proceda a practicar, en relación con el año anterior, arqueo de los valores de la Caja de la Institución y una revisión de las cuentas y comprobantes de la misma, así como del sistema de contabilidad. El resultado de ese arqueo y revisión, deberá ponerlos la Gerencia en conocimiento de la Junta Directiva, en la próxima sesión ordinaria que ésta celebre.

La Caja publicará antes del 31 de marzo de cada año, una Memoria Anual que, por lo menos, contendrá los balances mensuales de la contabilidad, el presupuesto general de la Institución, y el informe del Centro de Control.

Artículo 68.- El servicio y cuerpo médico de la Caja actuarán con absoluta independencia de cualquier otra entidad administrativa ajena a ésta, salvo que la Junta Directiva o, en su caso, la Gerencia, disponga lo contrario, y su libertad de acción no será interferida por las disposiciones de ninguna otra ley o decreto existentes en la fecha de vigencia de la presente ley.

Artículo 69.- No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, los asegurados que desearan ser asistidos por otro médico u ocupar los servicios de otra farmacia que no sea

la de la Caja, podrán hacerlo libremente, bajo el control de la Caja, pero en ese caso la Institución no estará obligada a pagar los respectivos gastos sino de acuerdo con la tarifa de asistencia médica y de servicios farmacéuticos que elaboren las secciones médica y farmacéutica, con aprobación de la Junta Directiva de la Caja.

Cualquier diferencia que resulte entre estos precios y los cobrados por los médicos o farmacias particulares, será pagada en cada caso por los asegurados.

Artículo 70.- Créase la Carrera Administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social, para regular la cual la Junta Directiva establecerá las condiciones referentes al ingreso de los empleados al servicio de la Institución, garantías de estabilidad, deberes y derechos de los mismos, forma de llenar las vacantes, promociones, causas de remoción, escala de sanciones, trámite para el juzgamiento de las infracciones y demás disposiciones necesarias.

En cuanto a la integración del Cuerpo de Inspectores y Visitadoras Sociales, se dará preferencia, en igualdad de circunstancias, a los alumnos de la Escuela de Servicio Social.

SECCIÓN VIII - Disposiciones financieras

Artículo 71.- La Caja Costarricense de Seguro Social está autorizada para importar, desalmacenar, fabricar, comprar, vender y exportar, directamente, medicamentos incluidos en el Formulario Nacional, reactivos y biológicos, así como materias primas y materiales de acondicionamiento y empaque, requeridos en la elaboración de aquellos. Igualmente queda autorizada para suplir estos mismos artículos a las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud.

(Adicionado por el artículo 5° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 72.- Las compras y negociaciones a que se refiere el artículo anterior se podrán realizar con la sola autorización de la Contraloría General de la República, de acuerdo con las siguientes normas especiales:

- a. La Caja Costarricense de Seguro Social establecerá y mantendrá actualizado un registro de oferentes de los productos, con base en su nombre genérico. La Contraloría General de la República y la Auditoría de la Caja Costarricense de Seguro Social tendrán una copia de este registro. La Oficina encargada de las compras pedirá libremente las cotizaciones a las empresas nacionales y extranjeras, inscritas en el registro de oferentes, y sus respuestas serán consideradas ofertas formales si llenan los requisitos del caso. Para tener derecho a ser consideradas, tales respuestas deberán ser dadas por los oferentes dentro de los tres días hábiles siguientes al recibo de la solicitud de cotización.

- b. La Contraloría General de la República deberá resolver las autorizaciones de compra en un plazo no mayor de cinco días hábiles.
- c. En casos especiales de urgencia, las compras podrán realizarse con la sola aprobación de la Auditoría de la Caja, pero, en todo caso, la Contraloría deberá ser informada de lo actuado dentro de las veinticuatro horas siguientes.
- d. Los funcionarios encargados de la realización de las compras, deberán realizarlas en las mejores condiciones de calidad y precio, y responderán por sus actos y por los daños y perjuicios que eventualmente puedan causar, de conformidad con la ley.

(Así adicionado por el artículo 5° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 73.- La Caja Costarricense de Seguro Social podrá exportar medicamentos, reactivos y biológicos, siempre que estén satisfechas las necesidades nacionales. También podrá intercambiar medicamentos con organismos estatales o privados de otros países con el fin de satisfacer necesidades sociales. Las normas y autorizaciones contenidas en este artículo serán aplicables igualmente al Ministerio de Salud.

(Adicionado por el artículo 5° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 74.- La Contraloría General de la República no aprobará ningún presupuesto, ordinario o extraordinario, ni efectuará modificaciones presupuestarias de las instituciones del sector público, incluso de las municipalidades, si no presentan una certificación extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social, en la cual conste que se encuentran al día en el pago de las cuotas patronales y obreras de esta Institución o que existe, en su caso, el correspondiente arreglo de pago debidamente aceptado. Esta certificación la extenderá la Caja dentro de las veinticuatro horas hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, en papel común y libre de cargas fiscales, timbres e impuestos de cualquier clase.

Corresponderá al Ministro de Hacienda la obligación de presupuestar, anualmente, las rentas suficientes que garanticen la universalización de los seguros sociales y ordenar, en todo caso, el pago efectivo y completo de las contribuciones adeudadas a la Caja por el Estado, como tal y como patrono. El incumplimiento de cualquiera de estos deberes acarreará en su contra las responsabilidades de ley. Penalmente esta conducta será sancionada con la pena prevista en el artículo 330 del Código Penal.

Los patronos y las personas que realicen total o parcialmente actividades independientes o no asalariadas, deberán estar al día en el pago de sus obligaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social, conforme a la ley. Para realizar los siguientes trámites administrativos, será requisito estar al día en el pago de las obligaciones de conformidad con el artículo 31 de esta ley.

1. La admisibilidad de cualquier solicitud administrativa de autorizaciones que se presente a la Administración Pública y ésta deba acordar en el ejercicio de las funciones públicas de fiscalización y tutela o cuando se trate de solicitudes de

- permisos, exoneraciones, concesiones o licencias. Para efectos de este artículo, se entiende a la Administración Pública en los términos señalados en el artículo 1 tanto de la Ley General de la Administración Pública como de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.
2. En relación con las personas jurídicas, la inscripción de todo documento en los registros públicos mercantil, de asociaciones, de asociaciones deportivas y el Registro de Organizaciones Sociales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, excepto los expedidos por autoridades judiciales.
 3. Participar en cualquier proceso de contratación pública regulado por la Ley de Contratación Administrativa o por la Ley de Concesión de Obra Pública. En todo contrato administrativo, deberá incluirse una cláusula que establezca como incumplimiento contractual, el no pago de las obligaciones con la seguridad social.
 4. El otorgamiento del beneficio dispuesto en el párrafo segundo del artículo 5 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.
 5. El disfrute de cualquier régimen de exoneración e incentivos fiscales. Será causa de pérdida de las exoneraciones y los incentivos fiscales acordados, el incumplimiento de las obligaciones con la seguridad social, el cual será determinado dentro de un debido proceso seguido al efecto.

La verificación del cumplimiento de la obligación fijada en este artículo, será competencia de cada una de las instancias administrativas en las que debe efectuarse el trámite respectivo; para ello, la Caja deberá suministrar mensualmente la información necesaria. El incumplimiento de esta obligación por parte de la Caja no impedirá ni entorpecerá el trámite respectivo. De igual forma, mediante convenios con cada una de esas instancias administrativas, la Caja Costarricense de Seguro Social podrá establecer bases de datos conjuntas y sistemas de control y verificación que faciliten el control del cumplimiento del pago de las obligaciones con la seguridad social.

(Adicionado a la presente ley por el numeral 5 de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983 y reformado por el artículo 85 de la Ley N° 7983 del 16 de febrero de 2000).

SECCIÓN IX - Disposiciones finales

Artículo 75.- Es entendido que esta ley no interfiere ni deroga las disposiciones del Capítulo Segundo, Título Cuarto del Código de Trabajo, ni las que se refieran a cualquier otra clase de riesgos que correspondan legalmente al Banco Nacional de Seguros.

(Remunerado por el artículo 6° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 76.- Quedan derogadas las leyes N° 17 de 1° de noviembre de 1941 y N° 189 de 13 de agosto de 1942, así como los decretos reglamentarios de éstas y las demás disposiciones legales que se opongan a la presente ley.

Igualmente queda derogada la frase final del artículo 29, inciso f), del Código de Trabajo, referente al trabajador asegurado en la Caja contra el riesgo de muerte.

(Renumerado por el artículo 6° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

0 SERVICIOS PERSONALES

Artículo 77.- Los fondos disponibles de la Caja Costarricense de Seguro Social, logrados una vez que la Caja separe los montos necesarios para atender sus inversiones, planes de crédito internos y sus gastos de operación, únicamente podrán ser canalizados a través del Banco Central de Costa Rica. Anualmente el Banco Central y la Caja Costarricense de Seguro Social firmarán el contrato de préstamo correspondiente, fijándose la tasa mínima actuarial de interés que indique la Caja Costarricense de Seguro Social de acuerdo con sus cálculos actuariales.

El Banco Central canalizará a través de los bancos comerciales los recursos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Estos recursos han de emplearse en crédito de mediano y de largo plazo.

Cuando por razones imprevistas la Caja Costarricense de Seguro Social se vea necesitada de fondos, el Banco Central deberá atender la demanda de esa institución con el fin de resolver temporalmente el desajuste de efectivo que pudiera haberse presentado. En el contrato de préstamo del período siguiente, la Caja cancelará al Banco Central el monto que se haya visto obligado a solicitar temporalmente. La tasa de interés que cobrará el Banco a la Caja Costarricense de Seguro Social será la misma que éste haya cobrado a aquél en sus operaciones anuales.

(Adicionado por el artículo 2° de la Ley N° 4750 del 26 de abril de 1971 y renumerado por el artículo 6° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Artículo 78.- Esta ley entrará en vigencia desde su publicación.

(Renumerado por el artículo 6° de la Ley N° 6914 del 28 de noviembre de 1983).

Anexo 9

Total Anual de Gastos por Salarios Ordinarios, 2000.

TOTAL ANUAL DE GASTOS POR SALARIOS ORDINARIOS
SEGÚN CUENTA SALARIAL AÑO 2000, C.C.S.S.
(Cifras en millones de colones)

CONCEPTO SALARIAL	TOTAL ANUAL	%
Sueldos Cargos Fijos	41,658.42	51.67
Personal Sustituto	4,272.88	5.30
Aumentos Anuales	20,724.07	25.70
Sobresueldo	5.90	0.01
Incent. Económ. Insp. Leyes y Reglam.	0.00	0.00
Disponibilidad Jejuratas	130.73	0.16
Peligrosidad	94.69	0.12
Ajuste Salarios Mínimos	699.15	0.87
S.S. Inc. P.C.M. Carrera Administrativa	379.57	0.47
S.S. Inc. P.C.M. Carrera Hospitalaria	2,559.95	3.18
S.S. Inc. P.C.M. Consulta Externa	985.64	1.22
Benef. Atención Manicomial Hospitalaria	119.63	0.15
Benef. Atención Manicomial Hospitalaria	25.60	0.03
Auxilio Económico Alimentación	12.90	0.02
Dedicación Exclusiva Administrativa	2,501.04	3.10
Diferencia Aplicación Escala Salarial	6.10	0.01
Dedicación Exclusiva No Profesional	122.41	0.15
Dedicación Exclusiva Bachilleres	207.03	0.26
Bonificación Adicional P.C.M. Hosp. Admva.	971.72	1.21
Bonificación Adicional P.C.M. Consulta Externa	384.10	0.48
Carrera Profesional	3,216.43	3.99
Complemento Salarial Enfermería	1,549.06	1.92
TOTAL	80,627.02	100.00

Fuente: Gerencia División Administrativa. Dirección de Recursos Humanos.

Sistema Automatizado de Planilla.

Anexo 10

Diagnósticos 2000

**TOTAL DE INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, DÍAS OTORGADOS Y SUBSIDIO
POR LOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES, AÑO 2000**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	NÚMERO INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	PROMEDIO DE DÍAS / INCAPAC.	TOTAL DE SUBSIDIO
	TOTAL	78914	552144	6.99	¢ 1,651,267,478.62
M54	Dorsalgia	6690	36697	5.48	¢ 177,570,778.45
J06	Infecciones agudas vías respiratorias superiores, sitios múltiples o no espec.	5546	14219	2.56	¢ 66,076,078.22
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5187	11306	2.17	¢ 52,309,675.02
F32	Episodio depresivo	4345	44668	10.28	¢ 211,627,308.09
J11	Influenza debida a virus no identificado	3389	14992	4.42	¢ 70,885,408.97
F41	Otros trastornos de ansiedad	1907	15194	7.96	¢ 70,642,796.13
G43	Migraña	1312	3297	2.51	¢ 16,387,315.98
N39	Otros trastornos del sistema urinario	1146	4783	4.17	¢ 21,632,214.72
J02	Faringitis aguda	1135	3176	2.79	¢ 13,791,760.31
O20	Hemorragia precoz del embarazo	1089	14454	13.27	¢ 60,842,298.23
J20	Bronquitis aguda	1045	3757	3.59	¢ 18,740,397.68
I10	Hipertensión esencial (primaria)	1037	4607	4.44	¢ 26,777,609.96
J45	Asma	1025	3482	3.39	¢ 15,051,332.06
K29	Gastritis y duodenitis	927	2486	2.68	¢ 11,149,775.66
M79	Otros trastornos de los tejidos blandos no especificados en otra parte	817	5112	6.25	¢ 24,849,912.37
B34	Infección viral de sitio no especificado	748	1856	2.48	¢ 9,222,475.43
T14	Traumatismo de regiones no especificada del cuerpo	746	4896	6.56	¢ 21,818,176.03
R51	Cefalea	707	2474	3.49	¢ 11,479,483.35
M62	Otros trastornos de los músculos	692	2145	.09	¢ 11,006,706.08
J04	Laringitis y traqueitis aguda	680	2245	3.3	¢ 11,514,048.30
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	675	5283	7.82	¢ 25,946,562.44
O47	Falso trabajo de parto	665	9621	14.46	¢ 36,982,502.47
J40	Bronquitis no especificada como aguda o crónica	661	2353	3.55	¢ 12,068,309.70
M25	Otros trastornos articulares no especificados en otra parte	655	2993	4.56	¢ 12,835,453.86
M77	Otras entesopaías	632	4013	6.34	¢ 18,065,898.44
H10	Conjuntivitis	622	2027	3.25	¢ 13,062,278.15
S93	Luxación, esguince y desgarró de articulaciones y ligamentos del tobillo y el pie	575	4293	7.46	¢ 20,064,862.65
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes	563	4498	7.98	¢ 19,226,049.59
K58	Síndrome de colon irritable	515	1366	2.65	¢ 6,409,708.20
R10	Dolor abdominal y pélvico	512	1853	3.61	¢ 8,976,816.21
N94	Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual	510	1509	2.95	¢ 7,268,681.14
	Otros	32159	316489	9.84	¢ 546,984,804.73

FUENTE: Sistema de incapacidades. Programa INCE08CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. CCSS. 2001.

Anexo 11

Diagnósticos 2001

DIAGNÓSTICOS MAS FRECUENTES DE INCAPACIDADES DE EMPLEADOS DE LA CCSS, DÍAS OTORGADOS

PROMEDIO DE DÍAS POR INCAPACIDAD, AÑO 2001

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	NÚMERO INCAPACIDADES	DÍAS OTORGADOS	PROMEDIO DE DÍAS / INCAPAC.	TOTAL DE SUBSIDIO
	TOTAL	62,835	423,080	6.73	¢1,462,233,485.52
J11	Influenza debida a virus no identificado	5,900	36,916	6.26	¢ 208,174,989.32
M54	Dorsalgia	5,276	27,604	5.23	¢ 162,298,208.90
J06	Infecciones agudas vías respiratorias superiores, sitios multiples o no espec.	4,529	11,499	2.54	¢ 67,232,687.16
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,124	9,260	2.25	¢ 50,939,365.38
F32	Episodio depresivo	3,625	35,316	9.74	¢ 206,096,629.93
F41	Otros trastornos de ansiedad	1,500	11,120	7.41	¢ 59,420,516.34
G43	Migraña	982	2,240	2.28	¢ 12,864,893.40
J02	Faringitis aguda	868	2,411	2.78	¢ 13,149,347.69
J20	Hemorragia precoz del embarazo	837	2,994	3.58	¢ 18,388,416.94
N39	Otros trastornos del sistema urinario	830	3,391	4.09	¢ 18,966,699.51
T14	Traumatismo de regiones no especificada del cuerpo	743	5,171	6.96	¢ 30,400,008.46
M79	Otros trastornos de los tejidos blandos no especificados en otra parte	727	4,761	6.55	¢ 26,222,879.33
J45	Asma	718	2,888	4.02	¢ 14,710,355.03
O20	Hemorragia precoz del embarazo	674	8,504	12.62	¢ 40,127,144.70
I10	Hipertensión esencial (primaria)	648	2,656	4.10	¢ 20,878,014.60
K29	Gastritis y duodenitis	594	1,627	2.74	¢ 9,072,836.82
J04	Laringitis y traqueitis aguda	591	1,844	3.12	¢ 11,820,362.99
K31	Otras enfermedades del estómago y del duodeno	585	3,944	6.74	¢ 19,325,403.64
M62	Otros trastornos de los músculos	574	1,665	2.90	¢ 9,144,456.92
M25	Otros trastornos articulares, NCEP.	560	2,868	5.12	¢ 15,486,027.38
B34	Infección viral de tipo no especificado	544	1,356	2.49	¢ 9,082,281.40
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	541	4,877	9.01	¢ 30,646,878.83
M77	Otras entesopatías	534	3,737	7.00	¢ 22,214,655.70
J40	Bronquitis no especificada	526	1,774	3.37	¢ 10,489,127.06
R51	Cefalea	498	1,759	3.53	¢ 9,705,026.76

H10	Conjuntivitis	471	1,716	3.64	¢ 9,891,000.11
O47	Falso trabajo de parto	431	6,402	14.85	¢ 33,509,490.93
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes	412	3,426	8.32	¢ 20,272,531.12
S93	Luxación, esguince y desgarro de articulaciones y ligamentos tobillo y pie	389	3,020	7.76	¢ 16,469,050.52
R10	Dolor abdominal y pélvico	367	1,253	3.41	¢ 6,765,468.19
J01	Sinusitis aguda	361	1,217	3.37	¢ 7,629,261.88
	OTROS	22,876	213,864	9.35	¢ 270,839,468.58

FUENTE: Sistema de Incapacidades. Programa INCE08CS. Dirección Corporativa de Recursos Humanos. CCSS. 2002.

Anexo 12

Organigrama C.C.S.S.