

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Influencia de las características demográficas y el diagnóstico en las incapacidades de los clientes externos de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios sobre el costo y la relación con los niveles de atención .

Tutor Jorge Fonseca Renauld

**Autoras: Lizeth Leitón Q.
Selena Cubero G.**

ÍNDICE

TEMA	PÁG.
Introducción	4
Capítulo 1	
1. Antecedentes	7
A. Nivel mundial	7
B. Nivel nacional	12
C. Nivel Local	16
2. Incapacidades Hospital San Juan de Dios	18
3. Justificación	20
4. Problema	22
5. Delimitación del problema	22
6. Objetivos	23
Capítulo 2	
Marco teórico	24
1 Elementos teóricos sobre incapacidades	25
A. Definiciones	25
B. Clasificación de las incapacidades	26
C. Principales causas de la incapacidad	29
2. Principales elementos de caracterización de poblaciones	33
3. El Sector Salud de Costa Rica	43
4. Diagnósticos	52
5. Control de costos	53

Capítulo 3

1. Diseño metodológico -----	57
a. Tipo de estudio -----	57
b. Área de estudio -----	57
c. Universo y muestra -----	57
d. Métodos e instrumentos de recolección de datos -----	57
e. Fuentes de información -----	58
f. Plan de tabulación y análisis -----	58
g. Operacionalización variables -----	59
h. Resultados esperados -----	62
Cronograma -----	62

Capítulo 4

Resultados-----	63
-----------------	----

Capítulo 5

Discusión-----	76
----------------	----

Capítulo 6

Conclusiones-----	81
-------------------	----

Capítulo 7

Recomendaciones-----	83
----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Casi todo el mundo tiene que trabajar para ganarse la vida. Si alguien está demasiado enfermo para hacerlo, necesitará otra fuente de ingresos o de sustitución de los mismos. Los regímenes de seguridad social para los asalariados reconocen esta necesidad de los trabajadores, y su objetivo no consiste solamente en asegurar los ingresos en tales circunstancias sino también en reducir o eliminar la presión económica que obliga a los trabajadores a seguir trabajando a pesar de estar enfermos. Esto puede ser muy importante para asegurar su reestablecimiento y para proteger a sus compañeros contra posible infección o contagio.

Un gran número de países proporcionan prestaciones monetarias de enfermedad a los asalariados con arreglo a sus regímenes de seguridad social o sus leyes laborales. En muy pocos de ellos, no se financia esa protección mediante cotizaciones a la seguridad social sino con cargo al presupuesto del Estado.

En muy contados casos, el régimen de prestaciones de enfermedad a los asalariados se aplica también a los trabajadores por cuenta propia, pero en esta situación la seguridad social suele apuntar a proporcionar una protección básica, mientras que el objetivo de los regímenes para los asalariados es más ambicioso y consiste en mantener el nivel de vida del interesado mientras está enfermo.

En Costa Rica este beneficio se encuentra cubierto por el Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Caja Costarricense del Seguro Social.

La inserción del individuo en el proceso productivo en la sociedad determina su permanencia a una clase o grupo social y a la vez condiciona al menos algunas de las causas de enfermedad y muerte; entonces conviene profundizar

en el conocimiento de aquellos aspectos del trabajo que determinan una mayor frecuencia de estados morbosos según las actividades realizadas.

Las incapacidades producen costos anuales muy grandes para las empresas tanto públicas como privadas, y son muy pocos los estudios en el país que dan algún tipo de información acerca de lo que realmente está sucediendo.

— Ante esta necesidad es que nació el interés por realizar la presente investigación en la cual se pretende conocer las características demográficas de las personas que se incapacitan_(edad, sexo, procedencia) el sector laboral pertenecen el que trabajan, las principales enfermedades por que se incapacitan y los costos en los que incurre la Caja Costarricense de Seguro Social y la relación entre los niveles de atención y las incapacidades.

Las incapacidades afectan a la institución empleadora y al sistema de salud en general debido a que incurren en gastos que producen una limitación mayor del presupuesto, porque generan absentismo del personal, entrenamiento y contratación de personal sustituto y erogaciones por concepto de subsidios por incapacidad; todo lo cual además incide en el proceso de atención al usuario y por ende en la calidad del servicio.

La investigación se realizó en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, en el periodo de julio a diciembre de 2001 y permitió estudiar el comportamiento de las incapacidades y su influencia sobre el nivel de atención y sus costos.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES

A. Antecedentes en el ámbito mundial

A escala mundial se ha visto que la incapacidad temporal afecta aproximadamente al 30% de la población activa(36).-

— Según el informe del departamento Federal de empleo de los Estados Unidos, para marzo del 2000 la tendencia de costos promedio por compensaciones laborales por concepto de incapacidades en el sector privado fueron de \$ 23.55 dólares por hora, para las industrias productoras de bienes y de \$ 18.52 para las de servicios. Por actividad económica, se calcula en un rango que oscila entre \$ 10.99, para el comercio, y \$ 26.97 para las finanzas, seguros y bienes raíces. (36)

Según el tipo de función desempeñada, se estiman costos promedio de \$ 24.19 para ocupaciones gerenciales o administrativas profesionales, de \$ 18.73 por hora para obreros y técnicos especializados fabriles o de manufacturas, y \$ 9.72 para el sector de los servicios generales vigilancia, limpieza, chóferes y otros. (36)

Los beneficios correspondientes por ley, debido al concepto de incapacidad laboral, significaron una mayor proporción del total en los sectores técnicos (30.6 %), comparado con los gerenciales (-26 %) o de servicios (-22.2 %); lo restante lo conforman trabajadores independientes. (36)

Para el sector público de Estados Unidos por su parte, se registró en este mismo periodo, un costo promedio total de \$ 29.05 por cada hora trabajada; representando el 70.8 % del total de los subsidios. Su distribución por funciones muestra que para los niveles gerenciales fue de \$ 32.17 por hora; de \$ 22.78 para los técnico-operativos y de

§ 8.48, para los de servicios generales. (36)

En España, Salvador Moncada del Centro de Salud Laboral y del Instituto Municipal de Salud, señala que tradicionalmente lo único notificable acerca del absentismo laboral ha sido precisamente su costo económico, dejando al margen su valor como indicador de salud de la población trabajadora y de las condiciones de trabajo que existen en las empresas. Afortunadamente este enfoque está cambiando, en parte porque los resultados de reducción de costos basados en estrategias monetarias no han sido lo esperado. (29)

Se acepta actualmente que la ausencia de trabajo por enfermedad, aunque con limitaciones, representa un indicador de la salud de los trabajadores, mientras que el nivel de absentismo por motivos de salud en una empresa refleja en buena medida su grado de salud organizacional. (29)

No todas las personas se ausentan del trabajo por motivos de salud de la misma forma ni con la misma frecuencia. El estudio de estos motivos entre los diferentes grupos de trabajadores hombres y mujeres, jóvenes y mayores, unas y otras ocupaciones, podrá mostrar las diferencias existentes en las condiciones de vida y de trabajo que ellos exhiben. (29)

El estado de salud determina el inicio de un episodio de baja sólo parcialmente. Una misma enfermedad puede incapacitar para realizar una determinada tarea de esfuerzo, por ejemplo, pero no otra. A su vez, dos personas con una misma enfermedad y ocupación pueden estar incapacitadas para su trabajo en un grado distinto según su estado de salud general y su edad. Una gripe no incapacita por igual a un administrativo joven que a otro de mayor edad o bronquítico crónico. (29)

Cualquier trabajador que desarrolle su trabajo en condiciones de alta tensión tiende a presentar más episodios de incapacidad transitoria que aquellos que

laboren en mejores condiciones. En este caso, la baja representa un mecanismo de protección frente a un ambiente de trabajo psicológicamente nocivo. (29)

Entre los factores laborales que inciden sobre la incapacidad laboral se mencionan: la falta de ergonomía o de políticas de implementación de acciones tendientes a compatibilizar las capacidades físicas del empleado con las exigencias objetivas del puesto de trabajo (-como fuerza, resistencia, destreza, flexibilidad, capacidad para soportar posturas forzadas, agudeza visual y auditiva), así como su estado mental y emocional en relación con la forma de la organización del trabajo, por ejemplo horarios y cargas de las jornadas y el estrés relacionado con el tipo de labores. (29)

En España, se han realizado al menos dos estudios sobre la prevalencia del Síndrome de **Burnout** (estar quemado) compuesto por agotamiento emocional-, despersonalización y menor realización personal. El primero en médicos y médicas de Atención Primaria realizado por De Pablo González et al, y el segundo del personal sanitario en general realizado por Juan Carlos Atance Martínez, revelaron una incidencia del 56 % para médicos y 44 % para médicas, con un promedio de 47.16 y una desviación estándar de 7.93 para el personal sanitario global, lo cual fue descrito como considerablemente prevalente. Además se postula como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente y como implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. (6 y 14)

Resultados similares refiere Olivar Castillón en un estudio sobre satisfacción laboral y desgaste en médicos de atención primaria en Asturias, 1999. Se describe que el 66% de los médicos encuestados presentó un nivel de moderado a alto de **Burnout**. Se propone como una posible explicación que las ambiciosas expectativas de asistencia integral que se trataron de desarrollar, con la puesta en marcha de los centros de salud del sistema de Atención

Primaria, se hayan vuelto contra los propios profesionales, al no ajustarse su entusiasmo a la realidad de esa región española. (32)

Se describen en este último estudio, los dos grupos más importantes de riesgo para desarrollar este problema de salud. El primero se caracteriza por ser mujer de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el centro; el segundo perfil se refiere a un profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a quienes dedica más del 70 % de la jornada laboral, la cual es de 36 a 40 horas semanales. (32)

El médico trabaja con los aspectos emocionales más intensos del ser humano (-sufrimiento, miedo, sexualidad, muerte), no pudiendo y no debiendo ser totalmente ajeno a los mismos. Por ello es fácil que, sometido a este nivel de estrés de forma crónica, termine abocado a un estado extenuante tanto físico como emocional, que proyectará irremediamente hacia la empresa o institución para la que trabaja, hacia el paciente y hacia si mismo.(32)

A veces, los médicos intentan reprimir y negar sus problemas trabajando mucho, desmarcándose de las emociones y adoptando actitudes victimistas. Sin embargo, a medida que se debilitan estas barreras y se quiebran las técnicas de adaptación, las crisis de angustia se hacen más y más frecuentes.(32)

Por su parte, la observación sistemática ha permitido conocer que la jornada laboral de las enfermeras se caracteriza por una reorganización continua de los horarios de trabajo y por las interrupciones continuas. Estas interrupciones, provocadas por las inadecuadas estructuras de transmisión de la información, les impide que realicen la totalidad de las tareas asignadas, generándoles insatisfacción y estrés en su trabajo. (32)

Según Isabel Fernández en su estudio realizado en el Área 10 del Insalud de Madrid, la promoción profesional; es una de las dimensiones peor valoradas, sobre todo por el personal no sanitario. Tomando en cuenta el lugar de trabajo, los trabajadores de los servicios de urgencias son los que tienen menor acceso a la formación continuada, en parte por los cambios de turnos en su jornada laboral y porque la mayor parte de la formación va dirigida a los profesionales de los equipos. (18)

La existencia de agravios comparativos, producen frustración, baja autoestima y disminución en la motivación en el trabajador, sobre todo si se presentan en relaciones de poder desiguales, por ejemplo si provienen de las jefaturas u otros medios de mando. (18)

Daniel Danatro en una investigación realizada en una institución Pública de Montevideo, Uruguay encontró que las causas de las incapacidades y del absentismo laboral pueden ser de carácter individual pero en la mayoría de las ocasiones responden a una dinámica social o ambas. Se habla de etiología multifactorial, es decir una interacción de factores individuales (-que residen en el ámbito humano, tomando al trabajador como persona y como la unidad básica de la organización del trabajo), laborales (condiciones del medio ambiente ocupacional) y extra_laborales (ambiente externo o medio social en que operan las organizaciones). Además las circunstancias esbozadas como causativas pueden ser sentidas como auténticamente reales o por el contrario, imaginarias. Está demostrada la importancia de las causas médicas y de la multifactorialidad del absentismo laboral. (13)

En el grupo de causas más frecuentes del absentismo laboral por enfermedad, se describen las afecciones respiratorias, los trastornos digestivos, los problemas circulatorios, los trastornos ginecológicos y las neurosis patológicas, como cuadros depresivos y la ansiedad. (13)

Otra causa que se encuentra con frecuencia es la falta de valores y expectativas del empleado. Un trabajador es el recurso más importante de cualquier organización o empresa y posee inquietudes, expectativas, necesidades, valores, habilidades y conocimientos, entre el rico bagaje que caracteriza a las personas. Cuando alguno o varios de estos componentes no está en su mejor nivel deviene la disfuncionalidad. La insatisfacción laboral del individuo, los empleados de categoría inferior en mala relación con sus superiores y las tareas rutinarias inducen al alejamiento del trabajo. (13)

También hay implicaciones económicas, por ejemplo para el sector patronal de la industria británica, los subsidios por incapacidad representan más del 10 % de todos los pagos, salarios y pagos extraordinarios. En el Reino Unido los costos totales son difíciles de determinar, pero se estima a que son similares al costo total del Servicio Nacional de Salud. (13)

B. Antecedentes a escala nacional

Se han realizado algunas investigaciones en este campo en Costa Rica, sin embargo la información que se encuentra es muy escasa ya que son muy pocas, muy separadas en años entre sí y en condiciones diferentes por lo que es difícil de realizar comparaciones entre ellas. Sin embargo resulta útil citar las siguientes:

Salgado Muñoz, socióloga de la Universidad de Costa Rica realizó un estudio en 1979 sobre morbilidad e incapacidades laborales en Costa Rica (34). Ella encontró en su trabajo que las mujeres se incapacitaban más que los hombres. En relación con la empresa u organización, fue evidente la tendencia de los empleados de la Caja Costarricense del Seguro Social a incapacitarse en mayor proporción que el resto de los asalariados. _

Así mismo, las mujeres que trabajan en el sector público se incapacitan por enfermedad con mayor frecuencia por periodos de más de 15 días, que sus homólogas de la empresa privada.

Con relación a los diagnósticos por género, los hombres mostraron una proporción mayor por causas como otras lesiones no especificadas, celulitis y abscesos. En las mujeres se presentaron porcentajes mayores en las neurosis y la categoría de otras enfermedades de la vejiga.

— En términos generales, el sector público presentó una mayor incidencia de incapacidades por neurosis que el sector privado, donde se observó una mayor cantidad de lumbalgias.

López Hernández y colaboradores (27); estudiaron en 1984 el absentismo laboral en los trabajadores de Ferrocarriles de Costa Rica, S.A. (FECOSA), encontrando que aquellos empleados que tenían entre 11 y 22 años de laborar presentaban el mayor absentismo que los que habían desempeñado su cargo por más de 23 años en la empresa.

En este grupo de trabajadores, se describe que la falta de una adecuada distribución de horarios crea condiciones para el incremento en las ausencias, porque los horarios no son frecuentemente rotados y hay personal que permanece casi fijo en los turnos de la madrugada. No se halló una relación significativa entre la calidad de las relaciones de los trabajadores con sus jefes o compañeros y el absentismo. (27)

Mora, Céspedes y colaboradores (30), en 1986 realizaron una investigación sobre incapacidades en el sector docente público de primaria y secundaria, ellos encontraron como principal causa los problemas mentales (17.31%), sobre todo los trastornos de la personalidad. Se describe una asociación entre el estrés de enseñar y estos padecimientos.

En la investigación de Muñiz Bermúdez y colaboradores (31), sobre la salud laboral y el absentismo en tres instituciones públicas del país (ICE, Registro Civil y Registro Nacional), describen una relación con el volumen de trabajo, el recargo de funciones y diferencias o roces con otras jefaturas.

Norma Amador, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, realizó una investigación (2) sobre las incapacidades del personal que labora en la Caja Costarricense del Seguro Social, ella encontró que existía un aumento evidente con relación al número de órdenes, días y monto por incapacidad, dado específicamente por el régimen de enfermedad en todos los centros y unidades programáticas estudiadas, en relación con el resto de trabajadores.

Calderón Gómez, en su trabajo de 1992 sobre absentismo y factores causales en el personal de enfermería en nueve hospitales de la CCSS (8), encontró que entre los motivos que generan mayor incapacidad se tienen los problemas personales, las enfermedades, las preocupaciones familiares, la falta de motivación por el trabajo y la carencia de una adecuada planificación de labores, con la aparición de estrés. Se encontró que el estrés tenía más peso como factor de absentismo que las enfermedades laborales como tales.

Carmona en 1992 (11) describe que el absentismo laboral por enfermedad en el Hospital Nacional de Niños, es mayor entre el personal del área quirúrgica y menor entre los que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos. Así mismo, el turno de 6 am a 2 pm es en el que más se presenta esta situación. Pareciera plantearse una relación entre el horario, la labor asignada y la ausencia del trabajo.

Castro y colaboradores, en un trabajo en 1994 sobre productividad del personal de farmacia en la CCSS (12), plantea una relación entre los factores motivacionales (incentivos y ascensos según el desempeño, entre otros) y la ausencia y productividad de esos servicios en la Institución.

Para Rivera y Abarca, en su tesis de 1995 sobre ergonomía en los puestos de trabajo del Gallito Industrial, S.A. (33), la existencia de un medio laboral armónico y adaptado al trabajador reduce las incapacidades y el absentismo. Proponen elaborar registros actualizados continuamente, que incluyan no sólo la cantidad de incapacidades y los nombres del trabajador sino también el diagnóstico de las mismas. Esto permitiría contar con datos para tomar mejores decisiones, así como emprender medidas oportunas para disminuir los niveles de las ausencias por enfermedad. Recomiendan además, establecer actividades que ayuden a mejorar las condiciones físicas y mentales de los trabajadores en coordinación con el médico de la empresa, la Sección de Salud Ocupacional y el Área de Recursos Humanos.

En una investigación sobre satisfacción laboral del personal farmacéutico de los hospitales nacionales desconcentrados realizada en 1996 por Gutiérrez Ramírez e Hidalgo Solano (23), se afirma que las instalaciones inadecuadas y la carencia de una política institucional de buenos incentivos afectan la satisfacción de estos profesionales y son potenciales inductores de bajas laborales y reducción de la productividad.

Para Cambroner y col (10), las variables cualitativas como satisfacción laboral, motivación hacia el trabajo y otras, deben ser investigadas y evaluadas de la misma manera que las cuantitativas porque aportan información que de otra manera no podría ser obtenida, sobre todo porque las incapacidades y el absentismo laboral son variables sociales complejas y de naturaleza multicausal.

Según los hallazgos de Izaguirre Sarkis, en su estudio de incapacidades de los empleados de la CCSS (26), para los años de 1996 a 1999, elaborado en el 2000, se aprecia la tendencia de mayor incidencia de incapacidades entre el sector femenino que el masculino.

Mora Álvarez y Soto Cartín, en un estudio realizado en la Clínica Clorito Picado en el periodo de 1999 a 2000 (1), encontraron que un total de 198 empleados se emitieron 898 incapacidades, lo que da un índice de frecuencia de 4.5 incapacidades por empleado. El índice más alto lo presentó el departamento de registros médicos y el menor el de rayos x. El costo total de esto fue de 23,988,667 millones de colones. Las enfermedades más frecuentes son las del sistema gastrointestinal, seguidas por el asma y la depresión.

C. Antecedentes a escala local

1. Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios

El Hospital San Juan de Dios es un hospital de tipo A, que pertenece al sistema de seguridad social de Costa Rica representado por la CCSS, es una institución altamente especializada en la cual se realizan incluso transplantes de órganos.

Su área de atracción abarca la zona sur y oeste de San José incluyendo los distritos de Desamparados, Aserrí, Escazú, Mora, Santa Ana, Puriscal, Turrubares, Acosta, Pavas. Además incluye las clínicas Marcial Fallas, Dr. Solón Núñez, Dr. Ricardo Moreno Cañas, lo mismo que las clínicas de Puriscal y Acosta.

El hospital cuenta con un área de Consulta Externa que atendió en el año 2001 alrededor de 208004 pacientes, con un porcentaje de absentismo de los pacientes del 14.06%. Posee 31 especialidades, una clínica del dolor y la

consulta de empleados. Además cuenta con servicios de apoyo de laboratorio, rayos X y farmacia. (25)

2. Investigaciones realizadas respecto a incapacidades

En el año de 1989, Fuentes Bolaños en un estudio realizado en los Servicios de Aseo, Lavandería, Nutrición y Dietética y Enfermería del Hospital San Juan de Dios (20); señala al ausentismo laboral como un problema individual y organizacional (cultura organizativa).

— Se describe que en estos grupos ocupacionales las causas de las ausencias al trabajo están relacionadas con el nivel de satisfacción del empleado y con los elementos del ambiente interno (trabajo por turnos) y del externo (obligaciones familiares y responsabilidades hogareñas, entre otras); así sentidas sobre todo por las mujeres.

2. Incapacidades en el Hospital San Juan de Dios

En el Hospital San Juan de Dios se emiten alrededor de 18.000 incapacidades anuales distribuidas de la siguiente forma:

Cuadro 1.

Total General de Incapacidades emitidas en el Hospital San Juan de Dios Enero a diciembre del 2001.

MES	N de incapacidades	Días de incapacidad
Enero	1 457	26 817
Febrero	1 317	27 274
Marzo	1 636	30 843
Abril	1 157	25 035
Mayo	1 834	35 004
Junio	1 525	29 948
Julio	1 546	28 335
Agosto	1 643	33 310
Septiembre	1 593	30 587
Octubre	1 525	29 711
Noviembre	1 475	29 308
Diciembre	1 196	26 936
TOTAL	17 904	353 108

Fuente: Estadísticas de incapacidades, Hospital San Juan de Dios. CCSS, 2001.

Como se puede ver, los meses de mayor incidencia son marzo, mayo y agosto, sin embargo esta incidencia es prácticamente constante en todo el año.

Es importante señalar que se emiten un total de 17.904 incapacidades por año con un total de días de 353.108, con un promedio de 19.72 días por incapacidad.

Las principales causas son las siguientes: infecciones agudas de las vías aéreas superiores, lumbalgia, infecciones intestinales, depresión, parto, influenza y neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Estadísticas HSJD)

En el hospital se han realizado muy pocas investigaciones en este campo, por lo que la información que existe es escasa. Para controlarlo también es muy poco lo que se ha podido hacer ya que es un asunto de criterio del profesional que emite la incapacidad por lo que es muy difícil de controlar.

3. JUSTIFICACIÓN

Las incapacidades en Costa Rica se han convertido en un verdadero problema para el sistema de seguridad social, para la empresa privada y para las instituciones estatales. Los costos económicos en los que incurren las empresas son muy elevados, además de otros problemas laborales que se asocian como lo son el absentismo del personal, sustitución del mismo, el correcto proceder, la capacitación del nuevo personal, el recargo de labores en otros empleados y la falta de cumplimiento de los objetivos propuestos por la empresa.

Estos factores han creado un ambiente difícil en las relaciones obrero patronales, sobre todo por el mal uso que se le ha dado a este derecho, tanto por parte del trabajador que en algunas ocasiones sólo lo utiliza como medio para obtener días libres, como por parte del patrono que procede con varias acciones con el fin de defenderse, como lo son las contrataciones temporales, la no-contratación de personal femenino, la reducción de personal en la empresa y la eliminación de ciertos servicios.

El estudio es factible ya que existe una oficina de incapacidades que se encarga de recolectar y archivar los datos en el Hospital San Juan de Dios, por lo que la recolección es simple y requiere poco personal. Debido a que es un estudio en el área administrativa, son muy pocos los inconvenientes éticos que pueda presentar. No se van a definir características de los pacientes que les pueda afectar su bienestar físico, por el contrario, podría servir para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados de las empresas.

El aporte de esta investigación es brindar un punto de partida que permita conocer cuales son los grupos más afectados, cuales especialidades médicas

son las que emiten más incapacidades y cuales son los costos de las incapacidades para el hospital.

Los datos que se obtengan son importantes para la Institución porque brindará información sobre la cual se podrían planificar algunas acciones de control y de gestión de personal. Es necesario conocer las características de las personas que se incapacitan para poder realizar programas preventivos al respecto.

Este trabajo es requisito de graduación del programa de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia. El objetivo es apoyar a la institución analizada en su quehacer administrativo diario a través de los conocimientos obtenidos durante la época de estudio.

4. PROBLEMA

Cual es Influencia de las características demográficas y el diagnostico en las incapacidades de los clientes externos de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios sobre el costo y la relación con los niveles de atencion .

5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación incluirá las incapacidades prescritas en el HSJD durante el segundo semestre del año 2001, excepto las de los empleados de la CCSS y describirá las características demográficas de las personas que se incapacitan tales como el sexo, la edad, el nivel educativo, el sector laboral (público o privado), la labor que desempeña el empleado, el estado civil y el nivel socioeconómico. Se desea establecer si es cierto que las mujeres se incapacitan más que los hombres, si en el sector público se emiten más incapacidades que en el privado, si las personas mayores se incapacitan más que las jóvenes, en fin, cuál es el patrón que define a las personas que se incapacitan.

Por otro lado se describirá cuáles fueron los diagnósticos que produjeron los porcentajes más elevados de días de incapacidad para definir las principales causas por las que se incapacitan los trabajadores.

Por último se calcularán los costos en los que incurre el sector público como empresario y como administrador del Régimen de Enfermedad y Maternidad, así como la empresa privada como contratadora de la mano de obra.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los diagnósticos, su relación con el nivel de atención, y los costos que le ocasionan las incapacidades prescritas en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios y las características socio – demográficas de los clientes externos de esa consulta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características socio - demográficas de los clientes externos a los que se les otorga las incapacidades en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios.
2. Identificar las principales causas de incapacidad en los usuarios de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios.
3. Determinar los costos de esas incapacidades para el Hospital San Juan de Dios.
4. Relacionar los grupos de diagnostico de incapacidad y el número de días otorgados para cada grupo.
5. Relacionar el número de incapacidades emitidas con el nivel de atención.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

A continuación se desarrollarán los elementos teóricos de las principales variables de la investigación. Estas variables son: las incapacidades, principales elementos de caracterización de poblaciones, atención de salud desde la CCSS la capacidad resolutoria y los diagnósticos y por último costos de calidad.

1. ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE INCAPACIDADES

A. Definiciones

INCAPACIDAD:

Se entiende por incapacidad, denominada también baja laboral, al periodo de reposo indicado por un médico u odontólogo de la CCSS o autorizados por estos, a un asegurado directo activo asalariado que no esté en posibilidad de trabajar, debido a una pérdida o imposibilidad transitoria, o permanente, de facultades o aptitudes para el desempeño total o parcial del trabajo habitual o labores similares. El documento respectivo justifica la inasistencia de ese asegurado a su trabajo, a la vez que lo habilita para el cobro de subsidios. Implica por lo tanto, un doble componente de pérdida, de salud y de capacidad productiva. Esta indicación de reposo debe de entenderse, en buena teoría, como un apartado más del tratamiento diseñado por el médico a su paciente. Se refiere entonces, a una prescripción médica que realiza el facultativo con el fin de mejorar la salud de una persona. Es por consiguiente un acto médico, con todas las responsabilidades y consecuencias legales y éticas que conlleva. (1)

No contempla esta definición lo referente a las licencias por maternidad u otras, permisos ni bajas de cualquier otra índole, debido a que el reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social presenta estos aspectos como categorías diferentes. (1)

SUBSIDIO:

Es la suma de dinero que se paga al asegurado directo activo asalariado, por motivo de incapacidad o licencia. (1)

MEDICO TRATANTE:

Es el médico de la CCSS, médico de empresa o de cualquiera de los sistemas o proyectos especiales aprobados por la Junta Directiva, que tenga la potestad de emitir una incapacidad. (1)

B. Clasificación de las incapacidades (1)

Según los instrumentos normativos de la CCSS, las incapacidades pueden clasificarse de diferentes puntos de vista, así desde la perspectiva de la prestación económica percibida, las incapacidades pueden tipificarse como:

Aquellas cuyo subsidio se calcula con base en la remuneración.

Pueden ser de pago total, como en el caso de los empleados de la CCSS o parcial, como es el caso del resto de la administración pública o del sector privado. Esta categoría de baja laboral puede darse sola y su retribución no se refiere a una indemnización.

Incapacidades indemnizables. Cuando en su caso intervienen lesiones dolorosas, por negligencia o acciones indebidas que generan lesiones. Cuando se presenta esta modalidad, generalmente se acompaña de una categoría anterior.

Según su temporalidad, puede hablarse de:

Temporales. Cuando las condiciones o causas que las motivan generan una imposibilidad transitoria para realizar las labores habituales. Son las más comunes y su retribución se hace a través de subsidio.

Permanentes. Si las circunstancias generadoras dejan secuelas, se presenta un estatus crónico e irreversible, convirtiéndose en incapacidad permanente.

Las prestaciones de invalidez duraderas suelen correr a cargo del Régimen de Pensiones del Seguro Social. .

No obstante, como queda dicho, el incumplimiento de la legislación sobre la seguridad social constituye un problema mucho más grave en el caso de los trabajadores por cuenta propia que en el de quienes tienen un contrato de empleo. En la mayoría de los países en desarrollo la legislación sobre las pensiones no se aplica a los trabajadores por cuenta propia y desde luego nunca con carácter obligatorio. De ahí que en la práctica muchos de ellos carezcan de protección en los casos de invalidez duradera, protección que sí tienen en el caso de una enfermedad de breve duración.

Incapacidad por indemnización, en circunstancias relacionadas a la prestación de este tipo de incapacidad, el ofensor (persona jurídica o física) tendría la responsabilidad civil (corre con el pago del estipendio) y hasta penal, si tuviera indicado y a criterio de un órgano decisor judicial, sobre el ofendido (reclamante, afectado o lesionado). Dependiendo de la magnitud o naturaleza de lo sucedido al ofendido, su causa puede ser representada de oficio por la fiscalía o Ministerio Público.

Ante un eventual accidente laboral, por ejemplo, correspondería a la CCSS otorgar y pagar propiamente lo tocante a la incapacidad por enfermedad

producida por ese accidente (además de brindar los cuidados médicos necesarios); al INS desembolsar el monto de acuerdo a la póliza de riesgos laborales contratada y al Poder Judicial determinar la responsabilidad correspondiente en el caso de que solicite o reclame indemnización o que actúe de ley.

Algunas jurisdicciones como la costarricense, clasifican las incapacidades indemnizables en transitorias, parciales transitorias, totales permanentes, parciales permanentes, menores permanentes y gran invalidez; capacidad comprometida, secuelas presentes y otros. Se elaboran además aproximaciones de la evolución esperada, determinaciones del grado de discapacidad y pronósticos de las posibilidades de recuperación. La misma incapacidad puede pasar con frecuencia de un grupo a otro.

Definición y aspectos conceptuales de la incapacidad temporal (1)

La incapacidad temporal es la situación legal en la que se encuentran los trabajadores que, por razones de salud, no pueden prestar su trabajo por algún tiempo, debido a pérdida de facultades o aptitudes. Es el nombre de la situación legal en que incurre ante circunstancias de imposibilidad transitoria de llevar a cabo o parcialmente el trabajo correspondiente. Implica un doble componente de pérdida de salud y de capacidad productiva. (1)

La incapacidad sobrevenida es cuando se trata de una incapacidad indemnizable y surge cualquier otra situación posterior derivada, relacionada con una complicación del problema inicial, y que amerite incapacidad derivada. Por ejemplo, cuando se infecta una lesión indemnizable, cualquier enfermedad producto de este suceso es por tanto meritoria de resarcimiento económico.(1)

C. Causas de las incapacidades (1)

La etiología de las incapacidades es multifactorial en donde median factores individuales, laborales y extra laborales. Entre los factores más importantes tenemos:

1. Los problemas médicos de salud. Es la principal causa de incapacidad sea por enfermedad o accidentes. Representa casi tres cuartas partes del absentismo en la industria.

Normalmente el pago de prestaciones monetarias por enfermedad está sometido a la presentación de un certificado médico. Aunque este requisito retiene los abusos, no garantiza que todas las solicitudes de prestación estén verdaderamente justificadas por el estado de salud del trabajador. En el caso de muchas dolencias corrientes, el dolor de espalda, por ejemplo, el médico no estará en condiciones de calibrar exactamente la gravedad del problema, por lo que habrá de fiarse de lo que le diga el paciente. Por otra parte, en todo sistema de asistencia médica en el cual los enfermos pueden elegir libremente a su médico, no serán muchos los que arriesguen a desatender la petición de un certificado médico.

El absentismo es un ejemplo de impedimento moral: el riesgo asegurado no es totalmente independiente del comportamiento del trabajador asegurado. Se suele achacar esto a una disciplina insuficiente, a la pereza y a la falta de honradez.

El impedimento moral no es privativo de los trabajadores. También la conducta del empleador influye poderosamente en la frecuencia de las ausencias a causa de enfermedad(1). Los organismos de seguridad social han constatado que la proporción de solicitudes al respecto varía mucho de

una empresa a otra, incluso en un mismo sector cuando se dedican a actividades similares.

El estrés y la ansiedad laboral. Los trastornos por ansiedad, al igual que el miedo, la preocupación y la aprensión subclínicas y los factores relacionados con el estrés asociados tales como el insomnio, parecen tener una gran penetrancia y mostrar una prevalencia cada vez mayor en los centros de trabajo. La aparición de estos factores contribuye en distinta medida a la inseguridad en el puesto de trabajo, la retribución insuficiente, la sobrecarga de labores y la falta de autonomía.

El término inglés stress, que se ha traducido como tensión en el trabajo se utilizaba en el siglo XVII en el sentido de penuria, estrecheces, adversidad o afiliación. Durante el siglo XVIII su uso evolucionó para denotar fuerza, presión, tensión o esfuerzo, con referencia principalmente a los órganos o potencias intelectuales de una persona.

Se distinguen tres etapas por las que pasa toda persona en situaciones de tensión:

- a. La reacción de alarma, en la que a una fase inicial de conmoción, caracterizada por la reducción durante la cual se activan los mecanismos de defensa individuales.
 - b. Resistencia, etapa de máxima adaptación, que lleva normalmente a la recuperación del equilibrio, aún cuando, si el factor de tensión continúa o la defensa no actúa, cede el paso a la tercera etapa.
 - c. Agotamiento cuando fallan los mecanismos de adaptación.
2. La falta de ergonomía o de políticas de implementación de acciones tendientes para compatibilizar las capacidades físicas del empleado con las exigencias objetivas del puesto de trabajo (como fuerza, resistencia, destreza, flexibilidad, capacidad para soportar posturas forzadas, agudeza

visual y auditiva) así como su estado mental y emocional en relación con la forma de la organización del trabajo, por ejemplo horarios y cargas de las jornadas y el estrés relacionado con el tipo de labores.

3. Las situaciones de inseguridad o clima laboral insostenible. Situaciones particularmente presentes en las llamadas ocupaciones de mayor riesgo, como enfermería, psiquiatría, el trabajo con explosivos y otras.
4. La falta de valores y expectativas del empleado. Un trabajador es el recurso más importante de cualquier organización o empresa, el cual posee inquietudes, expectativas, necesidades, habilidades y conocimientos. Cuando alguno o varios de estos componentes no está en su mejor nivel deviene la disfuncionalidad.
5. La insatisfacción laboral del individuo, los empleados de categoría inferior en mala relación con sus superiores y las tareas rutinarias inducen al alejamiento del lugar de trabajo.
6. La baja motivación laboral. La pobre actitud o escaso grado de sentimiento que el trabajador tenga de su trabajo producen alejamiento del lugar de trabajo. Las características psicológicas del trabajo se relacionan con la motivación para ir a trabajar y diversos condicionantes sociales, frecuentemente expresados como diferencias entre hombres y mujeres, dificultan la presencia en el trabajo.
7. La falta de promoción laboral y desigualdad en oportunidades. El sistema de promoción y ascensos debe estar diseñado para crear expectativas de crecimiento personal dentro de la institución y no solo por el aumento de las remuneraciones.

8. Existencia de agravios comparativos. Producen frustración, baja autoestima y disminución en la motivación del trabajador, sobre todo si se presentan en relaciones de poder desiguales, por ejemplo si provienen de las jefaturas u otros medios de mando.

9. Las responsabilidades familiares que obligan al trabajador a solucionar necesidades sociales como cuidar de los niños pequeños, parientes enfermos, ancianos u otros. Las estadísticas internacionales muestran que las bajas laborales por incapacidad se dan más en mujeres que en varones, entre otros motivos, por los obstáculos que encuentran las mujeres en su desarrollo laboral, relacionados con los valores femeninos tradicionales y con el hecho de que, por lo general, la mujer encara un doble rol ocupacional; su empleo y su trabajo en el hogar con la consiguiente doble carga emocional. Por tales motivos, esta dualidad dificulta la presencia en el trabajo y en contrapartida, en la presencia en el hogar de las mujeres que conviven con hijos pequeños o con personas mayores, dado el desigual reparto de las tareas domésticas entre hombres y mujeres.

Por estas razones, los esfuerzos por establecer correlaciones psicosociales, especialmente los estresores asociados a la necesidad de compatibilizar el trabajo con las demandas familiares, se ha enfocado mayoritariamente en la mujer. Se han descrito contextos laborales y circunstancias idóneas para el surgimiento y mantenimiento de estos fenómenos. Se mencionan como las situaciones más propensas para su presentación:

- Ambientes con bajo rendimiento laboral
- Trabajos rutinarios, deshumanizados y poco gratificantes
- Grupos con relaciones interpersonales difíciles
- Áreas con desequilibrios en la distribución de las cargas de trabajo
- Ambientes de bajo reconocimiento y baja motivación del individuo

- Situaciones donde signifique lo mismo trabajar que no hacerlo
- Empresas con más de 250 empleados

2. CARACTERIZACIÓN DE POBLACIONES (37)

En cualquier tipo de relevamiento demográfico que se lleva a cabo, ya se trate de censos, registros permanentes, muestras y otros, se investiga sobre un grupo de características propias de los individuos que componen la población. El número y la naturaleza de las características ha ser investigadas, es variable según los países, de acuerdo con las necesidades e intereses nacionales y también de acuerdo con la experiencia estadística de los mismos.

Sin embargo, puede citarse un grupo de características que son comunes a casi todas las investigaciones demográficas. Estas características son propias de los individuos que forman parte de la población y comprenden:

- a. Sexo
- b. Edad
- c. Estado Civil
- d. Nacionalidad
- e. Lugar de nacimiento
- f. Idioma
- g. Características educacionales
- h. Religión
- i. Raza
- j. Características económicas
- k. Defectos físicos y mentales

Existen otras características de la población que a diferencia de las citadas anteriormente, no se derivan directamente de la información individual

suministrada en un relevamiento demográfico, sino que se desentrañan durante el proceso de tabulación de datos. Estas características son:

- a. La condición urbana y rural de la población
- b. Su distribución por zonas geográficas
- c. La composición de la familia

Para efectos de este estudio se describirán las siguientes características: sexo, edad, estado civil, características educacionales, características económicas, la condición urbana y rural, y el sector laboral del empleado.

A. Sexo

Este factor es uno de los más importantes en las estadísticas de la población y tal vez el más fácil de obtener. Una prueba de su importancia está dada por el hecho de que aún en los estudios más simples, en los que se intenta solamente el recuento en el número de habitantes, se presentan los datos clasificados por sexo. Esta clasificación resulta indispensable en la mayoría de los casos, para que los datos queden agrupados conservando dentro de cada clase un cierto grado de homogeneidad, la cual será obtenida en primera aproximación haciendo la separación de los datos según sexo.

La declaración de sexo en los formularios estadísticos no comporta, en la mayoría de los países, ningún motivo de error sistemático. Sin embargo, se ha podido constatar muchas veces en las declaraciones una tendencia a la omisión de las hijas de corta edad, tenidas en menor consideración que los hijos varones, en algunos países musulmanes y en China. Además, estos mismos países, la diferencia desfavorable al sexo femenino puede provenir de una mortalidad infantil más elevada entre las mujeres, cuyo nacimiento es considerado un disfavor que provoca el abandono de las hijas desde su nacimiento.

B. Edad

La determinación de la distribución de la población por edades es uno de los objetivos primordiales de cualquier estudio sobre población.

Esta información resulta esencial para muchos propósitos, entre los cuales figuran el análisis de los factores que influyen en los cambios de una población y la preparación de estimaciones corrientes y de pronósticos sobre población. Además, sirve de base para el cálculo de tasas de morbilidad y de mortalidad; para análisis actuariales, para estudios sobre la demanda de trabajo y sobre el potencial humano desde el punto de vista militar. También interesan estos datos cuando se trata el problema de la dependencia de ciertos grupos de la población en las primeras edades y en las edades más avanzadas de la vida. Por otra parte, hay características tales como el estado civil, la fertilidad, el nivel educacional, las actividades económicas y otras que resultan mucho más significativas cuando se estudian en relación con una clasificación por grupos de edades.

Si la información con respecto a la edad es correcta, solo resta el problema de determinar la extensión de los grupos etarios de clasificación que mejor se adapten al estudio de que se trate. Sin embargo, en la práctica, la clasificación por edades presenta muchas dificultades.

A. Formas de determinar las edades

La edad de las personas que son objeto de una investigación estadística, puede determinarse mediante dos procedimientos:

1. Preguntando directamente la edad correspondiente al último cumpleaños.
- 2 Preguntando la fecha de nacimiento.

1. Edad en años cumplidos

Esta pregunta tiene la ventaja de ser más simple y también más fácil de contestar, porque en muchos casos el informante puede que no conozca con exactitud la fecha del nacimiento, pero en cambio sea capaz de declarar la edad con bastante exactitud. Este caso puede presentarse cuando el informante es analfabeto o si está dando los datos de otro miembro de la familia o de otra persona con la que no tiene parentesco directo.

Sin embargo, los datos de edad con base en el último cumpleaños, están sujetos a considerables errores, ya que es elevado el número de personas que, involuntariamente o no, declaran su edad en años en forma inexacta. Por ejemplo, en muchos censos se nota una tendencia, por parte de los hombres, a declarar la edad de 21 años, cuando están próximos a alcanzar esta edad (18 años en Costa Rica) y, por parte de las mujeres, a disminuirse la edad en determinados intervalos de la vida. En general, hay una tendencia a declarar edades terminadas en números pares o cifras redondas, notándose una atracción más marcada para las cifras terminadas en 0 y en 5.

Teóricamente, una distribución de población por años individuales, como las que se presentan en las tablas de vida, es lentamente decreciente. En la realidad, cuando se hace la cuantificación de la población, podrían esperarse algunos pequeños saltos en el número de frecuencias correspondientes a cada edad individual, pero nunca podrá aceptarse como natural el hecho de tener frecuencias tan abultadas para las edades como las terminadas en 0 y en 5. Estos abultamientos deben por tanto atribuirse necesariamente a errores en la declaración de las edades, motivados por la tendencia general que existe de declarar la edad en cifras redondas.

Para salvar en parte los errores en la declaración de la edad, los datos demográficos se reúnen, en general en grupos de 5 a 10 años. Esta agrupación tiende a reducir en un mínimo tales errores, pues dentro de cada grupo hay una cierta compensación.

Se han adoptado diversas formas de agrupaciones por edades. En principio parecería que los errores en la declaración de edades quedarían mejor compensados si se adoptara un sistema de agrupación tal como 13 – 17, 18 – 22, etc, que dejara las edades terminadas en cero o en cinco, en el centro de los grupos. Sin embargo, se ha comprobado que los grupos 5-9, 10-14, 15-19, etc dan generalmente una diferencia mínima con respecto a la anterior. Aunque aparentemente en esta agrupación los límites de cada grupo tienen el inconveniente de coincidir con las edades redondas terminadas en 0 o en 5, de suerte que, por ejemplo, personas de 27, 28, 29 años que han declarado tener 30 años pasan del grupo de 25 a casi 30 años, que les corresponde al de 30 a casi 35, está comprobado que hay compensación entre estos desplazamientos.

Para la formación de grupos de 10 años de edad, se usan comúnmente dos sistemas: el primero consiste en considerar como extremos las edades terminadas en 0, tales como de 10 a 19, de 20 a 29, etc. En el segundo se toman los grupos a partir de las edades terminadas en 5: 15 a 24, 25 a 34, etc. La primera forma parece haber sido usada con mayor frecuencia, pero los organismos internacionales recomiendan el otro sistema por el hecho de que las edades terminadas en 0 están más afectadas por el abultamiento que las terminadas en 5.

2. Edad según la fecha de nacimiento

Para evitar los errores que comportan las declaraciones de la edad, se puede adoptar el segundo método, que consiste en preguntar la fecha de

nacimiento. Se considera que esta pregunta conduce a respuestas más exactas, ya que siendo más específica, no induce con tanta facilidad a contestaciones aproximadas. Este método tiene sin embargo el inconveniente de no resultar adecuado para países con alto índice de analfabetismo. Además supone el cálculo de la edad con base en la fecha de nacimiento, ya sea por parte del enumerador o de la oficina de estadística, mediante procedimientos especiales de tabulación mecánica.

En algunos países se ha adoptado el sistema de formular simultáneamente ambas preguntas o de preguntar la fecha de nacimiento en los casos en que se sospecha que la edad declarada es incorrecta. Estas combinaciones tienen las ventajas propias de cada uno de los métodos anteriores y pueden resultar convenientes en países en los cuales una parte substancial de la población es culta, pero la gran mayoría es analfabeta. El sistema de preguntas alternativas se adoptó en el censo de Brasil en 1950.

En general, cuando hay casos de edades desconocidas y estos son poco frecuentes, se pueden considerar directamente en un grupo aparte, pero si se presentan en una proporción elevada, pueden reducir el valor de un cuadro.

C. Estado Civil

Desde el punto de vista demográfico el estado civil de la población tiene una importancia evidente como factor determinante de su crecimiento. Para poder apreciar esta influencia es necesario tabular los datos del estado civil en relación con el sexo y la edad, pudiendo de esta manera determinarse la influencia de la edad en los matrimonios y de la viudez o del divorcio sobre la capacidad de la población en edades reproductivas. Este tipo de análisis se torna particularmente provechoso si los datos sobre el estado civil para varios grupos de edades, por sexo, se clasifican posteriormente en combinación con medidas de fertilidad, tales como la distribución en el número de hijos que han

tenido las madres, u otras características de la población, tales como: lugar de nacimiento, nacionalidad, raza, religión, ocupación o ingreso, en forma tal de estudiar los diferentes aspectos del estado civil en distintos grupos de la población, y de determinar su influencia sobre las tendencias en la composición de la población.

Además de su importancia demográfica, estos datos sirven para el estudio de problemas médicos y sociales relacionados con la viudez, la soltería o el divorcio. Se los utiliza también en análisis económicos que tratan de la enumeración de unidades de consumo, la estimación de la demanda de alojamiento y el análisis de los problemas de dependencia y de factores que afectan la demanda de trabajo.

Categorías de estado civil

Las categorías de estado civil son:

1. Casados legalmente según las leyes del país donde se encuentren los encuestados.
2. Viudo (a), -cónyuge muerto y no han contraído enlace nuevamente
3. Divorciado según las leyes de cada país y no han contraído enlace nuevamente
4. Soltero entendiéndose por tal, la persona que nunca se ha casado
5. Unión Libre que viven juntas pero sin ningún lazo legal con respecto al matrimonio.
6. Separados son las personas que sin estar divorciadas, viven separadas del cónyuge

D. Nivel Educativo

La importancia de los datos sobre el nivel educacional de la población es demasiado obvia, se reconoce la necesidad de la información en este aspecto para el ordenamiento de los programas educacionales y para los planes de adelanto económico, social y político. Es estandarización en este campo es bastante difícil no solamente por las considerables variaciones en los sistemas educacionales y en las condiciones culturales de los países del mundo, sino también por las grandes diferencias en sus necesidades y facilidades estadísticas.

Existen tres tipos principales de datos sobre características educacionales que son: datos sobre alfabetismo, datos sobre el nivel educacional, es decir sobre el tipo de estudios cursados por el individuo, y datos sobre asistencia escolar en el momento del censo o durante un período previo determinado.

Alfabetismo: Se define como alfabetismo la habilidad para leer y escribir un mensaje en cualquier idioma.

Nivel educacional: Se mide el nivel educacional de acuerdo con el grado de educación más elevado que haya alcanzado el individuo, dentro del sistema de instrucción del país, en términos de grados completos que cursó o de número de años que concurrió a la escuela elemental, secundaria, universitaria y parauniversitaria.

Asistencia escolar: Esta pregunta se incluye en muchos censos para determinar por lo menos el número de personas que asisten a la escuela, ya sea dentro de la población total o de la población en edad escolar. (37)

E. Características Económicas

Estas estadísticas suministran un inventario de recursos humanos, mostrando el número y características de las personas ocupadas en la producción económica, y su distribución en las distintas ramas de actividad

Las categorías de actividad económica comprenden:

Rama de actividad económica

Categoría de empleo

Ocupación

También con respecto a ciertas categorías de la población económicamente inactiva.

Rama de actividad económica: Esta describe como se distribuye la población según sector industrial al que pertenece. Estas cifras son útiles para el análisis de la distribución de la mano de obra, su oferta y demanda, y los problemas del traslado de la mano de obra. Además sirven de base para las series corrientes relativas al empleo en las industrias manufactureras, que actualmente obtienen los países industrializados. Existen nueve categorías que son: Agricultura, sivilcultura, caza y pesca; Explotación de minas y canteras; Industrias manufactureras; Construcción; Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios; Comercio; Transportes, almacenaje y comunicaciones; Servicios; Actividades no bien especificadas.

Categoría de empleo: La categoría de empleo es la situación del individuo con respecto a su empleo. En la mayoría de los censos se establecen las siguientes categorías: Trabajadores dependientes de empleadores privados o públicos (a menudo divididos en empleados a sueldo y trabajadores asalariados).; empleadores y trabajadores familiares no remunerados.

Ocupación: Es el oficio, actividad profesional, o tipo de trabajo efectivo por el individuo, cualquiera que sea la rama de actividad de que forma parte. De acuerdo con esta definición, la ocupación de una persona la constituye el tipo de trabajo que efectúa, en cambio su industria está representada por el tipo de mercaderías o servicios que produce su empleador. Puede decirse en general, que una clasificación por industria clasifica al trabajador o persona, según la naturaleza del establecimiento, empresa o servicio con el cual está asociado, en cambio una clasificación de las ocupaciones la constituye el trabajo que efectúa el individuo por ejemplo carpinteros, agricultores, trabajadores profesionales y otros.

Población económicamente inactiva: esta clasifica a la población inactiva económicamente como a las personas ocupadas solamente en trabajos domésticos dentro de sus hogares y sin remuneración, estudiantes que no desarrollan aparte ninguna actividad económica, internos en instituciones penales, en sanatorios para enfermos mentales o en instituciones de caridad y todas las demás personas que no realizan actividad económica alguna tales como: jubilados, incapacitados o aquellos que derivan su ingreso de rentas, dividendos, etc.

F. Nivel ingresos

Este mide el nivel de ingresos de las personas, por lo general se clasifica en rangos que determinen los ingresos de un periodo determinado mensual, anual, etc. Esto se supone clasifica a las personas en niveles de pobres, clase media, ricos.

G. Sector laboral de procedencia

Existen dos sectores claramente identificados donde los individuos realizan sus actividades laborales que son el sector público que corresponde a todas las

instituciones estatales en las que el empleador es el gobierno, y el sector privado que corresponde a la empresa privada.

3. EL SECTOR SALUD EN COSTA RICA)

El Sector Salud costarricense lo componen: Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación Económica y Política Nacional, Ministerio de la Presidencia, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros y la Universidad de Costa Rica. La rectoría recae sobre el Ministerio de Salud.(28)

A lo largo de la presente década el modelo predominante de los servicios de salud ha sido un modelo biologista de atención de la demanda, de predominio hospitalario y poca apertura al trabajo comunitario. A partir de la Reforma del Sector Salud el modelo emergente busca un enfoque más integral, anticipando la demanda y con mayor trabajo comunitario.

La Reforma del Sector Salud se diseñó en el marco de la reforma del Estado, bajo los principios de universalidad, solidaridad y equidad. El proyecto contempla la ejecución de ciertos componentes: fortalecimiento institucional de la CCSS, readecuación del modelo de atención en salud, revisión y mejoramiento del sistema de financiamiento y creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación en Salud.

La readecuación del modelo de atención en salud organiza los servicios en tres niveles, íntimamente relacionados entre sí, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Deben trabajar de manera coordinada y eficiente, teniendo como base la estrategia de Atención Primaria de la Salud para asegurarle a toda la población una atención oportuna, integral y continua.

A. Caja Costarricense de Seguro Social

Los sistemas públicos de salud tienden a organizarse de acuerdo con el concepto de niveles, red de servicios y regionalización. La experiencia nos muestra, que cuando los conceptos son correctamente aplicados, se logra racionalizar la demanda por los servicios de salud ya que se **ordena** la relación entre necesidades de salud de la población y la oferta de recursos.

El sistema de salud costarricense se encuentra organizado según lo que define la teoría en este campo, pero por diferentes motivos de carácter técnico, administrativo y político, se ha dificultado su aplicación en la práctica, generándose desorden en la atención de las necesidades de la población, y en muchas ocasiones, falta de resolución de las mismas.

En este contexto, es importante contar con un marco teórico-conceptual que sirva de referencia para el desarrollo de la consultoría, y para homogenizar conceptos que faciliten el trabajo de los técnicos de la Dirección de Planificación Corporativa de la CCSS.

Para estos efectos, lo primero que habría que decir, es que **nivelar** implica equilibrar o poner a la misma altura dos cosas, o bien, **poner en igualdad de condiciones la capacidad de ejecución de determinadas actividades o tareas. Por otro lado, regionalizar implica aplicar el enfoque sistémico a la organización de los servicios de salud** y se entiende, que se da por la división del país en áreas geográficas, de acuerdo con criterios demográficos, culturales, económicos, etc. y que permite el escalonamiento en red de los servicios de salud. Es importante tener claro, que regionalizar no implica descentralización ni desconcentración, pero se concibe como un sustrato básico que facilita dichos procesos ya que se crea una capacidad instalada en las sedes regionales que puede asumir nuevas funciones y responsabilidades.

Para los efectos de la presente investigación, es importante dejar establecido como parte del presente marco teórico-conceptual, que el punto de partida del mismo es la teoría y el enfoque de sistemas. Sin lugar a dudas, el desarrollo del conocimiento en el campo de los sistemas de salud, no ha identificado base teórica y conceptual más sólida para el abordaje de su organización, funcionamiento, planificación, evaluación, problemas y gestión en general.

Los conceptos de redes y modelos, son ejemplos de su aplicación en la práctica. Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí con un fin específico. Lo que define al sistema, es precisamente, el fin con el cual se relacionan los elementos. Este concepto aplica de forma fácil y transparente a los servicios de salud. El fin de éstos es, o debe ser, el cuidado de la salud de la población, y esto sólo se logra, si los diferentes elementos del sistema de salud (establecimientos y recursos) se encuentran debidamente articulados.

Aparece aquí el concepto de red de servicios que- en el contexto de la teoría y enfoque de sistemas, es un modelo de un proyecto o programa, constituido por un conjunto de eventos ligados por actividades. Representa las relaciones tecnológicas u operativas entre las distintas actividades que componen el proyecto o programa. Para los efectos de este estudio, los establecimientos de salud son los elementos del sistema que ejecutan un programa de salud integral, que incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad y rehabilitación de la capacidad funcional. Para que el programa de salud funcione de manera integrada e integral, se requiere que las actividades que desarrollan cada uno de los establecimientos se encuentren debidamente articuladas y relacionadas como una red.

Para nuestros efectos, un modelo es una conceptualización de un sistema, en la cual se han retenido los elementos y las relaciones que se consideran relevantes, y que han dejado de lado los que se estiman de menor importancia.

B. La red de servicios de salud (9)

Una red de servicios de salud prevé la organización del sistema de salud según diferentes niveles de atención, complejidad y administración. Desde el punto de vista de la atención de la ciudadanía, el escalonamiento en red de los servicios de salud, permite garantizar a todos los individuos el acceso al sistema a través del primer nivel de atención, y que pueda ascender a otros niveles cuando su estado de salud así lo requiera. En este contexto, el primer nivel de atención debe existir en todas las comunidades del país, y deben existir también, debidamente definidas, las interrelaciones entre los diferentes niveles, de tal manera que se permita el flujo de pacientes de acuerdo con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

Así, una red de servicios de salud surge de la aplicación del enfoque sistémico a la organización y funcionamiento de los sistemas de salud, que permite la articulación de los diferentes establecimientos que lo componen en función de las necesidades de salud del individuo y la comunidad y su ordenamiento de acuerdo con niveles de atención y de complejidad. Con su aplicación se pretende no fragmentar la atención de la salud, sino ofrecerla desde una perspectiva integral, y además promover la eficiencia en el uso de los recursos institucionales.

C. Niveles de atención y niveles de complejidad

El concepto de niveles de atención tiende a confundirse con el de niveles de complejidad, y aunque existe una estrecha relación entre ambos conceptos, su separación es importante desde la perspectiva de “como” organizar servicios de salud.

Niveles de atención se relaciona con los objetivos de la atención de la salud que se ofrece a una comunidad. Por lo que, antes de pretender definir

niveles **de complejidad**, deben definirse los niveles de atención, o sea, los objetivos de atención que deben tener los diferentes establecimientos que componen el sistema de salud.

Complejidad se define como el grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo. Los niveles de complejidad tipifican establecimientos de salud y por lo tanto, no deben confundirse con los niveles de atención, aunque exista, como se dijo antes, una estrecha relación entre ellos, ya que en un determinado tipo de establecimiento pueden coexistir varios niveles de atención, como sucede en los establecimientos más complejos como los hospitales.

La capacidad de resolución de un establecimiento está dada fundamentalmente, por el nivel de complejidad que posea. Los elementos de la complejidad son: el grado de diferenciación de los servicios finales, intermedios y administrativos; el nivel de capacitación y especialización del recurso humano; y el equipamiento.

Para definir complejidad, no se toman en cuenta elementos que indiquen tamaño, puesto que la complejidad no está dada por número de camas, ni de consultorios, ni de personal o de pacientes atendidos, pero es importante mencionar que para los efectos del presente trabajo, se realiza un análisis más integral –de los establecimientos, utilizando algunos indicadores particulares que permiten establecer el “benchmarking” de los establecimientos seleccionados.

Es claro, que la falta de resolución de algunos o muchos establecimientos de salud, no se relaciona necesariamente con la falta de recursos, sino con la ineficiencia e ineficacia de la gestión. Es importante también señalar, que complejidad no es tampoco un indicador que mida la

calidad de atención, y por consiguiente no debe asimilarse mayor complejidad con mejor atención aunque es indudable que la favorece.

Para el análisis del área de oferta, se requieren una serie de indicadores que permitan identificar si la problemática detectada a partir de la evaluación del área de demanda, puede enfrentarse adecuadamente con los recursos existentes. _

Dicho de otra manera, los indicadores que se incluyen para el análisis de la oferta, tipifican la complejidad de los establecimientos que son objeto del mismo.

En este contexto, los indicadores que se incluyen para valorar la complejidad existente en los 29 hospitales y las áreas en Costa Rica son:

- a. El tipo de servicio con que cuenta el establecimiento objeto de análisis, diferenciado según sean finales, intermedios y administrativos.
- b. El grado de capacitación y especialización del recurso humano con que cuenta el establecimiento.
- c. El equipamiento que posee el establecimiento.

Del análisis de la demanda a los servicios de salud, se puede notar que no existen en Costa Rica grandes diferencias por área y región sanitaria, lo que al igual que **la situación demográfica, se manifiesta como un factor que no incide de forma importante en la diferenciación de la complejidad que deben poseer los establecimientos de salud.**

Esta situación demográfica y epidemiológica, comienza a delinear la complejidad que deben poseer las áreas de salud en general y los hospitales que componen el sistema, ya que siendo similar en todo el país, son otros los factores determinantes de la **diferenciación** de la misma, esencialmente el modelo de salud que decide impulsar la CCSS, y que responde a políticas de salud definidas.

De acuerdo con su clasificación, cada uno de los establecimientos de salud de la CCSS tendría un modelo de complejidad bajo el cual deberá funcionar en lo que corresponda, de acuerdo con la siguiente estructura:

1.- Servicios Finales:

- a) Ambulatorios
- b) Hospitalización
- c) Emergencias

2.- Equipo:

- a) Servicios Ambulatorios
- b) Servicios de Hospitalización
- c) Servicios de Emergencias
- d) Bloque Quirúrgico

3.- Servicios Auxiliares

4.- Servicios Administrativos

5.- Servicios Generales

El modelo de complejidad según nivel de atención de los establecimientos es el siguiente:

Centros Nacionales de Especialidades

Hospitales Regionales de Alta Complejidad

Hospitales Periféricos

Áreas de Salud

EBAIS

Entonces, **nivel de atención** denota los **objetivos y características de la atención en los** diferentes establecimientos que componen el sistema de servicios de salud de la CCSS. Mientras que complejidad se define como el grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por el mismo.

Los elementos de la complejidad son: el grado de diferenciación de los servicios finales, intermedios y administrativos; el nivel de capacitación y especialización del recurso humano, y el equipamiento. El nivel de complejidad define la capacidad de resolución de un establecimiento.

Los niveles de atención definidos para el país, se describen a continuación:

- *Nivel primario*: tiene la responsabilidad de ejecutar prioritariamente, acciones de promoción de la salud de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria básica. Las acciones que se ejecutan se encuentran normadas en el documento “Normas de Atención Integral de Salud: primer nivel de atención”. Los responsables de la ejecución de las acciones son los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) existentes en todo el país.
- *Nivel secundario*: tiene como responsabilidad la ejecución de acciones de atención ambulatoria y hospitalaria especializada, relacionada con la situación epidemiológica presente en general en el país, pero con capacidad de resolución suficiente para enfrentar dicha— situación epidemiológica. Los responsables de la ejecución de las acciones que corresponden a este nivel son las sedes de área de salud que incluyen a las clínicas de todo el país y los hospitales periféricos. Las áreas de salud

adecuarán su complejidad, según sea la cantidad de población a atender. Áreas con mayor población de influencia deben contar con una mayor capacidad administrativa. Igualmente, áreas de zonas muy alejadas con pobres vías de comunicación, deben contar con mayor complejidad. Desde esta perspectiva, deben visualizarse también los hospitales periféricos.

- *Nivel terciario:* en él se ejecutan acciones de atención ambulatoria y hospitalaria especializada y altamente especializada. Son responsables de su ejecución los hospitales regionales generales de alta complejidad y los centros nacionales de especialidades.

A continuación se describen los establecimientos hospitalarios mencionados:

- *Hospitales Periféricos:* hospitales pertenecientes al segundo nivel de atención del sistema de salud, encargados de los servicios ambulatorios y hospitalarios de mediana complejidad relacionados con las especialidades que permiten enfrentar la patología prevalente en el país (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-obstetricia, Psiquiatría, Geriatria, Urología, Dermatología-alergología, Neumología, Gastroenterología, Infectología, y Otorrinolaringología). En situaciones particulares, como las de las zonas con poblaciones pequeñas, y en las que ya existen establecimientos hospitalarios, debe adecuarse la complejidad a estas circunstancias, diferenciándolos de sus “iguales”.
- *Hospitales Regionales Generales de Alta Complejidad:* hospitales generales de referencia de mayor complejidad dentro de la red regional de servicios de salud.

- *Centros Nacionales de Especialidades*: centros hospitalarios generales y especializados que poseen la mayor complejidad del sistema de salud costarricense. Son los hospitales de referencia nacional por excelencia para las siguientes especialidades: nefrología, oncología, oftalmología, inmunología, genética, cirugía reconstructiva y medicina nuclear. Cuentan además con infraestructura dirigida a todas las especialidades necesarias para brindar atención a la población de acceso directo a servicios de hospitalización de su área de influencia.

4 Diagnósticos (40)

La capacidad resolutive va a medirse, en la presente investigación, a través de la clasificación de los diagnósticos que justificaron la incapacidad laboral, por esto es importante considerar la definición teórica de esta variable.

El diagnóstico de una enfermedad se define como la identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas, anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especiales.

Existen varios tipos de diagnóstico que son:

1. Diagnóstico clínico: basado solamente en el conocimiento obtenido a través de la historia clínica y la exploración física, sin utilizar pruebas de laboratorio o radiografías.
2. Diagnóstico de enfermería: exposición de un problema real o potencial para el estado de salud de una persona, que un profesional de enfermería está cualificado y autorizado para tratar.

3. Diagnóstico de laboratorio: diagnóstico al que se llega después del estudio de secreciones, excreciones o tejidos, por medios químicos, microscópicos o bacteriológicos, o mediante biopsia.
4. Diagnóstico diferencial: distinción entre dos o más enfermedades con síntomas similares, mediante la comparación sistémica de sus signos y síntomas.
5. Diagnóstico físico: proceso que se lleva a cabo mediante el estudio de las manifestaciones físicas de la salud y de la enfermedad puestas de manifiesto en la exploración física, según las indicaciones ofrecidas por la historia completa del paciente y apoyadas por distintas pruebas de laboratorio.
6. Diagnóstico médico: Determinación de la causa de la enfermedad de un paciente o de su padecimiento mediante el uso combinado de la exploración física, la entrevista con el paciente, las pruebas de laboratorio, la revisión de la historia médica del paciente, el conocimiento de la etiología de los signos y síntomas observados y el diagnóstico diferencial a partir de las posibilidades.

5. CONTROL DE COSTOS

El costo como factor del control, está generalmente reconocido como indicador de la eficiencia administrativa. La capacidad y calidad de la administración para desahogar el trabajo son de mucha importancia, ya se trate de ventas o producción, pero su realización a un costo mínimo es otra consideración de la efectividad administrativa. En el caso de la mayoría de las empresas, sobre un periodo largo los costos totales deben ser cubiertos por los ingresos totales, de lo contrario, la empresa cesará de existir. El primer paso para el control de costos es medir el desempeño en términos del costo. (35)

Los costos por lo general son divididos bajo las categorías de indirectos y directos.

A. Costos indirectos (35)

Se pueden definir como las erogaciones por concepto de materiales que no forman parte del producto o servicio pero que se requieren para la ejecución del trabajo, mano de obra que no tiene conexión inmediata o directa con el servicio y gastos por actividades de venta que no tienen una influencia inmediata o directa sobre las ventas del producto o servicio. Afectan en forma importante la información de costos y ameritan un estudio adicional. Estos costos son determinados por numerosas influencias, que incluyen las circunstancias que rodeen a una empresa dada, el producto o servicio fabricado o vendido, y la administración de la organización.

Los elementos que componen los costos generales indirectos son: depreciación, seguros, salarios de los empleados de servicios como limpieza, chóferes, etc. y renta. Rara vez son uniformes en toda la organización, por lo general son mayores en unas áreas que en otras.

B. Costos directos

Los costos directos se refieren a las erogaciones por concepto de materiales que son o van a ser parte del producto o servicio, a la mano de obra que tiene que ver directamente con el producto o servicio y por actividades de ventas inmediatas y que no tienen una influencia interventora en la venta del producto o servicio.

C. Corrección de las variaciones de costos

Es necesario descubrir la causa de una variación del costo y tomar medidas correctivas para corregirlas. Sin embargo, uno de los medios más efectivos para mantener los costos en línea es crear conciencia de costos en toda la fuerza de trabajo. Esto implica ayudar a todos los empleados a pensar en términos de costos desembolsados, hacer planes para mantener los costos al mínimo, y a regular las acciones de trabajo de cada empleado, de manera que sean aceptados los costos incurridos. Esto es, todos los empleados deben tener la responsabilidad controlar los costos en todas las actividades sobre las cuales estén a cargo o tengan influencia en la secuencia normal de trabajo.

Desde un punto de vista práctico, implícito en el significado de control de costos, por lo general está implicada la reducción de costos, aun cuando el comportamiento actual de los costos esté entre los límites de las expectativas de costos. El reto constante al que se enfrentan la mayoría de los gerentes es la reducción de los costos, que se logra por lo general impidiendo el desperdicio en materiales y tiempo, mejorando los procesos de las operaciones y los métodos, y fomentando nuevas ideas para operaciones más efectivas. (35)

Terminamos de esta forma el capítulo de marco teórico y a continuación se presentará el diseño metodológico de la investigación.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

1. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptivo, ya que analiza un conjunto de variables relacionadas con el fenómeno de las incapacidades, sin pretender identificar relaciones de causa – efecto entre ellas.

b. Área de estudio

Incapacidades que se generan en la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios.

c. Universo y muestra

El universo fueron todas las incapacidades emitidas en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios en el segundo semestre del año 2001, exceptuando las que fueron prescritas a los trabajadores de la CCSS. Para facilitar la investigación se selecciono una muestra estadísticamente representativa que se calculó utilizando la fórmula de Miguel Gómez ($n = \frac{n^{\circ}/1+n^{\circ}/N}{1}$) para el cálculo de poblaciones. Para esto se realizo una prueba piloto con 50 casos por medio de la cual se determino una muestra de 353 pacientes, con un 95% de confiabilidad.

2. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Método

Para la recolección de los datos se realizó un análisis de los expedientes de los

pacientes y de las estadísticas de incapacidades que se encuentran en la Consulta Externa del Hospital.

2. Instrumento

El instrumento que se utilizó se presenta en el anexo 1, es una ficha que se diseñó específicamente para la investigación. Este instrumento precodificado, se validó previo a la investigación, con el fin de realizar los ajustes necesarios para obtener una información más confiable.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes Primarias: Departamento de incapacidades HSJD, Dirección actuarial CCSS, Registros emisión incapacidades, expedientes de los paciente y Departamento de identificación de HSJD. Entrevistas.

Secundarias: , Investigaciones previas realizadas en el hospital y en otras instituciones de la CCSS.

4. TABULACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS. Este tipo de paquetes brinda información tal como la media, el promedio, la desviación estándar y otra información estadística que facilitará determinar el comportamiento de los datos, además permite el cruce entre las variables. La ficha de información del cliente fue previamente codificada para facilitar la transcripción de información a la computadora.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Conocer las características demográficas de los pacientes a los que se les otorga las incapacidades en la consulta externa del HSJD	Características demográficas	Grupo de características propias de los individuos que componen la población, que se derivan directamente de la información individual suministrada. Además de otras características que se desentrañan en el proceso de tabulación de datos tales como composición familiar o distribución geográfica.	<p>1. Sexo</p> <p>2. Edad</p> <p>3. Estado Civil</p> <p>4. Ocupación</p> <p>6. Sector laboral</p> <p>7. Lugar de procedencia</p>	<p>a. Femenino b. Masculino</p> <p>Quinquenios a. 20 y menos b. 20 – 24 c. 25 – 29 d. 30 – 34 e. 35 – 39 f. 40 -44 g. 45 – 49 h. 50 – 55 i. 55 –59 j. 60 - 65 k. 66 –69 l. 70 – 75 m. 76 – 79 n. 80 y más</p> <p>a. soltero b. casado c. viudo d. divorciado e. unión libre f. separado g. Otros</p> <p>a. gerencia y administración b. profesional c. técnico y profesional medio d. apoyo administrativo e. prestación de servicios f. agrícola, agropecuaria y pesquera. g. artesanía manufactura h. operarios de maquina. i. no calificadas</p> <p>a. Público b. Privado</p> <p>a .San José b. Alajuela c. Cartago d. Heredia e. Guanacaste f. Puntarenas g. Limón h. desconocido</p>

Objetivo específico	Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Identificar las principales causas de incapacidad en los pacientes de la consulta externa del HSJD	Diagnóstico	Identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas, anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especiales, por lo cual se incapacitó al paciente	9.Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> a. enfermedades infecciosas y parasitarias b. tumores c. enfermedades de la sangre órganos hematopoyéticos e inmunidad d. enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas e. trastornos mentales y de comportamiento f. enfermedades de sistema nervioso g. enfermedades del ojo y anexos. g. enfermedades del oído y de la apófisis mastoides h. enfermedades del sistema circulatorio. i. enfermedades del sistema respiratorio j. enfermedades del sistema digestivo k. enfermedades de la piel y tejido subcutáneo l. enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo m. enfermedades del sistema genitourinario n. embarazo, parto y puerperio ñ. Traumatismo, envenenamiento y otras causas externas. o. causas externas de morbilidad y mortalidad p. factores que incluyen en el estado de salud.

Objetivo específico	Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Determinar los costos de las incapacidades en el HSJD	Costo	Erogación generada en la institución por motivo de la incapacidad, el cual debido a su naturaleza no se conoce el monto real.	Monto	Costo en colones por día de incapacidad

Relacionar el número de incapacidades emitidas con niveles de atención.	Nivel de atención	Objetivos y características de la atención en los diferentes establecimientos que componen el sistema de servicios de salud de la CCSS	Número de incapacidades	<ul style="list-style-type: none"> a. Nivel 1 b. Nivel 2 c. Nivel 3 d. nivel 1,2 e. nivel 2,3 f. nivel 1,2,3
Relacionar grupos de diagnóstico de incapacidad y el número de días otorgados para cada grupo	Diagnóstico	Identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas, anamnesis, pruebas de laboratorio y técnicas especiales, por lo cual se incapacitó al paciente	Número de días	Número de días otorgados por diagnóstico

6. RESULTADOS ESPERADOS

La investigación es una descripción de la situación que se desarrolla en el hospital con respecto a las incapacidades aclarando interrogantes como: cual es el perfil de las personas que se incapacitan, cuales son los principales diagnósticos de incapacidad, como afecta los niveles de atención y cuales son los costos en los que incurre la misma.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>FECHA</i>
Aprobación del protocolo	Semana 2/ 3 mayo
Prueba y validación del instrumento	Semana 1 /2 junio
Obtención información	Semanas 3 y 4 julio, agosto y sep
Proceso y análisis estadístico	Semana 1 / 2 octubre
Discusión resultados	Semana 3 / 4 octubre
Redacción e informe final	Semanas noviembre
Defensa del trabajo	Fecha a convenir

CAPITULO IV RESULTADOS

A continuación se presentan el análisis estadístico de la información obtenido

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

A. Sexo

Cuadro 2. Número y tasa por cada cien asalariados del área de atracción directa del hospital según sexo.

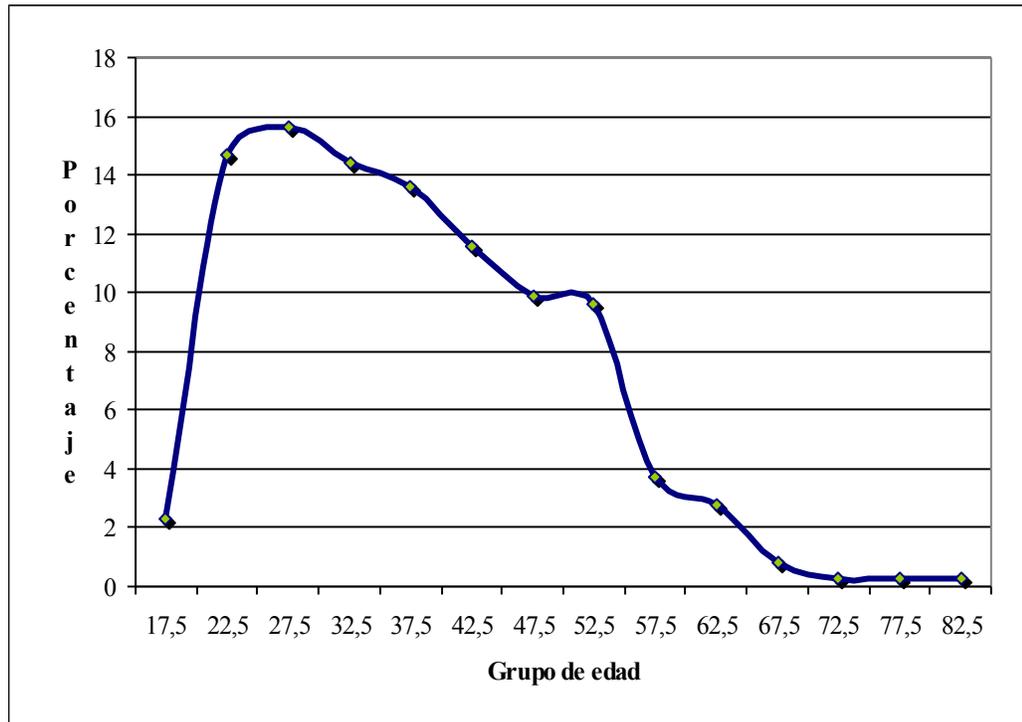
HSJD, segundo semestre del 2001.

Sexo	Numero	Tasa por cien- hab	Promedio días incapacidad
Femenino	161	14.78	22.94
Masculino	192	10.60	27.13
Total	353		25.21

El 14.78 de las mujeres por cada cien trabajadoras del área de cobertura del hospital se incapacitan, mientras que solamente 10.60 de los hombres por cada cien trabajadores se incapacita

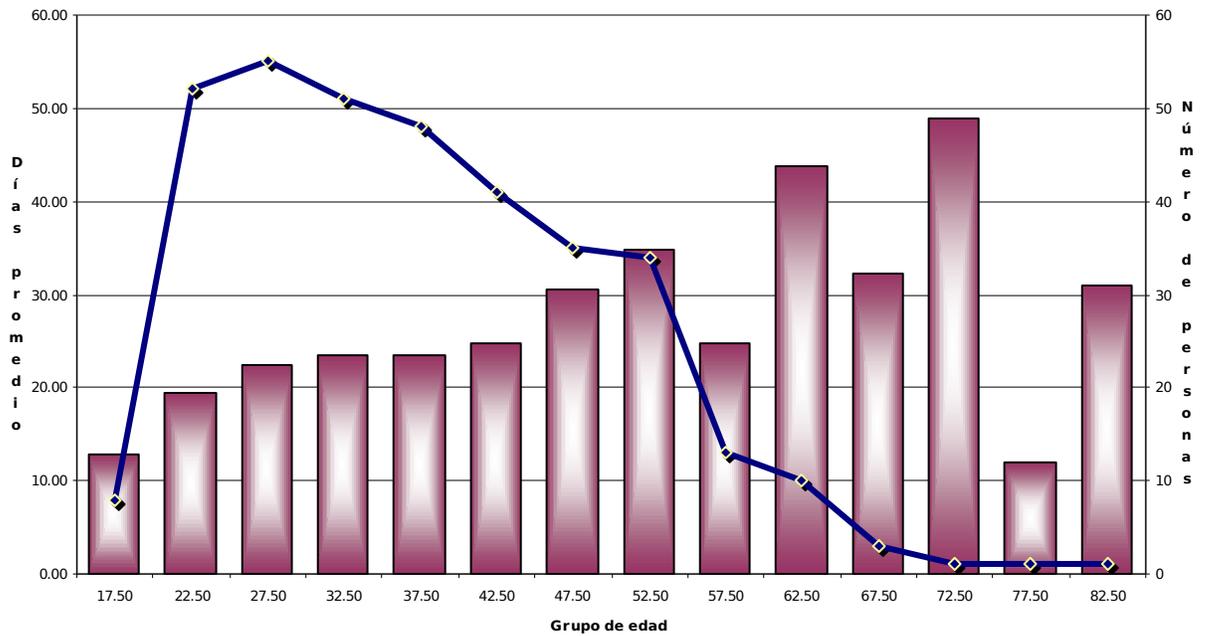
B. Edad

Gráfico 1: Distribución porcentual de los incapacitados según grupos quinquenales de edad. HSJD, segundo semestre del 2001.



La edad de los entrevistados varía en un rango de los 17 a los 84 años, en el que la edad promedio de las mujeres fue de 36 años mientras que los hombres de 38, sin que se presentara diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$). La mayor concentración de pacientes incapacitados está entre los 20 a los 35 años y conforme aumenta la edad disminuye el porcentaje.

**Gráfico 2. Días promedio de incapacidad y número de personas según grupo de edad.
Hospital San Juan de Dios: II Semestre 2001.**



Las personas menores de 45 años se incapacitan por periodos más cortos que las personas mayores de 62 años, debido básicamente a que se esperan enfermedades más complejas en este grupo de edad. -

C. Estado civil

Cuadro 3. Distribución de los incapacitados según estado civil por sexo.

Hospital San Juan de Dios: 2001.

Estado civil	Ambos sexos	Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Nº	%	Nº	%
Total	353	161	45.6	192	54.4
Soltero	110	59	16.7	51	14.4
Casado	198	82	23.2	116	32.8
Viudo	4	1	0.2	3	0.8
Divorciado	13	10	2.8	3	0.8
Unión libre	26	9	2.5	17	4.8
Separado	2			2	0.6

El 63% de los entrevistados son casados o bien se encuentran en unión libre; se encontró una prevaencia de tres mujeres por cada hombre soltero y se encontró casi cuatro mujeres divorciadas por cada hombre divorciado.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en entre la edad y el estado civil, ya que como es de esperar las personas solteras (29 años) tienen una edad promedio de casi diez años menor con respecto a las personas casadas (41); la edad promedio de las personas viudas fue de 52 años.

Cuadro 4. Distribución de los incapacitados según ocupación por sexo.

Hospital San Juan de Dios: 2002.

Estado civil	Ambos sexos	Sexo	
		Femenino	Masculino
Total	353	161	192
Gerencia y Administración	8	2	6
Profesionales	78	55	23
Técnico y profesional medio	49	18	31
Apoyo administrativo	37	29	8
Prestación de servicios	46	19	27
Agrícola, agropecuaria y pesquera	10		10
Artesanía y manufactura	28	1	27
Operarios de maquina	44	17	27
No calificadas	53	20	33

Con respecto a la ocupación que desempeñan los trabajadores incapacitados en el Hospital San Juan de Dios, se muestra una alta concentración en personas que se desempeñan en labores profesionales, especialmente en el área de la docencia secundaria, seguido de personas que desempeñan labores no calificadas, tales como peón de finca y servicio doméstico.

Al analizar las incapacidades por sexo y ocupación, se observa una alta concentración en mujeres profesionales dedicadas a la docencia mientras que en los hombres las incapacidades se concentran en las actividades relacionadas con la actividad agrícola, la manufactura que incluye las personas dedicadas a la construcción y la operación de máquinas industriales.

E. Sector laboral

Cuadro 5. Número, porcentaje y promedio de días de incapacidad según sector.
Hospital San Juan de Dios, segundo semestre 2001.

Sector laboral	Número	Porcentaje	Promedio
Público	97	27.4	24.8
Privado	255	72.2	25.4
Ignorado	1	0.3	14.0
Total	353	100	25.21

El 72% de las personas incapacitadas laboran para el sector privado, aunque se debe destacar que hay una mayor concentración de mujeres que laboran en el sector público, mientras que los hombres muestran una mayor participación en el sector privado.

El promedio de días de incapacidad por sector es prácticamente igual.

F. Provincia de procedencia

Cuadro 6. Número y porcentaje según provincia. Hospital San Juan de Dios segundo semestre 2001.

Provincia	Número	Porcentaje
San José	258	73.0
Alajuela	23	6.5
Cartago	11	3.1
Heredia	26	7.3
Guanacaste	4	1.1
Puntarenas	22	6.2
Limón	6	1.7
Desconocido	3	0.8
Total	353	100

El 73% de las personas incapacitadas habitan en la provincia de San José, principalmente en los cantones Central, Desamparados, Puriscal, Alajuelita y Aserri, los cuales corresponden al área de atracción de referencia directa de la red de servicios del Hospital San Juan de Dios, se encontró un grupo importante de trabajadores que proceden de áreas que no le corresponden al hospital.

2. PRINCIPALES CAUSAS DE INCAPACIDAD

Cuadro 7.

Número y porcentaje de pacientes incapacitados según enfermedad,
Hospital San Juan de Dios, segundo semestre 2001

Categorías de diagnóstico	Nº	%
Total	353	100
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6	1.7
Tumores	47	13.3
Enfermedades de la sangre, órganos hematopoyéticos, inmunidad	2	0.6
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4	1.1
Trastornos mentales y del comportamiento	13	3.7
Enfermedades del sistema nervios	7	2
Enfermedades del ojo y anexos	6	1.7
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	4	1.1
Enfermedades del sistema circulatorio	8	2.3
Enfermedades del sistema respiratorio	5	1.4
Enfermedades del sistema digestivo	52	14.7
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	17	4.8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	36	10.2
Enfermedades del sistema genitourinario	19	5.4
Embarazo, parto y puerperio	18	5.1
Traumatismos, envenenamiento y otras causas externas	57	16.1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	5	1.4
Factores que influyen en el estado de salud	42	11.9
Desconocido	5	1.4

Las cinco principales causas de incapacidad son los traumatismos(16.1), enfermedades del sistema digestivo(14.7), los tumores(13.3) factores que influyen en el estado de salud(11.9), y las enfermedades del sistema osteomuscular.

Cuadro 8. Promedio, mediana, mínimo y máximo de los días de incapacidad.

Hospital San Juan de Dios: 2001.

Categorías de diagnóstico	Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Total	25,44	18	1	182
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7,67	7	3	15
Tumores	40,38	32	1	122
Enfermedades de la sangre, órganos hematopoyéticos, inmunidad	5,50	5	3	8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	48,75	45	15	90
Trastornos mentales y del comportamiento	15,31	14	2	33
Enfermedades del sistema nervioso	18,71	6	2	76
Enfermedades del ojo y anexos	48,17	23	7	182
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	15,25	13	2	32
Enfermedades del sistema circulatorio	26,00	25	3	59
Enfermedades del sistema respiratorio	11,00	4	2	30
Enfermedades del sistema digestivo	21,71	19	1	44
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	18,35	15	1	63
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	29,92	19	2	128
Enfermedades del sistema genitourinario	16,68	7	2	93
Embarazo, parto y puerperio	10,89	8	1	45
Traumatismos, envenenamiento y otras causas externas	27,98	30	3	93
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	21,60	16	8	39
Factores que influyen en el estado de salud	22,74	17	2	62

El 15% de las incapacidades son entre 1 y 3 días, por tanto son días de incapacidad que no son subsidiados, concentrados principalmente en enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y en enfermedades del sistema genitourinario.

Las incapacidades entre 4 y 9 días se concentran en enfermedades relacionadas con el embarazo, especialmente abortos y recuperación postoperatoria, mientras que las incapacidades entre 10 y 14 días se concentran en las enfermedades de sistema digestivo. Las incapacidades más largas se concentran principalmente en los tumores y en los traumatismos, envenenamientos y otros causas externas.

Cuadro 9. Numero y porcentaje de pacientes incapacitados según sexo y enfermedad. Hospital San Juan de Dios, segundo semestre 2001

Categorías de diagnóstico	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Total	161	100	192	100
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3	1.9	3	1.6
Tumores	27	16.9	20	10.5
Enfermedades de la sangre, órganos hematopoyéticos, inmunidad	2	1.2		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	1.9	1	0.5
Trastornos mentales y del comportamiento	9	5.6	4	2.1
Enfermedades del sistema nervios	4	2.5	3	1.6
Enfermedades del ojo y anexos	1	0.6	5	2.6
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides			4	2.1
Enfermedades del sistema circulatorio	2	1.2	6	3.1
Enfermedades del sistema respiratorio	4	2.5	1	0.5
Enfermedades del sistema digestivo	21	13.1	33	17.4
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6	3.7	11	5.8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	18	11.2	18	9.5
Enfermedades del sistema genitourinario	6	3.7	13	6.8
Embarazo, parto y puerperio	18	11.2		
Traumatismos, envenenamiento y otras causas externos	13	8.1	44	23.1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	2	1.2	3	1.6
Factores que influyen en el estado de salud	21	13.1	21	11.0

La principal causa de incapacidad en las mujeres son los tumores afectando a 16.9% de estas, la segunda causa son enfermedades de los sistemas digestivo (13.1%) y el tercer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema osteomuscular y las del embarazo, parto y puerperia(11.2%). El sector masculino se ve afectado con los traumatismos con 23.1% las enfermedades del sistema digestivo con un 17.4 % y el tercer lugar los tumores con 10.5%.

3. COSTOS DE LAS INCAPACIDADES

Cuadro 10 Distribución de incapacidades según número de días y costo.
Hospital San Juan de Dios: II semestre de 2001.

Días	Número	Porcentaje	Días paga	costo ₡
Total	351	100.00	7807	17.944.076
1 a 3	55	15.67	0	0
4 a 9	46	13.11	182	418319.7
10 a 14	29	8.26	280	643568.8
15 a 19	50	14.25	656	1507789.7
20 a 29	23	6.55	471	1082574.6
30 a 39	93	26.50	2685	6171365.1
40 a 89	44	12.54	2368	5442753.2
90 y más	11	3.13	1165	2677705.9

Costo día incapacidad CCSS ₡ 2298.46

El total de días pagados fue de 7807, con un costo para la institución de ₡ 17.944.076.

Cuadro 11: Distribución de incapacidades según nivel de atención y numero de días promedio, HSJD, segundo semestre de 2001.

Nivel de atención	Numero de incapacidades	Numero de días promedio
1	29	12.30

2	31	18.20
3	264	27.31
1,2	2	9.50
2,3	2	43.50
1,2,3	25	26.40
Total	353	25.21

Se encontró que un 17.5% de las incapacidades pertenecen al primero y segundo niveles de atención, el 74.8% le corresponde al tercer nivel de atención, al cual pertenece la Institución. Solamente un 7.6% de las incapacidades podrían pertenecer a cualquiera de los tres niveles, según la gravedad del padecimiento.

CAPITULO V
DISCUSION

La mayor parte de las investigaciones sobre incapacidades en Costa Rica se han realizado en grupos específicos tales como trabajadores de la CCSS, enfermeras, trabajadores de ferrocarriles de Costa Rica, el sector docente y otros, pero hasta ahora no se había hecho un análisis de los trabajadores en general excluyendo a los de la CCSS, en los que se ha encontrado un nivel muy alto de absentismo laboral, explicado en gran medida por las condiciones especiales con que cuentan al ser empleados de la institución aseguradora, además se eliminaron las licencias por maternidad las cuales por definición son diferentes a las incapacidades.

De esta forma se ha determinado que las mujeres se incapacitan con mayor frecuencia y estas incapacidades son más cortas en tiempo que las del sector masculino. Esto podría explicarse porque, como ya se mencionó se excluyeron las licencias por maternidad que ocasionan un desbalance muy importante en los datos.

La mujer en este momento se encuentra desempeñando muchos roles dentro de la sociedad, no solamente tiene que trabajar, sino que debe ser madre, esposa y en algunas ocasiones ser la cabeza de la familia. Estos son factores que influyen en el hecho que se enfermen con mayor frecuencia.

Para el patrono licencia o incapacidad significan pérdida del trabajador, reemplazo y entrenamiento del nuevo trabajador aumentado los costos, lo que crea un factor desfavorable hacia la contratación de mujeres.

Las personas que se incapacitan son gente joven y conforme aumenta la edad las incapacidades disminuyen, a partir de los 55 años muchos asalariados ya han completado sus cuatas obrero patronales y se acogen al derecho de retiro laboral. En este momento la edad de retiro laboral es de 65 años, por esto solamente se encontraron 6 casos con edades superiores a esta, los cuales están laborando en el sector privado y que se les incapacita por periodos más

prolongados, probablemente porque a esta edad las enfermedades que se desarrollan son crónicas y más complejas, o son pacientes en estado terminal.

La situación económica en nuestro país ha provocado un desbalance importante en la fuerza laboral, hoy las mujeres se han visto forzadas a dejar sus hogares y salir a trabajar, muchas personas no están cubiertas por el Régimen de Invalidez Vejez y Muerte, ya sea porque trabajan por cuenta propia, tienen trabajos ocasionales o porque no tienen empleo. Trabajadores de edad avanzada han tenido que mantenerse en sus puestos porque no cuentan con el número de cuotas para pensionarse o porque la pensión no les alcanza para vivir, por lo que deben completarlas con un trabajo informal. Por eso es que hay personas que a pesar de estar enfermas y con edad avanzada se mantienen laborando.

La mayor parte de los incapacitados son casados y tienen incapacidades más largas que las de los solteros lo que conduce a pensar que las enfermedades que desarrollan son más complejas, lo que se justifica en parte porque la edad promedio de los casados es mayor que la de los solteros y que además podrían presentar mayores problemas generados por la vida familiar.

Por otro lado las mujeres podrían presentar una mayor cantidad de problemas ginecobstétricos. El sector docente sigue siendo el que presenta una mayor tendencia a la incapacidad, en este caso representado por las mujeres profesionales. Se han encontrado diferentes razones tales como poco estímulo para trabajar, stress, exceso de trabajo, falta de motivación, pocos incentivos laborales y otros.

En el sector laboral masculino las incapacidades se concentran en actividades tales como: la construcción, manufactura y la actividad agrícola, si relacionamos esto con la principal causa de incapacidad que son los traumatismos, podríamos pensar que en estos sectores fácilmente se dan los

accidentes laborales y que los programas de prevención no están llegando a estos trabajadores, en el grado que deberían.

Desde este punto de vista y perteneciendo estos sectores en gran parte a la empresa privada es por lo que el mayor porcentaje de incapacidades se concentró en dicha área. Además el sector privado es mucho más extenso que el sector público y parte de este último se eliminó al no tomar en cuenta, para efectos de este estudio, las incapacidades otorgadas a los trabajadores de la CCSS. Los traumatismos se convirtieron en la principal causa de incapacidad; entre ellos, los más frecuentes son los de las manos y los pies tales como fracturas, esguinces, luxaciones y desgarros. Es importante recalcar que los accidentes de tránsito están entre las principales causas de muerte en Costa Rica, lo que podría influir en las cifras.

En las mujeres la principal causa de incapacidad son los tumores tales como los de mama, útero, cuello de útero, y otros órganos genitales femeninos, si a esto se le suma el 5.1% que representa el embarazo, parto y puerperio y las licencias por embarazo, los problemas ginecobstétricos son el factor más importante en el ausentismo laboral femenino.

Los costos directos, consisten en los costos reales de la producción, por lo general el patrono toma dentro de los costos rubros tales como compra de materia prima, gastos de luz, agua y teléfono; pago de salarios y otros. Pero hay una serie de costos que se generan y que muchas veces no se toman en cuenta, tal como el hecho de tener que pagar la incapacidad a un trabajador, la sustitución del mismo y el entrenamiento a ese nuevo personal. El solo subsidio por incapacidad generó costos para el Hospital San Juan de Dios, en el segundo semestre del 2001, por casi ₡ 18.000.000 y una cantidad parecida para empresas ya que el subsidio se comparte.

La administración ha creado nuevas estrategias con el fin de detectar estos costos y sumarlos a los costos totales de operación por esto los empresarios modernos han dado una mayor atención al problema de las incapacidades laborales. Esto podría explicar en parte la tendencia de muchos gerentes de no contratar mujeres o personas mayores.

Se observó que solamente el 17.5% de las incapacidades pertenecían al nivel primario y secundario de atención, lo que demuestra que el hospital atiende en gran parte a la población que le pertenece según el nivel de atención del mismo, esto también justifica el promedio de días de incapacidad que es de 25.44 días ya que son pacientes con enfermedades más complejas.

CONCLUSIONES

|
|
|
|
|

1. Se determinó que las mujeres se incapacitan con mayor frecuencia y estas incapacidades son más cortas en tiempo que las del sector masculino. Esto podría explicarse por que se excluyeron las licencias por maternidad.
2. Las personas que se incapacitan son gente joven y conforme aumenta la edad las incapacidades disminuyen.
3. La mayor parte de los incapacitados son casados y tienen incapacidades más largas que las de los solteros lo que nos conduce a pensar que las enfermedades que desarrollan son más complejas, lo que se justifica en parte porque la edad promedio de los casados es mayor que la de los solteros.
4. La empresa privada representa el mayor porcentaje de incapacidades, es importante mencionar que el sector privado es mucho más extenso que el sector público.
5. Las principales causas de incapacidades son los traumatismos en los hombres y los tumores en las mujeres, estos tumores son órganos reproductores femeninos. Esto sumado a los problemas del embarazo, hace que los factores gineobstétricos sean determinantes.
6. Las incapacidades generan costos importantes para la CCSS como institución aseguradora y para la empresa privada.
- 7 El hospital esta atendiendo, en gran parte, el nivel de atención que le corresponde.

RECOMENDACIONES

1. A partir de los resultados es importante que se implementen programas preventivos en las empresas con el fin de disminuir los accidentes laborales.
2. Elaborar programas preventivos sobre el cáncer de mama y útero en las empresas con el fin de mejorar la detección temprana de este tipo de enfermedades.
3. Aumentar la contratación de profesionales en medicina en el sector privado para elevar la calidad de la atención de la población.
4. Es importante que se realicen otros estudios en el campo de las incapacidades, sobre todo de tipo cualitativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Mora, Alejandro y Soto Cartín, Manuel. Factores relacionados con el índice de incapacidades en el personal de la Clínica Clorito Picado durante 1999-2000. San José, Costa Rica. Tesis de maestría en Administración de Servicios de Salud. UNED, 2000.
2. Amador Tenorio, Norma. Estudio sobre incapacidades del personal que labora en la CCSS. San José, Costa Rica. Tesis de maestría en Salud Pública. UCR, 1990.
3. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Código Penal. 6 ed. Actualizada y revisada por Ulises Zuñiga Morales, San José, Costa Rica. Publicaciones Jurídicas, 1995.
4. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Código de trabajo. Edición actualizada y revisada por José A. Vega Bolaños, San José, CR. Publicaciones Jurídicas, 1995.
5. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Constitución Política de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica. SEINJUSA, 1996.
6. Atance Martínez, Juan Carlos. “Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario “. Revista Española de Salud Pública. 1997; 71 (3): 293 – 303.
7. Avalos Rodríguez, Ángela. Incapacidades atrofian la Caja. San José, Costa Rica. La Nación. Noviembre 15, 1998.

8. Calderón G. Alonso y otros. Estudio de las posibles relaciones entre el absentismo laboral y el grado de insatisfacción profesional en la Administración Pública. Revista de la Fundación MAPFRE Medicina. Noviembre, 1999.
9. Caja Costarricense del Seguro Social. Informe final de consultoría. San José, Costa Rica. CCSS, octubre 2002.
10. Cambroner, Lizbeth y otros. Estudio cuali-cuantitativo sobre Absentismo y Satisfacción Laboral en Clínicas Mayores, Hospitales Regionales y Oficinas Centrales de la CCSS. San José, Costa Rica. 1999.
11. Carmona, Rebeca. Absentismo e incapacidades de Enfermeras y Auxiliares durante el primer cuatrimestre de 1992, en el Hospital Nacional de Niños. San José, C.R. Dirección de Enfermería del HNN, 1992.
12. Castro, R y col. Factores que afectan la Productividad del Recurso Humano en Farmacia en los Diferentes Modelos de Atención Ambulatoria de la CCSS. San José, CR. Tesis de grado, Universidad Nacional de Costa Rica, 1994.
13. Danatro, Daniel. Absentismo Laboral de Causa Médica en una institución Pública de Montevideo, Uruguay: 1994 – 1995. Montevideo, Uruguay: Servicio Médico Uruguayo, 1997.
14. De Pablo González, R. J y Suberbiola González, F. “Prevalencia del Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional en los Médicos de Atención Primaria”. Atención Primaria. . 30 de noviembre, 1998; 22 (30): 580 – 584.

15. Entrevista con el Lic. Mario Víctor Aguilar. Director incapacidades Oficinas Centrales de la CCSS. San José, Costa Rica. Agosto 2001.
16. Entrevista con el Lic Virginia Muñoz Navarro. Director Registros Médicos HSJD. San José, CR. Febrero, 2002.
17. Entrevista con el Lic. Carlos Núñez. Biblioteca HCG. San José, CR. Agosto 2001.
18. Fernández San Martín, Isabel et al. Satisfacción Laboral en los Profesionales de Atención Primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. Revista Española de Salud Pública. Noviembre a Diciembre, 1995; 69(6).
19. Fonseca Renault, Jorge y otros. Redefinición de los niveles de complejidad de la CCSS. San José, Costa Rica. 1992.
20. Fuentes Bolaños, Carlos Enrique. La Ausencia al trabajo como problema individual y organizacional: estudio exploratorio con base en cuatro grupos Organizacionales del Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica. Tesis de Maestría en Administración Pública, ICAP, 1989.
21. Galeano Lezama, José Humberto. Diagnóstico Establecimiento de Salud Hospital Calderón Guardia. Práctica Dirigida. Uned. San José, Costa Rica. 1993.
22. González Pacheco, Carlos Eduardo. Hospital San Juan de Dios. 150 años de Historia. EDNASSS, CCSS. San José, Costa Rica. 1995
23. Gutierrez Ramírez, Noemi. "Satisfacción Laboral en el personal profesional Farmacéutico de los Hospitales Nacionales Desconcentrados". Gestión. Segundo Semestre de 1996; 4(2).

24. Henderson García, Allan. Antología curso Investigación de operaciones. Maestría en Administración de Servicios de Salud. UNED. San José, Costa Rica. 2002
25. Hospital San Juan de Dios. Informe estadístico anual 2001. Departamento de estadística HSJD. San José, Costa Rica.
26. Izaguirre Sarkis, Xinia María. Estudio de Incapacidades del Personal de la CCSS, años de 1996 a 1999. San José, CR. Dirección de Recursos Humanos de la CCSS, 2000.
27. López Hernández, Marta y otros. El Ausentismo Laboral de los Trabajadores Ferrocarrileros: El Caso de Ferrocarriles de Costa Rica, SA. San José, CR. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, 1984.
28. Madrigal Bermúdez, Laura. Complejidad de los casos dermatológicos referidos a la consulta Externa del Hospital Monseñor Sanabria. Tesis de maestría. UNED. San José, Costa Rica. 2001
29. Moncada, Salvador. Condiciones de trabajo y Absentismo. Barcelona, España: Centro de Salud Laboral / Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona. 1999.
30. Mora Céspedes, Ana Patricia y otros. Análisis de las incapacidades que se presentaron en la Educación General Básica y Diversificada durante 1984 y su impacto en la economía Nacional. San José, Costa Rica. Ministerio de Educación Pública / División de Planeamiento y Desarrollo Educativo / Sección de Estudios Económicos, 1987.

31. Muñiz Bermúdez, Jacqueline y otros. Estado y Salud Pública en Costa Rica: Salud de los Trabajadores y el Ausentismo por incapacidades en tres Instituciones Públicas : ICE, Registro Civil y Registro Nacional, en el periodo de 1987 a 1988. San José, CR. Tesis de Grado en Sociología, Universidad de Costa Rica, 1990.
32. Olivar Castellón, et al. “Factores relacionados con la Satisfacción Laboral y el Desgaste Profesional en los Médicos de Atención Primaria de Asturias”. Atención Primaria. 15 de octubre de 1999, 24 (6): p 358.
33. Rivera Araya, Saciar y Abarca Corrales, German. Valoración Ergonómica de Puestos de trabajo en los Procesos de Empaque de Producto terminado en el Gallito Industrial, SA. San José, CR. Tesis de Grado, ULACIT, 1995.
34. Salgado Muñoz, Patricia. Incapacidades Laborales en Costa Rica en 1979, Una aproximación a la morbilidad de los trabajadores. San José, Costa Rica. Tesis de graduación Licenciatura en Sociología, Universidad de Costa Rica. 1981.
35. Terry, George y Stephen, Franklin. Principios de administración. Compañía Editorial Continental. Mexico, 1996.
36. United States Bureau of Laboral Service. Employer Costs for Employee Compensation Summary. BLS Official Bulletin. June 29, 2000. Pp. 1 a 4.
37. [Www. inec. go. cr](http://www.inec.go.cr)
38. WWW. estadonación. or. cr.
39. www. mundiprensa. com

40. [www. harcout – brace. es.](http://www.harcourt-brace.es)



ANEXOS

ANEXO 1.

FICHA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Marcar con x según alternativa

1. Sexo: a. Fem b. Masc

2. Edad _____ años cumplidos

3. Estado Civil: a. soltero b. casado c. viudo d. divorciado e. unión libre f. separado

4. Nivel educativo:-----

5. Ocupación:-----

6. Sector laboral : a. Público
b. Privado

7..Sector _____ de _____ procedencia:

8. Diagnóstico de incapacidad:

Observaciones:

|

|



Anexo 2

