

Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades, UNED, Costa Rica  
<https://revistas.uned.ac.cr/index.php/espiga>  
ISSN: 1409-4002 • e-ISSN: 2215-454X

## Ley de Desconcentración Hospitalaria: efectos, límites y discrecionalidad en el escenario del *cuasimercado* en Costa Rica

Esperanza Tasies-Castro \*  
<https://orcid.org/0000-0003-0681-7073>

María del Rocío Chamorro \*\*  
<https://orcid.org/0009-0009-0236-8275>

Cesar Gómez-Calderón \*\*\*  
<https://orcid.org/0009-0003-0614-163X>

### Resumen

En este texto se aborda el proceso histórico que implementa un modelo de gestión para la seguridad social costarricense basado en la constitución de un escenario bajo los principios del *cuasimercado*. Se discute sobre las tensiones alrededor de la implementación de la competencia entre prestadores públicos y privados, bajo el supuesto de que esta genera eficiencia. En cuanto al esfuerzo metódico realizado, este incluyó la revisión de fuentes primarias y secundarias, la construcción de espacios interdisciplinarios de discusión y revisión del mencionado escenario. La discrecionalidad, como componente administrativo, genera tensiones y contradicciones que acompañan a la reforma a lo largo de dos décadas, a manera de correlato, y que tiene un impacto directo sobre el determinante social del proceso de salud-enfermedad: el acceso de la población y el interés público que debe privar.

**Palabras clave:** Sistema de salud, modelo de gestión, competencia económica, eficiencia, interés público.

\* Máster en Psicopedagogía por la Universidad Estatal a Distancia, de Costa Rica. Máster, licenciada y bachiller en Sociología por la Universidad de Costa Rica (UCR). Catedrática e investigadora de la UCR. Correo: [esperanza.tasies@ucr.ac.cr](mailto:esperanza.tasies@ucr.ac.cr)

\*\* Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Bachiller y licenciada en Sociología por la Universidad de Costa Rica, (UCR). Profesora e investigadora asociada de la UCR. Correo: [maria.chamorro@ucr.ac.cr](mailto:maria.chamorro@ucr.ac.cr)

\*\*\* Máster y bachiller en Filosofía por la Universidad de Costa Rica, (UCR). Investigador asociado de la UCR. Correo: [cesar.gomez@ucr.ac.cr](mailto:cesar.gomez@ucr.ac.cr)

## Hospital decentralization law: effects, limits, and discretion in the quasi-market scenario in Costa Rica

### Abstract

This text addresses the historical process that implements a management model for Costa Rican social security based on the principles of a quasi-market scenario. It discusses the tensions surrounding the implementation of competition between public and private providers, under the assumption that this generates efficiency. The methodological effort included the review of primary and secondary sources, the construction of interdisciplinary spaces for discussion, and the review of the mentioned scenario. Discretion, as an administrative component, generates tensions and contradictions that accompany the reform over two decades, as a corollary, and has a direct impact on the social determinant of the health-disease process: the population's access and the public interest that should prevail.

**Keywords:** Economic competition, efficiency, health system, management model, public interest.

## Introducción

En medio de contradicciones y tensiones históricas, el Estado costarricense se encuentra sometido a una profunda reforma estructural que, a partir de la década de 1980, abarca casi cuarenta años e imbrica tanto instituciones específicas de prestación de servicios, como a otras formas organizativas y de gestión del interés público. Para el caso de este texto, se considera básico comprender al aparato estatal dentro de las coordenadas históricas y espaciales que le confieren forma y dimensión a su accionar hegemónico.

Se introduce en ese sentido al Estado como «un acuerdo fragmentario y frágil del poder político institucionalizado»<sup>1</sup>, cuyos efectos en el actual escenario institucional complejo y polémico configuran la gestión del sistema de salud costarricense, encomendada constitucionalmente a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Si bien no fue posible ubicar documentos oficiales que expliciten el actual modelo de gestión de la CCSS<sup>2</sup>, de la prestación de sus servicios se desprende la implementación<sup>3</sup> de un *cuasimercado* en algunos de sus servicios de salud, entendido este como un híbrido entre el modelo administrativo<sup>4</sup> y el modelo de mercado; de ahí, que las principales características del *cuasimercado* para Costa Rica sean el mantenimiento del financiamiento público, una separación de las funciones prestadora y compradora-aseguradora<sup>5</sup> y la prestación híbrida de algunos servicios, bajo un esquema de competencia por presupuesto entre prestadores públicos y privados<sup>6</sup>.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha cumplido un papel fundamental al asesorar a las autoridades de la CCSS en la implementación de este *cuasimercado*, asegurando la «gran capacidad de innovación del sistema de salud en Costa Rica»<sup>7</sup>. Ana Sojo, consultora para la CEPAL, ha indicado que la CCSS ha promovido la constitución de *cuasimercados* en la salud pública<sup>8</sup>, cuya discusión inicia en 1996 bajo el siguiente panorama institucional:

Es un cuasimercado orientado hacia adentro y altamente regulado en términos internos, ya que el nivel central de la CCSS reúne los poderes

<sup>1</sup> Bob Jessop, *El Estado. Presente, Pasado y Futuro* (Madrid: Ediciones Catarata, 2017), 56.

<sup>2</sup> Se conoce tres modelos de gestión: administrativo, *cuasimercado* y el mercado, o la oferta y demanda al *asignar* los servicios de salud. En su momento, quienes impulsaron el *cuasimercado*, alegaron estar ante una vía alternativa a la privatización.

<sup>3</sup> Incluso calificable como experimental, dados los casos de aplicación y posterior desaplicación.

<sup>4</sup> Establecido en Costa Rica como parte de las Garantías Sociales de 1943, como parte de las cuales se reforma el artículo 63 de la Constitución Política (a partir de 1949 trasladado al numeral 73), para establecer los seguros de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias, sin que estos puedan salir de la administración y gobierno de una institución estatal, la Caja Costarricense de Seguro Social.

<sup>5</sup> Bajo el modelo administrativo tradicional en Costa Rica, realizadas todas por la propia CCSS.

<sup>6</sup> Ana Sojo, *Reformas de Gestión En Salud En América Latina: Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica* (Santiago: CEPAL-ECLAC-ONU, 2000), [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5970/S0007589\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5970/S0007589_es.pdf)

<sup>7</sup> Comisión Económica para América Latina (CEPAL), *Costa Rica: Modelos alternativos del Primer Nivel de Atención en Salud* (Santiago: CEPAL-ONU, 2008). Acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5178-costa-rica-modelos-alternativos-primer-nivel-atencion-salud>

<sup>8</sup> Ana Sojo, «Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa», *Revista de la CEPAL*, n.º 66 (1998): 73.

recaudadores directos, de regulación, de fijación de reglas y de nombramiento de puestos claves. Pero implica fuertes negociaciones internas al respecto, ya que los acuerdos fundamentales son tomados en el marco de la Junta Directiva de la CCSS.<sup>9</sup> (El subrayado no corresponde con el original.)

Se trata así de un espacio de competencia en la prestación de servicios de salud regulado por el Estado, de esta manera se ubica la discusión desde el enfoque del analista Bob Jessop<sup>10</sup>, para identificar al Estado como una relación social<sup>11</sup>, esto permite considerar algunos de los efectos sistemáticos de un modelo de gestión basado en los principios del *cuasimercado*. La naturaleza del *cuasimercado*, así como sus transformaciones en el tiempo, son observables en este encuadre de una relación específica, entre fuerzas políticas en un determinado momento histórico<sup>12</sup>.

El *cuasimercado*, como modelo de gestión, constituye un efecto directo de la búsqueda de soluciones a las problemáticas de la seguridad social, lo que impulsa intereses disímiles entre sí. Una pregunta que en este momento podrían hacer los analistas de dicha política pública es ¿Por qué, a 25 años de la implementación del *cuasimercado* y los compromisos de gestión<sup>13</sup>, la crisis de la CCSS se ha profundizado? y ¿Por qué el *cuasimercado* no logró solventar los problemas de cobertura, eficiencia y eficacia que legitimaron su implementación?

Con ese punto de partida, este artículo realiza una introducción al problema de la gestión público-privada de la CCSS. La intención es analizar la configuración del *cuasimercado* y la necesidad de revisión por parte de la sociedad civil. Un segundo y tercer apartado abordan la discrecionalidad que profundiza el ritmo de configuración del *cuasimercado*. Se cierra la discusión con las implicaciones del problema y señalando la necesaria revisión de los esquemas de atención en el primer nivel de la seguridad social, entre otros aspectos propositivos.

### Dilemas en la configuración sistemática del *cuasimercado*

La Ley de Desconcentración Hospitalaria y Clínicas de la CCSS<sup>14</sup> generó las condiciones para el establecimiento en Costa Rica de un *cuasimercado*<sup>15</sup> en la prestación de los servicios de salud<sup>16</sup>.

<sup>9</sup> Sojo, *Reformas de Gestión...*, 44. La CEPAL y sus consultores impulsaron directamente el modelo.

<sup>10</sup> Jessop, *El Estado. Presente...*

<sup>11</sup> Esta concepción del Estado se plantea dada la necesidad de comprender el enfoque estratégico relacional que se utilizaría en términos metodológicos para *alimentar* esta discusión.

<sup>12</sup> Jessop, *El Estado. Presente...*, 18-22.

<sup>13</sup> Figura jurídica de la Ley de Desconcentración Hospitalaria, mediante la cual los centros de salud públicos entraron a competir por la asignación de presupuesto, de igual forma que los prestadores privados lo hacían bajo la figura de la tercerización de servicios.

<sup>14</sup> Ley 7852, de 30 de noviembre de 1998, Desconcentración de Hospitales y Clínicas de CCSS (*La Gaceta* N° 250, de 24 de diciembre de 1998).

<sup>15</sup> En referencia al objetivo que indica Sojo, *Reformas de Gestión*, separar las funciones aseguradora-compradora y prestadora, y avanzar *en la función compradora*.

<sup>16</sup> Vale recordar que desde 1987, la CCSS y el Ministerio de Salud decidieron poner en marcha un modelo de pago por capitación en Barva de Heredia a cargo de ACEPROME, el cual hoy se extiende a más de 135 EBASIS asignados a cuatro cooperativas de prestación.

Las críticas que en su momento realizaron las organizaciones sociales a dicha reforma señalaban que, al separarse el aseguramiento<sup>17</sup> de la prestación, la ley aseguraba una mayor participación del sector privado en la distribución del financiamiento público dedicado a los servicios de salud, generándose así claros riesgos para el interés público.

Siguiendo a Navarro-Fallas<sup>18</sup>, fueron tres los problemas que afectaban la CCSS al momento en que fue aprobada dicha ley y que se utilizaron para legitimar la concreción del nuevo modelo de gestión:

- a) Centralismo administrativo.
- b) Baja productividad, eficiencia y eficacia en la gestión administrativa y prestación de los servicios de salud.
- c) Participación utilitarista, sin oír al usuario y sin control por parte de este sobre la gestión institucional y la calidad y oportunidad de los servicios.

Con base en la nueva norma, los tres niveles de atención en salud iniciaron un proceso de adaptación a la nueva figura administrativa, lo cual permitió la competencia entre prestadores públicos y privados según artículo 1.º de la Ley de Desconcentración Hospitalaria.

En ese sentido, el nuevo modelo de gestión establece, en lo fundamental, un mercado de servicios de salud<sup>19</sup>, no obstante la definición de precios quedó en manos de la CCSS, mediante la suscripción de compromisos de gestión por hospitales, clínicas y áreas de salud públicos, con la delegación de ciertas competencias en tanto son órganos de prestación desconcentrados.

El reglamento a la Ley N° 7852, aprobado en diciembre de 1999 por la CCSS<sup>20</sup>, asignó con claridad estas competencias delegadas, con lo cual permite presuponer una solución para la problemática que en ese momento afectaba a la seguridad social costarricense. Este reglamento facultaba a la Junta Directiva para la organización de los hospitales, clínicas y áreas de salud, así se determinaba el ritmo y profundidad de la desconcentración. En tal caso, se explicaba tanto la existencia del compromiso de gestión y de una adenda que permitía establecer *las condiciones individuales* para cada prestador desconcentrado.

Bajo el supuesto de que la competencia y la participación de proveedores públicos y privados generaría un *cuasimercado* capaz de mejorar la atención de la demanda de servicios de salud<sup>21</sup>, el proceso de desconcentración hospitalaria entró en vigor en 1999, con lo cual se sumaba así a los proveedores públicos dentro del sistema de

---

<sup>17</sup> Según el modelo de *cuasimercado*, en manos de la CCSS.

<sup>18</sup> Román A. Navarro-Fallas, «Algunos principios jurídicos que informan la Ley 7852, ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social», *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* 11, N.º 1 (2003): 2, acceso el 01 de diciembre de 2023, [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592003000100004&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100004&lng=en)

<sup>19</sup> En una simulación de la competencia, partiendo del supuesto de que implica mayor eficiencia.

<sup>20</sup> Reglamento de La Ley N° 7852, del 02 de diciembre de 1999, Desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social (*La Gaceta* N° 03, 5 de enero de 2000).

<sup>21</sup> Sobre todo por la incorporación de prestadores privados.

competencia por presupuesto que desde 1987 aplicaba para algunos Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) administrados por el sector privado.

Sin embargo, tras cinco años de implementación del *cuasimercado*, la continuidad de las problemáticas en la calidad de los servicios de atención (relativas a su cobertura, eficiencia y eficacia) terminaron haciéndose más evidentes que las promesas del nuevo modelo de gestión; por esto, en abril del 2014, la CCSS decide que diez hospitales (ubicados en la capital y cabeceras de provincia), 15 áreas de salud, tres clínicas y otros establecimientos de salud, fueran cesados en su condición de desconcentración<sup>22 23</sup>.

El fundamento de dicha decisión fue el Informe de Evolución y Estado del Proceso de Desconcentración, conocido en la sesión N.º 8627 de la Junta Directiva de la CCSS del 11 de marzo de 2013, y según el cual

no se percibe un efecto sustantivo sobre los servicios de salud [...] ni se ha generado un impacto significativo en la red de servicios [...], imposibilidad de establecer diferencias significativas entre centros desconcentrados y concentrados [...], no se garantiza si realmente con esa delegación de competencias los órganos desconcentrados han logrado impactar en términos de eficiencia, oportunidad y calidad en los servicios [...], no se evidencia una diferencia sustancial entre la eficiencia en la ejecución presupuestaria de un órgano concentrado y desconcentrado [...], no refleja una diferencia sustancial en la eficacia de la gestión de contratación administrativa entre los órganos desconcentrados y concentrados.<sup>24</sup>

Es de notar que la re-concentración administrativa de 2014 no implicó cambios sustanciales en la gestión que se venía dando desde 1999 en las unidades prestadoras, otrora desconcentradas: no se generó una modificación sustancial en el modelo de administración de estos establecimientos<sup>25</sup>, sino que (hasta la fecha) se continuó centrando la prestación de los servicios de salud en el cumplimiento de indicadores de eficiencia presupuestaria, así como la Junta Directiva de la CCSS no cesó en su determinación del ritmo y la profundidad del *cuasimercado*, bajo el argumento de que la institución gozaba de autonomía y discrecionalidad de grado constitucional.

<sup>22</sup> Roberto Mora, «Comunicación del cese de la condición de desconcentrados de las Áreas de Salud y Hospitales, que han operado como tales, al amparo de la Ley de Desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS, N.º 7852», *El cobrador de la Caja*, 02 de mayo de 2014, acceso el 01 de diciembre de 2023,

<https://web.archive.org/web/20140511042152/https://robertomorasalazar.ticoblogger.com/2014/05/02/comunicacion-del-cese-de-la-condicion-de-desconcentrados-de-las-areas-de-salud-y-hospitales-que-han-operado-como-tales-al-amparo-de-la-ley-de-desconcentracion-de-los-hospitales-y-clinicas-de-la-ccss/>

<sup>23</sup> La Ley 75852 contempla la atribución para rescindir unilateralmente los compromisos.

<sup>24</sup> Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, Sesión N.º 8627 de 11 de marzo de 2013, 3-4.

<sup>25</sup> Maura Guisella Gómez-Brenes, Leonardo Alberto Masis-Segura y Karoll Paola Sancho-Oconotrillo, «Análisis de cumplimiento del marco jurídico-operativo en los procedimientos de compras públicas realizados por la sub-área de contratación administrativa de la Clínica de Salud Jorge Volio - Área de Salud Belén Flores durante los años 2013 al 2017» (tesis para optar al grado de Maestría Profesional en Administración Pública con Énfasis en Administración de Contratos Públicos, Universidad de Costa Rica, 2019), 11,

[https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79293/Trabajo\\_final\\_investigacion\\_aplicada\\_Maura\\_Leonardo\\_Karoll.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79293/Trabajo_final_investigacion_aplicada_Maura_Leonardo_Karoll.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Al respecto resulta esclarecedor señalar que mediante Ley N° 9396<sup>26</sup> la CCSS adquirió una serie de compromisos de gestión con el Banco Mundial, dentro de los que se encuentra la implementación de los presupuestos prospectivos, con ello las Áreas de Salud administradas directamente por la institución se homologan a aquellas tercerizadas mediante el pago per cápita, así como los recursos para los hospitales quedan amarrados definitivamente a indicadores de productividad, calidad y finanzas<sup>27</sup>.

Es importante acotar que, en 2023, la propia Junta Directiva de la CCSS, tras aludir la existencia de contradicciones normativas, acordó la derogación de toda la normativa relativa a la compra de servicios de salud a terceros, incluyendo «la política y el reglamento para provisión de servicios por medios de proveedores externos»<sup>28</sup>.

En ese tanto, un asunto por dilucidar sería el asidero legal que han considerado las decisiones de la CCSS en todo este periodo, relativas al ritmo y profundidad del *cuasimercado*, con la persistencia de contradicciones en la terciarización de los servicios.

### Discrecionalidad y gestión público-privada de la seguridad social costarricense

El escenario en que la Ley de Desconcentración Hospitalaria (más el pago por capitación a prestadores privados) generó las condiciones para un *cuasimercado* en la prestación de servicios de salud, ha sufrido transformaciones de forma y fondo con el paso del tiempo, pese a lo cual, su objetivo central continúa siendo el mismo: tal como en su momento lo indicó la CEPAL<sup>29</sup>, el avance hacia condiciones que permitan «tipificar la producción y depurar el presupuesto de producción según actividades de los prestadores»<sup>30</sup>.

Sin embargo, desde un punto de vista jurídico, tanto la Sala Constitucional, como la Procuraduría General de la República, coinciden en afirmar el sometimiento de toda la administración, dentro de la cual se encuentra inserta la Junta Directiva y demás instancias de la CCSS, a los límites impuestos por la racionalidad y razonabilidad,

---

<sup>26</sup> Ley N° 9396, de 14 de setiembre de 2016, Contrato de Préstamo N 8593-CR y sus anexos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para financiar el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (*La Gaceta* N° 186 de 28 de setiembre de 2016).

<sup>27</sup> Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Informe de Formulación del Plan Presupuesto Institucional 2023* (San José: CCSS, 2023); Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Informe anual de gestión del Programa por Resultados para el Fortalecimiento de Seguro Universal de Salud en Costa Rica (CCSS/BM), 2020-2021* (San José: CCSS, 2021); Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Informe de Formulación del Plan Presupuesto Institucional 2024* (San José: CCSS, 2024).

<sup>28</sup> Monserrat Cordero, «Junta Directiva de la CCSS deroga política para contratación de servicios a terceros y pide a Gerencia Médica un lineamiento único», *Semanario Universidad*, 14 de marzo de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023, párrafo 3, <https://semanariouniversidad.com/pais/junta-directiva-de-la-ccss-deroga-politica-para-contratacion-de-servicios-a-terceros-y-pide-a-gerencia-medica-un-lineamiento-unico/>

<sup>29</sup> Sojo, *Reformas de Gestión...*

<sup>30</sup> *Ibíd.*, 45. Sendas auditorías realizadas por entes de la CCSS apuntan a la debilidad de no medir el costo de los servicios con criterios técnicos adecuados e instancias específicas con esa experticia dentro de la CCSS.

las reglas unívocas de la ciencia y de la técnica, así como los principios elementales de la justicia, lógica y conveniencia. Esto con independencia de la autonomía constitucional de gobierno de que goza la CCSS, con la regla de que «si hay actividad técnica, no puede entenderse que existe discrecionalidad administrativa»<sup>31</sup>.

Esta precisión resulta importante en tanto la Junta Directiva de la CCSS ha gozado de amplia discrecionalidad para establecer el ritmo y profundidad de este proceso, aspecto en el que se enfatiza con el fin de comprender los efectos del *cuasimercado* en los servicios de salud. De igual manera, se recalca que muchas de las medidas normativas resultan inconexas y pierden de vista incluso la naturaleza del *cuasimercado*.

Así, recientemente, las autoridades de turno al mando de la CCSS dieron nuevos pasos en la consolidación del *cuasimercado*, por ello la presidenta de la institución, al ser consultada sobre nuevas medidas de tercerización bajo el concepto *ruta de la salud*, detalló que «ya [...] es hora de terminar con el mito de que la Caja es universal y caritativa»<sup>32</sup>.

A grandes rasgos las nuevas medidas propuestas como parte de la «ruta de la salud» han generado tensiones en torno a tres de sus proyectos:

- a) Propone que las personas aseguradas costeen su atención a través de un copago parcial, lo que conduce a una desigualdad en el acceso a los servicios de salud e impacta el principio de universalidad y solidaridad.
- b) Mientras la propuesta involucra el tema de la libre elección médica y el sistema de copagos, la subárea de costos hospitalarios de la institución no ha tenido participación al definir los montos que se reconocerán al sector privado por cada procedimiento, lo que, según un informe de auditoría, genera que los montos definidos para el copago no se ajusten a la realidad<sup>33</sup>.
- c) Modifica el modelo de jornadas a un sistema de *pago por producto o destajo*, para enfrentar el problema de las listas de espera.

En tanto la Ley de Desconcentración Hospitalaria continúa vigente<sup>34</sup> y, en consideración al *enfoque estratégico relacional* planteado por Jessop<sup>35</sup>, estas tensiones deben ser revisadas por las instancias técnicas a lo interno de la CCSS, además de ser sometidas a amplia y vinculante consulta de las Juntas de Salud<sup>36</sup>. Esta medida está dirigida a delimitar la discrecionalidad de la Junta Directiva en la desconcentración y tercerización de servicios, de cara al contenido organizacional específico que dicha instancia le ha dado al proceso, una vez cesada la

<sup>31</sup> Procuraduría General de la República, Dictamen C-329-2002, de 4 de diciembre de 2002, párrafo 33.

<sup>32</sup> Allan Madriz, «Caja está en quiebra por despilfarro de recursos y cifras maquilladas, denuncia Marta Esquivel», *La República*, 14 de junio de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023, párrafo 6, <https://www.larepublica.net/noticia/caja-esta-en-critica-situacion-financiera-por-despilfarro-de-recursos-y-cifras-maquilladas-segun-marta-esquivel>

<sup>33</sup> Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Informe de asesoría AS-SAGAL-2291-2020* (San José: CCSS, 2020), [https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFIICIOS/2020/9136/Articulo3/Informe de asesoría.pdf](https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFIICIOS/2020/9136/Articulo3/Informe%20de%20asesoria.pdf)

<sup>34</sup> Pese a que actualmente no se aplica la desconcentración.

<sup>35</sup> Jessop, *El Estado. Presente...*

<sup>36</sup> Dicha ley les confiere cuerpo y existencia a estos entes.



desconcentración mediante la cual se implementó la participación público-privada en la prestación de servicios de salud.

Las intervenciones desarrolladas en el marco de serias contradicciones normativas, aunadas a un contexto en que los establecimientos de la CCSS ya no se encuentran desconcentrados, apunta a la necesidad de una revisión exhaustiva de las decisiones discrecionales tomadas por la Junta Directiva en materia de *cuasimercado*.

### ***Cuasimercado*: ¿Están en riesgo los principios que rigen la seguridad social?**

Este apartado se centra en el Primer Nivel de Atención (PNA) y continúa discutiendo la discrecionalidad de la Junta Directiva en la desconcentración y tercerización de servicios, así como sus efectos en el acceso a los servicios de salud.

Se debe tomar en cuenta que el PNA es el nivel del sistema de salud costarricense más afectado por la implementación del *cuasimercado*, en especial por el avance del pago per cápita a prestatarios del sector privado y la gravedad de las listas de espera<sup>37</sup>, problemática que se mantiene de previo a la fracasada desconcentración que se operó mediante la Ley de Desconcentración Hospitalaria.

A diciembre de 2023, un aproximado de 1 28 435 pacientes se encontraba en lista de espera para cirugías, procedimientos y consulta externa<sup>38</sup>. Según el informe *Health at a Glance 2023* de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)<sup>39</sup>, en comparación con los demás miembros de la organización, Costa Rica rompe récords en cirugías de cataratas, reemplazos de cadera y de rodilla, con tiempos de espera promedio de 218, 632 y 674 días respectivamente. Un informe interno de la CCSS emitido en 2023 revela que 1958 pacientes fallecieron mientras esperaban (algunos desde 2015) un campo para cirugía en los hospitales de la institución<sup>40</sup>.

La adjudicación en 2023 de más de 135 EBAIS a cooperativas, entre las que destaca COOPESALUD, se constituye así en un punto de partida para analizar la implementación del *cuasimercado* en el PNA y sus implicaciones.

Un hito en dicha tercerización se dio en junio de 2020, cuando el grupo de cooperativas a cargo de los EBAIS de la CCSS utilizó medidas de presión para que se publicara una licitación dirigida a mantener su participación en el sistema. En su

<sup>37</sup> El problema de las listas de espera en la CCSS data de por lo menos 1993, y a través del tiempo se le han achacado múltiples causas, desde la mala gestión de citas hasta el déficit de profesionales, así como se ha justificado la implementación de multimillonarias iniciativas, ninguna de las cuales ha logrado solventar la problemática.

<sup>38</sup> Monserrat Cordero, «Sindicato Nacional de Enfermería denuncia que 1.128.435 pacientes están en listas de espera de la CCSS», *Semanario Universidad*, 21 de diciembre de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://semanariouniversidad.com/pais/sindicato-nacional-de-enfermeria-denuncia-que-1-128-435-pacientes-estan-en-listas-de-espera-de-la-ccss/>

<sup>39</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), *Health at a Glance 2023* (Paris: OECD Publishing, 2023), <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

<sup>40</sup> Diego Bosque, «Listas de espera en CCSS: casi 2.000 pacientes murieron aguardando una cirugía», *La Nación*, 17 de septiembre de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://www.nacion.com/el-pais/salud/listas-de-espera-en-ccss-casi-2000-pacientes/U7IVJIIZ3NHKNCV67UCSGZQYR4/story/>

alegato, señalaban que institucionalizar dichos establecimientos, con el retorno de la gestión directa a cargo de la CCSS, tendría un costo adicional del 60 % para la institución<sup>41</sup>. En ese tanto, el objetivo de los prestatarios privados era la ampliación de sus márgenes de participación, uno de los efectos más evidentes del *cuasimercado*.

Sin embargo, la Auditoría Interna de la CCSS, mediante informe ASS-181-2018 de noviembre de 2018<sup>42</sup>, realiza las siguientes conclusiones sobre COOPESALUD y la gestión de los EBAIS<sup>43</sup>:

- a) Existe duplicidad de funciones entre las instancias nacionales y las regionales. Se sugiere una revisión de este aspecto, dado que la Junta Directiva ha realizado el cese de la desconcentración, lo que podría explicar esta dimensión.
- b) La Auditoría Interna señala la necesidad de que el Sistema de Control Interno (SCI) de la CCSS analice el bloque de legalidad de la contratación privada.
- c) No se está dando una revisión de las cláusulas de cumplimiento, ni existen indicadores de cumplimiento por parte del proveedor, de manera que la pretendida mayor productividad del sector privado pasa por revisar los costos asociados.

Sin embargo, el componente discrecional de actuación por parte de la Junta Directiva de la CCSS gestó, en 2020, la ampliación de contratos a los prestadores privados por casi ₡15 mil millones, los cuales fueron adjudicados nuevamente a solo cuatro empresas: COOPESALUD, COOPESANA, COOPESIVA y ASEMECO, siempre con la herramienta del *cuasimercado* correspondiente al pago por capitación, en este caso para la atención de medio millón de personas en el área metropolitana.

Al respecto, ASEMECO (propiedad de Clínica Bíblica) asegura alcanzar una rentabilidad del 4 % en la administración de EBAIS, a lo que se suma que la CCSS, además, se compromete a proveer el cuadro básico de medicamentos a través de otro proveedor privado, Farmacia Fishel, bajo el argumento, desde la Junta Directiva, de que ello es «para evitar competir con uno de los mayores vendedores de medicamentos en el país»<sup>44</sup>.

En este sentido, sería importante indagar en la rentabilidad obtenida tanto por prestadores privados como públicos de EBAIS, con base en indicadores de atención y costos, de manera que se establezca un punto de comparación objetivo.

---

<sup>41</sup> Jéssica Quesada, «CCSS admite que es inviable asumir la administración de los Ebais», *Crhoy.com*, 28 de abril de 2020, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://elguardian.cr/presidenta-de-la-ccss-confirmando-mala-gestion-en-ebais/>

<sup>42</sup> Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Informe de auditoría ASS-181-2018* (San José: CCSS, 2018), <https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/ASS-181-2018.pdf>

<sup>43</sup> Con posteridad a la presentación del respectivo estudio de inviabilidad para la prestación de servicios por parte de la CCSS.

<sup>44</sup> Ana Chacón Mora, «Clínica Bíblica EBAIS privados generan rentas», *Semanario Universidad*, 22 de mayo de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://historico.semanariouniversidad.com/pais/clnica-bblica-ebais-privados-generan-rentas/>

Como referente se debe considerar que desde 2008 la CEPAL advirtió a la CCSS la necesidad de una reforma legal que restringiera la tercerización a entidades sin fines de lucro, dada la dificultad para las empresas *maximizadoras* de ganancias de alinear sus incentivos con los objetivos del Sistema Público de Salud<sup>45</sup>.

En términos históricos, la regulación de estos procesos contempló potestades de fiscalización a cargo del Ministerio de Salud, establecidas en la Ley de Desconcentración Hospitalaria. Sin embargo, diversos estudios documentan la ausencia del ente rector en la supervisión de estas contrataciones y del *cuasimercado* en general.

Según demuestran los documentos revisados, tanto de ASEMECO como COOPESALUD RL, el Ministerio de Salud estuvo ausente durante el proceso de negociación, firma y consolidación de los contratos; a pesar de que ambas organizaciones se dedican a prestar un servicio público estratégico, como es la salud dentro del concepto de atención integral y no obstante que el Ministerio de Salud es la institución rectora en el campo de la salud.<sup>46</sup>

En ese tanto, las declaratorias de que resulta inviable la operación directa de 135 EB AIS por la CCSS, deben referir a la indispensable valoración de cada procedimiento de adjudicación. Esto al considerar medidas para remediar la debilidad planteada por la Auditoría Interna de la CCSS mediante informe ASS-181-2018, en el sentido de que los pagos a prestadores privados deben ser definidos por el Subárea de Costos Hospitalarios, instancia que hasta el momento no participa del proceso de tercerización.

Uno de los supuestos que en su momento justificaron la implementación del *cuasimercado*, y que hoy cobra nuevo vigor y se profundiza, imputa las problemáticas en los servicios de salud brindados directamente por la CCSS a la baja eficiencia del personal de salud institucional. La actual presidenta de la CCSS incluso ha llegado a afirmar la necesidad de variar los esquemas de atención en los EB AIS, dado que las filas en la madrugada para la obtención de una cita se deben a que «los funcionarios incumplen sus horarios laborales»<sup>47</sup>.

Al respecto se debe considerar que en los EB AIS se contabiliza el tiempo de atención de los usuarios, por lo cual las filas dependen del número de profesionales con los que cuenta el servicio. Pese a esta clara relación (los ratios), en la discusión y los documentos revisados no se encontró referencia a esta variable de la falta de personal, sino solamente en el caso de los servicios médicos especializados.

---

<sup>45</sup> CEPAL, *Costa Rica: Modelo...*

<sup>46</sup> Roxana Sanabria Cascante, «La gestión reguladora del Ministerio de Salud en relación con la compra de servicios de salud privados por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, periodo 1994-2002, a COOPESALUD R. L. y ASEMECO», *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* 12, n.º 2 (2002): 5,

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592004000200004&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000200004&lng=en)

<sup>47</sup> Redacción El Guardian, «Presidenta de la CCSS confirmó mala gestión en EB AIS», *El*

*Guardian.Cr*, 06 de enero de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023,

<https://elguardian.cr/presidenta-de-la-ccss-confirio-mala-gestion-en-ebais/>

De igual manera aquí merece la pena recordar estudios como el realizado por CEPAL en 2008<sup>48</sup> y que se titula *La compra de servicios de salud en Costa Rica*, este, a la fecha, sigue siendo referenciado por la CCSS a la hora de justificar la tercerización del PNA, con esto se refuerza el argumento de que el ausentismo, la indisciplina y la baja productividad caracterizan la prestación pública de servicios de salud<sup>49</sup>, mientras los proveedores externos se erigen como sinónimo de eficiencia y eficacia.

Por desgracia otras afirmaciones importantes de dicho estudio son pasadas por alto, tal como la imposibilidad de generalizar sus conclusiones más allá de las ocho Áreas de Salud seleccionadas (de 105 en total) y la necesidad de una reforma legal que restrinja la tercerización a entidades sin fines de lucro.

No obstante el papel asesor y consultor que ha tenido la CEPAL en torno a la implementación del *cuasimercado* de la salud en Costa Rica, los contratos con ASEMECO y COOPESALUD siguen vigentes<sup>50</sup>.

Los anteriores apartados permiten concluir que la implementación del *cuasimercado* en la CCSS y los compromisos de gestión no logró siquiera atenuar la crisis que legitimó su puesta en marcha: a hoy, continúan las agónicas filas de espera, la intolerable mala calidad de la atención y los inhumanos déficits de personal; y, sin embargo, dicho nuevo modelo de atención sí ha logrado generar problemáticas adicionales, tales como:

- a) Consolidación de proveedores con fines de lucro.
- b) Virtual establecimiento de un oligopolio en sectores tercerizados como los EBAIS en la ciudad capital.
- c) Monto de los pagos al sector privado carente de sustento técnico.
- d) Falta de fiscalización por las instancias rectoras.
- e) Ausencia de criterios de comparación entre prestadores públicos y privados.
- f) Ausencia de seguimiento por el SCI.
- g) Falta de indicadores de cumplimiento.
- h) Alto grado de discrecionalidad en la toma de decisiones.

---

<sup>48</sup> Comisión Económica para América Latina (CEPAL), *La compra de servicios de salud en Costa Rica* (Santiago: CEPAL-ONU, 2008), <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5177-la-compra-servicios-salud-costa-rica>

<sup>49</sup> Rosa Miranda y María Montero, «Factores de ausentismo en el personal de Enfermería del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, 2003», *Revista Enfermería en Costa Rica* 27, n.º 2 (2006): 7-12. De acuerdo con este estudio, el ausentismo, el alto número de incapacidades y los malos tratos hacia usuarios son generados a su vez por problemáticas como la mala relación con jefaturas y compañeros, malos tratos recibidos de pacientes y su familia, falta de compañerismo, bajos salarios sin poder salir de la administración y gobierno de una institución estatal, la Caja Costarricense de Seguro Social, alto número de horas extras, desmotivación, excesivo tiempo de respuesta en la toma de decisiones y recargo de funciones.

<sup>50</sup> Organizaciones «sin fines de lucro».

## Algunas posibles salidas que incluyen la revisión del *cuasimercado* y su convivencia con el modelo administrativo implementado en el artículo 73 de la Constitución Política<sup>51</sup>

El análisis anterior evidencia que se requiere la implementación urgente de medidas alternativas al *cuasimercado* que permitan mejorar y fortalecer los servicios brindados directamente por la CCSS, al mismo tiempo que se ponen en marcha medidas de control sobre los servicios tercerizados. Entre estas se visualizan las que a continuación se explican.

Una primera medida de carácter estructural dirigida a mejorar las finanzas de la CCSS debe considerar el impacto de la informalización de la economía costarricense en el financiamiento de la seguridad social. De vieja data, este problema ya fue tratado por la Contraloría General de la República<sup>52</sup>, en ese momento insistió en la necesidad de estimular mecanismos de afiliación universal.

En segundo lugar, la revisión de los mecanismos de contratación a terceros, que profundizan el *cuasimercado*, debe involucrar instancias más allá de la Gerencia Médica de la CCSS, con lo cual se requiere la participación tanto de instancias técnicas internas que valoren los costos hospitalarios, como de la sociedad civil, tal y como lo contempla la propia Ley de Desconcentración Hospitalaria.

La separación de la función aseguradora-compradora de aquella otra prestadora fue la que permitió a la CCSS avanzar en la tercerización de servicios al sector privado. Sin embargo, se requiere analizar las implicaciones jurídicas de la continuidad en esta compra de servicios, dado que los hospitales tipo A en las cabeceras de provincia ya no se encuentran bajo la figura de la desconcentración.

De igual forma, con la consecuente reestructuración estatal, un aspecto medular que afectó a la Institución se relacionó con *El Proyecto de Reforma del Sector Salud* de 1994, orientado a mejorar la eficiencia, así como, a mejorar y ampliar la cobertura, modificando también la forma de prestación de los servicios.<sup>53</sup>

<sup>51</sup> Como parte de las discusiones a lo interno de la Asamblea Constituyente de 1949 en torno al contenido del artículo 73 (que establece los seguros sociales a cargo de una única institución estatal), el diputado Arturo Volio Jiménez explicó, de la siguiente forma, el por qué los seguros sociales no podían salir de la administración y gobierno de la Caja Costarricense de Seguro Social:

«[...] En primer lugar debe ser una sola institución la que abarque todos los seguros. Uno de los fracasos de los seguros sociales en algunos países -como Chile- se ha debido precisamente a la multiplicación de Cajas. Los técnicos que vinieron a nuestro país recomendaron a este aspecto la unidad. En segundo término, es sabido que el mayor número de asociados es lo que garantiza el éxito de los seguros sociales. Por eso se opone a que se limite la órbita de acción de la Caja».

<sup>52</sup> Esperanza Tasies-Castro, Actores, intereses y naturaleza de la reforma al sector salud en Costa Rica (Reinterpretación de la Ley Constitutiva de la CCSS, al calor de los principios del *cuasimercado*), *Revista Pensamiento Actual* 15, n.º 24 (2015): 41-54, 47, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/19771/20949>

<sup>53</sup> Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Informe de asesoría AS-SAGAL-2291-2020* (San José: CCSS, 2020), [https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFIICIOS/2020/9136/Articulo3/Informe de asesoría.pdf](https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFIICIOS/2020/9136/Articulo3/Informe%20de%20asesoria.pdf). Esta afirmación deja constancia de que la desconcentración fue la figura jurídica usada para separar el financiamiento público de prestación, que sería de resorte público-privado. Se recalca la duda del asidero legal para la continuidad del *cuasimercado* como modelo de gestión de la seguridad social costarricense.

A propósito de esto, y en tercer lugar, se remite al problema de la discrecionalidad que en materia de contratación de servicios facilita los reglamentos derivados de la Ley de Desconcentración Hospitalaria, así como en general el marco normativo relacionado con la prestación híbrida público/privada de servicios en la CCSS. Por ejemplo, dentro de la discrecionalidad evidenciada en la *ruta de la salud* y que plantea la necesidad de una mayor inversión en instancias de salud privadas, se tiene el caso del CIMA, el hospital privado más grande del país y uno de los posibles beneficiados con esta política, cuenta con 103 camas, lo que solo resolvería el faltante de camas en un 10 %<sup>54</sup>.

Ante esto se debe valorar el peso que se pone en la terciarización de servicios cuando se busca solventar los problemas de acceso a la salud, sin que exista evidencia empírica que respalde los supuestos de eficiencia bajo el lema *la empresa privada es más eficiente*. Es importante que se transite de las afirmaciones con contenido ideológico a las certezas fundadas en evidencias cualitativas y cuantitativas sobre la naturaleza del *cuasimercado* de los servicios de salud en Costa Rica.

En este sentido, se recomienda la revisión exhaustiva de los límites del ejercicio discrecional de la CCSS en la implementación del *cuasimercado*, dado que las recomendaciones técnicas en el seno de la institución han sido contradictorias entre sí.

En enero de 2024, por ejemplo, trascendió que, haciendo uso de su discrecionalidad, la presidencia de la CCSS discriminó entre distintos informes técnicos y tomó como base para la suspensión de obras de infraestructura «el último [informe] que indicaba que la Caja entraría en quiebra en el 2027»<sup>55</sup>, con base en ello indicó a los medios de comunicación que es «hora de terminar con el mito de que la Caja es universal y caritativa»<sup>56</sup>. Afirmaciones del todo coherentes con el discurso *recortista* y privatizador de la administración Chaves Robles, según la cual «hoy el sistema tributario costarricense no permite financiar el Estado social de derecho»<sup>57</sup>, razón por la cual solo es posible el recorte del gasto social, la venta de instituciones y la privatización de servicios.

La Contraloría General de la República ha elevado dicha decisión ante el Ministerio Público, por lo que se considera posible y necesaria la revisión de las normativas relativas a la tercerización de servicios en la institución. Ello bajo conocimiento de que el modelo de gestión que se viene aplicando en la CCSS es el *cuasimercado*, explicitado en la lógica general de las decisiones implicadas y el escenario que se ha

---

<sup>54</sup> Juan Antillón, *Sugerencias para acortar los tiempos de espera en los servicios médicos del Seguro Social de Costa Rica* (San José: Surcos, 2023), 13, acceso el 01 de diciembre de 2023.

<https://surcosdigital.com/wp-content/uploads/2023/10/Como-acortar-los-tiempos-de-espera-en-los-servicios-medicos-del-Seguro-Social.pdf>

<sup>55</sup> Andréi Siles, «Es satisfactorio que tema de estudios actuariales sea elevado a la Fiscalía, CCSS», *La República*, 29 de mayo de 2024, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://www.larepublica.net/noticia/es-satisfactorio-que-tema-de-estudios-actuariales-sea-elevado-a-la-fiscalia-ccss>

<sup>56</sup> Madriz, «Caja está en...», párrafo 6.

<sup>57</sup> Lucía Astorga, «Nogui Acosta: Aumento en cuota del Estado para pensiones de IVM tendrá 'impacto devastador'», *La Nación*, 20 de febrero de 2024, acceso el 01 de diciembre de 2023, párrafo 17, <https://www.nacion.com/el-pais/politica/nogui-acosta-aumento-en-cuota-del-estado-para/XTQLZGE7FBDG3MMKWMMW43QEXY/story/>

buscado configurar. En todo caso, la Junta Directiva de la CCSS ha discutido sobre este ejercicio discrecional y sus posibles límites.

En igual sentido, la CEPAL<sup>58</sup> ha insistido en la necesidad de que el *cuasimercado* costarricense avance en *el control administrativo del presupuesto y el costo de los servicios*, lo que coincide con los informes de Auditoría Interna de la CCSS, que acotan la necesidad de valorar de mejor manera el costo de cada servicio dispuesto para la tercerización, mucho más allá de la discrecionalidad de la Junta Directiva para establecer dichos rubros.

En quinto lugar, también se hace necesario revisar la lista de actores e intereses que participan en la discusión sobre las condiciones para la contratación privada de servicios, dado que algunos de estos actores alegan que la CCSS «maneja un presupuesto que supera el 12 % del Producto Interno Bruto (PIB), deduciendo que las listas de espera no se deben a falta de presupuesto»<sup>59</sup>.

La sexta medida propuesta en cuanto a la relación existente entre las listas de espera y el déficit de personal de salud que padece la CCSS supone que las medidas por implementar deben ser de largo plazo, con garantía de los insumos y el personal que realmente se requiere y el establecimiento de las alianzas con el sistema universitario de formación. Esto se confronta específicamente con el progresivo faltante de especialistas en medicina y enfermería.

Dada la importancia de esta problemática, finalmente se propone, en sétimo lugar, un bloque tripartito bajo la figura de una *mesa consultiva*, para la revisión de toda la normativa de tercerización y, en general, para la gestión del *cuasimercado* que se implementa en forma sostenida desde la CCSS: se trata de la incorporación más profunda y amplia de las Juntas de Salud<sup>60</sup>, de las diversas instancias del Sistema de Control Interno y la Gerencia Médica<sup>61</sup>.

#### Formato de citación según APA

Tasies-Castro, E., Chamorro, M. R. y Gómez-Calderón, C. (2024). Ley de Desconcentración Hospitalaria: efectos, límites y discrecionalidad en el escenario del *cuasimercado* en Costa Rica. *Revista Espiga*, 23(48), 109-127.

#### Formato de citación según Chicago-Deusto

Tasies-Castro, Esperanza, María del Rocío Chamorro y César Gómez-Calderón. «Ley de Desconcentración Hospitalaria: efectos, límites y discrecionalidad en el escenario del *cuasimercado* en Costa Rica». *Revista Espiga* 23, n.º 48 (agosto, 2024): 109-127.

<sup>58</sup> Comisión Económica para América Latina (CEPAL), *Costa Rica: Modelos alternativos del Primer Nivel de Atención en Salud* (Santiago: CEPAL-ONU, 2008), <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5178-costa-rica-modelos-alternativos-primer-nivel-atencion-salud>

<sup>59</sup> Joaquín Fernández, «¿Cómo acabar con las listas de espera de la CCSS?», *El Financiero*, 23 de julio de 2023, acceso el 01 de diciembre de 2023, <https://www.elfinancierocr.com/blogs/la-riqueza-de-las-naciones/como-acabar-con-las-listas-de-espera-de-la-ccss/URVCNS5Z2VHMVJJ5EGGF6BFNLY/story/>

<sup>60</sup> El entramado legal que permita tal participación existe y es muy claro en las normativas.

<sup>61</sup> En 2023, la Junta Directiva propuso derogar la normativa para que la Gerencia Médica emita una nueva normativa para la terciarización.

## Referencias

- Antillón, Juan. *Sugerencias para acortar los tiempos de espera en los servicios médicos del Seguro Social de Costa Rica*. San José: Surcos, 2023. <https://surcosdigital.com/wp-content/uploads/2023/10/Como-acortar-los-tiempos-de-espera-en-los-servicios-medicos-del-Seguro-Social.pdf>
- Astorga, Lucía. «Nogui Acosta: Aumento en cuota del Estado para pensiones de IVM tendrá ‘impacto devastador’». *La Nación*. 20 de febrero de 2024. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://www.nacion.com/el-pais/politica/nogui-acosta-aumento-en-cuota-del-estado-para/XTQLZGE7FBDG3MMKWMMW43QEXY/story/>
- Bosque, Diego. «Listas de espera en CCSS: casi 2.000 pacientes murieron aguardando una cirugía». *La Nación*. 17 de setiembre de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://www.nacion.com/el-pais/salud/listas-de-espera-en-ccss-casi-2000-pacientes/U7IVJIIZ3NHKNCV67UCSGZQYR4/story/>
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). *Informe anual de gestión del Programa por Resultados para el Fortalecimiento de Seguro Universal de Salud en Costa Rica (CCSS/BM), 2020-2021*. San José: CCSS, 2021.
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). *Informe de asesoría AS-SAGAL-2291-2020*. San José: CCSS, 2020. [https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2020/9136/Articulo3/Informe de asesoría.pdf](https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2020/9136/Articulo3/Informe%20de%20asesoria.pdf)
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). *Informe de auditoría ASS-181-2018*. San José: CCSS, 2018. <https://www.ccss.sa.cr/arc/auditoria/informes/ASS-181-2018.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). *Informe de formulación del Plan Presupuesto Institucional 2023*. San José: CCSS, 2023.
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). *Informe de Formulación del Plan Presupuesto Institucional 2024*. San José: CCSS, 2024.
- Chacón Mora, Ana. «Clínica Bíblica EBAIS privados generan rentas». *Semanario Universidad*. 22 de mayo de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://historico.semanariouniversidad.com/pais/clnica-bblica-ebais-privados-generan-rentas/>
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). *La compra de servicios de salud en Costa Rica*. Santiago: CEPAL-ONU, 2008. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5177-la-compra-servicios-salud-costarica>
- Comisión Económica para América Latina. *Costa Rica: Modelos alternativos del Primer Nivel de Atención en Salud*. Santiago: CEPAL-ONU, 2008. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5178-costa-rica-modelos-alternativos-primer-nivel-atencion-salud>



- Cordero, Monserrat. «Junta Directiva de la CCSS deroga política para contratación de servicios a terceros y pide a Gerencia Médica un lineamiento único». *Semanario Universidad*. 14 de marzo de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://semanariouniversidad.com/pais/junta-directiva-de-la-ccss-deroga-politica-para-contratacion-de-servicios-a-terceros-y-pide-a-gerencia-medica-un-lineamiento-unico/>
- Cordero, Monserrat. «Sindicato Nacional de Enfermería denuncia que 1.128.435 pacientes están en listas de espera de la CCSS». *Semanario Universidad*. 21 de diciembre de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://semanariouniversidad.com/pais/sindicato-nacional-de-enfermeria-denuncia-que-1-128-435-pacientes-estan-en-listas-de-espera-de-la-ccss/>
- Fernández, Joaquín. «¿Cómo acabar con las listas de espera de la CCSS?». *El Financiero*. 23 de julio de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://www.elfinancierocr.com/blogs/la-riqueza-de-las-naciones/como-acabar-con-las-listas-de-espera-de-la-ccss/URVCNS5Z2VHMOVJ5EGGF6BFNLY/story/>
- Gómez-Brenes, Maura Guisella, Leonardo Alberto Masis-Segura y Karoll Paola Sancho-Oconotrillo. «Análisis de cumplimiento del marco jurídico-operativo en los procedimientos de compras públicas realizados por la sub-área de contratación administrativa de la Clínica de Salud Jorge Volio - Área de Salud Belén Flores durante los años 2013 al 2017». Tesis para optar al grado de Maestría Profesional en Administración Pública con Énfasis en Administración de Contratos Públicos. Universidad de Costa Rica, 2019. [https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79293/Trabajo\\_final\\_investigacion\\_aplicada\\_Maura\\_Leonardo\\_Karoll.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79293/Trabajo_final_investigacion_aplicada_Maura_Leonardo_Karoll.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Jessop, Bob. *El Estado. Presente, pasado y futuro*. Madrid: Ediciones Catarata, 2017.
- Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, Sesión N° 8627 de 11 de marzo de 2013.
- Madriz, Allan. «Caja está en quiebra por despilfarro de recursos y cifras maquilladas, denuncia Marta Esquivel». *La República*. 14 de junio de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023. <https://www.larepublica.net/noticia/caja-esta-en-critica-situacion-financiera-por-despilfarro-de-recursos-y-cifras-maquilladas-segun-marta-esquivel>
- Ley 7852, de 30 de noviembre de 1998, Desconcentración de Hospitales y Clínicas de CCSS (*La Gaceta* N° 250, de 24 de diciembre de 1998).
- Ley N° 9396, de 14 de setiembre de 2016, Contrato de Préstamo N 8593-CR y sus anexos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para financiar el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (*La Gaceta* N° 186 de 28 de setiembre de 2016).

- Miranda, Rosa y María Montero. «Factores de ausentismo en el personal de Enfermería del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, 2003». *Revista Enfermería en Costa Rica* 27, n.º 2 (2006): 7-12.
- Mora-Salazar, Roberto. «Comunicación del cese de la condición de desconcentrados de las Áreas de Salud y Hospitales, que han operado como tales, al amparo de la Ley de Desconcentración de los hospitales y clínicas de La CCSS, N° 7852». *El cobrador de la Caja*. Acceso el 01 de diciembre de 2023.  
<https://web.archive.org/web/20140511042152/https://robertomorasalazar.ticoblommer.com/2014/05/02/comunicacion-del-cese-de-la-condicion-de-desconcentrados-de-las-areas-de-salud-y-hospitales-que-han-operado-como-tales-al-amparo-de-la-ley-de-desconcentracion-de-los-hospitales-y-clinicas-de-la-ccss/>
- Navarro-Fallas, Román A. «Algunos principios jurídicos que informan la Ley 7852, ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social». *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* 11, n.º 1 (2003): 35-44.  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592003000100004&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100004&lng=en)
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). *Health at a Glance 2023*. Paris: OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Procuraduría General de la República, Dictamen C-329-2002, de 4 de diciembre de 2002.
- Quesada, Jéssica. «CCSS admite que es inviable asumir la administración de los Ebais». *Crhoy.com*. 28 de abril de 2020. Acceso el 01 de diciembre de 2023.  
<https://www.crhoy.com/nacionales/ccss-admite-que-es-inviable-asumir-la-administracion-de-los-ebais/>
- Redacción El Guardian. «Presidenta de la CCSS confirmó mala gestión en EBAIS». *El Guardian.Cr*. 06 de enero de 2023. Acceso el 01 de diciembre de 2023.  
<https://elguardian.cr/presidenta-de-la-ccss-confirmo-mala-gestion-en-ebais/>
- Reglamento a la Ley 7852, de 2 de diciembre de 1999. Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (*La Gaceta* N° 03, 5 de enero de 2000).
- Sanabria Cascante, Roxana. «La gestión reguladora del Ministerio de Salud en relación con la compra de servicios de salud privados por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social, periodo 1994-2002, a COOPESALUD R. L. y ASEMECO». *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* 12, n.º 2 (2002): 35-44.  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592004000200004&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000200004&lng=en)
- Siles, Andréi. «Es satisfactorio que tema de estudios actuariales sea elevado a la Fiscalía, CCSS». *La República*. 29 de mayo de 2024. Acceso el 01 de diciembre

de 2023. <https://www.larepublica.net/noticia/es-satisfactorio-que-tema-de-estudios-actuariales-sea-elevado-a-la-fiscalia-ccss>

Sojo, Ana. «Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa». *Revista de la CEPAL*, n.º 66 (1998): 73-103.

Sojo, Ana. *Reformas de gestión en salud en América Latina: Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago: CEPAL-ECLAC-ONU, 2000. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5970/S0007589\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5970/S0007589_es.pdf)

Sojo, Ana. «La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio». *Serie Estudios y Perspectivas*, n.º 44 (2006): 3-55.

Tasies-Castro, Esperanza. «Actores, intereses y naturaleza de la reforma al sector salud en Costa Rica (Reinterpretación de la Ley Constitutiva de la CCSS, al calor de los principios del cuasimercado)». *Revista Pensamiento Actual* 15, n.º 24 (2015): 41-54.  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/19771/20949>