

UNIVERSIDAD NACIONAL
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO PROFESIONAL EN BIOETICA

Ética de las decisiones jurídicas adoptadas en materia
de salud pública en Costa Rica:
El caso de los anesthesiologos

Trabajo Final de Investigación aplicada sometido
a la consideración de la Comisión del Programa de
Posgrado Interuniversitario de Bioética para optar al
Grado y Título de Máster en Bioética

Andrés Alfaro Ramírez
Allan Rodríguez Artavia

368.4
A385e

Campus Omar Dengo, Heredia Costa Rica

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO PROFESIONAL EN BIOÉTICA

Ética de las decisiones jurídicas adoptadas en materia de salud pública en Costa Rica: El
caso de los anestesiólogos.

Trabajo Final de Investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Posgrado Interuniversitario de Bioética, para optar al grado y título de
Máster en Bioética

Andrés Alfaro Ramírez
Allan Rodríguez Artavia

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

2015

DEDICATORIA

A mi esposa, mi bebé, a toda mi familia, familiares y amigos

Andrés

Dedicado a mis padres, mi esposa, mi hijo y mis profesores

Allan

Agradecimientos

A la Doctora Ana Rodríguez Allen por su incansable labor docente en la Universidad Nacional y como Coordinadora de la Maestría Interuniversitaria en Bioética UNA-UCR, durante la mayor parte del tiempo que fuimos estudiantes de dicho posgrado, quien con sus valiosos consejos, sugerencias y enseñanzas han colaborado de manera invaluable para la realización de la presente investigación.

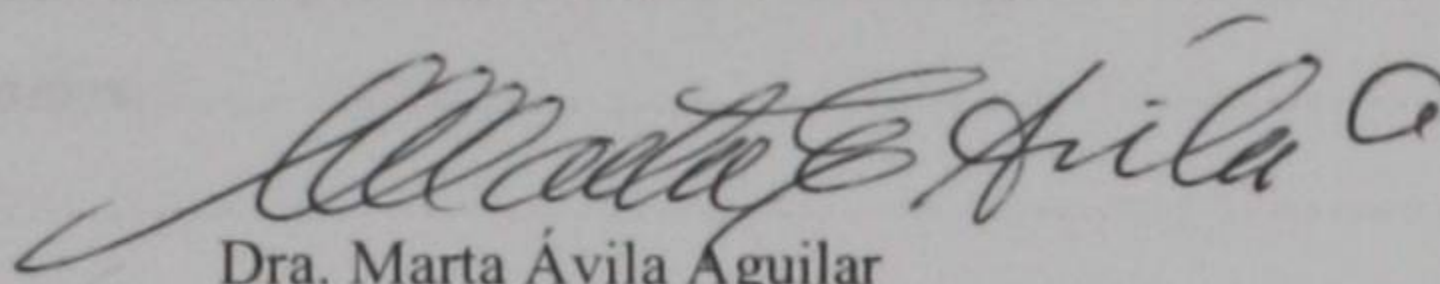
A las profesoras Xenia Pacheco Soto y Sussy Arias Hernández, lectoras del presente trabajo, por su esfuerzo y sacrificio, al dedicar horas laborales y no laborales para analizar nuestros planteamientos y depurar los alcances de la investigación realizada, en aras de la que la misma constituya un aporte importante para la búsqueda de soluciones efectivas y de reflexión a los problemas que presentan en el sistema de salud.

A todo el personal docente, cuerpo administrativo de la Maestría en Bioética con quien hemos compartido durante varios años, cuya labor incansable, tesonera y con mucha mística hacen posible el éxito del programa como tal y de quienes cursamos el posgrado. Los conocimientos adquiridos y experiencias vividas junto a ustedes, sin duda constituyen un aporte muy valioso para nuestro desarrollo personal y profesional.

A todos ustedes, les deseamos muchos éxitos esperando que continúen sus importantes labores, para inspirar a otros estudiantes a cursar y graduarse como Bioeticistas, no solo para la obtención de esta importante distinción, sino para seguir aportando a la sociedad costarricense a partir de los debates que generen las reflexiones, proyectos y cambios a futuro.

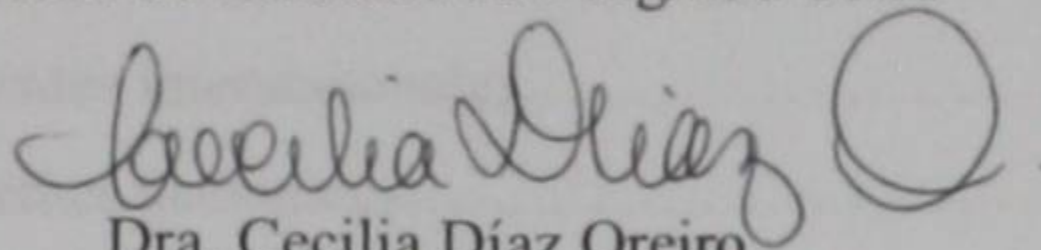
Cambios que puedan sugerirse para el mejoramiento de la sociedad y del sistema de salud, en el que puedan resolverse los dilemas éticos cotidianos de la forma más sabia y prudente que resulte posible, entendiendo que los debates, críticas propuestas y contrapropuestas, serán constantes y permanentes, pues los cambios sociales exigen cambios y la adaptación de las políticas y normativas a esos cambios.

“Este Trabajo final de Investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Posgrado Interuniversitario en Bioética de la Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica, para optar al grado y título de Magister en Bioética”



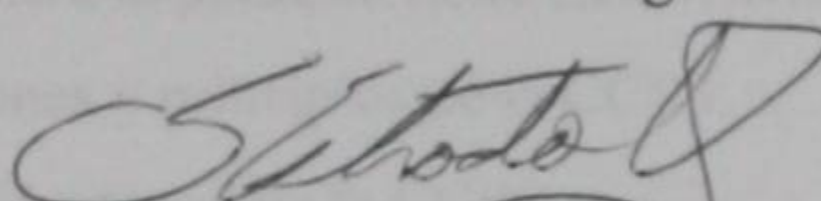
Dra. Marta Ávila Aguilar
Presidenta

Sistema de Estudios de Posgrado UNA

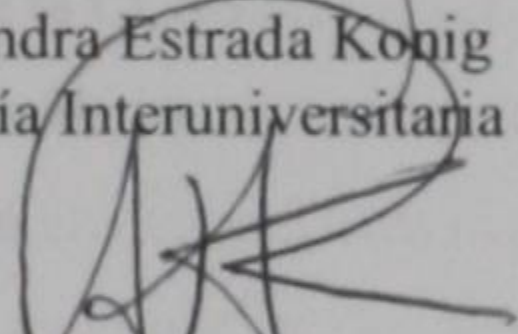


Dra. Cecilia Díaz Oreiro
Decana

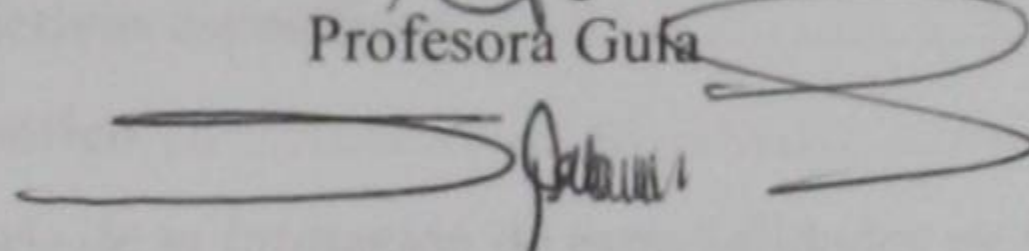
Sistema de Estudios de Posgrado UCR



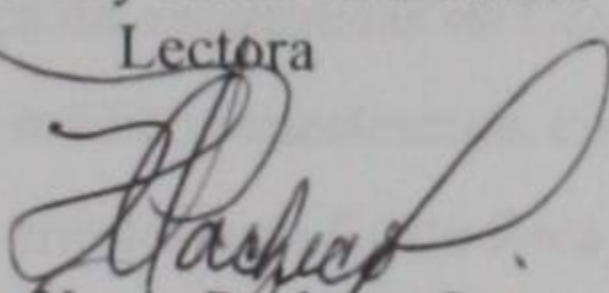
M.Sc Sandra Estrada König
Coordinadora Maestría Interuniversitaria en Bioética



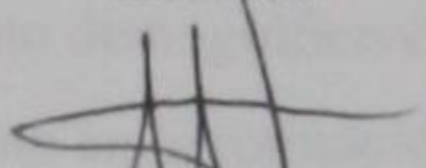
Dra. Ana Rodríguez Allen
Profesora Guía



M.Sc Sussy Arias Hernández
Lectora



M.Sc Xenia Pacheco Soto
Lectora



Andrés Alfaro Ramírez
Sustentante



Allan Rodríguez Artavia
Sustentante

Tabla de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Tabla de contenidos.....	v
Resumen.....	vii
Índice de tablas.....	viii
I. Introducción.....	1
1.1 Antecedentes internacionales.....	5
1.2 Antecedentes nacionales.....	8
1.3 Justificación.....	13
1.3.1 Derecho a la Salud.....	13
1.3.2 Funciones y principios de la CCSS.....	14
1.3.3 Situación actual de la CCSS.....	15
1.4 Planteamiento del problema.....	20
1.5 Objetivos del estudio.....	20
1.5.1 Objetivo general.....	20
1.5.2 Objetivos específicos.....	20
II. Marco teórico.....	22
2.1 Historia de la formación de especialidades en Costa Rica.....	22
2.2 Formación técnica de anestesiistas en Costa Rica.....	23
2.3 La formación de médicos anestesiistas en Costa Rica.....	25
2.4 La formación en anestesia en Costa Rica y su relación con la oferta y demanda de los servicios de salud.....	28
2.4.1 Comportamiento demográfico costarricense.....	28
2.4.2 Comportamiento en la formación de especialistas en anestesia en Costa Rica.....	29
2.4.3 Relación crecimiento demográfico poblacional, formación en profesionales en Anestesia.....	31
2.5 Perspectivas teóricas desde la bioética.....	32
2.5.1 El Consecuencialismo.....	32

	2.5.2 El concepto de Dignidad Humana.....	35
III.	Marco metodológico.....	38
	3.1 Diseño y tipo de Investigación.....	38
	3.2 Fuentes de Información.....	39
	3.3 Instrumento.....	39
	3.4 Periodo de estudio.....	40
	3.5 Análisis de los datos.....	41
	3.6 Consideraciones éticas.....	41
IV.	Análisis de los resultados.....	42
	4.1 Resultados de la revisión documental.....	42
	4.2 Análisis desde las posiciones bioéticas y jurídicas.....	43
	4.2.1 Análisis desde el consecuencialismo.....	43
	4.2.2 Análisis desde el concepto de dignidad humana.....	46
	4.3 Análisis jurídico sobre el Derecho a la Salud.....	51
	4.3.1 La Salud como bien jurídico, nociones generales.....	51
	4.3.2 La Salud en el Derecho Costarricense.....	54
	4.3.3 Funciones y principios que rigen el funcionamiento de la CCSS.....	56
	4.3.4 La Sala Constitucional y su función en el ordenamiento jurídico....	58
	4.3.5 Intervenciones de la Sala Constitucional como garante del Derecho a la salud de los usuarios.....	60
	4.3.6 Plazas para personal especialista y su formación.....	69
	4.3.7 Valoración jurídica del derecho a la salud y la situación en torno a las listas de espera y falta de anestesistas.....	76
V.	Conclusiones y recomendaciones.....	78
	5.1 Conclusiones.....	78
	5.2 Recomendaciones.....	81
VI.	Bibliografía y anexos.....	83
	6.1 Bibliografía.....	83
	6.2 Anexos.....	96

Resumen

Por medio de la presente investigación se analiza la problemática que enfrenta el sistema de salud costarricense. Lo anterior, desde una visión ético- jurídica en torno a diferentes decisiones que han mediado en las listas de espera a las que se ven expuestos los usuarios de los servicios salubres para ver satisfechas sus necesidades de cirugías y tratamientos oportunos.

Dentro del abordaje realizado, se consideraron las decisiones más relevantes, lo anterior en torno a la formación del personal especializado en Anestesia y la problemática con las listas de espera para cirugías que se presentan actualmente. Adicionalmente se considerarán las acciones que, por parte de la CCSS, han mediado en la formación académica del personal en dicha área, así como las acciones que la institución ha implementado para suplir las necesidades del sistema de salud nacional.

Posteriormente y con base en los aspectos aludidos, se realizará un análisis bioético en el cual, por medio de la visión utilitarista de John Stuart Mill y el concepto de dignidad humana impulsado por Immanuel Kant, se abordará el impacto que han tenido algunas de las decisiones administrativas tomadas por las autoridades de la CCSS en conjunto con la UCR en el del sistema de salud, propiamente en el área de la anestesia.

Finalmente se incorporará desde una visión del análisis jurídico, una reflexión de las diferentes decisiones que han mediado en la problemática actual enfocadas desde la concepción del derecho a la salud.

Índice de tablas

	Pág.
Tabla N°1: Relación cantidad de profesionales médicos en Anestesia versus población total de habitantes en el país, periodo de 1980 al 2015.....	31

I. INTRODUCCIÓN

Costa Rica, durante décadas, se ha preciado de ser una nación respetuosa de los derechos fundamentales de sus ciudadanos y pobladores. Asimismo, siendo entre los derechos, algunos muy significativos como el derecho a la salud, que a lo largo de las distintas normativas se ha visto como un pilar fundamental del sistema político democrático.

Es por ende que como medios para garantizar de este derecho, el mismo se encuentra circunscrito en la Constitución Política, las declaraciones y convenios internacionales suscritos por el país y más recientemente como parte de la jurisprudencia de la Sala Constitucional (SC), que ha reclamado la aplicación de este derecho especialmente a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), quien es la encargada normativamente de la adopción de medidas y acciones tendientes a la satisfacción plena de la salud en la ciudadanía.

No obstante, pese al panorama antes descrito, el cual se concibe normativamente como muy favorable en cuanto al respeto del derecho de salud para los habitantes del país, en la realidad dicho derecho se ha visto transgredido sistemáticamente, ya que los usuarios de los servicios de salud, han tenido que tolerar el deterioro de los servicios. Lo anterior, debido, en gran medida, a los atrasos injustificados causados por lapsos para recibir atención oportuna a los problemas de salud que los aquejan, muchos de ellos motivados por la falta de recursos económicos, insuficiencia de personal, falta de medicamentos, falta de infraestructura o a la presencia de procesos burocráticos que deben seguir las instituciones públicas para la compras de medicamentos, entre otros factores.

Ahora bien, al considerar tales aspectos, que la presente investigación consciente de una realidad que se experimenta diariamente, se abordará la mayor manifestación de la problemática del derecho a la salud, que la constituye las listas de espera para cirugías

que deben soportar los usuarios de los servicios de salud. Lo anterior, ante múltiples causas en las que resaltan la falta de planificación y de implementación de medidas de mitigación oportunas y claras, por las entidades prestadoras de los servicios de salud, que a corto, mediano y largo plazo permitan solucionar definitivamente; o al menos minimizar los riesgos relacionados con la no realización de cirugías o tratamientos en plazos que puedan considerarse como razonables.

En este sentido se analizarán las principales decisiones que han promovido la aparición de las listas de espera para cirugías, y su relación con la falta de personal especializado en anestesia. Esto en el tanto que la lógica demuestre que aunque se cuente con suficientes salas de operaciones, cirujanos y personal auxiliar, ante la falta de anestesiólogos resulta imposible realizar la cantidad óptima y necesaria de cirugías, que le podría permitir a la CCSS satisfacer gran parte de la demanda dentro de plazos más cortos.

Como se verá a lo largo del presente estudio, la situación de crisis referida por la carencia de anestesistas no es nueva; sino es un problema constante en los hospitales pertenecientes a la seguridad social que se ha vuelto más evidente a partir de la década de los años noventa y la primera década del dos mil. Una crisis que no ha sido ajena o externa a la CCSS; ya que es precisamente esta institución la responsable de la planificación del recurso humano que se requiere para dar respuesta a las demandas del sistema de salud, y pese al drama que viven los pacientes que deben esperar meses y años para recibir una cirugía y a las advertencias y recomendaciones de Órganos de Control, como lo son la Contraloría General de la República (CGR) para dar respuesta más oportuna a los requerimientos de los asegurados, no se han adoptado políticas coherentes para resolver esa crisis.

Asimismo, esta crisis se ve acrecentada en la actualidad por una histórica línea de la falta de previsión en la autoridades de la CCSS, las cuales no han sabido tratar eficientemente las soluciones del problema y han tenido a lo largo de los años una

participación en posibles decisiones que han marcado la actual realidad como lo fueron la eliminación de la formación técnica en anestesia. La anterior, se dirigió exclusivamente a un grupo específico del sector salud, lo que a su vez generó una mayor dependencia de la formación de médicos especialistas en Anestesiología y una insuficiencia de la cantidad de tales profesionales para las crecientes necesidades de salud de la población.

Como se analizará, la situación de crisis continúa y las medidas que se valoran o implementan en aras de una solución definitiva, constituyen simples medidas transitorias, que aunque logran momentáneamente bajar los tiempos de espera, no tienen un efecto prolongado. Lo anterior, en perjuicio de la mayoría de la población usuaria de los servicios públicos de salud, quienes no tienen los recursos económicos suficientes para acudir al sector privado a recibir las prestaciones que el sistema público no les brinda.

Lo más grave de la problemática descrita es que las medidas que se proponen por parte de la CCSS para dar respuesta a tal problemática, asociadas a la carencia de profesionales en anestesia, a lo largo del tiempo, no han sido claras ni contundentes para resolver la situación. Sin embargo, se han convertido en un cascarón débil y vacío, que no responde a esa obligación que por legislación le corresponde como lo es el amparo de la salud.

De igual forma, se ha observado en las diferentes reformas y procesos aprobados en el sistema de salud, que los mismos han restado el protagonismo que le corresponde al Ministerio de Salud como ente responsable de la formulación e implementación de políticas relacionadas con el campo de su competencia. Por lo tanto, a pesar de ser el actual el ente Rector de esta materia, que además participa activamente en la búsqueda de posibles soluciones para las listas de espera; el problema continúa en la CCSS.

En virtud de lo anterior, los usuarios de los servicios se han visto en la obligación de acudir a la Sala Constitucional, para que dicho tribunal por medio de sus resoluciones, obligue a la CCSS a la realización de cirugías, pues de lo contrario deben optar por permanecer en listas de espera durante años y ver agravada su condición de salud, independientemente de la gravedad de las patologías.

Ante este panorama, y tomando consciencia de las implicaciones que tal problema representa para un grueso muy importante de la ciudadanía, es que el presente trabajo propondrá una reflexión bioético-jurídica sobre diferentes decisiones que han incidido en la salud de la población costarricense. Cuyo objetivo será mostrar a la ciudadanía dicho problema para que asuma un rol proactivo en la toma de decisiones sobre o el tópico de los anestesiólogos en la CCSS

1.1 Antecedentes internacionales

A continuación se presentan las principales investigaciones y resultados encontrados dentro de la búsqueda de los antecedentes a nivel internacional en relación con el tema en estudio. Asimismo, es importante aclarar, que el material incluido aborda la temática de las listas de espera en la atención en salud como tópico dominante. Lo anterior, dado a que es el tema más trascendente en publicaciones. Sin embargo, esto no descarta que se haya indagado en antecedentes propios de las decisiones jurídicas o administrativas asociados a tal temática, los cuales no fueron ubicados.

Adicionalmente se tiene que decir que las investigaciones agregadas constituyen en su mayoría publicaciones en formato de artículo, las cuales son fruto del trabajo de diferentes investigadores en las que se incluye trabajos finales de graduación. Para iniciar, se tiene un estudio realizado en Brasil, por Rodríguez y colaboradores en el año 2008, cuyo título fue *Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones*. En dicho trabajo los autores hacen un análisis sobre las posibles estrategias que se pueden aplicar para tratar la problemática de las listas de espera, concluyen al final de su artículo, que no existe una medida natural que solucione el problema, debido a los distintos incentivos e intereses que cada una de ellas puede desencadenar. Sin embargo, indican, que se pueden hacer algunas reflexiones generales las cuales pueden ser importantes a la hora de poner en marcha políticas para mejorar las listas de espera.

Por otra parte, en el artículo titulado *Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes*, escrito por Escobar y colaboradores en el 2005, en España. En este se muestra cómo al consultar a los usuarios de la atención sobre la listas de espera, los mismos presentan en su totalidad un descontento general con el funcionamiento de las mismas en la actualidad, indicando

como razones que no establecen criterios claros para priorizar a los pacientes quienes requieren cirugía.

A su vez en la investigación realizada por Ibaceta Lizana en el 2005, titulada *Problemática de la Atención en Salud* investigación realizada en Chile. En este la autora analiza las causas que generan los problemas en la atención de salud, entre los cuales se tienen la insuficiencia de la atención primaria, la debilidad del funcionamiento de la red regional, el déficit de disponibilidad de pabellones, de equipos, de insumos, de presupuesto; y la falta de anestesistas. Concluye en su exposición que esta realidad es resultante, al menos en parte, dado a que no se ha planificado correctamente el desarrollo de los Hospitales Públicos.

Seguidamente se cuenta con la publicación de Pérez Maza, en el 2007, con su trabajo titulado *La equidad en los servicios de salud* (Cuba), en dicho trabajo exponen sobre cuál es la finalidad de los sistemas de atención, así como la importancia de que los mismos se inclinen a producir una salud comunitaria de la mejor manera posible, aportando para la medición de tal fin dos indicadores principales en los que resaltan: la eficacia social y la satisfacción social.

Agrega el autor en su trabajo que la equidad es una condición estratégica, necesaria, para el acceso a los servicios de salud según necesidades y posibilidades, y concluye exponiendo que la evitabilidad, concepto clave para la equidad, se considera la fuente de acción para eliminar, reducir, y neutralizar las causas, subjetivas y objetivas que demoran la atención aún dentro de un sistema de salud único, estatal, integral y gratuito.

Adicionalmente, Abad Romero y colaboradores (2006) con el trabajo titulado *Preferencias sociales en las decisiones públicas: Priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas* (España) establecen que existe un debate abierto, no exclusivo de los médicos, acerca de quiénes deben ser las personas legitimadas para tomar decisiones en el ámbito sanitario. Añaden una tendencia en la literatura hacia la incorporación de la

opinión de los pacientes y en general, de la sociedad, en dichas decisiones. Concluyen que se debe considerar la participación ciudadana; ya que dicho factor incrementa la satisfacción de los actuales o potenciales pacientes y contribuye a una democratización de las decisiones públicas.

Por otra parte, Barraza-Villar y colaboradores en el 2005, con su publicación denominada *Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela*, trabajo elaborado en España, hacen una reflexión en torno a la mortalidad que se presenta en pacientes que se encuentran en lista de espera para procedimiento quirúrgico. Concluyen su ponencia estableciendo que de acuerdo con los resultados del estudio realizado, cuatro de cada mil pacientes fallecen mientras esperan en la lista para procedimiento quirúrgico, por lo que proponen esta situación se convierta en un indicador, el cual se utilice como suceso centinela dentro de las comisiones de mortalidad en los diferentes hospitales.

Añadido a lo anterior, se tiene la publicación titulada *Perfil de los Pacientes en la Lista Única de Espera para Transplante Cardíaco en el Estado de Ceará*, estudio realizado en Brasil por Teixeira y colaboradores. En este, publicado en el año 2010, los autores dan a conocer las características que predominaban en la población que se encontraba en lista de espera, agregan que en promedio la atención para trasplante no superó los 136 días, aunque varios pacientes fueron abordados en tiempos menores.

Por su parte, Sánchez-Martínez y colaboradores en el 2008, con su trabajo denominado *¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales Informe SESPAS 2008*, dan a conocer que el establecimiento de prioridades es una tarea ineludible en el ámbito sanitario. Añaden que dicho sector manifiesta normalmente situaciones como conflicto entre recursos escasos y necesidades ilimitadas, por lo cual indican que llevar a la práctica cualquier intervención que mejore la salud de la población deviene en utopía al confrontarse con la restricción presupuestaria. Concluyen sobre la necesidad de diseñar

sistemas de gestión de listas de espera que vayan más allá del criterio único de «antigüedad» en la lista como criterio de prioridad.

Consecuentemente, a lo señalado con su trabajo *Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud* (España), publicado en el año 2009 por Allepuz y colaboradores, tras la realización de un estudio transversal con gerentes, directores médicos, responsables de admisiones y jefes de servicio de cirugía general, oftalmología, cirugía ortopédica y traumatología, y cirugía vascular de 139 centros concluyen que el orden de intervención debería estar determinado por otros criterios relacionados con la necesidad de la cirugía, aparte del tiempo de espera. Por lo tanto, indican que el establecer criterios de priorización se permitiría hacer explícitos los criterios empleados ya de forma implícita.

Aunado a lo mencionado, se tiene además el estudio propuesto por Cavalleri y colaboradores del año 2013 que se titula *Utilidad de un método estadístico de simulación para evaluar la oferta y demanda de anestesiólogos en Uruguay (2011-2025) Propuesta para prospección y planificación de necesidad de recursos humanos en Anestesiología*. En dicho trabajo los autores caracterizaron la oferta/demanda de anestesiólogos en el país creando diferentes escenarios de acuerdo a los datos obtenidos por el Ministerio de Salud Pública en el año 2010 y por el Censo Nacional del 2011. Concluyen de su trabajo que el modelo utilizado permitió establecer proyecciones de las necesidades de recursos humanos año a año; que estas estimaciones pudieron adaptarse a las situaciones cambiantes y de esta forma se elaboró un plan de formación de recursos humanos en anestesia acorde a los posibles cambios.

1.2 Antecedentes nacionales

Antes de iniciar con la exposición de los antecedentes encontrados, como punto de aclaración debe de indicarse que al realizar una revisión de trabajos finales de graduación en las Universidades Estatales en torno al tema específico del presente

estudio, la misma resultó infructuosa. Lo anterior, en el tanto no se encontró investigaciones que hayan abordado tal temática concisamente. Por consiguiente se incluye el resultado de diferentes artículos y reflexiones en torno a las consecuencias de las decisiones jurídico-administrativas a la atención en salud.

Para iniciar, se tiene el editorial escrito en el año 2007 en la *Revista Acta Médica Costarricense* por el Dr. Arrea-Baixench, quien en su disertación hace una reflexión sobre el informe presentado por la Contraloría General de la República en relación con algunas deficiencias encontradas en las instituciones de la CCSS. En este, el autor llama la atención sobre los problemas existentes en los diferentes hospitales con la atención de los pacientes; asimismo, menciona que si bien existe una falta de anestesiólogos, así como de otras especialidades, concluye que tal problemática debe alejarse del enfoque médico, porque existen problemas principalmente de gestión hospitalaria que han impedido, solucionar la problemática.

Por otra parte Sáenz, Miranda y López, en el 2011, con su artículo titulado *Sistema de Salud de Costa Rica*, exponen hacia el final de su publicación la existencia de un grave problema que afecta al sistema de salud. Agregan que las largas listas de espera están provocando deslealtad al sistema, de hecho aportan que el 50% de la población opina que podría dejar de cotizar para unirse a los servicios privados, situación que aumentaría el problema de la sostenibilidad del actual sistema de salud y agravaría aún más la atención prestada.

Adicionalmente, en torno al tema de la formación de especialistas en el país, en el año 2011 se publicó en el diario oficial *La Gaceta*, el proyecto de Ley N° 17923, denominado “Ley de creación de la Comisión Nacional de Especialidades y Subespecialidades Médicas”, mismo que perseguía la creación de una Comisión Nacional de Especialidades y Subespecialidades Médicas, quien tendría entre sus fines el regular la operatividad de las especialidades y subespecialidades médicas en el país, atendiendo al requerimiento nacional, mediante la autorización de centros de formación,

establecimiento de requisitos mínimos de formación propios de cada especialidad o subespecialidad y la selección de los candidatos a optar por las especialidades. Dicho proyecto de ley pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa del periodo legislativo en curso, sin embargo, no fructificó en su afán de convertirse en legislación nacional.

Sumado a lo anterior, se tiene entre los antecedentes nacionales la *Política Institucional de la CCSS en Capacitación y formación de Recursos Humanos*, aprobada por La Junta Directiva de la CCSS en el año 2005, que cita en el ítem 2.6 “La formación de especialistas se hará según las necesidades identificadas por el CENDEISSS en las diferentes áreas de trabajo de la CCSS, con la aprobación de la Gerencia Médica” (p. 19). Por lo que, se sobreentiende que a nivel institucional de acuerdo con la formulación de la política establecida se deben de realizar continuamente estudios de necesidad de formación en las diferentes especialidades y se tiene por consiguiente un panorama claro de la realidad de país en materia de necesidades y formación.

Consecuentemente, a dicha política se tiene para el año 2006 un estudio efectuado por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) denominado *Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección: 2006-2017*, en dicho estudio tras la aplicación de una metodología para determinar de las posibles necesidades por centros de atención, se llegó a la conclusión que era necesario formar aproximadamente un total de 1732 médicos especialistas en los próximos 10 años. Lo anterior, con “el propósito de mantener, fortalecer y mejorar la capacidad institucional de brindar servicios de salud y seguridad social a la población costarricense” (CENDEISSS, 2006, p.204). Adicionalmente, complementa el mismo trabajo investigativo, en el ámbito de las listas de espera es necesario concluir que el problema no está ligado únicamente con el faltante de médicos especialistas; asimismo, el problema se agrava por el faltante de equipo, de infraestructura, de técnicos en salud, y en general a la necesidad de intensificar la infraestructura hospitalaria para utilizar los denominados “tiempos

muertos” en la que la planta física no está siendo maximizada en la producción hospitalaria.

Por otra parte, se cuenta además con el trabajo denominado *Estudio de necesidades de médicos especialistas según perfil epidemiológico en las tres redes de servicios de la CCSS, para el período 2013-2015*, publicado en el año 2013 dicho estudio se cita en una de sus conclusiones:

[...] que de acuerdo al Estudio de Necesidades de Especialistas Médicos, actualización diciembre, período 2011–2015, realizado en agosto 2011 por el CENDEISS y a los datos suministrados por el Programa de Formación de Médicos Especialistas de la UCR 2013- 2015, se concluye que faltan de formar 397 Médicos Especialistas y “que de acuerdo a datos de proyección suministrado por la Dirección de Administración y Gestión de Personal de la CCSS, para el período 2013-2015 cuentan con el derecho a jubilación 83 Médicos Especialistas” (CENDEISS, 2013, pp. 132-133).

De lo anterior se desprende que como resultado de las dos conclusiones anteriores y del Criterio Técnico de las Autoridades Competentes, el total faltante de médicos especialistas por formar para el período 2013-2015 es de 480 profesionales.

Por otra parte, ligado a la vez con el tema en consideración se tiene el Informe N°. DFOE-SOC-31-2007 de la CGR denominado *Informe sobre algunos factores que inciden en los tiempos y listas de espera de los servicios de consulta externa en neurocirugía, procedimiento diagnóstico de ultrasonido general y cirugía en ortopedia que se brindan en los tres hospitales Nacionales Generales de la CCSS*. En el cual la CGR establece disposiciones como:

- c) Solicitar de inmediato a la Ministra de Salud que realice las gestiones necesarias, para hacer efectiva la declaratoria de inopia institucional del 8 de marzo de 2007 que ratifica la inopia formalizada el 1° de abril de 2004, para contratar médicos extranjeros asistentes especialistas en Anestesiología. Remitir al órgano contralor el documento que contiene la solicitud a más tardar el 15 de junio de 2007, y el resultado obtenido de tal gestión el 31 de agosto de 2007 (Contraloría General de la República, 2007, p. 28).

O la disposición del punto b) dirigida a la Gerencia Médica que cita textualmente:

[...] elaborar un plan de formación de especialistas médicos a corto y mediano plazo, que incluya las especialidades de Anestesiología y Neurocirugía. Además, establecer el mecanismo para mantener actualizados tanto el plan de formación como el estudio de las necesidades de especialistas médicos que le sirve de base, mismas que de acuerdo a la realidad actual que se experimenta fueron lineamientos de momento a los que no se les prestó la debida continuidad (Contraloría General de la República, 2007, p. 29).

Por otra parte, en torno a las listas de espera y la atención en salud se tiene vasta jurisprudencia dada por la Sala Constitucional (SC) de Costa Rica, en donde se señalan consideraciones importantes entre las que se pueden citar el voto N° 4540-2015 del 27 de marzo de 2015 que en su parte considerativa indica:

[...] Así las cosas, no es responsabilidad del paciente, los atrasos que a nivel administrativo pueda tener la compra y/o despacho de los medicamentos. En virtud de lo anterior, estima la Sala que las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social deben de tomar las previsiones necesarias para contar siempre con el abastecimiento necesario y oportuno de dicho fármaco (Sala Constitucional, 2015, sp).

Lo que evidencia que los trámites internos, y la gestión que brinde la CCSS, no tienen por qué afectar el derecho a la salud que presentan las personas. Por otra parte, se tiene adicionalmente el voto N° 5790-2015 del 15 de abril del 2015 que cita en uno de sus considerandos:

[...] Al respecto debe señalarse que los problemas de listas de espera nunca pueden prevalecer sobre un derecho fundamental; en este sentido, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene la obligación de solucionar dichos problemas y limitaciones para cumplir a cabalidad su misión, y nunca hacer pesar sobre los pacientes su falta de capacidad para atender toda la demanda de servicios que se le presenta (Sala Constitucional, 2015, sp).



Voto con el cual se ratifica que la CCSS tiene la obligación por ley constitutiva de velar por la salud de la población costarricense.

1.3 Justificación

Para poder evidenciar la importancia de la temática en mención, se hace imperativo considerar algunos aspectos propios del contexto costarricense que tienen una relación directa con la calidad de atención en salud. Los mismos, para su exposición, serán desarrollos desde el enfoque del Derecho a la Salud, la función de la Caja Costarricense del Seguro Social, la situación actual de las listas de espera a nivel institucional y la relación de tales listas con la cantidad de anestesiólogos que laboran en la Institución.

1.3.1 Derecho a la Salud

Como lo menciona Navarro (2014) la salud es un bien esencial para todos los seres humanos, pues provee de capacidades para el ejercicio de las libertades públicas, los demás derechos fundamentales, la participación democrática y la consecución de los planes de vida. Circunstancia por la que se le considera como un carácter esencial del bien y una necesidad primaria, imperativa e insoslayable, que le da el estatus de derecho fundamental de toda persona humana. Por consiguiente hablar de salud es referirse a un Derecho Humano fundamental reconocido, tanto por los instrumentos universales de protección de los derechos humanos, así como los instrumentos normativos del sistema interamericano (ámbito regional).

A nivel nacional, la *Constitución Política de Costa Rica* (CP), no reconoce literalmente el Derecho a la Salud. No obstante, se puede extraer de una interpretación sistemática del artículo 21 que consagra el derecho a la vida, del artículo 46 que lo recoge con motivo de la protección de los derechos de los consumidores y usuarios, el artículo 50 que reconoce el derecho de toda persona a “un ambiente sano y ecológicamente equilibrado”, el artículo 73 que crea los seguros sociales para atender

las contingencias de “enfermedad invalidez, maternidad, vejez y muerte”, el artículo 74 que establece un *numerus apertus* en el reconocimiento de derechos constitucionales, y el artículo 177, párrafo 3° que establece la universalización de los seguros sociales.

A su vez la SC, como intérprete supremo exclusivo de la Constitución, -sin perjuicio de la mención de otras normas de menor rango en su jurisprudencia-, ha derivado el derecho a la salud del derecho a la vida (art. 21 de la CP), según se desprende de las resoluciones de la Sala Constitucional, entre las que pueden mencionarse las números 6061-1996 y 0927-2001.

Se desprende de la exposición anterior que Costa Rica reconoce, por medio de la Constitución Política, los instrumentos internacionales vigentes y la jurisprudencia constitucional, que el Derecho a la Salud corresponde a un Derecho Humano fundamental de todos los seres humanos, no solo de los costarricenses y que es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias, legislativas, financieras, administrativas y de cualquier índole para hacer efectivo ese derecho.

1.3.2 Funciones y principios de la Caja Costarricense del Seguro Social

Dentro de este entretejido de las relaciones jurídico-civiles entre el Estado, los ciudadanos y diversos actores sociales, se erige la CCSS, a quien el ordenamiento jurídico costarricense le ha encomendado la mayoría de funciones y responsabilidades en materia de salud pública, al conferirle la condición de institución encargada de administrar los seguros sociales de enfermedad, maternidad, invalidez vejez y muerte, así como de brindar los servicios correspondientes a dichos seguros, de velar por la extensión de la cobertura con miras a abarcar a la totalidad de la población y sobre todo, de garantizar la eficiencia y efectividad de los servicios que demanda la población (Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social, 1943).

Por otra parte dichas funciones y principios vinculados con los servicios de salud que la CCSS ejecuta, han sido delineados ampliamente por la SC “a través de la

jurisprudencia emitida en reiteradas ocasiones, tal es el caso de las resoluciones números 12510-2004 y 8380-2013” (Navarro, 2010). Aspectos que refuerzan el papel que tal ente debe de acatar en respuesta a las necesidades en salud de la población costarricense.

1.3.3 Situación actual de la Caja Costarricense del Seguro Social

La CCSS con el afán de cumplir con las funciones para las que fue creada, ha venido a lo largo del tiempo ejecutando la contratación de personal técnico y profesional en las diferentes áreas. Por lo que tal práctica se ha constituido en una constante y permanente, a efectos de satisfacer las necesidades de salud de los asegurados y de las personas que no cuentan con ningún seguro y recurren a la institución para ver cumplidas sus carestías.

A efecto de ello, en aras de dotar a la CCSS del personal necesario para cumplir con su importante misión, paulatinamente se han contratado en la institución cada vez más médicos especialistas -quienes antes de 1975 realizaban su especialización en el extranjero y con posterioridad a esa fecha pueden hacerla en el país- por medio de la Universidad de Costa Rica.

No obstante, ciertos factores como el crecimiento de la población, el aumento en la expectativa de vida al nacer, los factores ambientales y el cambio del perfil epidemiológico del país, se han conjugado para que se dé el aumento o reducción de la incidencia de cierto tipo de patologías. Lo anterior, ejerce una presión sobre los servicios de salud y sobre la capacidad de respuesta de la CCSS.

Para el caso de la atención de las diferentes patologías derivadas de los cambios epidemiológicos, la CCSS ha requerido contar no solamente con médicos generales, sino también con médicos especialistas en diversas áreas del conocimiento biomédico, siendo entre las especialidades la anestesia, -una de las de mayor importancia-. Precisamente, por la naturaleza de sus funciones, asimismo, es requerida en múltiples cirugías y procedimientos, ya sean estos, de naturaleza correctiva o preventiva.

Sin embargo, en los últimos años se han hecho una serie de cuestionamientos en torno al funcionamiento del sistema de salud, propiamente al crecimiento y agudización del problema de la lista de espera, el cual tienen que soportar las personas para ser atendidas por un especialista, o bien, para poder ser intervenido quirúrgicamente o se le realice un procedimiento terapéutico.

Reflejo de dicha condición es lo expuesto por el periódico *La Nación* (2012), el cual resalta en una de sus notas que con base a las últimas estadísticas dadas a conocer por la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) de la CCSS, se indica que para esa fecha se tenían más 652.000 usuarios en lista de espera para diversos procedimientos. Entre ellos: 363.825 asegurados (el 58,9% del total) están en fila por una radiografía, mamografía, electrocardiograma, gastroscopia o ultrasonido en general. Posteriormente la consulta externa especializada con un total de 180.886 personas, sobrellevando el tiempo antes de poder pasar la entrada de un consultorio hospitalario. Por último un total de 107.288 personas que esperan por una cirugía.

Entre las principales quejas que algunos sectores de la población han hecho al respecto, pueden citarse: la falta de estructura físicas, la mala planificación de la CCSS y la falta de médicos especialistas, que atribuyen a que únicamente la Universidad de Costa Rica se encuentra autorizada para formar dichos profesionales. Otros sectores, de igual forma aducen que la posibilidad de autorizar a otras universidades en la formación de médicos especialistas no contribuiría a la solución del referido problema; ya que los hospitales no cuentan con la capacidad suficiente para la formación de más especialistas, es decir no hay suficientes plazas para residentes en los hospitales públicos (SEP refuta cuestionamientos a formación de médicos especialistas, 2013).

No obstante, aunado a otras problemáticas a la que se encuentra la institución (CCSS) para hacer frente a las demandas en salud de la población, se encuentra la falta de médicos especialistas en anestesia. Este aspecto se ve junto a otros factores

directamente relacionado con el crecimiento de listas de espera, dado a que mientras no se cuente con el suficiente recurso humano en esta área, no será posible atender con prontitud las necesidades de quienes lo requieran. Ahora bien, por la lógica, aunque se disponga de Salas de Cirugías, de Médicos Cirujanos y demás personal auxiliar profesional y no profesional, si no se cuenta con suficientes profesionales especialistas en anestesia, no se podría realizar las intervenciones (Contraloría General de la República, 2007).

Esta situación en específico, de la falta de especialistas en anestesia en la CCSS, ha estado mediada a que la institución no previó al iniciar con dicho programa de especialización del eventual cambio epidemiológico que experimentaba el país con el aumento de la población, envejecimiento de la misma, así como un marcado aumento en las demandas en salud. Esto porque la institución no realizó estudios ni proyecciones acordes a la realidad de país, pues las cantidades proyectadas de médicos anesthesiólogos para los diferentes centros médicos que se requerirían a mediano y largo plazo, no fue calculada correctamente reservando pocas plazas para aspirantes a dicha especialidad.

No fue hasta el año 2002, cuando El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Seguridad Social de la Caja Costarricense de Seguro Social (CENDEISS) inició los estudios necesarios para determinar la cantidad de plazas de residencias que se abrirían en cada especialidad (Contraloría General de la República, 2007). Aportando con dichos estudios la realidad de las necesidades existentes del país y las carencias de profesionales para hacer frente a tales insuficiencias.

No obstante, pese a que el CENDEISS detectó una la insuficiente cantidad de médicos anesthesiólogos, en el año 2003 se abrieron únicamente 6 plazas para esta especialidad, cantidad que ha ido aumentando paulatinamente. Aunque en una cantidad insuficiente para solventar las crecientes necesidades, dada la cantidad de años que se demora la formación de este personal, en relación con el ritmo que aumenta la demanda

de Anestesiólogos, sumado a la cantidad de especialistas que renuncian o se acogen a su jubilación (Contraloría General de la República, 2007).

A razón de ello la CGR se ha pronunciado en su momento indicando que otro factor sumado para complicar el panorama descrito, se relaciona en la falta de acciones y medidas efectivas por parte de la CCSS. Lo anterior, para disminuir el impacto que ha traído consigo la falta de Anestesiólogos en el país, aspecto limitado a solo implementar medidas paliativas que no solucionan el problema apuntado, como lo podría ser la creación de más plazas para especialización de médicos en dicha área, la contratación de servicios privados por ciertos períodos y propuestas de contratación de médicos extranjeros, que ha sido rechazada por los médicos nacionales (Contraloría General de la República, 2007).

A pesar de todo lo anterior, en la actualidad “en la CCSS se cuenta con un total de 224 médicos anestesistas distribuidos a lo largo y ancho del país” (CCSS, 2015), quienes tienen a su cargo el peso de mantener las 24 horas del día los quirófanos en funcionamiento junto con el restante equipo interdisciplinario. No obstante, si se realiza una comparación de la cantidad de especialistas con que cuenta la CCSS, en relación con algunos parámetros internacionales como los señalados por Calabrese (2004), se podría indicar que nivel local se puede encontrar un faltante de un 50% de lo que se considera apropiado internacionalmente.

Si bien es cierto, el estudio de relación cantidad de anestesiólogos por población hecho por Calabrese no toma cuenta las particularidades de la población y del sistema de salud costarricense, el mismo señala posibles contextos diferentes a la realidad nacional. Por lo tanto, el presente estudio constituye un referente de utilidad para analizar la temática propuesta.

Ahora bien, a partir de lo anteriormente mencionado, se evidencia una realidad de una problemática en la calidad de la atención que se presta por parte de la CCSS, así

como una serie de agentes causales entre los cuales se ubica una debilidad en la cantidad de profesionales formados en anestesia. Asimismo, se puede indicar que la formación en tal especialidad se ha concentrado en la contratación y formación de médicos, dejando de lado la opción de formar técnicos o especialistas en anestesia en otros grupos de profesionales –como se dio en el pasado, hasta el año 1980-, lo que sin duda puede impactar positivamente. Por esta razón, a partir de una mejora sustancial en el servicio de salud y disminuir radicalmente la afectación de la ciudadanía que se encuentra en espera de una intervención quirúrgica o terapéutica.

Independientemente del análisis de todas las posibles causales que han influido en la manifestación de la problemática actual con las listas de espera, todas y cada una de ellas ha repercutido negativamente en la población que requiere de los servicios de salud. Lo anterior, porque se han visto aumentados los tiempos de atención, o se tiene que pagar por medicina privada por medio de gastos de su propio bolsillo, lo que resulta preocupante; ya que la mayor parte de la población no tiene los recursos económicos suficientes para poder pagar por las prestaciones que los seguros sociales deberían brindarle.

En todo caso y al margen de la posibilidad de que las personas puedan o no costear los gastos en salud de su propio bolsillo, lo cierto del caso es que el sistema de salud público debería bastarse a sí mismo para responder a las necesidades de las personas, lo cual no ocurre actualmente en el país en cuanto a la realización de cirugías y la atención especializada. Ante todo lo anterior y con el fin de reflexionar en torno a la realidad que actualmente se experimenta, en la atención en salud de la población costarricense, el presente estudio, a partir de un enfoque consecuencialista de las decisiones jurídicas y administrativas adoptadas en materia de pública, analiza las consecuencias éticas y jurídicas que han traído tales decisiones a la ciudadanía y mermado la capacidad de respuesta del sistema, para satisfacer sus necesidades, lo cual incide directamente en su calidad de vida de las personas.

1.4 Planteamiento del problema

¿Las decisiones administrativas con implicaciones en el campo jurídico tomadas por las instituciones costarricenses del ámbito sanitario, ligadas específicamente a la Anestesia han socavado y menoscabado la calidad de la atención en la población costarricense, limitando su derecho a la salud?

1.5 Objetivos del estudio

1.5.1 Objetivo general

- Analizar, a la luz de las teorías consecuencialistas, las relaciones entre las decisiones administrativo-jurídicas llevadas a cabo por la UCR y la CCSS en el área de la Anestesiología y su impacto en la calidad de la prestación de servicios, conforme al derecho a la salud en el período 1980-2015.

1.5.2 Objetivos específicos

- Conocer el papel que ha desempeñado la CCSS y la UCR en la toma de decisiones administrativas con trascendencia jurídica relacionadas con las listas de espera para cirugías, de la población costarricense en el período de 1980-2015.
- Evidenciar la situación de interdependencia existente entre las listas de espera para cirugías en la CCSS, a partir de 1980 al presente, con la insuficiencia de personal especializado en Anestesiología.
- Analizar el impacto que han tenido las acciones administrativas correctivas aplicadas por la CCSS entre los años de 2000-2015, para solventar el faltante de especialistas en Anestesiología y la disminución de las lista de espera en cirugías.

- Determinar a partir de las teorías consecuencialistas, los efectos que han traído las decisiones administrativo-jurídicas tomadas por la CCSS y la UCR en el área de Anestesia y su repercusión en el derecho de la salud de la población costarricense.

II. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se plantean los principales antecedentes históricos de la formación de especialidades médicas en el país, estableciendo un énfasis especial al campo de la Anestesiología. Adicionalmente se plantea la relación en torno a la oferta y demanda de especialistas en dicha área a lo largo de la historia, a la vez se introducen las perspectivas teóricas que servirán de base para el análisis, desde el punto de vista jurídico como la perspectiva bioética de la situación que se presenta.

2.1 Historia de la formación de especialidades médicas en Costa Rica

Como base para el planteamiento de la historia tanto de las especialidades médicas como de la anestesia en el país, se tomará como obra principal el libro *Reseña Histórica de la Anestesia en Costa Rica* escrito por Sotela en 1997. Lo anterior, porque representa la principal obra de referencia de la historia citada por los autores y personal médico en los diferentes centros de salud.

Tal como lo plantea Sotela (1997) fue a finales de la década de 1940 y a inicio de 1950, cuando empezaron a llegar al país varios médicos que habían salido a entrenarse en diferentes ramas de la cirugía. Fue partir de ese momento que la actividad quirúrgica experimentó un cambio notable, casi radical a nivel nacional. Lo anterior, dado a que con la llegada de los primeros especialistas en cirugía cardiovascular, en neurocirugía, en cirugía infantil, en cirugía torácica, en oncología, en cirugía plástica y reconstructiva, junto con la colaboración de varios anestesiólogos quienes venían llegando del extranjero, se empezaron a efectuar intervenciones quirúrgicas que nunca antes se habían logrado hacer en el territorio costarricense.

Añade el autor que precisamente debido al auge de especialistas, el Colegio de Médicos y Cirujanos sintió la necesidad de promulgar un reglamento que regulara su ejercicio. Este fue promulgado el 15 de julio de 1953, por decreto Ejecutivo N°. 13 (según consta en la página 68 de la Colección de Leyes de la República), y fue el doctor

Roberto Rodríguez Ramírez, quien se inscribe como "el primer anestesiólogo" esa especialidad en Costa Rica.

Posteriormente con el paso de los años y con la creación en de 1940 de la Universidad de Costa Rica, por medio de la Ley 362, se dispuso que la Institución, que se llamó hasta ese entonces Facultad de Medicina, se siguiera conociendo con el nombre de "Colegio de Médicos y Cirujanos", el cual tendría las mismas atribuciones que antes habían correspondido a aquella, y que, cuando se creara la Escuela de Medicina de Costa Rica, todo lo concerniente a la Enseñanza Médica pasaría a la referida Escuela, que se denominaría, con toda propiedad, Facultad de Medicina de Costa Rica y quien velaría por la formación de los médicos a nivel nacional.

De dicha forma se continuó, a partir de tales fechas, con la formación de médicos generales a nivel nacional por medio de la Universidad de Costa Rica. Pero, la especialización médica formal se seguía realizando en el extranjero, pues no existía un programa universitario que les brindara un título académico como especialistas. No fue hasta el año 1974 que con el convenio que firmaron la UCR y la CCSS se dispuso que la formación de las especialidades médicas se realizaría en adelante en el país.

Con dicho convenio se fija que la responsabilidad de los requisitos de admisión, la elaboración y el cumplimiento de los programas académicos, las calificaciones y la certificación de los médicos como especialistas correspondía al Sistema de Estudios de Postgrados de la UCR, y lo referente a la determinación del número de cupos asignados para ingresar a cada especialidad médica, le correspondería a la CCSS, pues el aprendizaje de los especialistas se llevaría a cabo en los campos docentes de los centros de atención institucionales.

2.2 Formación de Técnicos en anestesia en Costa Rica

De acuerdo con lo anotado por Sotela (1997) fue a partir de 1953 que empezaron a llegar al país otros anestesiólogos todos especializados en México. A partir de esa

fecha, con la colaboración de estos médicos, el Dr. Sotela inició en el Hospital San Juan de Dios, en 1956, una serie de cursillos patrocinados por la Escuela de Enfermería y la Dirección del Hospital. Lo anterior, a fin de capacitar a las personas que tenían a su cargo las anestесias, las cuales, pese al entusiasmo y dedicación con que trabajaban, nunca habían recibido ni la más pequeña instrucción.

Según refiere el autor, para ese entonces ejercerían la anestesia las monjas, las enfermeras, y a unos cuantos técnicos, que laboraban sin formación profesional, para la época. La idea, según cita Sotela (1997) era darles algunos conocimientos de farmacología, de fisiología, de técnica de intubación, pero, sobre todo lo fundamental era enseñarles a manejar las máquinas de anestesia que para esa fecha ya habían llegado al Hospital. Asimismo, a las personas quienes cumplían con el entrenamiento de seis meses, la Dirección del Hospital les entregaba un certificado que las acreditaba como "auxiliares de anestesia".

Posteriormente con el paso de los años en 1971 el doctor Luis Guillermo Hidalgo, Asistente del Servicio de Anestesia en el Hospital San Juan de Dios, logró que los cursillos (hasta entonces con una duración de seis meses y un programa muy simple y condensado), fueran incluidos en la Escuela de medicina como las carreras cortas a fin de preparar "Técnicos en Anestesiología". De la misma forma que la Universidad venía graduando, desde mucho tiempo atrás, técnicos en radiología, técnicos de laboratorio, técnicos en patología, entre otros.

Como primer requisito para ingresar al Curso de "Técnicos de Anestesia", se necesitaba tener título de enfermera (o enfermero). El programa, aprobado por la Escuela de Medicina, duraba año y medio e incluía toda la materia teórico-práctica que se exige en estos casos. Posteriormente, el Colegio de Médicos "inscribía" a los técnicos egresados, con lo cual su ejercicio quedaba autorizado y regulado por ese Organismo.

Menciona Sotela (1997) que posteriormente con la apertura de las especialidades en medicina el país, en 1976 se dio la primera promoción de graduados en la Universidad de Costa Rica, en la cual se graduaron siete anestesiólogos. Dos más en el 1977, cuatro en el 1978 y uno en el 1979. En total, para el año de 1981, se habían formado en la Escuela de Medicina un total de veinticinco anestesiólogos, lo que motivó para ese momento la decisión de suspender los cursos para técnicos en anestesia. Dejando a partir de ese entonces, la atención de las necesidades de la población tanto en médicos especialistas en anestesia como en Técnicos en Anestesia, situación que variaría con la jubilación de los técnicos en los años venideros.

2.3 La formación de Médicos anestesistas en Costa Rica

Como fuese citado por Sotela (1997) antes de que la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica iniciara los cursos de Post-Grado en Anestesiología en 1974, los médicos que se prepararon en esa especialidad, sin salir del país, lo hicieron "por tutoría" al lado de los anestesiólogos viejos. Al principio, sólo en el San Juan de Dios; luego en el Calderón Guardia, y posteriormente en los tres hospitales: el San Juan, el Calderón, y el México.

Para 1973, cuando el doctor Vesalio Guzmán, Jefe de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, diseñó un programa para que los médicos quienes ingresaran como Residentes de anestesiología lo hiciesen bajo un plan ordenado, preestablecido, siguiendo una secuencia lógica en el aprendizaje. Este programa sirvió de base al que aprobó la Escuela de Medicina al año siguiente, cuando se inició el Curso Universitario de Post-Grado en Anestesiología.

En 1974 se inscribieron siete médicos, los cuales concluyeron su entrenamiento en 1976. Posteriormente para el año de 1977 se graduaron dos profesionales, en el 1978 cuatro, en 1979 sólo uno, en el 1980 siete, en 1981 cuatro, y en el 1982 cuatro más. Para

ese entonces el curso duraba dos años y medio: dos años en un hospital de adultos, y seis meses en el de Niños.

Para el año 1995, se contaba con 36 médicos formándose en dicha especialidad: 12 en cada uno de los hospitales generales en que se lleva a cabo el entrenamiento (de los cuales hay cuatro en cada uno de los tres años que dura el curso). No obstante, lamentablemente (porque regresarán a su país de origen después de graduados), más de la mitad de los estudiantes para ese entonces eran extranjeros (Sotela, 1997).

Debe de recordarse que para finales de los años ochenta, la recomendación para la especialidad en anestesia por parte de la CCSS fue de formar doce profesionales por año hasta el año 2000, para compensar el faltante que se proyectaba debido a los profesionales jubilados, incapacitados y fallecidos, sin embargo esa recomendación no pudo concretarse.

Posteriormente en el 2005 y mediados del 2006 se dio una crisis de anestesistas debido al auge de la medicina privada (movilización a la práctica privada), a las contrataciones realizadas por el Instituto Nacional de Seguros y a la falta de flexibilidad horaria por parte de la CCSS -según reveló un estudio sobre clima organizacional realizado por esa institución en octubre de 2006- (CCSS, CENDEISS, UCR, 2010). Esto provocó un déficit de profesionales importante que tuvo su repercusión en la atención de la población, en sus necesidades de salud, y que directa o indirectamente a la vez afectó las listas de espera en atención de cirugía de muchas personas, ya que no se tenía el suficiente personal para surtir la demanda.

Asimismo, revelan los registros del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica que para el año 2007, había inscritos en el colegio un total de 167 anestesiólogos quienes tenía a cargo tanto la atención en salud de lo público como de lo privado. Esta situación que marcó un momento de dificultad por la cantidad de personal en dicha especialidad y las demandas que se tenía a nivel de la salud de la población.

Por otra parte, es importante de mencionar que a partir del nuevo milenio se iniciaron diferentes estudios para medir las necesidades de la población. Uno de esos estudios fue el dictado por el Área de Planificación del CENDEISS (2005), quien recomendó a las autoridades de la CCSS que se requería incorporar desde el 2005 hasta el 2011, el siguiente número de graduados para cubrir con las necesidades de la población.

2005	11
2006	16
2007	18
2008	18
2009	18
2010	19
2011	9

Adicionalmente, de acuerdo con las proyecciones indicadas, la Unidad de Posgrado en Anestesiología propuso actualizar el plan de estudios y mantener abierta la admisión al Posgrado en Anestesiología y Recuperación. Lo anterior, porque considera que todavía era necesaria “la formación de especialistas altamente calificados para que lideran el manejo del paciente de la CCSS en el campo de su especialidad, dentro del quirófanos y fuera de él” (CCSS, CENDEISS, UCR, 2010).

En la actualidad, de acuerdo con la información suministrada por el colegio de Médicos y Cirujanos, a junio del 2015 se encuentra en los registros de dicho colegio un total de 353 profesionales en medicina inscritos con la especialidad de Anestesia y Recuperación. De esa cantidad se deben excluir los profesionales quienes se encuentran inactivos para el ejercicio profesional y los fallecidos; ya que dichos grupos se encuentran inmersos en la totalidad contabilizada.

Por otra parte, a nivel de la CCSS a mayo del 2015, según sus registros estadísticos de la institución, se cuenta con un total de 224 profesionales quienes laboran en anestesia para atender las necesidades de la población costarricense. No obstante, de esa cantidad se sabe que no todos laboran a tiempo completo con la institución, pero, no se detalla la cantidad exacta de los profesionales que laboran bajo dicha modalidad.

2.4 La formación en Anestesiología en Costa Rica y su relación con la oferta y demanda de los servicios de Salud

2.4.1 Comportamiento demográfico costarricense

Para el caso de Costa Rica, en 1980, se contaba con “una población estimada de 2,302.064 (dos millones trescientos dos mil sesenta y cuatro) habitantes” (Rosero, 2002). No obstante, para el 2011, acorde con el más reciente censo nacional, se contaba hasta ese momento con un total de “4,301.712 (cuatro millones trescientos un mil setecientos doce) habitantes” (INEC, 2012), lo que significó un aumento proporcional en la población de un 87%, para un periodo de 31 años.

Por otra parte, valorando la tendencia en la proyección de comportamiento poblacional según el Instituto Costarricense de Estadísticas y Censo (INEC), para el año 2050 se contará con un aproximado de “6,093.068 (seis millones noventa y tres mil sesenta y ocho) habitantes” (INEC, 2012). Lo anterior implica a la cifra reportada en el último censo nacional, un aumento proporcional de la población aproximada al 41,7 %.

Por otra parte, al analizar la demografía de la población costarricense se tiene según el INEC (2015), que a partir de la década de los setenta y ochenta, el comportamiento demográfico nacional ha tendido a una fuerte variante en sus indicadores reportando cambios importantes como en la tasa de natalidad que varió de 30,4 en 1980 a un 15 para el 2014, o en la tasa de mortalidad que bajó de 6,52 para el año de 1970 a un 4,3 para el 2014, o la esperanza de vida que se elevó al pasar en 1970 de 65,48 años a 79 años para en el año 2014.

Estos cambios a la vez dan cuenta que la población costarricense tiende al envejecimiento poblacional. Por lo que las necesidades en cobertura en las diversas necesidades serán congruentes al cambio. En consecuencia, en la atención a dichas tendencias se deben tomar las medidas requeridas a fin de hacer frente a los futuros retos que se presenten en los requerimientos que la población necesite.

No se puede olvidar que los aumentos en la población ocurridos y proyectados desde el año de 1980 al 2050 podrían situarse en cambios de crecimiento poblacional cercanos al 164,7 %. Lo anterior, implica, para todas las autoridades nacionales, en especial las de salud, tener una constante planificación en la gestión y formación de recursos humanos y materiales, de manera que se pueda satisfacer las necesidades que la población requiera con el transcurso del tiempo.

2.4.2 Comportamiento en la formación de especialistas en anestesia en Costa Rica

Como fuese referido por Sotela (1997), en su libro la *Historia de la Anestesia en Costa Rica*, para el inicio de la década de los setenta en el país se contaba con solo 12 médicos especialistas en Anestesiología, por lo que se formaba de manera complementaria a técnicos(as) en Anestesia para suplir las necesidades que se presentaban en la población.

Posteriormente para el año de 1976, se graduó la primera generación de médicos anestesistas en la Universidad de Costa Rica, en la cual se titularon siete profesionales. A los que siguieron con el pasar del tiempo dos más en 1977, cuatro en el 1978 y uno en el 1979. En total, para 1981, la Escuela de Medicina había formado veinticinco anesthesiólogos. Cantidad que adicionado al dato propuesto por Sotela (1997), para inicios de la década de los ochenta, da como resultado un total de 37 médicos especialistas en anestesia.

Como parte de la historia, fue a partir de 1981, según Sotela (1997) correspondió por el convenio firmado entre la UCR y la CCSS a las autoridades de la CCSS, la decisión de cuantos cupos se otorgaban para la formación en la especialidad en Anestesia. Seguidamente a finales de los años ochenta, dichas autoridades recomendaron al Posgrado en Anestesiología la formación de doce profesionales por año hasta el año 2000, para compensar el faltante que se proyectaba debido a los profesionales jubilados, incapacitados y fallecidos (CCSS, UCR, CENDEISSS, 2010). No obstante, esta recomendación no se pudo cumplir a cabalidad, dado que por diversas circunstancias durante el periodo en mención no siempre se logró formar a los 12 anestesiólogos por año, según la recomendación.

Posteriormente, con el paso de los años, muchos de los técnicos(as) en Anestesiología cumplían con la edad de jubilación, motivo por el cual se retiraban de la práctica, dejando solo la responsabilidad a los médicos especialistas en anestesia que quedaban. Tanto así, que según registro para el 2007, de acuerdo con las proyecciones del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, había inscritos en el Colegio de Médicos 167 anestesiólogos. (CCSS, UCR, CENDEISSS, 2010), y prácticamente la responsabilidad de la anestesia en Costa Rica les correspondía en su totalidad dado a que para esa fecha el grueso de los técnicos en anestesia que años atrás se habían formado, ya no ejercían la profesión.

Actualmente, la formación en Anestesiología continúa mediada por el convenio CCSS-UCR, situando para el año 2015, según registros de la unidad de estadística de la CCSS, a un total de 224 profesionales que laboran en la institución y un total de 353 profesionales inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos. No obstante, esta cifra incluye a médicos fallecidos e inactivos.

2.4.3 Relación crecimiento demográfico poblacional, formación en profesionales en Anestesiología

Como es conocido al indagar sobre el comportamiento poblacional, el número de habitantes por país no ha permanecido inmóvil durante las últimas décadas. Lo anterior, porque se puede mencionar que de acuerdo a los datos aportados por el INEC (2015) se ha tenido a partir de los años ochenta a la fecha prácticamente una duplicación de la población, lo que ha generado una mayor demanda en atención dentro de los servicios de salud.

A su vez se han realizado esfuerzos para poder paliar con las necesidades en salud del pueblo, en cuanto a la formación del recurso humano. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos ejecutados la relación número de profesionales médicos en anestesia por cada 100000 habitantes. Asimismo, se sigue estando muy por debajo a lo recomendado a nivel internacional de acuerdo a Calabrese (2004) quien apuntaba para ese momento que el número necesario para cubrir una adecuada oferta/demanda para el caso de la anestesia se encontraba en la relación 9-12 anestesiólogos por cada 100000 habitantes. Ahora bien, para conocer el comportamiento de dicho indicador a nivel Costa Rica puede observarse lo indicado en la tabla N° 1.

Tabla N° 1

Relación cantidad de profesionales médicos en Anestesia versus población total de habitantes en el país, periodo de 1980 al 2015

Año	Población de habitantes en CR	Cantidad de médicos Anestesiastas	Relación médicos anestesista/población
1980	2.302.064	37	1,6 por c/ 100 mil habitantes
2007	4.278.656	167	3,90 por c/ 100 mil habitantes
2015	4.773.130	224	4,69 por c/ 100 mil habitantes

Fuente: Elaboración Propia (2015).

De la tabla anterior, cabe agregarse como dato de interés que hasta inicios del 2000 la responsabilidad no era exclusiva del personal médico especialista en el área de la anestesia. Esto debido a que se contaba con un número importante de técnicos quienes cumplían una labor complementaria en la administración de la anestesia en los diferentes centros de salud existentes.

Por otra parte, si bien se puede mencionar que con el pasar del tiempo, a nivel institucional, se ha realizado un esfuerzo en la formación incrementado en número de profesionales médicos en Anestesiología de 1980 al 2015 en más de un 500%. Esta cifra sigue estando muy lejana de los estándares internacionales que en materia de cantidad de profesionales en el área se recomienda para suplir las necesidades que la población demanda.

Bajo estas circunstancias, a manera de reflexión, se puede concluir que el equilibrio de la prestación de los servicios se encierra en la equiparación de la oferta/demanda. No obstante, si las demandas en salud están mediadas por una necesidad existente que es mayor a la oferta de servicios presentados, no se puede llevar al día la atención que la población requiere, y esto genera por consecuencia un atraso en la calidad del servicio prestado que se ve reflejo con la aparición de listas de espera para la atención en salud.

2.5 Perspectivas teóricas desde la bioética

2.5.1 El Consecuencialismo

De acuerdo con Royo (2000) el consecuencialismo constituye una teoría (o familia de teorías) relacionada con la corrección y obligatoriedad de las acciones. Asimismo, es una teoría que se puede considerar ética o moral, asimismo, la idea intuitiva es que la corrección de una acción está determinada por la “cantidad de bondad” asociada con sus consecuencias.

Una de las teorías de corte consecuencialista es el utilitarismo, esta tiene como principales exponentes al filósofo Jeremy Bentham (1748-1832), quien consideraba que toda obligación moral se deriva en última instancia del principio de utilidad. Es decir, entre las posibles acciones que se pueden llevar a cabo hay que elegir aquella que genere una mayor felicidad para un mayor número de personas. Por lo tanto, se está obligado, moralmente, a optar por dicha acción, en síntesis la utilidad se ha traducido en mayor felicidad para un mayor número de personas.

No obstante, se tienen otros tipos de utilitarismo como el de John Stuart Mill (1806-1873), quien argumenta en su obra *El Utilitarismo* que se tiene un supremo criterio distintivo del bien y del mal. Lo anterior, equivale a determinar cuál es el sumo bien, fundamento de la moralidad; ya que en las ciencias prácticas las normas se establecen a partir del fin.

Asimismo, según Stuart Mill citado por López de los Mozos (2002) el criterio distintivo del bien y del mal debe ser anterior a la determinación de lo que en concreto es bueno y malo, y no una consecuencia de esa determinación. Primero se determina qué es el bien; después se verá qué comportamientos son correctos y qué comportamientos son incorrectos, ya que lo correcto no sería otra cosa que la maximización del bien.

Se añade además por parte de la autora, que un principio fundamental del utilitarismo de Mill establece que la utilidad no se refiere sólo a la máxima felicidad de la agente; sino a la más grande suma total y general de felicidad (maximización de la felicidad general). Desde este punto de vista, la moral puede definirse como el conjunto de reglas para el gobierno de la vida cuya observación asegurará, en la medida de lo posible, una existencia feliz a la humanidad entera (López de los Mozos, 2002).

Adicionalmente López de los Mozos (2002) agrega, que para Mill el utilitarismo exige que el individuo muestre, respecto a su felicidad y a la de los demás, una imparcialidad tan grande como la que sería propia de un espectador benévolo y

desinteresado. En la regla de oro propuesta por Jesucristo en el Evangelio —asegura Mill— se encuentra el espíritu de la moral utilitarista: hacer a los otros lo que queréis que ellos os hagan, amad a vuestro prójimo como a vosotros mismos; éstas son las dos reglas de perfección de la moral.

Por otra parte se tiene bajo la consigna de Mill que el utilitarismo descansa especialmente sobre los sentimientos sociales de la humanidad, que llevan a conceder igual atención a los intereses de todos. Por lo tanto, sólo de esta manera es posible una sociedad de iguales. Asimismo, el progreso social y la educación identificarán cada vez más los propios sentimientos con la preocupación por el bien de todos. Aunado a ello se tiene por consiguiente que una ética incompatible con la felicidad de la humanidad no puede ser justa. Más aún, el motivo remoto por el cual muchas acciones son buenas o malas es la relación que guardan con el bien de la sociedad humana (López de los Mozos, 2002).

De esta manera se tiene además, que de acuerdo con Stuart Mill citado por López de los Mozos (2002) en cuanto con las nociones de justicia y utilidad, la relación que se tiene entre los conceptos se caracteriza por la *aequalitas*, cuyo significado profundo es: “*toda persona será valorada como una persona, ninguna contará como más de una*”. Bajo esta determinante, todo hombre tiene igual derecho a la felicidad y a los medios para conseguirla. La igualdad se deriva, pues, del hecho de que la felicidad es fin de todos y cada uno de los hombres. Asimismo, es cierto que condiciones inevitables de la existencia humana podrán limitar ese principio, pero, siempre serán claramente injustas las desigualdades que no sean útiles para todos y para la sociedad.

A manera de resumen, en función a los postulados presentados desde el consecuencialismo utilitarista de Stuart Mill, se podría indicar que: A): una acción X es correcta si entre las acciones que el agente puede llevar a cabo no existe ninguna acción que genere una diferencia superior entre sus buenas y malas consecuencias. B): una acción Y es obligatoria si el resto de las acciones que el agente puede llevar a cabo

generan una diferencia inferior entre sus buenas y malas consecuencias. C) Las acciones que se consideran moralmente aceptables, útiles y justas son las que su finalidad provean igual derecho a la felicidad para todos dentro de la sociedad.

Desde este enfoque ético, si se hace una ponderación de riesgos y beneficios, las políticas de la CCSS que se han llevado a cabo en el país, con respecto a los anestesiólogos y listas de espera, han sido perjudiciales, a la vez que no han cumplido con los compromisos de gestión que propugnan una maximización del bienestar en salud para la población. Los números bioestadísticas hablan por sí mismos.

2.5.2. El concepto de Dignidad Humana

Como lo menciona Kant citado por Michelini (2010) distingue claramente en su obra los conceptos entre “valor” y “dignidad”. Asimismo, concibe la “dignidad” como un valor intrínseco de la persona moral, la cual no admite equivalentes. Ahora bien, la dignidad no debe ser confundida con ninguna cosa, con ninguna mercancía, dado que no se trata de nada útil ni intercambiable o provechoso. Pues como lo indica el filósofo “lo que puede ser reemplazado y sustituido no posee dignidad, sino precio” (p.42) y cuando a una persona se le pone precio se la trata como a una mercancía, y no puede ser considerada como persona.

Añade Michelini (2010), en relación al pensamiento de Kant, que la “Persona es el sujeto cuyas acciones son imputables (...), dado a que una cosa es algo que no es susceptible de imputación” (Kant, 1989, p. 30). De ahí que la ética, según Kant, llegue sólo hasta los límites de los deberes recíprocos de los hombres en cuanto ser dotado de razón y voluntad libre, el ser humano es un fin en sí mismo, que, a su vez, puede proponerse fines. Además, es un ser capaz de hacerse preguntas morales, de discernir entre lo justo y lo injusto, de distinguir entre acciones morales e inmorales, y de obrar según principios morales, es decir, de obrar de forma responsable.

Debe de entenderse desde la filosofía de Kant que los seres moralmente imputables son fines en sí mismos. Esto significa que son seres autónomos y merecen un respeto incondicionado. Asimismo, el valor de la persona, desde esta posición, no remite al mercado ni a apreciaciones meramente subjetivas (de conveniencia, de utilidad, entre otros), sino que proviene de la dignidad que le es inherente a los seres racionales libres y autónomos.

En consecuencia, la autonomía moral es el concepto central con que Kant caracteriza al ser humano y constituye el fundamento de la dignidad humana: “La autonomía, es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional” (Kant, 1996, p. 49). Esta caracterización moral marca una diferencia entre los animales y los seres humanos, y a la vez, deja abierto un espacio para el respeto a otros seres que pudieran ser moralmente imputables.

A su vez, en concordancia al pensamiento kantiano, se tiene que la dignidad es una atribución propia de todo ser humano, no en tanto que se es individuo de la especie humana, sino en tanto que es miembro de la comunidad de seres morales. Asimismo, se considera una instancia moral que distingue al ser humano de los animales y lo ennoblece ante todas las demás criaturas. Por lo tanto, corresponde como obligación para con nosotros mismos “el no negar la dignidad de la humanidad en nuestra propia persona” (Kant, 1964, p. 119). En tal sentido, en la medida que niego o lesiono la dignidad del otro afecto también a la humanidad en mi persona, esto es mi propia dignidad moral como ser humano.

El respeto absoluto e incondicionado que se debe a los seres autónomos, moralmente imputables, no puede ser afectado por instancias arbitrarias, circunstancias contingentes o relaciones de poder. De ahí que la dignidad humana pertenece a todo hombre, por el sólo hecho de pertenecer a la especie humana (Michelini, 2010). Ahora bien, el fundamento de la dignidad humana radica en la autonomía y la capacidad moral de los seres humanos, no en su especificidad genética; esta es sólo un criterio de

demarcación entre seres moralmente imputables y seres no imputables desde el punto de vista moral.

Expresado de otra forma, la dignidad humana no puede ni debe ser asignada arbitrariamente. Lo anterior, porque se trata de una característica propia de todo ser perteneciente a la especie humana en tanto que sea miembro de una comunidad de seres morales. Cuando se afirma que todos los miembros de la especie son seres que merecen dignidad, se está indicando a sí mismo que cualquier determinación externa con la que se pretenda excluir a determinadas personas de la comunidad moral, y por ende, de la dignidad, debe ser considerada arbitraria, puesto que son criterios empíricos, no morales.

En síntesis, desde la perspectiva de la ética kantiana, puede sostenerse lo siguiente:

A) Que la dignidad humana es una cuestión fundamentalmente moral: que radica en la autonomía. B) El fundamento de la dignidad humana no remite a la constitución ontológica o a la especificidad genética sino a la autonomía como capacidad moral y de autofinalidad. C) En consecuencia, todos los miembros de la especie humana poseen, por principio, la misma dignidad (Michelini, 2010).

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de investigación

De acuerdo con el problema de investigación, el tipo de estudio a realizar corresponde al enfoque cualitativo, el cual por medio de la revisión histórica pretende, como lo cita Delgado (2010) aclarar el sentido de los textos partiendo de sus bases objetivas y subjetivas, para así facilitar la reconstrucción del pasado de la manera más objetiva y exacta posible. Para lo cual de manera sistemática se recolecta, analiza, verifica y sintetiza las evidencias que permitan obtener conclusiones válidas.

Lo anterior, en virtud que se requiere comprender y analizar el motivo por el cual la CCSS y la UCR en un momento determinado propusieron el cierre del programa de formación técnica en anestesia para el recurso humano –profesional o no profesional– en carreras distintas a la medicina, para así iniciar un posgrado en dicha área dirigido exclusivamente a los profesionales en medicina. Lo anterior, originó una insuficiencia de personal capacitado en anestesia, el cual permita satisfacer las necesidades de la población costarricense que requiere someterse a algún tipo de cirugía.

A la vez en el contexto de la investigación histórica, se propone el análisis cronológico transversal, el cual de acuerdo con Ponce de León (1996) constituye el desarrollo cronológico del saber, que se sustenta en experiencia de los tiempos. Además, con el enfoque propuesto se puede extraer información sobre el desarrollo de la anestesia en Costa Rica, así como del contexto histórico en el que tuvo lugar tal proceso. También, al partir de una construcción retrospectiva se pueden analizar las ausencias o deficiencias de la formación en dicha especialidad, así como los hechos que han contribuido a la situación actual que se experimenta en torno a la atención en salud de la población costarricense.

Para ello, el presente estudio abarcará dentro de su consecución, adicionalmente, los últimos análisis de datos estadísticos, en el que se consignan el número de

especialistas o personal en anestesia que se requiere en el país para atender oportunamente a las personas que tienen problemas de salud y que requieren la realización de una cirugía. Además, el faltante de este personal y las medidas que se han adoptado por parte de la CCSS para solventar esa problemática, tal y como lo refleja el informe de la CGR del año 2007, así como diversas publicaciones periodísticas de los años 2011 a 2015, en las que se consigna el faltante de anesthesiólogos.

Todo lo anterior analizado y contrastado desde la técnica de revisión documental, y entrevista semiestructurada, mismas que según Galán (2011) ayudan a elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio y descubrir respuestas a determinados interrogantes por medio de la aplicación de procedimientos documentales.

3.2 Fuentes de información

Fuentes primarias: Constituidas por aquellos documentos que registran o corroboran el conocimiento inmediato de la investigación. Para el caso del estudio propuesto se consideraran: actas, legislación, y normativa institucionales entre otras, que se ubiquen entre los años de 1980 al 2015.

Fuentes secundarias: Lo constituyen los resúmenes y listados de referencias publicados en un área específica de conocimiento. Para el caso en cuestión se considerará la jurisprudencia de la SC emitida en el período 2000-2015, los informes técnicos de los años 2011-2015, y el pronunciamiento de la Contraloría General de la República del año 2007 (Informe N° DFOE-SOC-31-2007).

3.3 Instrumento

De acuerdo con las variables planteadas, como método para discriminar y recoger la información documental cronológica se utilizó como instrumento la tabla de verificación. Este según Martínez (2012) es un sistema destinado a registrar y compilar datos mediante un método sencillo y sistemático, como la anotación de marcas asociadas

a la ocurrencia de determinados sucesos. Asimismo, se prepara de manera que su uso sea fácil e interfiera lo menos posible con la actividad de quien realiza el registro.

3.4 Período de estudio

La siguiente investigación se ubica temporalmente dentro los años de 1980 al 2015. Esto en correlación al periodo que comprende las principales decisiones y consecuencias en materia del derecho a la salud y su relación con la formación de los profesionales en anestesia.

Para evidenciar las consecuencias que dichas decisiones han generado en la satisfacción del Derecho a la Salud de la población costarricense, se podrá recurrir a las sentencias de la SC números 2281-2002 de las 14:56 horas del 05 de marzo del 2002, 5992-2002 de las 14:38 horas del 18 de junio del 2002, 2003-8989 de las 18: 33 horas del 26 de agosto del 2003, 11155-2004 de las 09:46 horas del 08 de octubre del 2004, 11976-2004 de las 10:02 horas del 29 de octubre del 2004, 4304-2005 de las 18:36 horas del 20 de abril del 2005, 3-2006 de las 09:02 horas del 06 de enero del dos 2006 y 4621-2013 de las 14:30 horas del 10 de abril de 2013.

Las resoluciones referidas, remiten a la normativa que conciben al derecho a la salud como un derecho fundamental, tales como la *Constitución Política de Costa Rica*, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH), la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (DADDH), el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PACADH), el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC); la *Convención sobre los Derechos del Niño* (CSDN), la *Convención sobre Erradicación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, la *Carta Fundamental* (constitutiva) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*.

3.5 Análisis de los datos

Para la realización del análisis de los datos obtenidos se propone dos aristas de discusión. Asimismo, el análisis bioético en el cual por medio del planteamiento de teorías consecuencialistas como las propuestas por John Stuart Mill. También, se analizarán las consecuencias éticas más relevantes de las decisiones tomadas en materia de la formación en anestesia tomando como base el impacto que produjeron en la salud pública de la población costarricense.

A la vez, bajo esta misma arista del análisis, se abordará el concepto de dignidad humana desde la filosofía de Immanuel Kant y su implicación con el derecho a la salud. Por otra parte la siguiente arista del análisis se enfocará desde la consideración de las decisiones administrativas con trascendencia jurídica tomadas en torno a la formación de los profesionales en anestesia en el país a partir de los años ochenta, así como sobre el sustento teórico jurídico que respaldan tales decisiones. Todos los datos que se obtengan como resultado de la aplicación de los instrumentos de revisión documental, se manejarán por parte de los investigadores con la mayor discreción y cuidado, a fin de no introducir error en el procesamiento de los mismos.

3.6 Consideraciones éticas

A lo largo de la realización del presente estudio, los investigadores se comprometen al respeto sobre las autorías en las diversas fuentes documentales que se utilicen, así como de realizar el análisis y la divulgación de la investigación en apego a las más estrictas consideraciones éticas en materia de publicación.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados obtenidos por medio de la revisión documental

Se realizó de acuerdo a la metodología establecida una revisión documental en el archivo Universitario Rafael Obregón Loría de la Universidad de Costa Rica, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, en el Archivo Nacional de Costa Rica, en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud (CENDEISS) y en el archivo institucional de la CCSS, en Oficinas Centrales.

De acuerdo al instrumento utilizado que correspondió a una tabla de verificación, se realizó previamente, cuando se dispuso de información digital, una búsqueda por los siguientes descriptores: “especialista”, “anestesia”, “Anestesiología”, “técnico de anestesia”, “médico especialista en anestesia”, “formación en anestesia”. Asimismo, se utilizaron estrategias de búsqueda de la información haciendo uso de operadores booleanos que limitaron adecuadamente la búsqueda.

Luego al material encontrado se le aplicaron los criterios de inclusión y de revisión desde la lectura crítica. A partir de dicha búsqueda solo se logró recuperar el Convenio de formación en especialidades médicas firmado entre la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense del Seguro Social, y algunas Cartas intercambiadas entre el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y la Asociación Costarricense de Anestesiología. En relación al tema de la formación de técnicos de anestesia, así como a las justificaciones que se daban en ese entonces para mantener abierta la formación técnica.

A la vez se realizó revisión documental a mano, en esta no se encontró material preciso relacionado con la temática en estudio. Dado a que de acuerdo a los criterios convergidos en la tabla de verificación, los pocos documentos encontrados no procedían para la recuperación ni análisis en la temática. También, es importante aclarar que el acceso a la información documental física fue bastante limitado en las diferentes

instituciones; ya que muchas referían que posiblemente la totalidad de la información impresa era imposible de revisar, asimismo, no se tenía conocimiento exacto de la ubicación de la misma, o que ya había sido destruida con el pasar de los años.

Por consiguiente, se recuperó limitada información física como tal. No obstante, con lo recolectado, en conjunto a la narrativa escrita de la historia en la formación de la Anestesiología en Costa Rica y la narrativa verbal de algunos agentes claves se estructuraron las bases para la construcción del planteamiento analítico que a continuación se presenta.

4.2 Análisis desde las posiciones bioéticas y jurídicas

A continuación, desde un análisis de las decisiones que se han dado en el campo de la formación de los especialistas en Anestesia, se presenta un enfoque bioético que examina desde diferentes vertientes las condiciones que tales situaciones han provocado a la población costarricense.

4.2.1 Análisis desde el consecuencialismo

Partiendo desde la visión de John Stuart Mill, y su posición desde la ética utilitarista, se entiende como acciones o comportamientos éticamente aceptables a aquellos que buscan en sí mismos la maximización del bien común. Es decir la más grande suma total y general de felicidad para el mayor número (López de los Mozos, 2002). No obstante al analizar las diferentes decisiones que se establecieron durante la historia en la prestación de los servicios de Anestesia para socavar las necesidades que la población presentaba, podemos hacer algunas consideraciones desde el planteamiento consecuencialista de Mill.

Para iniciar con el análisis se partirá de la decisión de incluir en la Escuela de Medicina de la UCR en 1971 los cursos de Anestesia como carreras cortas a fin de

formar “Técnicos en Anestesiología”. Al analizar dicha decisión desde el sustento de la ética consecuencialista la misma puede considerarse como acertada y correcta, dado que con la inclusión de “técnicos” en ese momento -quienes tendrían la capacidad de administrar la anestesia-, se aumentaba el número de personal con conocimiento y formación en el área. Asimismo, propiciaba mayor disponibilidad de personal para el tratamiento quirúrgico de los pacientes de la época y se cumpliera el precepto utilitarista de brindar un bien para el mayor número.

No obstante, si se continúa con la historia de la Anestesia en el país, se tiene otro momento importante, que a la luz de la ética consecuencialista-utilitarista de Mill, vale la pena de conocer. Dicho evento correspondió a la decisión del cierre de la formación de técnicos en anestesia a partir del año de 1981. Visto este hecho a la luz de los postulados de Stuart Mill, se trae a colación una consigna importante para el filósofo, misma que refiere que el utilitarismo descansa especialmente sobre los sentimientos sociales de la humanidad, que llevan a conceder igual atención a los intereses de todos.

Esta preposición como tal no fue aplicada cuando se tomó la decisión del cierre de los cursos de “Técnicos de anestesia”, dado que para ese momento privó sobre las demás opiniones, la decisión del sector médico, en hacer exclusiva la formación en Anestesiología para su gremio. Lo anterior, no prestando, como lo consigna Mill, una atención igual a los intereses de la población en general y la de los mismos técnicos. Asimismo, de una manera notable desatendiendo una consigna consecuencialista-utilitarista como lo es proveer igual derecho a la felicidad para todos dentro de la sociedad.

Adicionalmente sobre este mismo punto, desde una visión consecuencialista, se debe indicar que los actos se valoran desde las consecuencias que presenten los mismos para el mayor número de personas. Al analizar los efectos que de dicha decisión ha producido se puede indicar, que el cerrar una formación complementaria de otros profesionales en anestesia, se ha tenido como consecuencia directa una disminución de

personal capacitado en la atención de esta disciplina; lo que ha incrementado la demanda y carencia de tales profesionales, llevando a su vez un aumento en las esperas para recibir la atención que desde su formación se ofrece y produciendo a su vez un deterioro en la calidad de la atención en salud para un grupo muy importante de ciudadanos que requieren distintas terapéuticas en las que se ve inmerso la atención desde la anestesia.

Por otra parte, bajo la premisa consecuencialista de Mill, se tiene por los años siguientes al 2007 otra decisión gremial, que vale la pena de considerar. Una decisión intermediada por la Asociación Costarricense de Anestesiólogos y el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, la cual no permitió el ingreso de médicos extranjeros o técnicos extranjeros formados en anestesia, experimentándose para entonces un grave faltante de especialistas en anestesia en el país. Asimismo, expuso a la población costarricense a una creciente lista de espera, para poderse realizar un procedimiento quirúrgico o terapéutico.

En dicho momento tal recomendación había sido establecida por la CGR, quien, en el informe anteriormente aludido, denotó muchas de las inconsistencias que se presentaban en torno a la atención en salud de la población. No obstante, por medio de la negación de dos grupos de corte privado no se permitió aprobar tal alternativa, continuando con el proceder de la misma manera como se estaban llevando las cosas. Vista esta decisión, en torno al ingreso o no de otros profesionales para complementar la presente deficiencia de personal formado en anestesia, y al conocer que dicha opción fue descartada para ese momento.

Ahora bien, cuando se analiza este acto desde los postulados consecuencialistas, se puede determinar que esta decisión era totalmente contraria a la idea del mayor bien, para el mayor número. Pues, se limitó la atención de las necesidades de muchas posibles personas con la frustrada traída de otros profesionales para paliar la deficiencia de anestesiistas. Además, se tomaron en cuenta los intereses particulares de grupos minoritarios privados, dejando en indefensión a un grueso de la población costarricense

que se hubiera podido beneficiar a partir del ingreso al país de otros profesionales, para recibir un mejor servicio de salud.

Además, este tipo de decisiones, si se visualizan desde lo que el consecuencialismo plantea, podrían considerarse como inmorales e injustas, dado a que en sí mismas (la decisión). Asimismo, no establecen una finalidad que provea igual derecho a la felicidad dentro de la sociedad para todos, sino que se basa y fundamenta en un interés particular por encima del colectivo social.

Por otra parte, si se toma en cuenta para el análisis las distintas decisiones que la CCSS ha tenido en torno a la cantidad de cupos designados por año para la formación de profesionales médicos en dicha especialidad, posterior al cierre de la tecnicidad en anestesia, desde los preceptos consecuencialistas, se tendría otra arista de reflexión que vale la pena de considerar.

Lo anterior, en el tanto que si se parte de dicha teoría las decisiones a tomar deben de enmarcarse en la consigna de proveer la mayor felicidad para el mayor número, y si la cantidad de cupos que se abrieron durante muchos años para la formación de profesionales fue muy inferior a los que los estudios recomendaban este acto desde lo pactado por el utilitarismo se considera incorrecto. Precisamente, porque no meditó que como efecto de tales decisiones se afectaría a futuro un grupo importante de personas ante la carencia de personal capacitado que respondiera en cantidad a las demandas que la población exigía. Es decir no se buscó como finalidad de las decisiones dadas el mayor bienestar para el mayor número. En consecuencia los resultados actuales, en relación con las listas de espera para atención y cirugía en la CCSS son deficientes.

4.2.2 Análisis desde el concepto de Dignidad Humana

Como fue planteado en su momento por Kant el concepto de Dignidad Humana no debe ser confundido con ninguna cosa, mercancía, u objeto, dado que la dignidad no

se trata de nada útil ni intercambiable o provechoso. Ya que lo que puede ser reemplazado y sustituido no posee dignidad, sino precio (Michellini, 2010).

Ahora bien, para Kant, debe de entenderse que la Dignidad Humana es una cuestión fundamentalmente moral: que radica en la autonomía, que el fundamento de la dignidad humana no remite a la constitución ontológica o a la especificidad genética; sino a la autonomía como capacidad moral y de autofinalidad. Por consecuencia, todos los miembros de la especie humana poseen, por principio, la misma dignidad.

Es en consideración a dichos razonamientos, desde la constitución de la imagen de Dignidad Humana, que se expondrán algunos argumentos en torno a las decisiones en el transcurrir de la historia de la Anestesia en Costa Rica. Los cuales se han vivenciado, y ponen algunas pautas necesarias para la reflexión y el análisis. Ahora bien, como primer punto, si se toma en consideración que desde lo planteado por Kant un acto moral aceptable o bueno, es aquel en el que el sujeto quien lo ejecuta lo hace porque lo considera como absolutamente debido, como un fin absoluto, propuesto desde la buena voluntad regida por la ley moral.

Ahora bien, si se realiza desde este postulado un análisis retrospectivo de la decisión de la apertura de los técnicos en anestesia para enfrentar en su momento una realidad carente de personal y así atender las demandas y necesidades en salud de la época, se tiene por consiguiente que las personas que iniciaron y motivaron dicha decisión, lo hicieron desde la justificante que dicha acción era absolutamente necesaria y debida para enfrentar una necesidad que se tenía (carencia de anestesistas). Además, el fin perseguido lo constituía la atención de las mismas personas, que son el sujeto de la atención en salud, fines en sí mismos.

Aunado a lo anterior, que dicho acto (la decisión de apertura), fue justificada desde la buena voluntad de mejorar la atención prestada para todos. Por lo que se puede considerar que al analizar la citada decisión puede visualizarse a la misma como

moralmente aceptable desde los planteamientos que desde la filosofía Kantiana se desprenden. No obstante, si se continúa con el análisis de algunas otras circunstancias que en torno al tema se han presentado con el transcurrir del tiempo, surge como dato a recopilar otra decisión que ocurrió al inicio de los años ochenta, cuando se consideró cerrar los cursos de Técnicos de anestesia y continuar con la formación exclusivamente médica de los profesionales en dicha área.

Vista esta decisión desde los planteamientos de Kant, se tiene como una reflexión al respecto que de acuerdo al imperativo categórico: "Obra del tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre al mismo tiempo como un fin y nunca solamente como medio" (Kant, 1996, p. 44). Por lo tanto, al evocar la decisión del cierre de las tecnicidades en Anestesia, el trasfondo del imperativo propuesto por Kant no se cumple.

Lo anterior, en tanto que al prescribir una formación exclusiva en un grupo profesional particular (médicos), una decisión que en apariencia tenía como fin mejorar la calidad de la atención de la persona como sujeto de dignidad, se transforma con el tiempo en una cortina de humo. En la cual la persona no es vista como fin en sí misma, sino como un medio que sirve para un empoderamiento gremial, desde el poder y saber exclusivo en un área específica como lo es el manejo de la anestesia.

Dichas circunstancias pueden ser visualizadas en un contexto actual, en el cual se presenta parcialmente a la persona como sujeto final de la atención médica y de salud, (un fin en sí misma). Pero, se le niega constantemente su dignidad en los servicios de salud pública, sometiéndolos a largas listas de espera. Lo anterior, provoca que los usuarios con la intención de tratar sus problemas de salud, acudan a la medicina privada, (cuya finalidad es el lucro), en la cual se les trata como un medio para lucrar desde sus necesidades y se les ve como algo que puede ser utilizado, no como fin para mejorar su humanidad, sino como medio para anteponer economías, clases, saberes y poderes de algunos sectores profesionales.

Ahora bien, si se toma en cuenta el hecho de que la salud, la medicina y la anestesia junto con las decisiones que en torno a su formación históricamente deberían de responder al imperativo Kantiano de “Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza”(Kant, 1996), se encuentra que las decisiones en la presente materia no siempre se han comportado desde dicho principio, aportando por lo contrario comportamientos que radican en intereses particulares y no del común bien de la humanidad que los requiere (ley universal).

A ejemplo de ello las acciones y decisiones, que se han llevado a cabo con el transcurrir de los años, en materia de la carencia de personal calificado para la administración de la anestesia en los hospitales de la CCSS y han sido claramente señaladas como en el informe de la CGR en el año 2007. Asimismo, no se ha llevado a la máxima universal la Salud como bien fundamental de la humanidad, sino que en el proceder pareciese que se tiende a una máxima universal de mantener un *estatus quo* de un grupo profesional, por encima de las necesidades particulares de la población.

Lo anterior, porque no se ha realizado ningún viraje que tienda a desviar la tendencia de la carencia profesional presentada en el campo de la anestesia desde hace años y se continúa con la misma estrategia. Ante esto, se ha demostrado su ineficiencia en la atención real y oportuna de las necesidades de la población y sigue manteniendo la no grata lista de espera en la totalidad de hospitales de la institución a nivel nacional.

Particularmente si de decisiones se trata, cabe al interés particular el análisis del conjunto de decisiones que a lo largo de los años mediaron en cuanto al número de cupos que se han abierto. Lo anterior, posterior al cierre de los cursos de técnicos de anestesia en la formación de las especialidades médicas en dicha área. Esto en tanto a que de acuerdo con lo citado en registros y los diferentes estudios realizados, las cantidades recomendadas para reposición y crecimiento de profesionales en dicha área siempre fueron muy superiores a las cantidades reales de médicos especialistas en

anestesia que lograron formarse, dejando una notable estela de desproporción que no consideró los efectos de tales decisiones y el daño que tal situación ocasionaría a la persona como tal desde su dignidad, al no poderse brindar en el tiempo necesario una atención en salud.

Por otra parte se puede mencionar que las políticas con respecto a la formación y contratación de los anestesiólogos están enmarcadas dentro de una concepción utilitarista-economicista y no kantiana dado a que si ésta fuera kantiana, no se trataría a la persona usuaria como mercancía, o como lo afirmaría Kant como un medio para un fin, sino como un fin en sí mismo. Dichas políticas sí deberían incorporar elementos propios de una concepción médica más humanista y no ligada al mercado.

Finalmente, se puede agregar a manera de conclusión, recabando un grueso de lo mencionado, que desde la concepción Kantiana de la dignidad humana, que incluye las necesidades en salud de la persona, las diferentes decisiones tomadas en torno a la formación y manejo de la anestesia a nivel costarricense no lo han convertido ni han visualizado como fin, a lo largo del tiempo, al sujeto o la persona como centro del proceder en el actuar.

Esto dado a que las diferentes acciones y decisiones consideradas y llevadas a la práctica, principalmente posterior a la década de los ochenta, poco han considerado el valor de la persona como sujeto digno. Lo anterior, porque han sobrepuesto a la condición personal y de salud, consideraciones de carácter económico, gremial, de poder, y exclusividad que apartan la finalidad de la persona en sí misma, y la colocan en un engranaje. Asimismo, se comportan como actores secundarios, perdiendo el rol de los protagonistas en el reino de los fines, quienes con una capacidad, según Kant, de raciocinio y moralidad debería ser el centro hacia donde se debería dirigir todas las acciones y decisiones, que son las moralmente correctas.

4.3 Análisis jurídico sobre el Derecho a la Salud

4.3.1 La Salud como bien jurídico, nociones generales

Cuando se habla sobre Derecho a la Salud se debe en primer término considerar cuál es el bien en el cual recae la protección jurídica, valorar la entidad que tiene una relevancia para la sociedad y que merece un tratamiento especial. En este caso se han emitido una serie de normas jurídicas de diversos rangos en aras de su reconocimiento expreso para las personas, tanto a nivel internacional como a lo interno de los diferentes ordenamientos jurídicos.

La Salud no es un concepto de fácil definición, por el contrario su delimitación es una tarea que resulta harto difícil; ya que reviste muchas características y aspectos que le dan distintas perspectivas y dimensiones que se complementan o contraponen. Por lo tanto, se recurrirá a algunos elementos y características aceptadas por una mayoría de autores estudiosos sobre la materia; o bien, por entidades u organismos internacionales.

De igual forma es imperativo considerar que la Salud es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo; pues a inicios del siglo XX tal y como lo refiere Navarro (2014) se le concibió a partir de elementos negativos. Lo anterior, porque se asociaba como ausencia de enfermedad, de manera tal que en principio un individuo contaba con esta cuando no se hallaba ninguna enfermedad que lo aquejara, o bien en aquellos casos en que le fuera diagnosticado algún padecimiento que desapareciera al recibir algún tipo de tratamiento, lo cual evidentemente dejaba de lado la prevención y la promoción de salud.

Es a partir de los aportes efectuados por estudiosos del campo de la Salud que paulatinamente se fueron considerando como parte integrante de la misma, no solo el aspecto físico del individuo, sino también el entorno en el que se desenvuelve, el ambiente, el entorno económico y social, así como la parte emocional de todo ser humano, que no es posible desligar de su parte física, incorporando también la percepción subjetiva de sí misma que podía tener la persona (Navarro, 2014).

A partir de esta enunciación, se pueden encontrar algunos elementos interesantes para concebir a la Salud, ya no como la simple ausencia de padecimiento físico o enfermedad, sino también como un estado de bienestar, ligado al ambiente y al entorno económico-social en el que se desarrolla la persona. Es decir, trasciende al ser humano individualmente considerado para incorporar a la sociedad y los recursos naturales. Adicionalmente en dicha concepción la salud se asume tanto en una perspectiva activa como pasiva, pues se busca o se promueve un buen estado, sin excluir la posibilidad de curar a las personas a través de tratamientos destinados al efecto.

Así las cosas y de conformidad con ese nuevo paradigma, fue que en el año 1945 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), en el *Preámbulo de la Carta Constitutiva*, definió la salud de la siguiente manera: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (sp). Dicho concepto fue retomado por algunos instrumentos de derecho internacional como el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, el *Protocolo de El Salvador* (PACADH) y el *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC).

No obstante, se consideró que este concepto estaba incompleto o que no se amoldaba a la realidad, por lo que algunos autores propusieron nuevas acepciones, entre las que se destaca el caso de Piedrola (2001) citado por Navarro (2014) para quien la salud se concibe como:

[...] la capacidad del organismo de resistir sin reacción morbosa, un estado habitual en el que se aúnan la normalidad y la posibilidad de un rendimiento óptimo; o también que es el continuo y perfecto ajuste del hombre a su medio ambiente (p. 65).

O también definida la enfermedad en parte por el mismo autor como “el continuo y perfecto desajuste del hombre a su medio ambiente” (Piedrola (2001) citado por

Navarro, 2014, p. 65). Por lo tanto, a partir de esta acepción se refuerza la idea de que la Salud no es plena ni permanente, pues se relaciona directamente con la enfermedad y el ambiente; de tal forma que en determinados momentos es mayor el estado de bienestar que el de malestar, o viceversa, estando presentes los factores negativos y positivos de la salud en las diferentes etapas de la vida de un determinado ser humano.

Ahora bien, el reconocimiento que ha ido tomando la Salud a lo largo de la historia, ha hecho que en los diferentes países del orbe se le conciba como un bien de especial reconocimiento para la población y para el funcionamiento de una sociedad. Asimismo, en algunos casos incorporándolo como un derecho fundamental o garantía constitucional, que al ser la norma de mayor rango dentro un ordenamiento jurídico, le confiere un carácter especial respecto a otros derechos o garantías, tal es el caso de Costa Rica.

La Salud convive junto con otros bienes jurídicos de gran valía como: la vida, libertad, la propiedad, las garantías sociales, los derechos políticos entre otros y que involucran necesariamente al Estado y sus instituciones. Por cuanto, por medio de la institucionalidad de un país que se puede garantizar una serie de derechos, prestaciones y servicios, los cuales le permiten a las personas satisfacer sus necesidades. A partir de todo lo expuesto, es por consiguiente que se en Costa Rica definir el Derecho a la Salud muy similarmente a como lo hizo Piza citado por Navarro (2014):

El Derecho Fundamental a la salud es una situación jurídica activa o favorable de todo ser humano, derivado de su intrínseca dignidad, esencial para el desarrollo de su personalidad, que le otorga a su titular un conjunto de facultades para la satisfacción de la salud, bien jurídico tutelado por este derecho, y en virtud de las cuales, puede por un lado, fijarle límite a la intervención de las demás personas y del Estado en su esfera particular, y por otra exigir de los poderes públicos las acciones positivas de policía sanitaria o asistenciales que hagan efectivo su derecho; esas prestaciones forman parte del contenido del derecho y se constituyen en garantías de su pleno goce... (pp. 93 - 94).

4.3.2 La Salud en el Derecho Costarricense

La Salud es reconocida como Derecho Humano fundamental, que debe reconocerse a todo ser humano por el solo hecho de ostentar esa condición. Lo anterior, tal y como lo establecen tanto los instrumentos universales de protección de los Derechos Humanos, como la normativa del sistema interamericano en el ámbito regional y por su supuesto, el derecho interno.

Entre las normas de carácter universal que reconocen este derecho se encuentra el artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH), el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC); los numerales 3, 6, 23, 24 y 25 de la *Convención sobre los Derechos del Niño* (CSDN); el artículo 11 inciso 1.f y el inciso 2, de la *Convención sobre Erradicación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*; y en el *Preámbulo de la Carta Fundamental (constitutiva) de la Organización Mundial de la Salud* (OMS) que fue citado líneas atrás.

Entre las normas más relevantes del Sistema Interamericano de Derechos Humanos que reconocen el derecho fundamental a la salud se tiene los artículos 7 y 11 de la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (DADDH); los artículos 10, 17 y 18 del *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PACADH); y el numeral 4 inciso a) de la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*, por mencionar algunas.

Dentro del derecho patrio la *Constitución Política de Costa Rica*, no reconoce expresamente el derecho a la Salud, pues carece de una norma específica que se refiera al particular. No obstante, la regulación de la garantía en mención, se desprende a partir de una interpretación sistemática de varios artículos constitucionales, entre los que puede mencionarse el artículo 21 de la CP, que regula el derecho a la vida, el numeral 46 que al referirse a la protección de los derechos de los consumidores y usuarios de

servicios que estos tienen derecho a la protección de su salud. En el mismo sentido, el canon 50 constitucional reconoce el derecho de toda persona a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado.

Del análisis de las garantías citadas, se hace una vinculación directa del Derecho a la Salud con el más importante o básico derecho que es susceptible de reconocimiento jurídico, la vida. Lo anterior, porque sin esta carece de sentido cualquier preocupación por la Salud. De igual forma se relaciona con el ambiente y con los productos o servicios que deben recibir para satisfacer sus necesidades, con lo cual se le confiere sentido colectivo e integral al concepto, que no depende exclusivamente de la persona misma, sino de la sociedad, de las instituciones, de las políticas que se adopten y de las acciones específicas que se lleven a cabo para alcanzar los objetivos propuestos, ya sea para mantener o mejorar los niveles de esta.

Esa interrelación de normas constitucionales antes referida, es extensiva al artículo 73 de la Carta Magna, el cual corresponde a la creación de los seguros sociales para atender las contingencias de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte así como las demás que determine la ley encomendando el gobierno sobre dichos seguros a la CCSS. Como complemento a lo anterior, el artículo 177 de la CP, párrafo 3º es el artículo constituyente que ordena la creación de rentas a favor de la CCSS, con el propósito de financiar la universalización de los seguros sociales. Adicionalmente el numeral 74 de la Carta Magna prevé un sistema de *numerus apertus* para el reconocimiento de derechos constitucionales, ya que determina que la mención de los derechos aludidos no excluye otros que puedan derivarse del principio cristiano de justicia social y que sean desarrollados mediante normas de rango legal.

4.3.3 Funciones y principios que rigen el funcionamiento de la Caja Costarricense del Seguro Social

Tal y como se indicó anteriormente el gobierno de los seguros sociales y por ende, de la participación más directa en el mantenimiento de la salud pública y de la garantía y respeto del derecho de la salud, corresponde por disposición constitucional a la CCSS. Además, con la ley constitutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social se desarrolla el precepto constitucional del artículo 73 y se establecen los mecanismos mediante los cuales dicha institución debe enmarcar sus actuaciones para los fines que está destinada a cumplir en materia de salud pública.

Lo anterior, al conferirle la condición de institución encargada de administrar los seguros sociales de enfermedad, maternidad, invalidez vejez y muerte, de brindar los servicios correspondientes a dichos seguros, de velar por la extensión de la cobertura con miras a abarcar a la totalidad de la población y sobre todo, de garantizar la eficiencia y efectividad de los servicios que demanda la población.

Por otra parte dichas funciones y principios vinculados con los servicios de salud que la CCSS ejecuta, han sido delineados por la Sala Constitucional través de su jurisprudencia en reiteradas ocasiones, tales es el caso de la resolución N° 12510-2004 la cual refiere:

[...] los órganos y entes públicos que prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos o materiales sean argumentos jurídicos válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación. Desde esta perspectiva, los servicios de las clínicas y hospitales de la CCSS están en el deber de adoptar e implementar los cambios organizacionales, de contratar personal médico o auxiliar y de adquirir los materiales y equipo técnico que sean requeridos para brindar prestaciones eficientes, eficaces y rápidas (...) (Navarro, 2010, p. 452).

Del anterior extracto puede derivarse la exigencia que se le hace a la CCSS de cumplir a cabalidad con los mandatos legales que rigen su funcionamiento y la satisfacción de las necesidades de salud de la población y usuarios de los servicios que brinda y administra la institución. Esto, sin que las dificultades económicas, logísticas o de falta de personal sean oponibles para justificar la negación de los servicios o la disminución de su calidad, factor dentro del cual se pueden enmarcar los tiempos de espera de los usuarios para recibir algún tratamiento o para que le sea practicada una cirugía.

En el mismo sentido puede mencionarse la resolución N° 8380-2003 del alto Tribunal en el que se consigna:

[...] La CCSS desarrolla una actividad de servicio público, que por incidir en la esfera de la salud de las personas, se califica de servicio esencial. En estos supuestos, se refuerzan algunos principios, entre ellos, el de continuidad, regularidad, permanencia, prestación óptima eficiencia, (...). Su organización, administración y procedimientos internos deben adecuarse para satisfacer adecuada y oportunamente las necesidades de los pacientes (...) (Navarro, 2010, p. 457).

De acuerdo con lo expuesto, la Salud se concibe como un servicio público esencial dada la incidencia que éste tiene para la vida o la calidad de vida de las personas. Asimismo, debe prestarse en forma continua, regular, permanente y con óptima eficiencia, lo que significa que la institución debe manejar los riesgos de tal forma que permita brindar el servicio sin disminuir la calidad del mismo.

De conformidad con lo anterior, se logra demostrar que por medio de la jurisprudencia constitucional, la CCSS es la institución a la cual le corresponde en materia de salud, proporcionar los actos y estrategias necesarias para garantizar el Derecho a la Salud de la población que reside en el territorio nacional, debiendo adoptar todas las medidas y previsiones que resulten necesarias. Lo anterior, para que no se vea menoscabado o se haga nugatorio antes circunstancias adversas que puedan afectar el

servicio; ya sean situaciones internas o externas a la institución, máxime que como se ha hecho ver, el derecho a la salud constituye un derecho derivado del derecho a la vida que recoge el artículo 21 de la *Constitución Política*.

[...] si bien nuestra Constitución Política no contempla en forma expresa ese derecho...no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de nuestra Constitución, ya que éste -el derecho a la vida- es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud. La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida (Sentencia de la Sala Constitucional N° 6061-1996 y en similar sentido la N° 0927-2001).

4.3.4 La Sala Constitucional y su función dentro del ordenamiento jurídico

A ese espectro tan amplio de cobertura y reconocimiento de derechos fundamentales, sobre todo del Derecho a la Salud sobre el que versa este estudio. Por lo tanto, cabe resaltar la labor que ha venido desarrollando la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, Órgano creado en el año 1989, luego de la aprobación de una reforma al artículo 10 de la CP a la cual se le encomendó la declaratoria de inconstitucionalidad de las normas jurídicas y de los actos regidos por el Derecho Público. Es decir, emanados de instituciones públicas y funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones. Dicha norma en lo conducente refiere:

Artículo 10.- Corresponderá a una Sala especializada de la Corte Suprema de Justicia declarar, por mayoría absoluta de sus miembros, la inconstitucionalidad de las normas de cualquier naturaleza y de los actos sujetos al Derecho Público (Constitución Política, reformado en 1989, sp).

Con base en esta norma constitucional y en la *Ley de Jurisdicción Constitucional*, también aprobada en el año 1989, la Sala se convirtió por medio del estudio de Acciones de Inconstitucionalidad, Recursos de Amparo y de Habeas Corpus, en el auténtico y único intérprete de la Constitución Política, con la capacidad de emitir

pronunciamientos vinculantes con carácter *erga omnes* para toda autoridad pública o privada, salvo para sí misma, lo cual ha tenido grandes e importantes repercusiones en el ordenamiento jurídico.

Las resoluciones pronunciadas por el alto tribunal constitucional, han sido contundentes para conferirle un mayor y fácil acceso al derecho a la justicia a las personas. Lo anterior, se ve acrecentado por la informalidad y gratuidad de los procesos de Amparo y Hábeas Corpus que no requieren patrocinio letrado ni mayores requisitos en el planteamiento de los recursos, más que la mención del problema acaecido y del derecho que se considera violentado.

Como consecuencia de sus resoluciones, la gama de derechos constitucionales como los que fueron citados líneas atrás, se han hechos extensivos no solo a los costarricenses, sino a toda la población del país y se ha optado por darles un contenido amplio que trasciende el sentido literal de las disposiciones de los cuerpos legales. Con esto ratifican en todo momento la supremacía de rango de la CP, respecto a cualquier otra norma que figura en el ordenamiento jurídico, interpretaciones que podrían calificarse como *pro homine libertatis*, favorable a la libertad y al derecho de las personas.

Ahora bien, la Sala Constitucional en algunas oportunidades ha aceptado que la CP ceda su mayor rango dentro del ordenamiento jurídico frente a los tratados internacionales de Derechos Humanos, que en principio tendrían un rango inferior a la Constitución, siempre y cuando dichos instrumentos concedan más beneficios que la Norma Fundamental. Asimismo, al conferir más derechos y garantías, lo cual sin duda alguna obedece a criterios cimentados en los principios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos como el pro-homine y la aplicación de la norma más favorable.

Muestra de ello lo constituye la resolución N° 6830-1998, que en lo que interesa dispuso:

[...] los instrumentos de Derechos Humanos vigentes en Costa Rica, tienen no solamente un valor similar a la Constitución Política, sino que en la medida en que otorgan mayores derechos o garantías a las personas, privan por sobre la Constitución (Sala Constitucional, 1998, sp).

Dada la informalidad de los procesos de tramitación de Amparos y Hábeas Corpus -que como antes se indicó-, no requieren patrocinio letrado ni mayor formalidad en su interposición, la SC se ha convertido en un Tribunal encargado de dirimir conflictos planteados por la población costarricense contra las instituciones públicas. Lo anterior, por presuntas violaciones a los derechos fundamentales, dentro de los cuales figura la educación, la seguridad y para la investigación que nos ocupa, la Salud.

Se desprende de la exposición anterior que Costa Rica reconoce por medio de los instrumentos internacionales vigentes, la CP y la jurisprudencia constitucional, que el Derecho a la Salud corresponde a un Derecho Humano fundamental de todos los seres humanos, no solo de los costarricenses. Por lo tanto, es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias, legislativas, financieras, administrativas y de cualquier índole para hacer efectivo ese derecho, lo cual sin duda alguna parte de un reconocimiento de la Dignidad Humana que se asocia con el ser humano, por el solo hecho de ostentar esa condición.

4.3.5 Intervención directa de la Sala Constitucional como garante del Derecho a la Salud de los usuarios

Con fundamento en interpretaciones más favorables a los derechos de las personas y de la libertad a favor de los usuarios de los servicios de salud, se presentan constantemente Recursos de Amparo ante la Sala Constitucional en defensa del derecho fundamental a la salud. La misma ha sentado una vasta jurisprudencia, la cual obliga a la CCSS no solo a brindar el servicio en las mejores condiciones que sea posible; sino a restringir la aplicación de normativas internas y la exigencia de requisitos

administrativos burocráticos como presupuestos para el cumplimiento de lo que el ordenamiento jurídico demanda. Ejemplo de ello lo constituyen los siguientes casos, conocidos y resueltos todos por la Sala Constitucional:

IV.- Sobre la no entrega del medicamento a la amparada. El recurrente reclama que a su esposa no le entregaron el medicamento para tratar su hipertensión, en la Clínica de Pavas por no presentar cédula de identidad, lo cual considera violatorio a su derecho a la salud, lo anterior, a pesar de ser atendida en dicha clínica desde varios años.(...) Dada la especial situación de la amparada, al verse materialmente imposibilitada de inscribir su nacimiento en el Registro Civil y así poseer documento de identidad, y en razón de que se le ha venido atendiendo desde el año 2003 en la Clínica recurrida sin contratiempo alguno, esta Sala considera que el negarle, de la noche a la mañana, la atención médica o como en el presente caso, el medicamento para su tratamiento, resulta violatorio del derecho a la salud de la mismo (...) (Sala Constitucional, resolución N° 1188-2012, 2012, sp).

En este caso es evidente que la presentación de la cédula de identidad resulta fundamental para identificar a una persona previo a la entrega de un medicamento para tratar su hipertensión. Pero, debido a la necesidad del asegurado de recibir la receta prescrita por su médico y ante la imposibilidad de presentar el documento requerido, debe optarse por la entrega del medicamento. Lo anterior, no solo porque la necesidad de salud así lo exigía; sino también, se consideró que la institución podía recurrir a otros mecanismos para proceder con la identificación efectiva del paciente, lo que supone un triunfo del usuario que al enfrentarse a normativa interna y a ciertas formalidades consignadas en varias normas. Además, hizo valer su necesidad imperiosa de salud, que le permitió el acceso a la medicina que estaba requiriendo para el restablecimiento de su salud.

Otro fallo que merece ser reseñado es el 7792-2013 de las 14:30 hrs. del 12 de junio de 2013, en el que la persona recurrente adujo que pese a requerir la colocación de prótesis que fueron prescritas por la CCSS. Dicha institución posteriormente le negó dicha prestación, lo anterior, al no poder sufragar los gastos por disposición normativa

interna. Por lo tanto, deben serle cobrados a todo asegurado para cubrir los costos de las prótesis, sin tomar en consideración que el reclamante no contaba con los medios para hacer frente a esa erogación. Sobre el particular el Tribunal Constitucional dispuso:

No obstante, a pesar de que médicamente se constata que el recurrente necesita estas prótesis, se acreditó que al recurrente no se le han realizado las prótesis mencionadas debido a que existe una directriz en las Normas de Prestaciones Odontológicas, en donde se indica que todo asegurado directo tendrá derecho a la confección de una prótesis superior e inferior, acrílicas cada 18 meses y la confección de una prótesis con estructura metálica una vez cada cuatro años, siempre que existan condicionantes que lo indiquen, por lo que el recurrente debe pagar el rubro correspondiente para el tratamiento dental. (...) Desde la perspectiva del Derecho constitucional, no es posible para la Sala desatender al recurrente en su situación particular, al requerir un tratamiento odontológico que está al alcance de esa institución, aun cuando ello implique un desembolso, en caso que no existan especialistas que estén en condiciones de realizar el tratamiento señalado. (...) Por lo tanto, al comprobarse que al recurrente no se le ha atendido de forma adecuada, se establece una violación a su derecho a la salud, pues se viola el principio de accesibilidad a los servicios y programas de salud señalado en el considerando (Sala Constitucional, 2013, sp).

En el fallo de marras, claramente se les indica a las autoridades de la CCSS que las necesidades de salud de los usuarios no pueden, bajo ninguna circunstancia, condicionarse por razones económicas de la institución. Lo anterior, pese a que ésta requiera en algunos casos pagos parciales de los asegurados, siendo imposible suspender la realización de procedimientos quirúrgicos o negar el suministro de medicamentos o implementos, permitiendo únicamente no realizar la entrega si existen razones médicas que lo justifiquen.

Ahora bien, pese a la contundencia del mandato de la SC antes expuesto, el Alto Tribunal deja entrever la posibilidad de que la CCSS cobre a sus asegurados algunos servicios que así requiera el servicio para su mantención. Aunque para implementar aplicar tal medida, debe previamente asegurarse de que el usuario cuente con las condiciones socioeconómicas que les permita contribuir con dichas erogaciones, no así

con quien carezca de medios económicos. No obstante, al ser las necesidades de salud de respuesta rápida, por parte de la institución garante, es evidente que cualquier estudio previo o aplicación de procedimientos burocráticos internos debe hacerse con la mayor celeridad posible, a fin de no imponerle al usuario un tiempo de espera mayor a lo razonable.

Otra de las posibles excusas que han sido rechazadas por la referida Sala como por posible causa para justificar la no prestación correcta de los servicios de salud, lo constituyen los atrasos relacionados con procedimientos de contratación administrativa de compra de medicamentos. Lo anterior, tal y como sucedió con el pronunciamiento N° 4540-2015 de las 9:30 horas del 27 de marzo de 2015, en el que se ordenó a la CCSS comprar los medicamentos requeridos por las personas aquejadas de leucemia y tomar las previsiones necesarias para adquirir los medicamentos que fueron necesarios para evitar el desabasto. La resolución que nos ocupa en lo conducente estableció:

De lo expuesto, la Sala verifica que sí se produjo una amenaza al derecho a la salud de los amparados, dado que padecen de leucemia y requieren tomar en forma ininterrumpida, el medicamento L-asparaginasa, el cual le fue prescrito por los médicos tratantes del Hospital Dr. Calderón Guardia. De modo que, al encontrarse desabastecido el producto, existe una amenaza que los tutelados no puedan obtener dicha medicina, en los plazos establecidos en el protocolo de salud, lo que conllevaría a una interrupción en su tratamiento y posibles amenazas a su salud. Así las cosas, no es responsabilidad del paciente, los atrasos que a nivel administrativo pueda tener la compra y/o despacho de los medicamentos. (...) Por ello, no se justifica que el tratamiento de los amparados se vea amenazado, debido a una mala organización y previsión, atribuible a la Administración y en detrimento de su derecho a la salud (Sala Constitucional, 2015, sp).

En este sentido, es claro que la CCSS, debe estar debidamente preparada ante imprevistos tales como el agotamiento de tratamientos por mayor consumo de los mismos. Además, los posibles atrasos en los procesos de compra de medicamentos que hace la institución, problemas que puedan enfrentar los proveedores para hacer las entregas en el tiempo pactado, entre otros factores, lo que se puede resumir en contar

con una adecuada planificación que le permita a la institución ser eficiente. Lo anterior, en aras de salvaguardar el Derecho a la Salud de los usuarios de los servicios. Asimismo, esta adecuada planificación por consecuencia lógica debe ser constante y permanente, a efectos de que no existan desfases o desajustes que pongan en peligro a las personas.

Ahora bien, uno de los aspectos de las prestaciones de servicios de salud de mayor impacto sobre el proceder de la CCSS y que se relaciona directamente con el tema objeto de la presente investigación, lo constituye la vasta cantidad de resoluciones judiciales sobre listas de espera para la realización de cirugías. Para ilustrar el punto se procederá a citar un extracto de la resolución número 5790-2015 de las 9:05 horas del 24 de abril de 2015, la cual refiere:

Ahora bien, la Sala ha sostenido, en otras oportunidades, que excede el marco de sus competencias determinar cuánto tiempo es el justo y necesario, desde el punto de vista médico, para atender en general a las personas enfermas que acuden a los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social, pues ello depende de la evaluación o criterio técnico-científico preciso sobre la premura o no del tratamiento que amerita cada una. (...) IV.- Caso concreto.- Del informe rendido por el Director General, y el Jefe del Servicio de Neurocirugía; ambos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, y la prueba aportada para la resolución del asunto, ha sido debidamente acreditado que, la recurrente, XXX, se encuentra en control en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, a partir de febrero del 2009, por cefalea crónica, sin déficit neurológico. Estudios de TAC evidencian Malformación Arteriovenosa (MAV) temporal derecha. El 14 de mayo de 2009 se le realizó arteriografía diagnóstica, para determinar ofercencias arteriales. Posteriormente, el 25 de enero del 2010, se le realizó embolización endovascular con onyx, con excelente evolución quirúrgica. Estudios de angiotac y angioresonancia evidenciaron la presencia de revascularización, parcial de un 10-20%. El 12 de marzo del 2013 se le dio orden de internamiento para nueva arteriografía, y embolización del remanente de la MAV. La última cita fue el 3 de marzo del 2015, donde se presentó asintomática sin cambios de su condición clínica. (...) Para éste Tribunal, esa situación violenta el derecho a la salud de la amparada, tutelado en la Constitución Política. Evidentemente, el plazo de espera –que ya supera los dos años- resulta irrazonable para que la tutelada reciba la atención médica que requiere, tomando en cuenta no solamente su padecimiento, sino

también su condición actual, ya que no solamente hace referencia al dolor de cabeza que padece, sino que su salud se ha visto deteriorada. **Al respecto debe señalarse que los problemas de listas de espera nunca pueden prevalecer sobre un derecho fundamental; en este sentido, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene la obligación de solucionar dichos problemas y limitaciones para cumplir a cabalidad su misión, y nunca hacer pesar sobre los pacientes su falta de capacidad para atender toda la demanda de servicios que se le presenta.** (La negrita no es del original) (Sala Constitucional, 2015, sp).

Para analizar el contenido de los fallos de la Sala Constitucional, en relación con las listas de espera para cirugías y el tiempo razonable que debe esperar un usuario para recibir la cirugía que requiere, se debe partir de que la SC, en ningún momento, se ha decantado por determinar las características de un plazo de espera aceptable. Lo anterior, porque mucho depende del criterio médico, así como la edad y demás condiciones específicas que presente un determinado paciente; por esta razón pueden hacer aconsejable una mayor prontitud en la ejecución de una cirugía.

Ante esto lo dicho el Tribunal ha sido optar, más bien, por definir cuándo los plazos de espera superan cualquier estimación que se piense aceptable, en algunos casos han sido suficientes algunos meses de espera. Pero, en la mayoría de casos en los que se ha ordenado la realización inmediata de cirugías, por lo general se habla de 1, 2, 3 o más años de espera.

Dichos plazos, independientemente de la complejidad de la cirugía, o de la gravedad del quebranto de salud del paciente, efectivamente supera en mucho cualquier tiempo de espera razonable, ya que la salud física se ve deteriorada diariamente. Lo anterior, en virtud de la demora en la corrección de un problema de salud, ya que por lo general a mayor tiempo que transcurra sin intervención, el problema termina por agravarse. Pero, la afectación trasciende lo físico, porque también se ve afectada la salud emocional del paciente, pues al ver deteriorado su estado de salud físico y que la cirugía no se le practica, sufre desconfianza en el sistema, preocupación por su futuro o el de su familia, angustia, sentimiento de impotencia, entre otros.

Lo más grave ante esta situación de espera es que se le hace casi interminable al asegurado del servicio de salud, quien está pagando por un seguro que lo ampara para cualquier contingencia de salud. Asimismo, no recibe las prestaciones financiadas, por lo tanto, si cuenta con recursos económicos suficientes, recurre a centros de salud y médicos privados, con tal de ver solventados los problemas de salud. No obstante, esta posibilidad no la tienen la mayor parte de los usuarios de dichos servicios, los cuales recurren al sistema de salud pública de la CCSS, por contar con el seguro de salud que los ampare. Lo anterior, precisamente porque sus ingresos les impiden buscar otras alternativas en caso de que la institución no supla sus necesidades con prontitud, lo cual genera una evidente desigualdad social en un régimen de seguridad social que es considerado vital dentro del sistema democrático del país.

Este carácter importante de la seguridad social fue reconocido por la SC en su resolución N°5749-2015 de las 9:05 horas del 24 de abril de 2015, que analizó un caso de retraso injustificado para la realización de una cirugía:

La cirugía que requiere no es considerada como urgencia médica y con ocasión del recurso de amparo la paciente será sometida a cirugía en el mes de mayo de 2015. Del cuadro fáctico indicado se desprende que es con ocasión de este amparo que se adelantó la cita al paciente, sin embargo, esta Sala estima, que la paciente ha sufrido mucho tiempo como consecuencia de su padecimiento y que la lista de espera para la cirugía que requiere posterga en el tiempo su sufrimiento, situación que a todas luces afecta su calidad de vida y, consecuentemente, lesiona de forma grosera su derecho a la salud (Sala Constitucional, 2015, sp).

En igual sentido es posible citar la resolución del Tribunal Constitucional N° 4498-2015 de las 9:30 horas del 27 de marzo 2015, en la cual se ratifica el valor del derecho fundamental a la salud, ligado al derecho a la vida. Lo anterior, ya que es imposible desligar uno del otro, así como el deber de la CCSS de dar respuesta oportuna y eficiente a las demandas de salud de la población, en especial de aquellas personas quienes ya cuentan con algún diagnóstico médico que aconseje la realización de una cirugía. Al respecto el fallo en mención refiere:

IV.- EFICIENCIA, EFICACIA, CONTINUIDAD, REGULARIDAD Y ADAPTACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD. (...) Los jerarcas de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las «listas de espera» para las intervenciones quirúrgicas y aplicación de ciertos exámenes especializados o de la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, puesto que, es un imperativo constitucional que los servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celeridad. V.- SOBRE EL CASO CONCRETO. Se encuentra debidamente demostrado que, en enero de 2015, al amparado se le prescribió, en el Hospital San Juan de Dios, una cirugía, debido a un problema que se había manifestado desde el año 2013. Sin embargo, el hospital no ha fijado fecha para realizarla. El Director del centro médico estimó que en dos meses será internado. No obstante, se trata claramente de una eventualidad y, en consecuencia, no hay fecha precisa (Sala Constitucional, 2015, sp). (En igual sentido puede consultarse la resolución de la Sala Constitucional N° 3303-2015 de 09:30 del 06 de marzo de 2015)

Como se ha evidenciado la CCSS como entidad principalmente obligada a velar por el respeto al Derecho a la Salud de los habitantes de este país debe satisfacer debidamente la demanda de esos servicios sin que existan factores que aminoren o que le eximan de responsabilidad. Lo anterior, aún y cuando pueda enfrentar crisis económicas, carencia de equipos, insuficiencia de personal especializado, deterioro en la planta física de los EBAIS, Clínicas y Hospitales, atrasos con la tramitación de procedimientos administrativos para la compra de equipo, medicamentos o insumos o problemas de gestión administrativa. Por cuanto de la respuesta institucional a esas demandas depende la salud, pero, sobre todo, la calidad de vida y la vida misma de los usuarios de los servicios, quienes no son responsables de las situaciones adversas que incidan en el deterioro de los servicios.

Esta misma línea de razonamiento ha esbozado la SC en otros fallos que podemos hacer mención, entre los que se destacan los números 2281-2002 de las 14:56 horas del 05 de marzo del 2002, 5992-2002 de las 14:38 horas del 18 de junio del 2002, 2003-8989 de las 18: 33 horas del 26 de agosto del 2003, 11155-2004 de las 09:46 horas del 08 de octubre del 2004, 11976-2004 de las 10:02 horas del 29 de octubre del

2004,4304-2005 de las 18:36 horas del 20 de abril del 2005, 03-2006 de las 09:02 horas del 06 de enero del 2006 y 4621-2013 de las 14:30 horas del 10 de abril de 2013.

Sin duda la línea jurisprudencial de la SC no solo ha evidenciado un mal e inadecuado funcionamiento del sistema de salud costarricense, debido a la ineficiencia y problemas de orden administrativo de la CCSS, que afectan directamente la salud de los usuarios, los cuales en buena medida logran recibir los tratamientos, implementos, medicamentos o cirugías que necesitan, mas no debido al esfuerzo institucional, sino a las órdenes del Tribunal Constitucional emitidas en sus distintas resoluciones. Lo anterior, refleja un sistema completamente reactivo, el cual ignora los derechos de los usuarios y los coloca ante la necesidad de invocar la intervención de los tribunales de justicia, para recibir prestaciones que deberían recibir por el solo hecho de acudir a los servicios de salud.

Por otra parte, resulta preocupante el efecto que la jurisprudencia constitucional ha tenido y puede tener a futuro; ya que al ordenar constantemente a la CCSS la prestación de servicios de salud y de realización de cirugías para casos específicos no necesariamente se respeta el orden en las listas de espera, las cuales en principio se establecen de acuerdo con la gravedad de padecimientos y la necesidad de mayor prontitud de la intervención. Por lo tanto, puede causar una doble injusticia para quienes esperan por una cirugía, el solo hecho de esperar mayor tiempo del que es razonable y verse desplazados en la lista de espera por otros asegurados, quienes posiblemente no tienen tanta urgencia en ser intervenidos quirúrgicamente y estaban más rezagados en la lista indicada, son operados con mayor celeridad ante la interposición de Recursos de Amparo declarados con lugar; es decir, que concluyen con pronunciamiento de fondo favorable para el recurrente.

La responsabilidad de toda esta problemática recae principalmente en la CCSS ante la falta de medidas efectivas para reducir los periodos de espera, de planificar adecuadamente los servicios, así como en el Ministerio de Salud, institución que a partir de la reforma, en la década de los noventa, se le encomendó la rectoría del sector salud.

Lo anterior, implica participar activamente en el diseño e implementación de las políticas de salud, en conjunto con la CCSS; sin embargo, dicho papel como se verá a continuación es casi nulo, ya que dicha entidad no participa en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con las listas de espera,

Lo anterior, especialmente con las medidas tendientes para su disminución y de cómo superar la crisis por la falta de anestesiólogos, siendo que incluso algunas instituciones privadas como la Asociación Costarricense de Anestesiólogos, a quienes el ordenamiento jurídico no les confiere legitimación alguna para participar en la toma de decisiones, pero, cuyos criterios sí son tomados en cuenta, incluso tiene tanto peso su participación, que se imponen a la propia CCSS. Lo anterior, cuando se plantean algunas medidas tendientes a superar el faltante de personal especializado en Anestesiología.

Asimismo, tal y como se explicó en el desarrollo histórico de la Anestesiología en Costa Rica, es la CCSS, por medio del CENDEISSS y la UCR, quienes se encargan de la formación de los Anestesiólogos y demás especialistas en Ciencias Médicas. Además, dichas instituciones han quedado en deuda con la salud de los costarricenses, tal y como se verá a continuación.

4.3.6 Plazas para especialistas y su formación

Dentro del personal que se desempeña en la CCSS se encuentran -como es obvio en una institución de salud-, los profesionales en esta materia compuesta de varias ramas o profesiones, siendo una de las más importantes la medicina. Ahora bien, en relación con los profesionales en medicina, la CCSS, debe preocuparse por mandato constitucional de suplir las necesidades de plazas en todos los centros de salud del país; así como contar con la cantidad de médicos especialistas que las necesidades de salud ameriten.

Históricamente la gran mayoría de los especialistas son formados en el país por la Universidad de Costa Rica al amparo de un Convenio suscrito con la CCSS. Lo anterior, por medio del CENDEISSS, según el cual la institución de salud abre plazas

para médicos residentes interesados en cursar una especialidad para luego desempeñar labores como médico especializado en la institución, mientras que la citada universidad se encarga de brindar el soporte académico necesario para cumplir esos fines.

El panorama descrito ha cambiado en el último año, ya que la SC mediante resolución N° 6840-2015 de las 11:31 horas del 13 de mayo de 2015, declaró inconstitucional la exclusividad de la firma de Convenios para la formación de médicos especialistas con la UCR. Lo anterior, para permitir la suscripción de dichos Convenios con otras instituciones de educación superior que lo soliciten y cumplan con los requisitos dispuestos por la CCSS.

Ahora bien, independientemente de la casa de estudios a la que se encomiende la formación de especialistas, el aspecto de mayor relevancia que reviste la temática en discusión, consiste en la necesaria planificación previa que se requiere por parte de la CCSS para determinar cuántas plazas de especialistas se requieren para un determinado período. Asimismo, la distribución de esas plazas por especialidad y ubicación geográfica, a efectos de satisfacer las necesidades de salud presentes y futuras de la población. Sin embargo, este es un aspecto en el cual la institución ha venido fallando; ya que son crecientes las quejas de la ciudadanía y de la propia institución sobre la carencia de personal especializado en diferentes áreas, lo cual tiene un peso significativo en las listas de espera y en la calidad de servicios.

La temática también ha sido abordada por la SC, la cual a partir de su copiosa línea jurisprudencial sobre el derecho a la salud ha insistido en el deber de la CCSS de planificar debidamente la cantidad de plazas para especialistas y residentes de especialidades médicas. Lo anterior, para que den respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población, sin que la falta de especialistas constituya justificación alguna para avalar las listas de espera o para retrasar procedimientos quirúrgicos y/o tratamientos que requieren los usuarios del sistema de salud, incluso llegando a ordenar la implementación de planes remediales para solventar los largos tiempos de espera de las

que han sido víctimas. Tal es el caso de la resolución N° 4621-2013 de las 14:30 horas del 10 de abril del 2013, donde se indicó lo siguiente:

[...] VI.-Es por esta razón que, bajo la directriz interpretativa constitucional de lograr la máxima funcionalidad del sistema democrático, esta Sala considera oportuno y necesario generar una directiva constitucional para que en materia de salud se proceda de manera paulatina, pero seria y decidida, a erradicar las listas de espera irrazonables que actualmente exhibe el sistema de seguridad social costarricense. Para ello, deberá la Caja Costarricense de Seguro Social, como entidad rectora en el ámbito de la prestación de los servicios de salud, avocarse de forma inmediata a partir de la notificación de esta sentencia, a realizar los estudios técnicos pertinentes que le permitan elaborar un plan remedial dentro de los doce meses siguientes a la notificación de esta sentencia, que permita reducir las listas de espera que actualmente se encuentran en cada una de las especialidades de los diferentes centros de prestación de servicios sanitarios del país. En dicho plan, además, deben definirse los plazos de espera razonables por patología o grupos relacionados de diagnóstico de acuerdo con la sintomatología, el nivel de urgencia y las condiciones del paciente, así como los criterios objetivos para precisar la inclusión y ubicación de un paciente en las listas de espera (Sala Constitucional, 2013, sp).

Pese a lo decidido por la SC en la citada resolución, así como en otros fallos que se relacionan con las listas de espera y con el derecho a la salud que protege a los usuarios del servicio de salud, la CCSS ha venido incumpliendo su deber de planificación, ya que las listas de espera y los problemas asociados permanecen sin solución. Algunos de estos como la falta de especialistas en algunas ramas de la medicina, como lo es en el caso de la Anestesiología, cuya carencia impide la maximización del uso de las salas de cirugía de los hospitales, toda vez que sin especialistas en anestesia es imposible practicar cirugías, aunque se cuente con el equipo, los cirujanos y con el personal auxiliar suficiente.

Esta problemática no es nueva, porque varios años antes de la emisión de la resolución N° 4621-2013 de las 14:30 horas del 10 de abril del 2013 de la Sala Constitucional antes citada, la Contraloría General de la República (CGR), en el informe N° DFOE-SOC-31-2007 del 9 de mayo de 2007, a partir de fallos y resoluciones de la

SC emitidas en años previos, le hizo ver a la CCSS la defectuosa planificación del recurso humano y sobre todo de las plazas de médico residente para la formación de especialistas.

Asimismo, en dicho informe se atribuye a la CCSS la formación de un número limitado de especialistas, que responde quizás a necesidades de salud de la población correspondientes a años y décadas atrás. Lo anterior, sin tomar en cuenta ciertas variables que inciden en la calidad de los servicios, tales como el aumento de población, las renunciaciones del personal especializado, o los retiros por jubilación de los profesionales en servicio; o bien, el fallecimiento de las personas que desempeñaban cargos en la institución.

Incluso se consigna en el informe que a partir del estudio efectuado por la Contraloría, a partir de los años 2005-2006 en adelante, se estaba comenzando con suscripción de contratos de formación entre la CCSS y los futuros especialistas. Lo anterior, para garantizar que luego de concluida su formación académica, en el área de su interés, estos se desempeñarían en la institución por un determinado número de años, dicho plazo de contrato laboral obligatorio se calculaba de acuerdo a la cantidad de años que invirtió la institución para especialización del servidor, cuyo incumplimiento conlleva el cobro de una suma de dinero como indemnización para la CCSS en razón de las erogaciones en que incurrió para la especialización indicada.

El hecho de que antes no se suscribiera ningún contrato o convenio, no hace más que confirmar la apuntada insuficiencia de planificación. Lo anterior, porque algunos profesionales, ante mejores remuneraciones en el mercado laboral privado, o el desinterés en laborar en zonas alejadas del país, optaban por renunciar a la CCSS, generando no sólo pérdidas económicas a la institución, sino un faltante de recurso humano con el cual dar respuesta a la creciente demanda de los servicios de salud.

Dentro de esta gama de profesionales especializados, se cuentan varios anestesiólogos quienes decidieron renunciar a la CCSS antes de iniciar sus servicios en

la institución. Esto a pesar de las graves consecuencias que eso implica para el sistema de salud, dada la necesaria presencia de estos profesionales en cualquier cirugía que pretenda realizarse. Asimismo, agudizó la crisis de la listas de espera y trajo consigo mayor presión para los Anestesiólogos que laboraban con la institución, al tener que satisfacer un creciente número de cirugías con menos personal disponible al efecto.

Si bien la firma de contratos, a partir de los años 2005 en adelante y a futuro, constituyen un importante avance en la materia, ello no garantiza en modo alguno la satisfacción de las necesidades de formación de especialistas ni de la calidad de la salud de la población. Lo anterior, ya que los especialistas tardan varios años cursando sus estudios, mientras que otros en servicio, quienes ya cumplieron el plazo de labor exigido por la institución, renuncian o se acogen a su jubilación.

Por otra parte, el hecho de que la CCSS proceda con el cobro de dinero al médico especialista en anestesia o en cualquier otra especialidad, no resuelve ningún problema. Esto precisamente, porque el faltante de personal para hacer frente a las cirugías persiste o empeora y la institución únicamente recibe dinero, aunque es necesario, por sí solo no tiene el efecto de mejorar los tiempos de espera para cirugías, ni mejorar las condiciones de salud de la población.

De igual forma tal y como se analizará seguidamente y con relación a la especialidad de Anestesia, a lo largo de los años en menor o mayor medida, ha existido faltante de personal, mas no ha sido posible alcanzar la cantidad óptima de profesionales especializados. Muestra de lo anterior lo constituye el artículo publicado en el *Periódico Digital Costa Rica CR Hoy*, en el que los Directores Médicos de Hospitales Nacionales tales como el San Juan de Dios, Calderón Guardia y el Hospital de Niños, han visto mermado “el número de cirugías a realizar por falta de anestesiólogos, subutilizando las Salas de Operaciones ante la necesidad de cierre por falta del persona apuntado” (CR Hoy, 2015).

En otro artículo de la misma fecha que complementa el anterior y que fue publicado por la misma fuente CR Hoy (2015) titulado “Caja requiere 150 Anestesiólogos el problema de nunca acabar... Pacientes pagan las consecuencias en la listas de espera”, se indica que la CCSS requiere 150 anestesiólogos para resolver el problema de las listas de espera, sin embargo, no se observa o visualizan acciones inmediatas tendentes a la solución del problema apuntado, con consecuencias nefastas para la población costarricense, tal es el caso de una asegurada mencionada en el artículo en mención que lleva 8 años de esperar una cirugía de hernia en el estómago.

Otro factor que ha tenido importancia en el empeoramiento del faltante de anestesiólogos y por ende en la situación de las listas de espera, es el planteamiento por parte de la CCSS de soluciones temporales y parciales que no resuelven el problema y en muchos casos no se terminan por implementar ante la afectación de intereses gremiales, los cuales ejercen su presión ante la CCSS, quien no es capaz de imponer su autoridad. Por ejemplo tal y como lo evidenció la CGR en su informe N° DFOE-SOC-31-2007, del 09 de mayo de 2007, la CCSS estaba valorando entre otras posibilidades, la contratación de anestesiólogos extranjeros, así como la contratación de técnicos en anestesia, sin embargo, los especialistas costarricenses adversaban estas iniciativas.

Ante el llamado de atención hecho por la Contraloría, por la no implementación de acciones, la CCSS informó al ente Contralor que procedería a consultar a la Asociación de Anestesiólogos sobre las propuestas que esa entidad podría sugerir para atacar y resolver el problema que hemos venido aludiendo, sin que se consignara la respuesta de esa Asociación.

No obstante, al igual que lo hizo la CGR, particularmente nos encierran algunas interrogantes por responder como ante tales circunstancias vividas, ¿por qué razón la CCSS no toma las decisiones que deben tomar para darle solución a los problemas de salud que aquejan a los asegurados y usuarios de los servicios de salud?; y sobre todo, ¿por qué motivo se consulta el parecer de una entidad privada, que representa al gremio

de Anestesiólogos, que pese a no contar con el número suficientes de profesionales para suplir la demanda, se ha opuesto a que vengan al país médicos especialistas extranjeros?

De igual forma cobra vigencia la siguiente interrogante, ¿por qué la CCSS estaría valorando la contratación de técnicos en anestesia, si entre los años 1976-1981 se capacitaron profesionales de la institución de otros campos de la salud en ese ámbito y luego fueron sustituidos por los médicos anestesiólogos porque los técnicos en apariencia ya no eran necesarios? Parece que al valorar esta medida, se reconoce implícitamente que el cierre de dichos programas fue un error y quizás lo más acertado, hubiese sido la formación de médicos anestesiólogos junto con los técnicos en anestesia, para suplir la creciente demanda de servicios de salud.

En el mismo sentido, ¿por qué la CCSS valora la contratación de técnicos provenientes del sector privado, posiblemente por períodos cortos o relativamente cortos y no opta por formar y contratar a esos técnicos como parte de su personal? En todo caso y pese a las interrogantes efectuadas, hasta la fecha la CCSS ha optado principalmente por dos soluciones no definitivas ni contundentes para la solución de la problemática en cuestión, a saber, la contratación de servicios privados de Anestesiología y la formación de más especialistas en esta área. Lo anterior, puede contribuir al mejoramiento de la situación de las listas de espera, pero, no resuelve el problema de fondo, ni da mayores soluciones que permitan ser más optimistas de cara al futuro de la salud en el país.

En este contexto tan complejo se echa de menos al Ministerio de Salud que al ser el ente rector en esta materia debería concurrir junto con las autoridades de la CCSS para dar respuesta a este y otros problemas de salud. Sin embargo, en todos estos procesos su labor pasa desapercibida, ni siquiera ha hecho esfuerzos por coordinar o mancomunar esfuerzos para darle una solución al problema de nuestro interés, o bien de imponerse ante los intereses gremiales de una asociación privada como lo es la Asociación de Anestesiólogos.

4.3.7 Valoración jurídica del Derecho a la Salud y la situación en torno a las listas de espera y falta de anestesiólogos

Como se ha mencionado reiteradamente a lo largo de la presente exposición jurídica, existe vasta jurisprudencia a nivel constitucional que defiende el Derecho a la Salud de la población costarricense. Asimismo, se consigna claramente la responsabilidad que tiene la CCSS en poder suplir las necesidades demandadas por la comunidad nacional en materia de salud.

No obstante las diversas sentencias de la Sala Constitucional (numerales 7792-2013, 4540-2015, 5790-2015, 4498-2015, 5749-2015, solo por citar algunas de las últimas), han quedado lastimosamente en solo papel y su eficacia se restringe a la atención de casos específicos. Lo anterior, porque actualmente la problemática no se soluciona, ni se establecen planes remediales claros y reales que marquen una diferencia en la tendencia que se experimenta.

Esta situación, tal como se vive, permite se continúen presentando, tal como se ha mencionado, violaciones claras al derecho de la salud de la población, sin que se pueda brindar una solución efectiva a los usuarios quienes esperan hasta varios años por ser atendidos para solucionar un problema de salud, en el mejor de los casos. Lo anterior, porque también existen otros que en su espera han fallecido esperando una atención que por normativa y legislación nacional se les debe garantizar de una manera pronta y expedita.

Ahora bien, el déficit de anestesiólogos “manifiesto en una proporción actual de 4,69 profesionales por cada 100.000 habitantes (cien mil habitantes), con un faltante de más de un 50% de profesionales según las recomendaciones internacionales 9-12 anestesiólogos por c/100.000 habitantes” (Calabrese, 2004). Lo anterior, es solo parte de una amplia gama de problemas de gestión y planificación institucional que no ha

permitido eliminar las listas de espera, y por ende cumplir con el derecho a la salud de la población.

El hecho de exponer este asunto no solo busca crear una reflexión desde lo jurídico o bioético, sino que reclama un actuar, una solución, dado a que existen vidas, personas, humanidad detrás de la páginas de nombres que esperan, y todos y cada uno de ellos tiene por derecho ser atendido y tratado con todo el respeto en tiempo y forma según su condición.



V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De acuerdo con el utilitarismo de John Stuart Mill y el principio del respeto de la dignidad Humana de Kant, es posible concluir que las decisiones administrativas tomadas por la CCSS y la UCR en el Área de la Anestesia en el período de 1980-2015, han tenido un fuerte impacto en la calidad de la prestación de los servicios de salud, que han visto incrementados los tiempos de espera para la realización de cirugías, lo cual repercute en un deterioro de la calidad de vida y una transgresión del derecho fundamental a la salud de las personas que residen en el país.
- A partir de la década de los ochenta, cuando la formación en la especialidad de anestesia recayó en solamente médicos, la CCSS aunque planificó parcialmente a futuro la cantidad de plazas de médicos anestesistas que se requerían en el país. Asimismo, no formó la cantidad planificada ni requerida de tales profesionales para suplir las necesidades de los usuarios del servicio de salud en los años venideros, ocasionando en el presente una carencia de dichos profesionales para satisfacer la demanda de servicios que la población requiere.
- Esta carencia de profesionales especialistas ha provocado que muchas de las personas con tal de ver atendidas sus necesidades de salud, acudan a los servicios privados de atención, debiendo para tener acceso a los mismos aportar cantidades de dinero importante (gastos de bolsillo), lo que ha marcado un aumento de las inequidades entre los que pueden costear atención privada y los que deben de esperar por la atención pública.
- A pesar de que se han realizado esfuerzos institucionales para incrementar el número de profesionales en la especialidad de anestesia, actualmente se cuenta con una proporción de profesionales en dicha área que resulta muy inferior a lo que manifiestan como ideal estudios que se presentan a nivel internacional. Este

aspecto, si bien podría ser cuestionable por algunos dado a que tales estudios no contemplan las particularidades del sistema de salud costarricense, o la capacidad instalada de los hospitales nacionales ni las particularidades de la población usuaria de los servicios de salud, entre otros, constituyen junto con algunos datos estadísticos poblacionales un importante parámetro de comparación. Además, permiten avalar el faltante de anestesistas que existe a nivel nacional, lo anterior, si tales datos entran en relación con la población del país y la demanda de la misma a los servicios de salud.

- A pesar que durante la historia, a la CCSS distintas instituciones gubernamentales como lo son la Contraloría General de la República, o la Sala Constitucional, le han señalado la problemática en relación con las listas de espera, y el irrespeto al derecho a la salud, y le han sugerido distintas alternativas para hacer frente a dicha situación; no ha asumido una actitud decidida para resolver la problemática de manera integral y sostenida. Lo anterior, ya que únicamente ha puesto en marcha acciones paliativas sin entrar a la formulación de políticas que a mediano y largo plazo resuelvan el problema.
- Si bien es posible indicar que las causas del problema de las listas de espera para la atención en salud dentro de la CCSS son de origen multifactorial, consideramos que la insuficiencia de personal especializado en anestesia, repercute directamente en el engrosamiento de las listas de espera, independientemente de la naturaleza de los padecimientos que aquejan a las personas; o si éstas han sido tratadas por médicos especialistas en otras ramas de la medicina. Porque, si éstos últimos prescriben alguna cirugía o procedimiento quirúrgico como parte del tratamiento a seguir, se va a requerir la participación de un Anestesiólogo. Por lo tanto, al no contarse con una cifra suficiente de Anestesiólogos quienes trabajen para la CCSS, probablemente la realización de cirugías no será lo suficientemente célere y se mantendrá la problemática analizada, todo ello en perjuicio de la calidad de los servicios de salud que recibe la población usuaria de los mismos.

- Una vez enumeradas y estudiadas las más relevantes decisiones en torno al tema de la anestesia en el país, podemos afirmar a partir de las teorías éticas consecuencialistas, específicamente del utilitarismo de John Stuart Mill, que las consecuencias que tales decisiones y actos han traído permiten calificar esas decisiones como erróneas e incorrectas. Porque han incumplido la máxima consecuencialista del mayor bien para el mayor número de personas, aportando por el contrario, una creciente infelicidad para un grupo muy importante de personas que no ven resueltas sus necesidades de atención en salud.
- En el mismo sentido, y tomando como base el concepto de la Dignidad Humana, consideramos que la situación que se experimenta con las listas de espera para cirugía, producto de las decisiones administrativo-jurídicas tomadas por la CCSS y la UCR en el área de la anestesia, se tradujo en un claro irrespeto a la dignidad. Por cuanto las personas han sido percibidas como un simple medio susceptible de comercio o mercancía que debe pagar para recibir atención de calidad, propio de la medicina privada, recibiendo además un trato deshumanizado, por cuanto no se le permite acceder a las prestaciones de salud que se necesita oportunamente.
- Finalmente si se valoran los efectos que las diferentes decisiones administrativo-jurídicas implementadas, en torno a la anestesia, han traído al sistema de salud pública del país, así como las decisiones que la CCSS ha tomado en torno a la formación de especialidades y acciones para la corrección de la problemática de las listas de espera, es posible sostener que dicha institución frecuentemente ha incumplido con el papel de garante de la salud de la población. Lo anterior, mostrando con su accionar múltiples irrespetos al derecho de la salud de las personas, quienes se han visto reflejados por la vasta jurisprudencia que la Sala Constitucional ha emitido en torno al tema.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda a la CCSS asumir una actitud más decidida para proponer e implementar soluciones integrales y efectivas tendientes a reducir los tiempos de espera para cirugías a plazos más razonables en aras del respeto del Derecho a la Salud de los usuarios de los servicios brindados por las autoridades competentes del ámbito sanitario.
- De igual forma se sugiere a las autoridades de la CCSS para que por medio de una actitud proactiva, establezcan las medidas requeridas para resolver la insuficiencia de especialistas en anestesia y de otras especialidades médicas de manera y no exclusivamente en acatamiento de las sentencias emitidas por la Sala Constitucional y las disposiciones establecidas por la Contraloría General de la República, en tono a la temática del objeto de estudio.
- A la ciudadanía costarricense se le insta a empoderarse y a participar activamente en los diferentes espacios e instancias que propician la participación de actores de la sociedad civil en la toma de decisiones relacionadas con la salud, tales como las juntas de salud de los hospitales, las universidades y municipalidades. Lo anterior, a efectos de fiscalizar la labor de las autoridades de la CCSS en la búsqueda y planteamiento de soluciones reales y definitivas ante la problemática que representa las listas de espera para cirugías generada en parte por la insuficiencia de personal especializado en Anestesiología.
- Adicionalmente se le recomienda a la población exigir a las autoridades competentes la implementación de acciones y políticas que propicien preferentemente el respeto al derecho a la salud inherente a todo ser humano, sobre los intereses de naturaleza económica que ostenten grupos minoritarios específicos de la sociedad. De igual forma que esa participación activa se presente no solo en procura de soluciones en la relación con la temática abordada; sino también en la promoción y elaboración de políticas tendientes a la

planificación de mejores y más completas prestaciones por parte de las CCSS y cualquier otra entidad involucrada con el sector salud.

VI. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

6.1 Bibliografía

- Abad Romero, P.; Álvarez, B.; Rodríguez, E.; Rodríguez, A. (2006) Preferencias sociales en las decisiones públicas: Priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas. *Revista de Economía Pública*, 179(4): 113-134. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/hac_pub/179_abad.pdf
- Allepuz, A.; Espallargues, M.; Martínez, O. (2009) Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Revista*, Vol. 24(5), Sept-Oct, pp. 185-191. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X09000104>
- Arrea-Baixench, C. (2007) Editorial: Comentarios sobre el informe emitido por la Contraloría General de la República en relación con algunas deficiencias encontradas en las instituciones de la CCSS. *Rev. Acta Médico Costarricense*. Vol. 49, núm. 4. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/329/308.
- Arrea, C. (2007) Comentarios sobre el informe emitido por la Contraloría General de la República en relación con algunas deficiencias encontradas en las instituciones de la CCSS en *Acta médica. Costarricense*, vol.49, n.4 Material consultado el día 21 de setiembre del 2014, disponible en línea desde: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000160022007000400002&lng=en&nrm=iso. ISSN 0001-6012.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1943) Ley N° 17. Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS. Versión en

línea disponible desde:

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/dJuridica/Normativa/Normativa_Seguridad_Social/Tab/leyconstitutivadelacajacostarricensedesegurosocial.pdf. Material consultado el 21 de setiembre de 2014.

_____. (1947) Ley N° 1053. Ley de Creación de la Escuela de Medicina de la UCR. Versión en línea disponible desde:

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=38322&nValor3=40400&strTipM=TC
Material consultado el 11 junio de 2015.

_____. (1949) Constitución Política de la República de Costa Rica. Editorial Juricentro S.A. San José.

Ávalos, A. (2006) Anestesiólogos atiende hasta tres operaciones a la vez, en Periódico La Nación, Versión en línea disponible desde: <http://www.nacion.com/lne/2006/febrero/04/pais2.html> Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

Barraza-Villar, JI.; Broto-Civera, A., Ortega- Majan, MT.; Ramírez-Gasca, MT., Astier-Peña, P.; Castán-Ruiz, S. (2005) Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. Revista de Calidad Asistencial, Volume 20, Issue 4, June, pp. 199-204. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X08747511>

Barboza, C. (2011) Huelga de Anestesiólogos: una manifestación más de la crisis de la caja, en Semanario Universidad sección opinión, 07 de diciembre. Material consultado el 12 de setiembre de 2014. Versión en línea disponible desde:

<http://www.semanariouniversidad.ucr.cr/component/content/article/1482-Opini%C3%B3n/4988-huelga-de-anestesiologos-una-manifestacion-mas-de-la-crisis-de-la-ccss.html>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2005) Política Institucional de Capacitación y formación de Recursos Humanos. Consultada el día 11 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: <http://www.cendeisss.sa.cr/investigacion/politica.pdf>

. (2014) Distribución de plazas por tipo de puesto al mes de Setiembre. Información en línea disponible desde: <http://rrhh.ccss.sa.cr/INFO/?proc=49&sidchk=9rjaqms5vo629dt71qsi1hkdr6&nmrchk=j65o884x8087n49049e5088f184q10n8&lnkchk=1532875739>

Caja Costarricense del Seguro Social (CENDEISSS). (2006) Necesidades de profesionales en medicina y necesidades de Especialistas 2006-2017. Consultada el día 11 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: <http://www.cendeisss.sa.cr/?p=500>

. (2010) Reglamento que regula la relación con el Residente y su compromiso como Especialista en Ciencias de la Salud con la Caja Costarricense del Seguro Social por medio del sistema de estudios de Posgrados de la Universidad de Costa Rica. Versión en línea disponible desde: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/dJuridica/Normativa/Normativa_Laboral/Tab/reglamentoqueregularelaciondelresidenteysucompromisocomoespecialistaencienciasdelasaludconlacajacostarricensedesegurosocial.pdf. Material consultado el 14 de setiembre de 2014.

Calabrese, G. (2004) Informe del Simposio Latinoamericano de Condiciones Laborales del Anestesiólogo en Latinoamérica Sucre-Bolivia. Información en línea disponible desde: <http://www.clasa->

anestesia.org/sistema/php/docs/266dr_calabrese_informe.pdf. Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

_____. (2009) Informe de la Comisión de Asuntos Laborales de Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA), Bienio 2008-2009. Versión en línea disponible desde: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&ved=0CDQQFjAEOApqFQoTCI_btMiClcYCFYiQDQodPpkK7g&url=http%3A%2F%2Fwww.clasa-anestesia.org%2Fsistema%2Fphp%2Fdocs%2F268informe_de_la_comision_de_asuntos_laborales_de_clasa_2009.doc&ei=nYKAVc-YNlihNr6yqvAO&usg=AFQjCNE6vYblANXVx9h1_Fl0kwa33JmmgQ&sig2=fJMSP8wHLsPV2FBnErxbA. Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

Capron, J. (sf) Desarrollo de la Enfermería de Anestesia en la República Francesa, Versión en línea disponible desde: <http://www.aseedar-tt.org/revistas/articulos/06-8.pdf>. Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

Cavalleri, F.; Castroman, P., Rodríguez, A.; Riva, J. (2013) Utilidad de un método estadístico de simulación para evaluar la oferta y demanda de anestesiólogos en Uruguay (2011-2025) Propuesta para prospección y planificación de necesidad de recursos humanos en Anestesiología. Rev. Méd. Urug. vol.29 no.3 Montevideo set. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000300005&script=sci_arttext

Centro de Desarrollo Estratégico e Información En Salud y Seguridad Social (CENDEISS). (2013) Necesidades de médicos especialistas según perfil epidemiológico en las tres redes de servicios CCSS, para el período 2013-2015- Versión en línea disponible desde:

<http://www.cendeisss.sa.cr/investigacion/medicos2013.pdf>. Material consultado el 30 de setiembre de 2014.

Conferencia Sanitaria Internacional. (1946) Constitución de La Organización Mundial De La Salud. Versión en línea disponible desde: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Material consultado el 14 de setiembre de 2014.

Contraloría General de la República de Costa Rica. (2007) Informe N°. DFOE-SOC-31-2007. Informe sobre algunos factores que inciden en los tiempos y listas de espera de los servicios de consulta externa en neurocirugía, procedimiento diagnóstico de ultrasonido general y cirugía en ortopedia que se brindan en los tres hospitales nacionales generales de la CCSS. Versión en línea disponible desde: http://www.asamblea.go.cr/Informes_de_la_Contraloria/Informes%202007/informes_mayo_2007/DFOE-SOC-31-2007.pdf. Material consultado el 14 de setiembre de 2014.

Dawkins, F. (2013) La Especialización Médica en Costa Rica, en Periódico La Nación sección Foros, 31 de mayo, Versión en línea disponible desde: http://www.nacion.com/opinion/foros/especializacion-medica-Costa-Rica_0_1344865532.html. Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

Díaz, LE. (2012) 652.000 asegurados soportan una larga espera por cita en la CCSS, Periódico la Nación, Sección Nacionales. Versión en línea disponible desde: http://www.nacion.com/nacional/comunidades/asegurados-soportan-larga-espera-CCSS_0_1281872057.html. Material consultado el 30 de setiembre de 2014.

Escobar, A.; Gonzales, N.; Quintana, J.; Las Hayas, C. (2005) Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. Gac Sanit v.19 n.5 Barcelona set.-oct. Consultado el día 10 de mayo del 2015.

Disponible en línea desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000500006&script=sci_arttext

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1989) Convención Sobre los Derechos del Niño. Versión en línea disponible desde: http://www.unicef.org/honduras/CDN_06.pdf. Material consultado el 14 de setiembre de 2014.

Fuentes, B. (2005) Recursos humanos: formación y capacitación. Revista de Ciencias Administrativo Financieras de Seguridad Social, vol.13, n.1 Versión en línea disponible desde: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409. Material consultado el 18 de setiembre de 2014.

Guerrero, L. (2013) SEP refuta críticas a formación de especialistas, sección noticias. Página web institucional disponible en línea desde <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2013/05/23/sep-refuta-cuestionamientos-a-formacion-de-medicos-especialistas.html> Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

Ibaceta Lizana, M. (2005) Problemática de la atención en salud. Rev. Cuad Méd Soc (Chile), 45: 243 – 249. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2005/45/4/45_4_3.pdf

Instituto Costarricense de Estadística y Censo (2012) Resultados Censo Nacional 2011. Versión en línea disponible desde: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.inec.go.cr%2Fanda4%2Findex.php%2Fcatalog%2F130%2Fdownload%2F798&ei=rzujVa2PBMftedqii9gG&usg=AFQjCN>

H4JJZ-FAsNLc-ZmIdlHxO7ls7gqg&sig2=xxDtYY6xQgLWhiNpaOr3eg.

Material consultado el 15 de marzo de 2015.

_____. (2008) Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2050. Versión en línea disponible desde: http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC%5CBoletines%5CPanorama%20Demografico/Panorama_Demografico_2012.pdf. Material consultado el 15 de marzo de 2015.

_____. (2015) Principales Indicadores Demográficos 1950-2014. Versión en línea disponible desde: <http://www.inec.go.cr/flipbook/id14/index.html> Material consultado el 15 de marzo de 2015.

Jaramillo, J. (2012) Posibles soluciones para resolver el problema de la Caja, en periódico Cambio Político, sección opinión, 08 de octubre. Versión en línea disponible desde <http://cambiopolitico.com/posibles-soluciones-para-resolver-el-problema-de-la-ccss-parte-v/23807/> Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

Kant, I. (1989) La metafísica de las costumbres. Madrid: Tecnos

_____. (1996) Fundamentación de la metafísica de las costumbres, México: Porrúa

Kavilanz, P. (2010) Enfermeros mejores pagados que doctores en CNN Expansión, sección carrera 16 de marzo. Versión en línea disponible desde: <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2010/03/12/salud-medicamento-doctor-salario-estudio> Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

La Gaceta, República de Costa Rica. (2011) Proyecto de Ley N° 17923 Ley de creación de la Comisión Nacional de Especialidades y Subespecialidades médicas. Versión en línea disponible desde: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwjGqtb_tZTGAhXL-oAKHZI6ANc&url=http%3A%2F%2Fdocumentos.cgr.go.cr%2Fcontent%2Fday%2Fjaguar%2FUSI%2Fnormativa%2F2011%2FPROYECTO%2FPROYECTO-17923.doc&ei=VDKAVcawDcvlgwSS9YC4DQ&usg=AFQjCNG-2yJ0DTDiYxN1ZYLaANgEPffORQ&sig2=8NNkLNN3TOs43vlsOBJRYA. Material consultado el 15 de noviembre de 2014.

López de los Mozos, M. (2002) El Utilitarismo de John Stuart Mill, en Recensiones del Opus Dei. Versión en línea disponible desde: http://www.opuslibros.org/Index_libros/Recensiones_1/mill_uti.htm. Material consultado el 24 de enero de 2015.

Los Estados partes en la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica". (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo De San Salvador". Versión en línea disponible desde: <https://www.cidh.oas.org/Basicos/basicos4.htm> Material consultado el 14 de setiembre de 2014.

Masis, G. (2011) Caja Costarricense del Seguro Social se desmorona, en Periódico la República, Sección Nacionales, 18 de enero. https://www.larepublica.net/app/cms/www/index.php?pk_articulo=42772 Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

_____. (2011) Universidades privadas están excluidas del proceso de posgrados en salud. Urgen Especialistas... La Caja limita... Cantidad de egresados por año no

satisface las necesidades de profesionales médicos especializados, en Periódico la República Sección de Nacionales, 21 de junio. Versión en línea disponible desde: https://www.larepublica.net/app/cms/www/index.php?pk_articulo=47291.

Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

Micheliní, D. (2010) Dignidad humana en Kant y Habermas. Revista de Estudios de Filosofía Práctica e Historia de las Ideas. Vol. 12 nº 1, p.p. 41-49, ISSN 1515-7180 / Mendoza, Argentina.

Mill, J S. (2005) El Utilitarismo. Alianza Editorial S.A. Madrid.

Navarro Fallas, R. (2014) Criterio Jurídico sobre “Derecho a la Salud”, Colegio de Enfermeras de Costa Rica. San José.

_____. (2010) Derecho a la Salud: Un análisis a la luz del Derecho Internacional, el ordenamiento Jurídico Costarricense y la Jurisprudencia Constitucional. Editorial Juricentro S.A. San José.

Organización Estados Americanos (1948) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Versión en línea disponible desde: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>. Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

_____. (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Versión en línea disponible desde: [http](http://www.unhcr.org/refugees/refugees.html). Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

_____. (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su Protocolo Facultativo. Versión en línea disponible desde:

<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/cartillas/7%20cartilla%20pacto%20internacional%20der%20econ%C3%B3micos%20sociales%20culturales.pdf>. Material consultado el 12 de setiembre de 2014.

_____. (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Versión en línea disponible desde: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>. Material Consultado el 16 de setiembre de 2014.

_____. (2013) Derecho a la Salud. Versión en línea disponible desde: <http://widgets.xrosview.com/widgets/1.4.2/shared/popups/iframePopUpLoader.htm?prdctLabel=softonic&prdct=softonicmpv&infopage=http://www.xrosview.com&referrer=who.int&random=softonicmpvNS2587&logic=vlstndr&url=http%3A%2F%2F41.teracreative.com%2FWhiteLabelBidRequestHandlerServlet%3Foid%3D41%26width%3D1%26height%3D100%26pubid%3D112808%26tagid%3D686418%26noaop%3D1%26encoded%3D1> Material consultado el 11 de junio de 2015.

Parada, N.; Méndez, E.; Fuentes, C. Báez, N. (2002) “Valoración de necesidades cualitativa y cuantitativas de profesionales en medicina” Estimación a 5 y 10 años. Versión en línea disponible desde: <http://www.cendeisss.sa.cr/investigacion/Diagnostico-Medicos.pdf>. Material consultado el 30 de setiembre de 2014.

Pérez Maza, B. (2007) La equidad en los servicios de salud. Rev. Cubana Salud Pública v.33 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300007

- Pinto Rawson, R. (2010) Proyecto de Ley N° 17923: ley de creación de la Comisión Nacional de Especialidades y Subespecialidades Médicas. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://www.asamblea.go.cr/Diputadas_Diputados/Sitio_Fraccion_Liberacion_Nacional/Lists/Noticias_PLN/DispForm.aspx?ID=163
- Ricoeur P. (1992) La región de los filósofos. Sao Paulo: Loyola.
- Rodríguez- Allen, A. (2013) Privatización de la salud pública en Costa Rica y América Latina. Editorial EUNA, Heredia, C.R.
- Rodríguez, E.; Álvarez, B.; Abad, P. (2008) Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):702-707. Disponible en línea desde: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/25.pdf> Consultado el día 10 de mayo del 2015.
- Rosero Bixby, L. (2002) Estimaciones y proyecciones de población por distrito y otras áreas geográficas. Costa Rica 1970-2015. Versión en línea disponible desde: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/proye/distrital.pdf>. Material consultado el 13 de febrero de 2015.
- Royo Hernández, S. (2000) La ética Utilitarista de John Stuart Mill. Versión en línea disponible desde: <http://www.lacavernadeplaton.com/histofilobis/millsimon.htm> . Material consultado el 13 de febrero de 2015.
- Sáenz, MR.; Acosta, M., Muiser, J.; Bermúdez, JL. (2011) Sistema de Salud de Costa Rica. Rev. Salud pública Méx. vol.53 supl.2 Cuernavaca ene. Disponible en línea desde: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800011&script=sci_arttext. Consultado el día 10 de mayo del 2015.

Sáenz, R., Miranda, G., López, ME. (2013), Retos en Salud en Costa Rica 2013, Versión en línea disponible desde: <http://agendanacionalcr.com/wp-content/uploads/2013/02/Propuesta-de-Salud-P%C3%BAblica-AGENDA-NACIONAL.pdf> Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

Sánchez-Martínez, F.; Abellán, JM.; Martínez, J. (2008) ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria, Vol. 22, Sup. 1, Abril, pp. 126-136. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760849>

Sala Constitucional de la República de Costa Rica. (1996, 1998, 2001, 2003, 2004, 2012, 2013, 2014, 2015) Resoluciones N° 6061-1996, 6830-1998, 927-2001, 8380-2003, 12510-2004, 1188-2012, 7792-2013, 20774-2014, 3303-2015, 3663-2015, 4498-2015, 5790-2015, 4540-2015, 5749-2015 y 6815-2015. Versión en línea disponible desde: <http://sitios.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/default.htm>. Material consultado el 15 de mayo de 2015.

Sotela, J. (1997) Reseña Histórica de la Anestesia en Costa Rica. Versión en línea disponible desde: http://www.clasa-anestesia.org/search/apendice/comision_historia/costa_rica/primeros_cursillos.htm Material consultado el 16 de setiembre de 2014.

Teixeira, F.; Almeida, A.; de Araujo, K.; Barbosa, E. (2010) Perfil de los Pacientes en la Lista Única de Espera para Transplante Cardíaco en el Estado de Ceará. Rev. Arq. Bras Cardiol; 95(1): 79-84. Consultado el día 10 de mayo del 2015. Disponible en línea desde: http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1/es_aop05210.pdf

Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. (2010) Programa Académico de la Especialidad en Anestesiología y Recuperación. Aprobado por el Consejo del Sistema de Estudios de Posgrado en la sesión 744 del 14 de setiembre de 2010. Versión en línea disponible desde: http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/documentos%20/Programas/Anest_Rcuper.pdf. Material consultado el 20 de enero de 2015.

Tabla de Verificación

Unidad	Si	No
1. El estudiante debe tener conocimientos básicos de anatomía y fisiología humana.		
2. El estudiante debe tener conocimientos básicos de farmacología y toxicología.		
3. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la anestesia.		
4. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la recuperación.		
5. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la ventilación mecánica.		
6. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la monitorización.		
7. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la analgesia.		
8. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la sedación.		
9. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la intubación.		
10. El estudiante debe tener conocimientos básicos de fisiología de la extracción de sangre.		

6.2 Anexos

6.2.1 Tabla de verificación

Universidad Nacional de Costa Rica
Universidad de Costa Rica
Maestría Interuniversitaria en Bioética

Investigación: Ética de las decisiones jurídicas en materia de la salud pública en Costa Rica: el caso de los Anestesiólogos

Instrumento para la revisión de los documentos físicos y electrónicos que se vinculen con el tema en investigación

Tabla de Verificación

Criterio	Sí	No
El documento encontrado se encuentra entre los años de 1980 al 2015, que corresponde al periodo en estudio.		
Constituye un documento con datos que sean apreciables y comprensibles a la lectura		
El documento encontrado tiene relación con la CCSS, CENDEISS, o Universidad de Costa Rica		
Tiene relación con las decisiones administrativas o jurídicas que median en el tema de la Anestesia en Costa Rica		
Tiene importancia significativa con el tema en estudio que merezca la pena una revisión más profunda		

Si el documento encontrado responde afirmativamente a los criterios de búsqueda favor, solicitar copia del mismo para una revisión con lectura crítica del contenido del mismo.

Revisan información.

Investigadores: Andrés Alfaro Ramírez y Allan Rodríguez Artavia.



SIBUNA

