

Calidad en los servicios de salud. Experiencia de Costa Rica

Rafael A. Vargas González
Lic. Recursos Humanos
Egresado Historia y Salud Pública - UCR
Miembro de la Comisión Técnica de Calidad - CCSS
Sección de Investigación - CCSS

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo identificar el proceso de desarrollo de las oportunidades de mejora continua del Sistema de Salud Costarricense, especialmente del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Estas instituciones independientemente de momentos históricos disfuncionales por el ambiente externo, no solo han contribuido al alcance de grandes logros en la salud de la población de Costa Rica, sino que siempre han tenido la preocupación por elevar la calidad de los servicios de salud.

Se hace una breve revisión conceptual y se elabora una visión retrospectiva de la mejora continua en Costa Rica con visión estratégica los momentos históricos de mayor relevancia. A su vez se tipifican los esfuerzos que se vienen haciendo en los últimos 4 años y que hoy se proyectan con gran solidez al unir los representantes de diferentes programas con diversas metodologías, en un solo proyecto de calidad a nivel nacional, contextualizado por el proyecto general de modernización del Sector Salud en Costa Rica.

Se resume el quehacer de diferentes grupos de trabajo en la CCSS, así como la consolidación del resultado de esos esfuerzos, representado por el documento que contiene las políticas de Calidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como su programa y todo el trabajo que se está haciendo a nivel nacional.

Finalmente se incluye un aporte con visión futura de lo que debe ser este proyecto, cuyo propósito es romper paradigmas e ideologías en el quehacer de los servicios de salud.

Marco de Referencia

El derrotero de los servicios de salud en Costa Rica, a pesar de sufrir acontecimientos recientes de reposicionamiento, que provocan momentos de crisis en su organización, siempre ha tenido presente en sus políticas y estrategias la lucha por la excelencia, especialmente en el profesionalismo empleado en los servicios de salud.

Muchos sectores abordan hoy los problemas de la calidad como abanderados de la misma, como si fuese éste, el único momento en el que se ha hecho alusión a tal proceso. Sin embargo, es conocido cómo innumerables decisiones del pasado llevadas a la práctica y en ocasiones escritas en artículos, revistas, publicaciones, entre otros documentos, apuntan continuamente a las oportunidades de mejora de la calidad.

El mérito de hoy radica en que desde la comisión de Regulación del Ministerio de Salud, como rector y desde la Caja Costarricense de Seguro Social, se están consolidando procesos orientados a concientizar a los funcionarios institucionales, con el fin de volver a los valores de satisfacer al usuario, aprovechar los recursos disponibles y mantener el expertismo en los diferentes campos profesionales que se conjugan para dar servicios cuantitativa y cualitativamente adecuados a las necesidades de la población, particularmente los más necesarios.

Se cree que calidad de servicios de salud, es algo que está fuera del alcance del común de los oferentes de los servicios, o en su lugar que es un asunto del que puedan apropiarse algunas personas o grupos, desestimando que ello es un proceso social, donde están involucrados aspectos ideológicos, de cultura, de poder, de estructura, de infraestructura, pero especialmente de actitud de las personas, de compromiso con la sociedad y consigo mismo, de sinceridad y honestidad y de superar el desorden y engaño, que funcionalmente administrado favorece intereses específicos en perjuicio de las grandes mayorías.

Conceptualmente, la calidad pasa por la atención de las personas a nivel estrictamente humano y todo lo que ello implica en la mutua relación, que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente tal, lo que debe reunir requisitos de conocimientos y recursos organizados para cumplir con las expectativas de la población. La calidad presume que se deben satisfacer las aspiraciones de la población, en el sentido de obtener el máximo de los beneficios, con el mínimo de riesgos para la salud y el bienestar de las personas.¹

La calidad en los Servicios de Salud pretende proveer servicios accesibles y equitativos². En esta dimensión están inmersas gran cantidad de variables que incuestionablemente se revisten de gran complejidad económica, social y humana. La calidad en el campo que nos ocupa incluye la aplicación de la ciencia médica y su tecnología para el mayor beneficio posible³.

En términos de rigor de revisión continua, la calidad se apega a normas que se evalúan y monitorean bajo un plan determinado que se orienta a obtener seguridad y cuyo cumplimiento tiene un impacto favorable en la disminución de la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad médica y la desnutrición, desde el punto de vista de la sociedad en cuestión según sea el indicador⁴.

Donabedian en 1980, Roemer y Montoya en 1988 y Pálmer en 1989, coinciden en que la calidad en servicios de salud se expresa en una actividad continua de evaluación y de revisión de valores, de incremento del compromiso y de un fuerte contrato psicológico con la visión y la misión de la institución⁵.

La calidad está connotada por la aplicación del proceso administrativo en todas sus facetas, es decir, que se asegure un sistema teórico - práctico que garantice que los recursos empleados en los servicios de salud repercutan en la obtención de eficiencia y efectividad como los conceptos tradicionales de calidad. Por ello se afirma que al alcanzar la alta efectividad, se logra el mayor impacto y a la vez se contribuye a contener la escalada de los costos⁶. A su vez, se aboga por el respecto a las personas desde la perspectiva ética y moral, no solo en lo relativo al confort, la oportunidad y el acceso, sino en la intimidad, la confidencialidad, la confianza, el respeto al pudor y la respuesta humana y entendible.

Desde el punto de vista de la responsabilidad, brindar servicios de salud con calidad, exige satisfacer al usuario en sus más íntimos deseos de manera sostenida, cuyo objetivo es cumplir con una responsabilidad social de gran alcance, por lo que corresponde al usuario tomar partido en el proceso y asumir su responsabilidad individual por su salud, según el estilo de vida que decida adoptar.⁷

La calidad de los servicios de salud por su gran complejidad, contrario a otros sistemas de calidad, sobrepasa al individuo y está imbuida por el nuevo paradigma intelectual de la bioética en todas

sus áreas, tales como las de atención médica, el apoyo psicológico, la correcta aplicación de la ciencia administrativa, el respeto por la confidencialidad y el sistema de valores de la persona, entre otras. En todas las áreas involucradas, están constantemente confrontadas la tecnología con el avance científico, con los intereses del usuario y los valores universales e individuales⁸.

Por lo anterior es fácil deducir que la calidad en los servicios de salud es un proceso continuo e interminable que debe ser constantemente monitoreado, en vista de que conjuga dialécticamente estadios de desarrollo cultural, tecnológico, científico y en lo fundamental el humano, tanto de quién recibe los servicios, cuanto de quien los ofrece, actores que en cualquier momento directa o indirectamente cambian el rol y vislumbran la calidad de los servicios dependiendo del umbral en que se esté ubicado.

Este marco general de la calidad de los servicios de salud deja claro que dicha filosofía no se impone, porque es la lucha a la que se enfrenta la humanidad todos los días en todas las actividades de desarrollo. Sin embargo, existe coincidencia de que debe ser orientada, dirigida y gestionada, en aras de crear una cultura de calidad, cuya base indiscutible sea que siempre es posible hacer las cosas más fácilmente, con menos esfuerzo, pero con más impacto, con el objetivo de disminuir constantemente el alto costo que significa la no calidad.

Brindar servicios de calidad requiere un conocimiento amplio o específico en alguna de las ramas del saber, aunado a una actitud positiva, alimentada por un ambiente favorable, de creatividad y compromiso con lo que se hace y para quien se hace. Desde ésta perspectiva, la calidad de servicios, presupone hacer las cosas bien, desde la primera vez, a tiempo, todo el tiempo, mejorando continuamente, satisfaciendo al usuario y llenando las expectativas de la población, incluso tratando de sobrepasarlas⁹.

Como puede observarse, los servicios con calidad no dependen de acciones tremendamente complejas, sino de actitudes que unan voluntades, que conlleven sinergia, que sumen constantemente, que agreguen valor a las cosas que se hacen, que sean el fruto de la participación de todos los involucrados en las cosas que se realizan, de manera que, como dice Augusto Sosa, "pueden gastarse millones de dólares en reingenierías e investigaciones sin resultados favorables, si no cambia la actitud de las personas que deben ejecutar las acciones"¹⁰

La calidad de los servicios, no se cobra, es un don de servicio a la gente. Cualquier empresa u organización o individuo cobra por el bien, por el conocimiento, por el transporte, por la educación, o cualquier otra cosa, pero darlo con humanidad, consideración, respeto por el cliente, satisfaciendo su necesidad, con amor por lo que se hace, es dar calidad de servicio¹¹

La mejora continua de la calidad en los servicios de salud en Costa Rica.

En Costa Rica el hacer las cosas mejor, el comprometerse con la sociedad, el satisfacer las necesidades de los ciudadanos en el ámbito de los servicios de salud, siempre fue una preocupación que dio saltos cualitativos según épocas históricas concretas, donde el paradigma que rigió fue el de la negociación política, a saber el Ganar - Ganar, en donde los diferentes grupos cedieron posiciones a efecto de avanzar globalmente como sociedad.

En los años 60 y 70 se materializaron políticas cuya génesis ideológica se había dado en los años 40 y 50, a raíz de la creación de un Estado nuevo, interventor, encargado de orientar un nuevo modelo productivo y de desarrollo de Costa Rica.

En la primera mitad de siglo, aunque hubo personajes interesados en la mejora continua, por conciencia individual, lo cierto es que no hubo políticas sociales que trascendieran las condiciones de pobreza generalizada y de poco crecimiento económico de la sociedad costarricense, a pesar de la creación del Ministerio de Salud y la definición de sus funciones¹².

Los servicios de salud se restringían al saneamiento ambiental de zonas productivas (puertos, zonas bananeras, entre otras) y atención médica limitada en los hospitales administrados por juntas de Caridad y la Junta de Protección Social, las cuales tuvieron un compromiso social, con participación de la comunidad, pero limitadas en recursos y conocimiento para responder a necesidades de la población, que adolecía de toda una política de seguridad social en general.

El país transitó por un modelo liberal, con matices humanistas y con un Estado que no intervino directamente en los problemas sociales, a pesar de que se dictaron gran cantidad de leyes que pretendían crear las condiciones para atacar los problemas más importantes de salud pública referidos a algunas enfermedades como la lepra, la TB, la malaria, enfermedades venéreas, entre otras¹³. En el período subsiguiente, el Estado Benefactor e interventor hizo pasar al Seguro Social a la categoría de seguridad social¹⁴.

El Ministerio de Salubridad, después llamado Ministerio de Salud, asumió funciones de salud pública que tuvieron un decidido impacto en mejorar los índices de salud de la población en general, ya que se delimitaron claramente programas dirigidos a poblaciones de riesgo, especialmente a la niñez y las mujeres en edad reproductiva, así como a las poblaciones de riesgo por su condición social y económica.

A lo anterior, se agregan otras intervenciones por parte de diferentes sectores sociales que permitieron el crecimiento económico, el acceso a la educación en todos los niveles, la vivienda, el apoyo a la producción y la colonización del país el acceso al agua para el consumo humano, la electrificación la telefonía, el aumento del empleo, como más relevantes, que permitieron el crecimiento de la calidad de vida del costarricense.

Las expectativas de la población se elevaron, según se accedió en calidad y cantidad a la política social en contexto de crecimiento económico y de distribución de la riqueza con base en valores de solidaridad y equidad, principios que permearon toda la sociedad costarricense y específicamente, orientaron el quehacer de los servicios de salud alimentados por los principios de universalidad en la cobertura y obligatoriedad en el pago de las cuotas.

En los años 70 se inicia el proceso de contradicciones. En tanto se universalizaba el derecho, el Estado no podía responder a los requerimientos del costo de la red hospitalaria del Ministerio de Salud, por lo que con acierto, según el devenir histórico de la decisión, se dio el traspaso a la Caja de hospitales, instituciones que desvenían en crisis infraestructural y de recursos.

La seguridad social, aún fuerte económicamente, asume la red hospitalaria en un proceso de una década y se enfrenta al unísono a dos nuevos retos, a saber: unir dos culturas administrativo - técnicas diferentes, en las cuales la mentalidad de los oferentes de los servicios en ambos sistemas es radicalmente diferente y adecuar los servicios de la población demandante, que a su vez tenía comportamientos diferentes y por ende con necesidades distintas, lo que requirió un reposicionamiento institucional urgente a una nueva mentalidad nacional, tanto del que ofrecía los servicios como del que los demandaba.

Lo anterior significó todo un reto de organización, de readecuación de la estructura física y humana, así como de las estructuras financiera, legal y social al interior de la institución y fue lo que proyectó cualitativamente a la institución, hacia un proceso inicial de descentralización, sectorialización y desconcentración físico - funcional de la Caja¹⁵.

En este proceso de reposicionamiento se incrementaron los costos, el reordenamiento siempre fue a la saga y en un corto período hubo de enfrentarse a la más grande crisis vivida a nivel mundial y nacional, desde el punto de vista económico en el presente siglo. Los años finales de la década del 70 y principios de los 80, marcaron un hito de cambio radical en todas las estructuras de la organización institucional.

Procesos como los mencionados, no fueron fácilmente conducidos, porque implicó efectuar cambios en lo económico, social y especialmente en la parte más lenta y difícil, cual es la estructura mental de la sociedad en general.

La confluencia de complejos procesos, llevó a la tercera gran reforma o modernización, en busca de la calidad profesional y administrativa de los servicios. Tras la universalización y el traspaso de hospitales, el Estado se vio precisado a crear el Sector Salud, delimitar sus funciones e impulsar el decreto ejecutivo de Reforma Administrativa, cuya filosofía radicó, en llevar a cabo la regionalización y la desconcentración físico - funcional, apoyados por la sectorialización definida por el Ministerio de Planificación y Política Económica¹⁶.

En la década de los 80, se dieron procesos trascendentales que no pudieron ser sostenibles, debido a que fueron intrincados y complejos, desarrollados en un contexto de crisis, que no permitió el mejor aprovechamiento de recursos y con ello elevar la calidad de los servicios, fueron años en los que se resumieron décadas de historia y de decisiones trascendentales, que requerían de un gran apoyo logístico desde el punto de vista legal y económico y que sin embargo, se vieron mediatizadas por la crisis económica, por movimientos sociales y políticos revolutivos, no solo al interior del país, sino en lo fundamental, en el contexto internacional. La organización institucional sólo pudo mantener los indicadores, diagnosticar su realidad y preparar el terreno para dar un nuevo salto cualitativo.

El Estado y sus instituciones tuvieron que dar respuesta a la crisis económica, para lo cual tuvieron que tomarse medidas restrictivas en el gasto y los servicios que se otorgaban a la población. Las ideologías volaron en pedazos la conceptualización de mundo comenzó a cambiar, tanto en los micro como los macrosistemas.

En el caso concreto de la Caja Costarricense de Seguro Social y el sistema nacional de servicios médicos, se tomaron medidas de emergencia denominadas de eficiencia, se inició la reorganización de servicios específicos y se argumentó que el modelo de servicios de salud costarricense se había agotado desde el punto de vista financiero, por la concepción de salud de la población y por la organización de los servicios¹⁷.

La estructura física y material, la organizativa y especialmente la humana habían entrado en un proceso de deterioro, que afectaron la calidad de los servicios, especialmente en el ámbito administrativo, por varias razones:

a. Nunca se consolidó la unión de dos culturas diferentes, la de la CCSS y la de los hospitales traspasados, los que asumieron que se les había deteriorado su filosofía, mística y orientación humana de los servicios, en función de la masificación de los mismos.

Esta razón aún subsiste en algunos grupos oferentes y es causa de desmotivación, en vista de que los recursos humanos perdieron la visión y la misión institucional.

Las jefaturas de los diferentes niveles desconocen la historia institucional y la de sus centros a nivel local, no se entiende la integración de la comunidad en los procesos, porque la misma no es sistemática ni orientada por estructuras educacionales formales e informales.

Las estructuras de poder centralizadas han cercenado la creatividad, entre muchos otros aspectos de la cultura de la organización. En tanto el mundo lucha por poner en práctica nuevos paradigmas en las organizaciones dirigidas a delegar responsabilidad y autoridad en función de la calidad del servicio o producto, la institución se debate en grandes indefiniciones para hacer efectiva esa política, sin deteriorar los principios del costo, la equidad y el control.

b. Los procesos de decisión política han tenido resquebrajamientos según la ideología y la percepción de los procesos en un momento dado.

En el período 78-82 se dictó la política de Reforma Administrativa por ser impostergable y por ser una continuidad de la política de traspaso de hospitales. Sin embargo, ella fue objeto de un frenazo en el período 82-86 a raíz de la crisis económica, que obligó a tomar otras medidas de eficiencia, que alcanzaron frutos para la época, pero que hicieron perder continuidad en el proceso, a pesar de que en este segundo período se propuso con muy buenos argumentos la integración de servicios Caja-Ministerio de Salud.,

En el ámbito estratégico, en ese período en el Sector Salud, se promovió dicha integración. El resultado fue el fracaso de dicha política, que reflejó los problemas sociológicos del poder, que disminuyeron la posibilidad de decisión política, tal cual se tuvo en los años 70. Faltó la decisión nacional, lo que demostró que el esfuerzo fue más de intención individual de las altas autoridades del Sector, que de una política de Estado y de concertación nacional.

En el período 86-90 se demostró lo anterior, en vista de que la comunicación entre el Ministerio de Salud y la Caja se quebró casi por completo, por lo que se relegó dicha política, a pesar de que dejó las simientes para los cambios posteriores.

En este período se realizaron diagnósticos suficientes que apuntan a los problemas que en mayor o menor medida determinaron el deterioro del sistema y de los cuales aún se hacen esfuerzos por solucionar. A la problemática en lo humano, económico, político, cultural y administrativo, se le unen otros aspectos internos y externos como los siguientes:

a. Deshumanización.

b. Ineficiencia.

c. Ineficacia.

d. Rompimiento del principio de equidad por la intronización de la corrupción en diferentes formas. Rompimiento del principio de solidaridad, por la evasión de parte de la empresa privada y el no pago del Estado como patrono y como tal. No pago de una cuota justa por parte de grupos apoyados en convenios, aseguramiento por cuenta propia o por la vía del Estado y que no pagan por sus verdaderos ingresos.

e. Menosprecio por la institución de parte de importantes grupos de sus funcionarios, e incluso de la población en general, dada la ausencia de un contrato psicológico con los intereses de la misma y de los fines que se persiguen de contribuir al proceso productivo nacional y de paz social orientada al aumento de la calidad de vida del ser humano sin distinciones de ningún tipo.

f. Disgregación de la responsabilidad, a tal grado que se perdió precisión para ubicarla y exigirla, tanto a nivel interno, como desde la perspectiva del demandante de servicios.

g. Imagen deteriorada que se ha introducido en la sociedad como el viento, por ineficacia e ineficiencia e incapacidad para resolver viejos problemas, de horarios de atención, colas, demoras, gestión arcaica, procedimientos complejos, exceso de papeles, impenetrabilidad en algunas áreas del sistema, poca amabilidad, retrasos injustificados, personal malinformado y malhumorado, teléfonos que no contestan, falta de respuesta a reclamaciones, parcialidad y favoritismo..

- h.** Mal praxis que hace daño a la filosofía institucional y en la confianza de la población que contribuye a mutilar aún más la imagen positiva que pueda alcanzarse con todo lo bueno que se hace.
- i.** Pérdida de confort, por instalaciones insuficientes o en deterioro, a pesar de los esfuerzos en inversiones, realizados en la última década.
- j.** Poco respeto por la persona, sus valores, confidencialidad, intimidad y pudor.
- k.** Culto al poder y a la personificación del mismo en los diferentes niveles de la institución.
- l.** Costos elevados por el uso ineficiente de la variable tecnológica en todos los órdenes.
- m.** Excesivo gasto en medicalización mal aprovechada.
- n.** Excesiva burocratización y aumento de procedimientos en la ejecución de procesos que no agrega valor a los servicios.
- o.** Desvinculación de la realidad respecto del discurso oficial.
- p.** Poca conciencia de la población para defender la institución como patrimonio local y nacional.

El flujo y reflujo del continuo histórico de los procesos como los señalados, no se pueden descontextualizar de la realidad nacional y sus condicionantes externas, que han afectado decisivamente la calidad de vida de los costarricenses en vista del deterioro de la economía, de los valores humanos y sociales y especialmente de los morales, que pusieron al descubierto un cambio radical de la sociedad costarricense altamente complejo y que por dialéctica, en muchos de los aspectos mencionados, se retrocedió, pero a la vez han sido el motor propulsor de cambios estructurales decisivos de cara al siglo XXI, entre los que se cita como relevantes la modernización del Estado, con los préstamos de ajuste estructural y específicamente la del Sector Salud con el apoyo del Banco Mundial.

En el Sector Salud, especialmente la CCSS y el Ministerio de Salud, en la segunda mitad de la década de los 80, se llevaron a cabo planes piloto, en los servicios ambulatorios que iniciaron en Barva de Heredia, provincia de Costa Rica, aplicando un sistema de capitación. Se impulsaron los sistemas cooperativos en las clínicas de Pavas y Tibás, luego en Santa Ana en la capital del país, y San José de Alajuela, entre otros intentos. Todos estos proyectos se constituyeron en la piedra de toque para dar luz a un salto cualitativo que tocara todos los servicios estratégicos en lo ambulatorio y hospitalario, dando lugar a la privatización de servicios no estratégicos y a la descentración de los primeros.

En la presente década se sintetizan los procesos de los últimos 25 años en lo que se ha llamado la "modernización" de los componentes más importantes del sector salud, a saber: El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. En este proceso, existe gran preocupación por relanzar las instituciones desde su perspectiva del financiamiento, de los principios de la seguridad social y de la reafirmación del proceso de descentralización y desconcentración de los servicios, en aras de alcanzar calidad de servicios según las necesidades de la población y la satisfacción del usuario.

Al Ministerio se le definió como función principal la rectoría, donde juega papel relevante la regulación de los servicios del sector, la evaluación, el control y la asesoría a los servicios¹⁸.

A la Caja se le encarga el servicio médico - asistencial, así como la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y funciones de protección de huérfanos, viudas, inválidos y adultos mayores, en el área de pensiones. Se reformula su organización y su función con visión de salud pública y bajo el paradigma de un concepto nuevo y dinámico del proceso salud - enfermedad¹⁹.

Algunas áreas del Ministerio de Salud y otras instituciones públicas del sector, orientan sus funciones estratégicas a garantizar la salud pública, en función de la dotación de agua para el consumo humano y disposición de aguas servidas y excretas, protección de la población en lo relativo a riesgos profesionales y accidentes laborales, ambiente en general y saneamiento ambiental en particular. A lo anterior se suma la investigación y desarrollo que ejercen las universidades, así como la docencia y la responsabilidad de la preparación de los profesionales en las ciencias de la salud.

El ambiente externo al sector, en el ámbito económico, de trabajo, educación, seguridad, colonización del país, legislación, transporte, etc. contribuyen decididamente a mejorar la calidad de vida de la población y específicamente la salud pública.

Todo el esfuerzo se sintetiza en consolidar servicios satisfactorios, de calidad y oportunos para la población desde la perspectiva técnica, humana y administrativa.

Esfuerzos Nacionales de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud

Tal cual se ha expuesto, el esfuerzo por la excelencia técnico-científica siempre ha estado presente en Costa Rica. Sin embargo, como hemos visto anteriormente, ha habido procesos tan difíciles en contextos tan complejos, que muchos de los esfuerzos no han surtido el efecto esperado.

Actualmente, se están llevando a cabo programas concretos, con el fin de conocer resultados del impacto de los servicios de salud. Sin duda los métodos aplicados reconocen los indicadores de calidad de los servicios que han determinado el éxito o el fracaso de las acciones llevadas a cabo. con el ánimo fundamental de monitorear la ejecución y tomar las medidas correctivas en caso necesario.

En el Ministerio se lleva a cabo el proyecto que controla la mortalidad infantil y que metodológicamente investiga caso por caso, con el fin de conocer las causas desencadenantes y determinantes de cada muerte infantil, es decir, grupos interdisciplinarios, escudriñan los aspectos socio-culturales de la familia del niño (a) fallecido (a), los aspectos económicos, los sociales y en forma concreta los aspectos que tienen que ver con el servicio de salud propiamente dicho. Todo lo anterior se logra con base en la consulta de diferentes fuentes; de manera que se hace revisión del expediente clínico, se visita a los familiares y se entrevista a la familia, conociendo así las variables trascendentes que orienten a la evitabilidad de la muerte de futuros niños²⁰.

Similar método se espera aplicar con la muerte materna, mediante la estrategia de un estudio de casos y controles, que también provea la información requerida en conjunto con otras metodologías que conduzcan a la evitabilidad de la muerte materna.

Con la visión de rectoría, la Unidad de Regulación del Ministerio de Salud, en conjunto con especialistas de las diferentes profesiones de las ciencias médicas y sociales de la Caja Costarricense de Seguro Social, están llevando a cabo un proceso de investigación de calidad de servicios, en donde se evalúan indicadores de insumo, proceso y resultado, con la aplicación de la metodología para el estudio de entidades (enfermedad o condición de salud) trazadoras.

La aplicación de esta metodología tiene por finalidad el conocimiento de la aplicación de normas de atención integral en los diferentes niveles de atención, evaluar los indicadores de calidad con visión

interna y externa al sistema, poseer un contexto de referencia que aunque no permite la inferencia o extrapolación a la generalidad de los servicios, sí permite tener idea del comportamiento de los servicios desde los diferentes ángulos, a saber: desde la visión del oferente y demandante del servicio, como desde la perspectiva científico - técnica de atención de la entidad en estudio en los diferentes niveles de la red.

Esta técnica tiene gran pertinencia y se incluye dentro del proceso de modernización, como herramienta de monitoreo y evaluación, porque combina los enfoques de proceso y resultado y proporciona los medios para evaluar la calidad de la atención otorgada por un sistema y recibida por una población definida²¹

En el año 1996, después de un proceso de discusión y de toma de decisiones, se escogieron 8 entidades trazadoras que apuntaban a grupos muy sensibles de la población, y a problemas de salud y enfermedad cuya atención ofrece información valiosa de los procesos y las interrelaciones del sistema, porque nada está aislado, sino interrelacionado, lo que posibilita inferir el comportamiento del equipo, del servicio y del sistema en la forma común de dar los servicios²²

La determinación de las trazadoras escogidas en Costa Rica fue la siguiente:

1. En niños se escogieron tres entidades: Atención de niños con bajo peso al nacer (neonatología), control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 2 años sin riesgo y atención de niños menores de 5 años con neumonía.
2. En adolescentes se escogió el embarazo.
3. En mujeres adultas, hipertensión inducida por el embarazo.
4. En adultos hasta los 60 años, diabetes mellitus y prevención del cáncer de cuello.
5. En adultos mayores de 60 años, prevención y tratamiento de caídas con fractura.

En el año mencionado, los grupos con especialidades en epidemiología, medicina, enfermería, trabajo social, salubristas públicos, entre otros, después de elaborar los protocolos requeridos incluyendo los instrumentos de investigación y la determinación de las fuentes de información, realizaron trabajos piloto con el fin de compartir las experiencias y en lo fundamental recibir realimentación de la plenaria a fin de modificar los instrumentos definitivos y en consecuencia prepararse para llevar a cabo el proceso de investigación en 1997.

En este año, se prevé la puesta en práctica de los compromisos de gestión con los hospitales, es decir, la aplicación del Sistema de Asignación de Recursos Financieros (SARF) donde se espera se cumpla con todos los indicadores básicos de calidad de servicios, en coordinación con las subredes de atención ambulatoria y los programas de prevención y promoción de la salud en el nivel primario, para este efecto se están considerando muchos indicadores, entre ellos los de calidad, los cuales están basados en el modelo europeo de calidad²³.

El proyecto de modernización aplicado a la Caja Costarricense de Seguro Social, desde sus inicios proyectó el impulso de servicios con calidad, eficacia, eficiencia, efectividad y racionalidad de los recursos²³. Varios proyectos fueron puestos en marcha con el fin de mejorar la calidad de los servicios, se impulsaron diversos proyectos con base en la capacitación de diferentes grupos de trabajo y a pesar de que sus miembros formaron una comisión institucional, se actuó por separado según las características de la metodología aplicada por cada uno de los grupos de trabajo.

En el contexto anterior se ejecutó el proyecto de supervisión capacitante, aplicado casi con exclusividad por los equipos de enfermería a nivel nacional. Así mismo funcionó el proyecto SIMPLIT, dirigido a la simplificación de trámites y procesos de trabajo. Este proyecto fue apoyado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional, donde se capacitó un grupo de 15 personas que se encargaron de ejercer un efecto multiplicador posteriormente²⁵.

En adición, en el Hospital Nacional de Niños y en algunos centros de salud muy específicos funcionó también el proyecto de Garantía de la Calidad, apoyado parcialmente por USAID, a través del "Center for Human Services/URC"²⁶.

Uno de los proyectos financiado exclusivamente por la Caja y que nace como una iniciativa del gobierno institucional como parte del programa de gobierno del período 94-98, fue el de Evaluación de Hospitales Regionales y Periféricos.

Al inicio del presente período, se estableció la política institucional no escrita de formar Juntas de Notables para mejorar los servicios en los hospitales nacionales o universitarios de Costa Rica. Este proyecto, reunió a las autoridades hospitalarias más connotadas y conocedoras de la realidad hospitalaria. Dichas juntas tenían como objetivo, diagnosticar la situación real de la actividad hospitalaria, con el fin de mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios otorgados, en aras del alcance de mayor calidad de servicios.

El proyecto de evaluación de hospitales regionales y periféricos, fue acogido en 1995 con beneplácito y voluntariamente por las autoridades de 13 hospitales a nivel nacional. Con este proyecto se informó de las actividades por realizar, se formaron equipos de calidad en los diferentes centros hospitalarios, a los cuales se les dotó de un manual de procedimientos, con el cual se les instruía en la conformación de equipos de trabajo, la identificación de áreas críticas, la planificación de los servicios, la participación comunitaria, las políticas institucionales, las necesidades de capacitación del personal de salud y la investigación acerca de la satisfacción del usuario, además de algunas herramientas metodológicas²⁷.

Políticas de calidad en la Caja Costarricense de Seguro Social

Todos los anteriores proyectos evidenciaron el deseo de la autoridades institucionales de volver a los valores que garantizaran la calidad de servicios de salud sin duda alguna, valores tales como: el del trabajo, la participación horizontal en el impulso de la misión institucional, el compromiso con la población demandante, la honestidad, la honradez, el cumplimiento del contrato psicológico con la seguridad social y sus principios y la creación de una de las llaves fundamentales para llevar a cabo el proceso de desconcentración y descentralización como políticas institucionales inscritas en la Reforma del Sector Salud en Costa Rica, más tarde denominada Modernización del Sector Salud.

La filosofía de todos los anteriores proyectos, fue llegar a las áreas más sensibles, ubicar y diagnosticar problemas e intentar en primerísima instancia, resolverlos con los mismos recursos existentes.

Bajo cualesquiera de las metodologías, se identificaron oportunidades de mejora en áreas específicas, con la ayuda de los involucrados a nivel local. Entre dichas oportunidades por su relevancia se destacaron las siguientes²⁸:

- La organización de los servicios de urgencias.
- La consulta Externa especializada y algunas áreas específicas de la consulta externa general.
- Los servicios de apoyo (farmacia, laboratorio clínico, rayos x., entre otros).
- Productividad de las salas de operaciones.

- Desarrollo de recursos humanos.
- Cultura organizacional hacia la excelencia y desarrollo gerencial.
- Modificación de valores para eliminar prácticas de corrupción.
- Toma de decisiones ágiles para romper con la verticalidad del sistema.
- Sistema de información deficiente.
- Concentración de actividades en función del asistencialismo. Poca planeación orientada a la salud integral.
- Atomización de proyectos a nivel local por descoordinación en la sede.
- Desmotivación del personal.
- Desconocimiento de la misión, objetivos y políticas institucionales.
- Insatisfacción del usuario en su relación con los diferentes servicios y a nivel nacional, por filas, esperas, atención inadecuada.

En todas y cada una de las oportunidades se han realizado trabajos de investigación e intentado poner en práctica soluciones, muchas de las cuales están en período de aplicación. Sin embargo existieron serias limitaciones de apoyo a nivel local a las expectativas y voluntad de los equipos formados, que "ad honorem" se comprometieron con el gran proyecto de calidad, lo que produjo desmotivación en equipos de análisis del desempeño, de SIMPLIT, de Evaluación de Hospitales Regionales periférico, entre otros que a pesar de mantenerse, no podían tener un influjo importante, en vista de la complejidad de los servicios de salud y la multitud de servicios y productos que genera.

Existen limitaciones en la capacitación de los equipos, los que a su vez se visualizaron como evaluativos, por las deficiencias en el sistema de información, por el funcionamiento voluntario al cual se renunciaba sin problema, diversidad de métodos para el abordaje de problemas que diferenciaban a los que los aplicaban según el grupo de interés y, fundamentalmente, por la falta de una política nacional que cobijara a la totalidad institucional, con carácter obligante y como marco de referencia. Estos elementos fueron la piedra de toque, para que no se alcanzaran logros aún mayores y sostenibles. Como dice Ibern, en este caso concreto hubo imperfección de la información y asimetría en la misma, es decir, en algunos casos no se dio la información y en otros se concentró en grupos específicos²⁹.

Con base en la experiencia de los años pasados, las autoridades de la Caja decidieron aprovechar el conocimiento y la capacitación de los diversos grupos existentes en todo el país y que habían trabajado con base en alguno de los métodos de calidad, con el fin de orientarlos bajo la metodología de mejoramiento continuo de calidad, sin exclusión desde luego, de cualquier otra metodología. Vale decir que prácticamente dichos enfoques varían en la forma, dado que en su esencia existe gran coincidencia.

Con el fin de lograr sinergia, las Gerencias de División de la CCSS toman dos decisiones que se consideran trascendentales, a saber:

1. Se nombra la Comisión Técnico Asesora de Mejoramiento Continuo de la Calidad, la cual está conformada por integrantes vinculados anteriormente a los diferentes proyectos de calidad. Se incluye una comisión médica que trabaja en el Proyecto de Modernización del Sector Salud, con participación de la Caja y con fondos del Banco Mundial²⁹.
2. Se edita un documento donde se comunica a los trabajadores de la Caja, el programa de calidad, en el cual se incluye la Visión de la Caja, su Misión, las Políticas de Calidad y el Programa que consta de 6 puntos, además de los resultados esperados para el presente año³¹.

Con base en esta direccionalidad, la Comisión Técnica, ha llevado a cabo una serie de acciones que en conjunto con las Gerencias, han permitido una comunicación abierta con los equipos regionales y locales, con el fin de multiplicar las acciones. Se están estructurando compromisos en

todos los niveles a efecto de llevar a cabo proyectos de calidad en diversas áreas seleccionadas, las cuales como corolario serán presentadas en un Foro Nacional de la Calidad, con participación de especialistas nacionales e internacionales.

Las Gerencias respectivas han determinado premiar las mejores ideas puestas en práctica con impacto en los servicios, especialmente en aquellos dirigidos al usuario y realizados por equipos de trabajo.

Hacia el futuro

No hay duda de que en la actualidad se resumen grandes esfuerzos del pasado y que se asiste a un momento histórico de cambio con gran potencialidad en el impacto en las necesidades y demandas de la población, en donde a pesar de los problemas existentes, los mismos son vistos como oportunidades, dado que la gran mayoría de la población está aceptando el reto de proyectar el país y las instituciones hacia el siglo XXI. Sin temores y con el deseo de modernizarlas.

Los retos inmediatos de la institución son el desarrollo de un liderazgo fuerte en capacitación, ideas renovadoras y objetivos claros, cambiantes, con mucha capacidad de negociación y gran apertura a la participación de cuantos están interviniendo en todos los procesos. El arte será en sumar y aunar esfuerzos, con tolerancia y dispuestos a recibir todo tipo de idea que permita por ser positiva ayudar al proceso de motivación, o por ser negativa, para ver en ella una oportunidad de mejora que alimente por siempre el mejorar continuamente.

En futuro es promisorio y nos reta para que la comunidad participe activamente con el fin de que las decisiones sean compartidas y con ello la responsabilidad toque los cimientos de toda la población, para que ella aprecie lo que posee en esta sociedad, a pesar de ser pequeña y de escasos recursos.

El objetivo irrefutable con base en muchas investigaciones es que podemos hacer mucho más con los mismos recursos, dado que ellos no se aprovecha al cien por ciento y de que existen pruebas en el pasado reciente y en toda nuestra historia de la creatividad y capacidad de respuesta de este pueblo cuando la patria lo ha requerido.

Con el proceso de modernización de servicios, se busca incrementar la eficiencia, la eficacia, la calidad, así como la efectividad de los programas, se está llevando a cabo un proceso de reformular las redes de atención primaria y la asignación de recursos financieros no sólo en la red hospitalaria, sino en todas las áreas de salud. Ambas acciones están siendo una experiencia invaluable en la que están participando la parte más selecta de la experiencia institucional tanto en la ejecución de los programas como en el impulso generador de los mismos.

La experiencia está haciendo avanzar la ciencia y el arte de la administración, particularmente de los servicios de salud. La instrumentalización teórica se ha desarrollado con claridad, para lo que se sigue el bagaje del conocimiento de la Reforma que tiene su asiento en la experiencia de muchos años, lo que ha permitido la emisión de políticas claras y novedosas. La práctica como realimentación dialéctica de la teoría, exige tomar mediadas no previstas e ir mejorando el arsenal teórico y político en ese aprendizaje constante que exige la complejidad de los servicios que deben otorgar las instituciones encargadas de responder a los problemas de salud de la población, la cual hace valer su derecho constitucional a la salud.

El futuro está asegurado si se considera la reserva moral y de conocimiento que existe en el país y el derrotero de la calidad de los servicios de salud es una rueda de la historia que no tiene marchas atrás.

La investigación se convierte en un arma fundamental para mejorar la información, visualizar las oportunidades de mejora, aprovechar mejor los recursos y reforzar el conocimiento institucional y con él, el compromiso psicológico de los que estén convencidos, que los desposeídos y los pobres en nuestros países, solo tendrán oportunidades y posibilidades de desarrollo, si existe un compromiso nacional para brindar servicios masivos de educación, salud, trabajo, seguridad, entre otros, con base en principios de solidaridad y equidad. Esta lección nos la ha dado la historia en las diferentes etapas del desarrollo de la nacionalidad costarricense.

1. N.T. Racoveanuy Kirsten Staehr Johansen. Tecnología para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Sanitaria. En Foro Mundial de la Salud. Vol. 16, 1995, 158-165. Colindres Héctor. [[Links](#)]
2. Definiciones de la calidad de los Servicios de Salud. San José: Programa de facilitadores en Mejoramiento Continuo de la Calidad. CCSS-CENDEISSS, oct. 1996, 1-5. [[Links](#)]
3. Ibídem.
4. Ibídem.
5. Colindres Héctor. op. Cit. 1-8
6. Williamson John W. and Associated. Teaching quality assurance and cost containment in health care. A faculty Guide. Washington D. C.: Asasociation of American Medical Colleges, 1982, xvii. [[Links](#)]
7. Donabedian Avedis. Calidad de atención a la salud. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. En Revista ITAES, No. 2, junio de 1995, 19-24. [[Links](#)]
8. Julio Mont. Bioética e investigación. Exposición en Taller sobre Bioética y Salud. San José, Costa Rica: CCSS/CENDEISSS, Jueves 16 mayo de 1996. [[Links](#)]
9. Urroz Orlando. Médico cirujano Hospital Nacional de Niños, Coordinador de la Comisión Nacional de Calidad de la CCSS. Exposición en Talleres Regionales sobre Calidad de Servicios. San José, C.R. Mayo de 1997. [[Links](#)]
10. Fonseca José Miguel. Augusto Sosa y su visión de la calidad de servicios. San José, Costa Rica: Revista Negocios en Periódico La República, 30 de julio de 1997, pág 5b. [[Links](#)]
11. Ibídem.
12. Miranda Guido. La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. San José, C. R: EDNASSS-CCSS, 1988, pág. 35. [[Links](#)]
13. Mohs Edgar. La Salud en Costa Rica. San José, C. R. UNED, 1983, pág. 39 [[Links](#)]
14. Mesa Lago Carmelo. La Crisis de la Seguridad Social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas. México: Fondo de Cultura Económica, 1986, p12. [[Links](#)]

15. Víctor H. Roig. Plan Maestro de Reforma Administrativa de la CCSS. San José, C. R.: Microfilm CCSS, 1980. [[Links](#)]
16. Colección de Leyes y Decretos. Decreto 9482-p que posibilita la Reforma Administrativa, 1989. [[Links](#)]
17. Miranda Guido. op. cit. págs. 151 a 158.
18. CCSS. El Proyecto de Reforma del Sector Salud, Resumen. San José, Costa Rica: CCSS, mimeógrafo de 46 páginas, pág. 5. [[Links](#)]
19. Ibíd. pág. 21
20. Comisión Nacional para Análisis de la Mortalidad Infantil. Análisis de la Mortalidad Infantil, San José, C. R.: CONAMI-EDITORAMA, S.A., 1996, págs 45-47 [[Links](#)]
21. Grupo Interprogramático sobre Capacidad Resolutiva de los Servicios. Metodología de Trazadoras, Componentes Principales y Aplicaciones en Países Americanos. Washington, D. C.: OPS/OMS, NOV. 1989, pág. 3. [[Links](#)]
22. Fernández Nélica B. Garantía de Calidad de la Atención Médica; Experiencia de Costa Rica. Córdoba, Argentina: Vol. 2 No. 2, Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), mayo 1996, pág 10 [[Links](#)]
23. CCSS. Criterios para la construcción de indicadores de calidad, Modelo de excelencia de la calidad CCSS. San José, Costa Rica: Comisión Técnica Asesora de Mejoramiento Continuo de la Calidad, documento mimeografiado para incluir en los compromisos de gestión., 11 páginas. [[Links](#)]
24. Sáenz Luis B. ¿Qué cambios y cuando los podemos esperar en nuestro sistema de salud? en Taller "Hacia una Salud con Calidad". Limón , Costa Rica: Dr. Luis B. Sáenz Delgado, Director Proyecto de Modernización de la CCSS, 4 de octubre de 1996. [[Links](#)]
25. González Marta B. El Mejoramiento de la Calidad en los Servicios de Atención de Salud en Costa Rica. San José, Costa Rica: CCSS/CENDEISS, 1995, Pág. 5. [[Links](#)]
26. Ibídem.
27. Villarreal Ruth y otros. Proyecto de Evaluación y Mejoramiento de los Servicios de Salud en Hospitales Regionales y Periféricos de la CCSS. Manual de procedimiento. San José, C.R.: CCSS/DTSS/SISS, julio 1995. [[Links](#)]
28. Equipos Técnicos Multidisciplinarios de Hospitales Regionales y Periféricos. Actas de reuniones con el representante de la Dirección Técnica. Actas de 1996. [[Links](#)]
29. Pere Ibern. Regulación de la Calidad y Acceso a las Prestaciones Sanitarias. Barcelona, España: Universitat Popeu Fabra-CRES, mimeógrafo de 7 páginas, pág. 1. [[Links](#)]
30. Caja Costarricense de Seguro Social. Circular que informa a nivel nacional de la creación de la Comisión Técnico Asesora de Mejoramiento Continuo de la Calidad. San José C.R.: Gerencias

de División Médica, Administrativa, Financiera, Operaciones y Pensiones, Circular No. 11859, del 5 junio de 1997. [[Links](#)]

31. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa Institucional de Mejoramiento Continuo de la Calidad. San José, Costa Rica: Presidencia Ejecutiva y Gerencias de División, mayo de 1997. [[Links](#)]

Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social

Apdo. 10105-1000, San José, Costa Rica

 e-Mail

cendeiss@info.ccss.sa.cr