

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

“Vivencias sobre las formas de contratación y sus implicaciones en las condiciones laborales del personal de enfermería a partir de la implementación de la Ley N°7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1998.”

Sustentante:

Steven Picado Solano

Comité asesor:

MSc. Denis Carrillo Díaz, director.

MSc. Rebeca Gómez Sánchez, lectora.

Lic. Marianella Lizano Cascante, lectora.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

2023

## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de enero 2023**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Steven Javier Picado Solano**, carné **A94778**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Denis Carrillo Díaz, Director  
Rebeca Gómez Sánchez, Lectora  
Marianella Lizano Cascante, Lectora  
Patricia Vargas Leitón, Quinto miembro  
Derby Muñoz Rojas, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Steven Javier Picado Solano** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Steven Javier Picado Solano**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: "**Vivencias sobre las formas de contratación y sus implicaciones en las condiciones laborales del personal de enfermería a partir de la implementación de la Ley No.7852: Ley de desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1998.**"

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág. 2 de 2  
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
30 de enero 2023

#### ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciséis** horas.

Denis Carrillo Díaz Denis Carrillo Díaz, Director

Rebeca Gómez Sánchez Rebeca Gómez Sánchez, Lectora

Marianella Lizano Cascante Marianella Lizano Cascante, Lectora

Patricia Vargas Leitón Patricia Vargas Leitón, Quinto miembro

Derby Muñoz Rojas Derby Muñoz Rojas, Preside

Postulante Postulante

Cc Expediente  
Postulante

SELLO



# Agradecimientos

*Quiero dar gracias a todas las personas que de una u otra manera se vieron involucradas y contribuyeron en el proceso que fue realizar mi trabajo final de graduación.*

*Agradezco a mis familiares, amigos y profesionales que me ayudaron a no rendirme y a buscar dentro de mí la fortaleza que necesitaba para concluir una etapa importante de mi vida.*

*De manera especial quiero agradecer a mi esposa Adriana quien siempre estuvo a mi lado en los altos y bajos. con su amor y apoyo incondicional en cada decisión que tomé durante la marcha.*

*A mi director de tesis, profesor y amigo Denis quien me mostró ejemplos de lo que es ayudar a sus semejantes, de interesarse en los demás por el solo hecho de hacer el bien, de lo que significa ser paciente y comprensivo con las personas, por eso y más tendrá mi eterna gratitud.*

*A este proyecto, que además de darme pruebas y retos me dejó enseñanzas como estudiante, como profesional, como enfermero y como persona.*

*Y el más profundo agradecimiento a mi persona, por el trabajo realizado, por el esfuerzo, por siempre seguir adelante y por llevarme al final.*

Steven Picado Solano.

Licenciado en Enfermería.

# Dedicatoria

*Este trabajo es dedicado a todas las personas profesionales de enfermería que enfrentan situaciones laborales precarias, que a pesar de las dificultades ponen su mejor actitud para cuidar de las personas y seguir adelante.*

*Es especialmente dedicado a los 10 participantes de este estudio, a esos hombres y mujeres que me permitieron conocer un poco de su vivencia como profesionales y que compartieron esos detalles tan personales que tal vez no compartirían con cualquiera, gracias a ellos esta investigación fue posible y lleva consigo la esperanza de generar un cambio a esta situación que enfrenta la profesión de Enfermería.*

Steven Picado Solano.

Licenciado en Enfermería.

# Resumen

Este trabajo de investigación cualitativo de tipo descriptivo hace un recuento histórico sobre la influencia de organismos financieros internacionales y de políticas neoliberales en las políticas de salud nacionales y busca la relación entre los procesos neoliberales y las reformas legislativas con impacto en el sector salud. A su vez explora a través de las vivencias del personal de Enfermería, las formas de contratación y las implicaciones en sus condiciones laborales, así como los retos que enfrentan en este ámbito. Por último, busca generar una mirada hacia una situación de desventaja en la que se encuentran algunos para dar voz a las personas que viven esa realidad.

**Palabras clave:** Enfermería, vivencias, neoliberalismo, política, flexibilidad laboral, precariedad laboral, condiciones de trabajo, síndrome de burnout.

## Índice de contenido

Capítulo I. Introdutorio .....	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del problema de investigación .....	3
1.2.1 Justificación.....	3
1.2.2 Significancia del problema .....	8
1.2.3 Pregunta de investigación.....	9
1.2.4 Objetivos de la investigación.....	10
1.2.5 Área y línea de investigación.....	10
Capítulo II. Marco Referencial .....	11
2.1 Marco empírico.....	12
2.1.1 Reformas de salud en Costa Rica .....	20
2.1.2 Reformas del sector salud del proceso neoliberal .....	22
2.1.3 En referencia a la Ley N.º 7852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS.....	27
2.2 Marco conceptual .....	31
2.2.1 Condiciones laborales.....	31
2.2.2 Flexibilidad laboral.....	34
2.2.3 Formas de Contratación.....	35
2.2.4 Precarización .....	37

2.2.5 Subempleo .....	40
2.2.6 Sufrimiento laboral .....	41
2.2.7 Sufrimiento moral.....	42
2.2.8 Vivencias .....	45
Capítulo III. Diseño metodológico .....	50
3.1 Enfoque investigativo .....	51
3.2 Tipo de estudio .....	51
3.3 Participantes .....	53
3.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	54
3.5 Técnica de recolección de la información .....	54
3.6 Análisis de los datos .....	55
3.7 Categorías de análisis .....	58
3.8 Criterios de bioética.....	62
Asociación colaborativa .....	62
Valor social.....	62
Validez científica.....	63
Selección justa de los participantes .....	63
Balance riesgo-beneficio favorable .....	64
Evaluación independiente.....	65
Consentimiento informado .....	65



5.3.2 Efectos adversos para el personal de enfermería.....	137
5.3.3 Complejidad de la profesión.....	141
5.3.4 Gajes del oficio.....	143
5.3.5 Estrés laboral .....	145
5.3.6 Sufrimiento laboral y moral.....	147
5.3.7 Respuesta a la pregunta de investigación .....	151
Capítulo VI. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones .....	155
6.1 Conclusiones.....	156
6.2 Recomendaciones .....	164
6.3 Limitaciones .....	165
Referencias bibliográficas .....	166
Anexos.....	180
Anexo A. Entrevista semiestructurada .....	181
Anexo B: Consentimiento informado.....	184

## Índice de tablas

Tabla 1. Legislación Nacional relacionada con el Sector Salud de Costa Rica .....	24
Tabla 2. Categorías de análisis según los objetivos de investigación .....	58
Tabla 3. Características sociodemográficas de los y las informantes.....	69
Tabla 4. Mecanismos de contratación .....	71
Tabla 5. Estado de la contratación, puesto para el que fue contratado.....	72
Tabla 6. Estado de la contratación, variaciones en el puesto de trabajo.....	73
Tabla 7. Estado de la contratación, experiencia en el trabajo actual .....	74
Tabla 8. Cambios en el puesto de trabajo.....	76
Tabla 9. Precarización laboral, condiciones laborales.....	77
Tabla 10. Precarización laboral, cumplimiento de perfiles .....	78
Tabla 11. Historia laboral, año de egreso de la academia .....	80
Tabla 12. Historia laboral, año en que inició a laborar con licenciatura en enfermería .....	81
Tabla 13. Percepción sobre la vida laboral como profesional de Enfermería .....	82
Tabla 14. Roles de trabajo .....	83
Tabla 15. Horas extra.....	85
Tabla 16. Días libres y vacaciones .....	86
Tabla 17. Derechos laborales.....	88
Tabla 18. Percepción sobre la práctica profesional como enfermero o enfermera.....	89
Tabla 19. Realización profesional .....	90
Tabla 20. Satisfacción laboral .....	92
Tabla 21. Sufrimiento laboral.....	93
Tabla 22. Cantidades y porcentajes de trabajadores de enfermería en la CCSS .....	120

## Índice de figuras

Figura 1. Promedio de tiempo para encontrar el primer empleo para los profesionales de enfermería.....	125
Figura 2. Tipos de puestos ocupados por enfermería .....	126
Figura 3. Esquema del origen y efectos de la flexibilidad laboral. ....	153

# **Capítulo I. Introductorio**

## **1.1 Introducción**

En la década de los ochenta Latinoamérica fue sujeto de una serie de transformaciones resultantes de los efectos de políticas neoliberales de organismos financieros internacionales, la reforma a la Ley General de Salud en 1981 y la aprobación de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS en 1998 son ejemplos del impacto de estas políticas en Costa Rica.

Dentro de este contexto y bajo el diseño de estudio cualitativo descriptivo se busca explorar las vivencias del personal de enfermería sobre las formas de contratación y sus implicaciones en las condiciones laborales a partir de la implementación de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS, esto mediante la revisión de fuentes bibliográficas de eventos históricos, estudios similares a nivel regional y global, así como otros conceptos importantes para la comprensión del fenómeno.

Actualmente el gremio de enfermería enfrenta diferentes retos a nivel laboral como la precariedad, el desempleo, el subempleo entre otros, este trabajo busca generar una mirada a este fenómeno y dar voz a los y las colegas que viven esta realidad, además es un esfuerzo de reflexión y análisis crítico de la temática en busca de una relación entre los procesos neoliberales y las reformas legislativas con impacto en el sector salud y las condiciones laborales de los y las profesionales que ejercen la Enfermería.

El presente trabajo de investigación se desarrolló para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería, el mismo contiene seis capítulos iniciando con una introducción seguido del marco referencial, la metodología implementada, la presentación de resultados, la discusión sobre lo encontrado y finalmente las conclusiones y recomendaciones del

investigador. Su objetivo es describir las vivencias sobre las formas de contratación y sus implicaciones en las condiciones laborales del personal de enfermería a partir de la implementación de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1998, para ello recurrió metodológicamente al estudio de tipo cualitativo a través de entrevistas centrado en las experiencias laborales del personal profesional de Enfermería; esto constituyó un insumo de gran valor al tratar de recuperar las diferentes posiciones político-ideológicas involucradas en torno al tema de estudio y para responder a la pregunta *¿Cómo son las vivencias sobre las formas de contratación y condiciones laborales de los y las profesionales de Enfermería producidos a partir de la implementación de la Ley No. 7852?*

Por otro lado, este estudio pertenece al área de investigación Sociedad, Cultura y Salud, y a su vez a la línea investigativa de Entorno laboral, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica al examinar las condiciones laborales que han enfrentado y deben enfrentar los enfermeros y las enfermeras en el ejercicio de la profesión.

## **1.2 Planteamiento del problema de investigación**

### 1.2.1 Justificación

La descentralización en América Latina a modo general, puede decirse que históricamente ha dejado una profunda huella en el desarrollo de las sociedades, la gestión pública y las sistemáticas formas de ajustes estructurales posteriores a los años 50`s ejecutadas en las diferentes esferas de la vida social, económica, política, educativa, de salud, entre otras (Montecinos, 2005, p. 77-83).

En el caso específico de los procesos de descentralización y reformas a la salud, junto a la esfera educativa, se debe entender que desde sus primeros intentos de transformar el orden social entre los años 50`, y 70`s han implicado sensibles cambios en la vida colectiva, pues la idea de Estado Social se ha ido deteriorando progresivamente en detrimento de los sectores más vulnerables de la estructura social en muchos países latinoamericanos. (Trejos & Valverde, 2000, p. 107)

Según Trejos y Valverde (2000) lo anterior tiene su génesis en la crisis del capitalismo del Primer Mundo, que a modo de solución comenzó a ver en la mercantilización de sectores como la salud “campos fecundos para salir de la crisis” (p. 107). Sin embargo, fue hasta inicios de la década de los 80`s, que a nivel latinoamericano y en especial en los casos de Cuba y Chile, se hicieron importantes reformas en Salud, a las que posteriormente se le unieron México a finales de los 80`s, y Brasil a inicios de los 90`s (Mesa, 2005, p. 31). En 1993 el Banco Mundial publicó su informe “Invirtiendo en la Salud, proponiendo reformas”, en el cual no solamente se retomaron algunas de las reformas ya gestadas en estos países, sino que también insinuaba el camino a seguir para el resto de los países de la región, incluido Costa Rica. (Mesa, 2005, p. 31)

Pese a que en nuestro país se iniciaron los primeros experimentos neoliberales en los años 80`s, y se buscó la transformación de la CCSS, no se lograron deteriorar de forma inmediata los pilares de la Seguridad Social que hasta finales de los 70`s, y desde su creación en 1943 esta institución poseía. Bajo la idea de solidaridad social, permanecieron intactos a través de los robustos programas de cobertura de servicios médicos a regiones urbanas y rurales, la universalización de la salud, la promoción de programas de salud pública, como el saneamiento ambiental, la planificación familiar, entre otras. (Trejos & Valverde, 2000, p.

108) Sin embargo, fue durante la década de los 80's que se fueron acentuando varios factores que terminaron de deteriorar la esfera de salud, haciendo cada vez más legítima y necesaria la ejecución de una reforma a esta. Trejos y Valverde (2000) sostienen que la crisis del sistema de salud costarricense en ese periodo se dio por la combinación de varios factores, los cuales son **a)** la ineficiencia en la gestión y administración de los servicios de salud, **b)** la crisis económica que vivió Costa Rica entre 1979 y 1982, **c)** la adopción de políticas institucionales que formaban parte de los Programas de Ajuste Estructural (PAES), ejecutados en los 80's, **d)** la pérdida de interés de los gobernantes del país, en las funciones del Ministerio de Salud, su consecuente recorte de recursos para el sector salud y a la CCSS directamente, y finalmente, con la llegada del informe del Banco Mundial, **e)** mayores restricciones presupuestarias a la CCSS. (p. 109-110)

Dichos factores, implicaron una serie de desventajas para el sector Salud en general y para cada una de las ramas profesionales que lo constituyen, por lo tanto, para Enfermería posee una importancia central la comprensión del contexto histórico que enmarcan las normas que han modificado las formas de contratación y procesos de regulación laboral presentes en el ejercicio de nuestra profesión en la sociedad costarricense actual.

En cuanto a los efectos de la Reforma en Salud realizada en Costa Rica, relacionados con el aspecto laboral, se debe considerar la tendencia actual de la administración de recursos humanos en salud que se ha venido limitando a la aplicación de procedimientos, de forma rutinaria y sin tomar en cuenta los procesos de la organización del trabajo y caracterizándose por una verticalidad burocrática, alejada de la realidad, las necesidades de los servicios de salud y su dinámica (Trejos & Valverde, 2000, p. 116). Ahora bien, es a raíz de esto que la desconcentración administrativa y nuevas formas de contratación laboral arremeten contra

los logros en los códigos laborales, transformando las condiciones de trabajo de los y las profesionales en salud, restando sutilmente derechos y simultáneamente debilitando la organización laboral, a través del camino al que se le ha llamado eufemísticamente “flexibilidad laboral” pero que en realidad se trata de una precarización laboral. (Martínez & Mesa, 2003, p. 43).

Aunque inicialmente la Reforma en Salud propuso no sólo mantener sino también fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, la necesidad de ejecutarse como pronta solución a los serios problemas de calidad y oportunidad de los servicios de salud propició un desbordante conjunto de cambios que irremediablemente abrieron “portillos” a la privatización y fragmentación del sistema único de salud. (Martínez & Mesa, 2003, p. 44)

Tras la reforma en Salud y la mercantilización de los servicios de salud, se puede hablar de una expansión del mercado laboral del sector y una transformación de los modelos de gestión y administración de los recursos humanos, (Trejos & Valverde, 2000, p. 109), esto viene a plantear la necesidad de conocer la evolución que ha tenido Enfermería como profesión y sus características dentro del nuevo modelo de gestión y desarrollo de los servicios médicos del sistema.

Aunque respecto a esto no abundan estudios específicos referentes a la evolución de la Enfermería en Costa Rica dentro de los modelos de desarrollo, si existen algunos artículos como el de la autora Blanca Rosa Vega Camacho, que representan un esfuerzo por analizar la trayectoria histórica de la Enfermería y cómo existió ocupando el estatus de oficio, para luego constituirse en una institución de profesionales al servicio de la sociedad. Este artículo también recalca el papel de los enfermeros y las enfermeras en el ejercicio profesional a

través de las distintas etapas de la historia de la disciplina, primeramente, impulsada por las mujeres y posteriormente profesionalizada con la incursión de éstas en la educación y el mercado laboral (Vega, 2013, p. 56).

Sin embargo, queda pendiente la tarea de aumentar la labor investigativa acerca de las transformaciones acontecidas en el ejercicio profesional durante los últimos años y la comprensión de este aspecto dentro de un entorno de nuevas dinámicas de mercado y marcos jurídicos, a fin de posicionar mejor la perspectiva de la Enfermería como ciencia, su aporte a los servicios médicos y a la salud de la sociedad.

Para ampliar el panorama sobre el tema además del recuento histórico, es preciso analizar la importancia que tuvo la Ley No. 7852 en el sector profesional de salud específicamente en Enfermería, por lo que es necesario señalar algunos de los compromisos de gestión que contiene la misma, en conformidad con el objetivo jurídico de desconcentración y sus efectos en las formas de contratación y regulación del ejercicio profesional en la actualidad. Como parte de los resultados de la Ley No. 7852, se encuentra la desconcentración hospitalaria, y su imperante demanda de recursos institucionales en la realización de estudios técnicos para administrar y redistribuir el recurso financiero y humano, según las características de las áreas de salud creadas. Parte de estos llamados “compromisos de gestión” buscaron trasladar paulatinamente funciones del órgano institucional desconcentrado, nuevos actores y dirigentes que en principio tenía como objetivo la agilización y eficiencia de los servicios médicos (CCSS, 2003).

En cuanto a las formas de contratación de profesionales actualmente, es importante hacer un esfuerzo de reflexión acerca de la pérdida de ventajas que tradicionalmente poseían una presencia fuerte en las relaciones laborales, tales como la idea de estabilidad laboral,

protección contra el desgaste, protección del nivel de vida y movilidad del lugar de trabajo, según lo establece la normativa tradicional del Ministerio de Salud y la CCSS (Trejos & Valverde, 2000, p. 119). Es a partir de los 90's que se da un drástico cambio a raíz de las nuevas formas de contratación laboral en el sector salud, caracterizado por una mayor intermediación de la empresa privada en franca expansión, nuevas modalidades de subcontratación o tercerización de los servicios médicos, además de otros aspectos como la subcontratación de empresas e instalaciones por parte de la CCSS (Trejos & Valverde, 2000, p. 120).

En el caso de los y las profesionales en Enfermería, dentro de este nuevo período y con la creación de la Ley No. 7852 prácticamente se duplicó el porcentaje de personal del sector, pues siendo de un 5.1% en 1990, llegó al 13.8% en 1999 (Trejos & Valverde, 2000, p. 75), pese a esto, las condiciones laborales tendieron a precarizarse respecto a las jornadas de trabajo, la regulación del ejercicio profesional y otros derechos laborales de la forma de contratación tradicional, esto es lo que finalmente representa el objeto de estudio del presente diseño de investigación, a fin de actualizar el panorama de lo que hasta el día de hoy viene aconteciendo con los y las profesionales de salud en general y en específico con los enfermeros y enfermeras de nuestro país.

### 1.2.2 Significancia del problema

En el desarrollo de este proceso se ha hallado y pretende seguir en la búsqueda de evidencia que muestre que la profesión de Enfermería ha encontrado dificultades en el aspecto laboral cuando una crisis o una iniciativa de un ente económico importante se pronuncia, sin embargo no todos los o las profesionales y estudiantes de Enfermería tienen conciencia de este hecho, debido a que generalmente se absorbe el cambio, aunque no sea lo

más beneficioso, y los intentos de oponerse han resultado frustrados por la falta de apoyo y liderazgo del gremio. Por esta razón se justifica el desarrollo de la presente investigación y con sus resultados, promover y desarrollar la conciencia epistemológica y la participación de los y las profesionales de Enfermería cuando se requiera defender sus derechos.

Si bien es un cuerpo de conocimiento científico muy amplio, el contenido de este estudio busca reflejar en forma general su condición actual en materia de mercado laboral, específicamente las formas de contratación y permanencia que ofrecen los entes empleadores, mediante la revisión bibliográfica y los relatos de profesionales implicadas o implicados en el proceso con el fin de aportar al acervo de conocimiento científico sobre el tema.

### 1.2.3 Pregunta de investigación

Vistos los antecedentes y haciendo referencia acerca del lugar que la fuerza de trabajo en Enfermería ha tenido históricamente en las sociedades del mundo entero y en específico, en América Latina, es preciso ahondar sobre el tema propuesto, teniendo en consideración lo dicho en el reciente estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), acerca de que los enfermeros y enfermeras han desempeñado un papel importante en las actividades comunitarias de salud en las Américas y han constituido una fuerza de trabajo fundamental en el desarrollo de programas que toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones (Velandia, 2011, p. 71), por lo tanto se busca definir *¿Cómo son las vivencias sobre las formas de contratación y condiciones laborales de los y las profesionales de Enfermería producidos a partir de la implementación de la Ley No. 7852?*

#### *1.2.4 Objetivos de la investigación*

##### *Objetivo general*

Describir las vivencias sobre las formas de contratación y sus implicaciones en las condiciones laborales del personal de enfermería a partir de la implementación de la Ley N° 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1998.

##### *Objetivos específicos*

- Elaborar un perfil sociodemográfico de los y las participantes.
- Identificar las condiciones laborales del personal profesional de enfermería.
- Identificar las diferentes percepciones sobre la vida laboral de los profesionales en enfermería.

#### *1.2.5 Área y línea de investigación*

Este estudio pertenece al área de investigación Sociedad, Cultura y Salud, y a su vez a la línea investigativa de Entorno laboral, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

## **Capítulo II. Marco Referencial**

## 2.1 Marco empírico

A nivel mundial se han realizado diversos estudios sobre políticas en salud y las reformas a éstas, cuyos contenidos son de suma importancia para el presente diseño de investigación a modo de contexto e introducción a los temas que están, de alguna manera relacionados a la temática específica que se pretende abordar. Es a partir de la revisión de tal producción empírica que se logra la comprensión de diferentes líneas de análisis que, ayudarán al abordaje del tema sobre las relaciones e impactos de tales transformaciones en el ejercicio profesional y relaciones laborales en la Enfermería.

En la revisión bibliográfica y documental realizada, se han encontrado investigaciones, sobre todo de la región Iberoamericana. En España, Guillén, (1987), realizó un estudio, de enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), sobre la planificación de la sanidad española, en el cual analiza la estructura actual y los procesos de cambio del capital humano que trabaja en el sector sanitario, utilizando para ello datos disponibles del Censo realizado en 1981 en ese país (Guillén, 1987, p. 2).

Guillén, (1987), afirma que en referencia al aspecto geográfico, los recursos de capital humano sanitario están distribuidos de modo desigual, y que el empleo sanitario que se concentra en las zonas más urbanas, produce un severo abandono de la oferta de servicios médicos en zonas más remotas y vulnerables; ya que, según el autor, “el modelo elitista de personal sanitario ha producido en España un sector asalariado especializado con una abundancia de personas licenciadas y una escasez de personal de Enfermería, pauta que es más acusada en las regiones menos desarrolladas” (p. 4). Finalmente, la investigación evidencia que hay una elevada jerarquización en el personal sanitario español y reseña a lo largo de los treinta años anteriores al año de la publicación del estudio, tres procesos básicos

referentes a las formas de empleo sanitario, los cuales son; rejuvenecimiento, feminización y urbanización.

En Argentina se ha realizado un amplio debate sobre las reformas sanitarias y en específico el régimen de seguridad social, dentro de un contexto de convulsión y desequilibrio financiero característico de este país. Mónica Panadeiros (1996), aborda el tema a nivel teórico en un primer momento de su investigación, luego, mediante el recurso de diagnóstico general, ofrece un panorama de los sistemas de salud y seguridad social argentinos, inmerso en las nuevas formas de mercado y relaciones económicas.

Esta investigación de enfoque mixto (cualitativo/cuantitativo), constituye así mismo una propuesta de reforma al sistema de salud existente, a fin de responder al aumento del costo general de los servicios en esa área. Una de sus tesis toca en específico, lo referente al diseño de un sistema de salud alternativo ya que el actual por causa de la naturaleza del mercado y la atención médica en general, impide la eficiencia y equidad (Panadeiros, 1996, p. 303). La autora busca examinar la tendencia que a nivel internacional han tenido los sistemas de salud con fuertes intervenciones del sector público, los cuales han ido paulatinamente introduciendo, por un lado, formas de prestación basadas en incentivos de mercado y por otro, mayores regulaciones de las intervenciones estatales en la forma de prestación de los servicios médicos a fin de proponer (en buena teoría), reformas positivas para el sistema argentino. (Panadeiros, 1996, p. 267)

Más recientemente, Aspiazu (2017), plantea que en la Argentina son diversas las problemáticas que afectan a los profesionales de la Enfermería, causando un fuerte impacto no solo en sus condiciones laborales, sino también en la calidad de servicio de atención al paciente que estos profesionales deben prestar. Condiciones como la sobrecarga laboral, el

denominado pluriempleo, los bajos salarios, aunados a deficiencias en infraestructura y escasez de insumos, constituyen la situación general del sector. Hace la observación de que es la enfermería el sector que presenta mayor vulnerabilidad, ya que esta ocupación está sujeta a rígidas regulaciones, por un lado; mientras que, por otro, se presentan como un gremio con una estructura sindical muy compleja que deteriora su representación, limitando sus posibilidades de realizar justas demandas de su ejercicio frente a las autoridades competentes.

Uno de los aspectos más complejos es el referente a la precarización de las formas de contratación, tanto en el sector público como en el privado, las cuales presentan tres modalidades principales: los profesionales que conforman la planta permanente del Estado, con garantía de estabilidad en el cargo; los de régimen de contratación periódico, que gozan de protección social y garantías; y, los regímenes de contratación sin relación de dependencia. Además, explica Aspiazu (2017), que el déficit en la cantidad de enfermeras/os, el gran número de estos trabajadores dentro de las categorías de menor calificación, la desvalorización de la enfermería que da una relativa situación de desventaja dentro de los equipos de salud, le confieren un gran nivel de complejidad al ámbito laboral de estos profesionales, determinando que esta ocupación termine en una condición de mayor precariedad con respecto a los otros profesionales del sector salud. (p. 11)

En México, Lomelí (2001), analizó las cambiantes condiciones laborales en el sector salud, impulsadas por las dinámicas del mercado, la crisis frente al crecimiento del número de asegurados, y la reducción de recursos de los organismos de la seguridad social; así mismo la transición demográfica y el consecuente abandono del sistema de reparto hacia el libre mercado de los servicios de salud. Granados et al (2003), además, realizó un análisis de la

descentralización sanitaria, mediante un enfoque cualitativo, cuya propuesta investigativa representa un esfuerzo que muestra en datos, los cambios en la política sanitaria y su reforma. Con relación a lo anterior, otros autores centran su atención en el aspecto de la administración federal del gobierno mexicano en el sector salud y sus complejos procesos de descentralización mediante la intervención del mercado de servicios médicos privados y los cambios en la forma de participación del Estado. (Tamez & Valle, 2005)

También en México, existen diversos estudios sobre el tema de reformas sanitarias, por ejemplo, el autor Gustavo Barrientos (1983), abordó el tema de los impactos del contexto laboral estructural de los y las profesionales en salud, en específico de las enfermeras, considerando la relación entre los procesos de inserción laboral de tales profesionales y los procesos propios de salud-enfermedad de estos. Esta investigación cualitativa, analiza los factores relacionados al riesgo laboral, y otros determinantes sociales que tienen incidencia directa en las condiciones físicas y mentales de las enfermeras (Barrientos, 1983), pese a la antigüedad del estudio, resulta un referente del análisis de las especificidades temáticas inmersas en las disciplinas del sector salud.

Este tema ha sido objeto de estudios a lo largo del tiempo ya que de por sí, el ejercicio profesional de la Enfermería, dada la naturaleza de este, reviste una sobrecarga física, emocional y mental importantes, a las cuales se les suma el estrés causado por la precariedad de las condiciones laborales de los profesionales del sector de la salud, inducidas por el deterioro a las que han sido sometidas por causa directa de las reformas del sistema. A este respecto, Sauñe et al (2012) plantean que: “En tal sentido, el hospital constituye uno de los entornos laborales más estresantes y la profesión de enfermería es considerada una ocupación agotadora y agobiante debido a que diariamente enfrenta situaciones difíciles y riesgosas;

sobre todo cuando se encuentran laborando en ambientes inadecuados como lo es la infraestructura e incluyendo a los factores climáticos y las relaciones interpersonales. (p. 92)

En Colombia, el estudio de Velandia (2011), aborda la situación de la Enfermería al término del siglo XX y comienzos del XXI, en lo relacionado con las prácticas de salud, su ejercicio profesional y lo referente a la situación legal y gremial de quién lo ejerce. (p. 1) Además, a modo similar del presente diseño de investigación, enfatiza el impacto que produjo una Ley específica en la forma de ejercer la profesión. También analiza la Ley 100 de 1993 o Ley de Seguridad Social en Salud en la práctica de la Enfermería en Colombia. (Velandia, 2011, p. 70)

Este estudio señala que, en relación con las formas de contratación y relaciones laborales del personal en Enfermería, hay una tendencia de mayor afectación en las mujeres que en los hombres. Algunos de los cambios en la práctica de Enfermería son para la autora, similares en países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos (estado de Texas), México y Uruguay, pues dichos cambios consisten en que hay más trabajo en menos tiempo y con menos personal, la existencia de más trámites administrativos, fuertes incrementos de trabajo práctico que resultan en una reducción del tiempo de cuidado del paciente, pese a la gravedad de éste. (Velandia, 2011, p. 69)

Respecto al mercado de trabajo y el efecto de las mencionadas leyes de esta investigación, se evidenció que los traslados de personal y la migración entre instituciones es una categoría común en los países estudiados. En este sentido, la precarización de las condiciones de trabajo, incluidos los contratos a corto plazo y beneficios restringidos, alteraron la composición de la fuerza de trabajo, y por ende la prestación de importantes

servicios médicos, la constitución de la estructura administrativa de estos profesionales y las características de la población atendida. (Velandia, 2011, p.70)

En el mismo orden de ideas, la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, ACOFAEN, menciona que el incremento de la flexibilización en el ámbito laboral, ha propiciado la generación de nuevas formas de contratación “para garantizar la mayor eficiencia de los recursos humanos y disminuir las cargas económicas a los empresarios” y añade que actualmente en el país, particularmente en la enfermería, se evidencian tres formas alternativas de contratación: el teletrabajo, tercerización o “Outsourcing” y las Cooperativas de Trabajo Asociado. Lo que pone en evidencia los cambios que han tenido las condiciones de un contrato de trabajo; ya éste pasó de ser garantía de estabilidad laboral, seguridad social, ofrecer primas, vacaciones, reconocimiento de trabajo suplementario, cesantías y derecho a asociación; a sólo ser un “acuerdo cooperativo” en el cual el trabajador carece de una verdadera relación laboral que le permita todos esos beneficios (ACOFAEN, 2021).

En el caso de Costa Rica, según Navarro (06 de mayo de 2019) hacen referencia de los graves problemas de desempleo y de subempleo que atraviesan los profesionales de enfermería en este país. Según el autor, el Colegio de Enfermera(o)s de Costa Rica, (CECR), afirma que hay más de tres mil profesionales que no han logrado trabajo alguno en el área; mientras más de cuatro mil personas están en condición de subempleo, con la esperanza de lograr ser recalificadas y puedan optar a una plaza como enfermera(o) profesional.

La situación laboral de estos profesionales no solo se ha visto afectada por la flexibilización de las formas de contratación, sino también por el gran número de egresados de la carrera de enfermería que cada año surge en el país, gracias a la oferta de estudios de

ocho universidades privadas que, adicionalmente a la universidad pública, imparten estudios en el área (Ávalos, Á, 9 de junio de 2019).

Contrario a lo reportado para la casi totalidad de los países latinoamericanos, Calderón et al, (2019), concluyen en su investigación que:

“Los enfermeros en el Ecuador cubren el 50% de la demanda de acuerdo a las recomendaciones de la OMS es decir 12 de 23 enfermeros por cada 10.000 habitantes; la jornada laboral se desarrolla en condiciones similares a las demás profesiones de servicio público, es decir, la jornada laboral comprende 40 horas semanales distribuidas en 8 horas diarias; la remuneración mensual que perciben los profesionales en enfermería duplica el costo de la canasta básica, lo que se puede considerar adecuado de acuerdo a los indicadores establecidos para la región; la falta de formación de postgrado y la fragmentada representación gremial podrían influir en el desarrollo de la profesión”. (2019, s.p)

A nivel latinoamericano, el tema de las reformas sanitarias ha calado de forma significativa en la organización y funcionamiento de los sistemas de salud; sobre este tema se han publicado varios estudios referentes a la situación en ese campo en diferentes países de la región; *a este respecto*, Sauñe, Bendezù & Oscoco, (2012), opinan que “las condiciones laborales en las que se desempeñan los enfermeros en América Latina, promueve que estos profesionales busquen alternativas de desarrollo fuera de su país”. (p. 92)

En un análisis de las condiciones laborales de los trabajadores del área de la salud, particularmente de la enfermería, en la Región de las Américas, Cassiani et al (2018), determinaron que existe un patrón de distribución muy heterogéneo de la densidad de los

profesionales de la salud en estos países; el cual presenta una variación que va desde 3.5, enfermeros por cada 10,000 habitantes en Haití, hasta más de 100 enfermeros por cada 10.000 habitantes en Estados Unidos y Canadá. Y plantean que las grandes diferencias de densidad de personal de la enfermería que presentan estos países son determinadas por las características particulares de los mismos en cuanto al mercado laboral, la calidad de las condiciones laborales, el acceso a programas de formación en enfermería en cada región y los incentivos económicos y no económicos. (p. 5). Por otra parte, precisan que:

“la distribución heterogénea, las dificultades para atraer profesionales a las áreas remotas y rurales y las inequidades que prevalecen en las condiciones laborales y en los países afectan la formación de recursos humanos en enfermería y el acceso a profesionales calificados en los servicios de salud. A lo anterior, cabe añadir que la migración, sobre todo en países del Caribe no latino, es una realidad que impacta en el aspecto cuantitativo del personal de enfermería y los servicios de salud. Para retenerlos, es necesario crear incentivos y mejorar sus condiciones de trabajo. (Cassiani et al, 2018, p. 8)

Como se ha mencionado, la técnica más frecuentemente utilizada en las investigaciones acerca del tema es la revisión bibliográfica y documental, a partir de la cual se hace reflexión, discusión, análisis y aproximaciones teóricas a distintas problemáticas, (Granados & Ortiz, 2003; Velandia, 2011; Lomelí, 2001; Martínez, 1999; Martínez, 2003).

De la mano al enfoque cualitativo, investigaciones como la de Panadeiros (1996) y Barrientos (1983), hacen uso tanto de las técnicas del diagnóstico social como el seguimiento de casos de estudio, respectivamente. Para Panadeiros (1996), la recopilación de la información documental disponible de los diferentes sistemas de salud latinoamericanos en

general resultó determinante en la formulación de un importante análisis comparativo, mediante la construcción de matrices de datos y variables que propiciaron un abordaje más integral de los problemas en estudio concretos.

Por su parte, para Barrientos (1983), el estudio de casos realizado en México permitió el análisis de factores ergonómicos (los ligados a las comodidades laborales), que buscaban conocer las causas determinantes del riesgo laboral en el personal de Enfermería, las consecuencias físicas y sociales que afectaban tanto al profesional como a su familia, a partir de los datos obtenidos en el Hospital General en 1981. Sobre esto último, el autor señala que la elección de trabajar con un objeto de estudio como lo es el personal de Enfermería específicamente responde a que, en un hospital se suponen condiciones muy especializadas en las que las dimensiones inadecuadas de muebles y equipos pueden repercutir sobre este personal, que labora de forma constante en contacto directo con el paciente. (Barrientos 1983, p. 881)

Finalmente, es preciso mencionar que el mayor aporte de las formulaciones investigativas revisadas consiste en la amplitud del panorama que ofrecen, posterior a la identificación de importantes conceptos en derredor del tema general de descentralización sanitaria en Iberoamérica, principalmente en México y España, analizándolos no separados del trasfondo político y económico que enmarca la transformación del sistema sanitario regional, lo cual enriquece las perspectivas creadas sobre problemas concretos y minimiza las limitaciones de abordaje investigativo teórico y técnico.

#### 2.1.1 Reformas de salud en Costa Rica

En Costa Rica, respecto al tema de reformas al sistema de salud y la relación con el ejercicio profesional de los distintos profesionales en salud, se ha abordado desde

investigaciones como los estudios hechos por Martínez (1999), que han examinado las dos políticas de reforma sanitaria más importantes gestadas en el país; en concreto la de 1988 y la de 1998. Esta investigación de enfoque cualitativo, pretende ser un recuento exhaustivo de la participación de los actores que guiaron el curso de las reformas en salud, partiendo del hecho de que las instituciones financieras, partidos políticos y las relaciones de estas entre sí, no son suficientes para explicar la ocurrencia y contenido de estas, sin considerar el peso de las agendas internacionales. (Martínez, 1999, p. 160) El objetivo de esta investigación fue explicar el surgimiento de nuevas relaciones entre actores que minaron las agendas públicas con intereses de entes financieros internacionales, que al final terminaron por impulsar importantes reformas orientadas a la privatización y la descentralización del sistema de servicios médicos y el sector laboral de los y las profesionales en salud. (Martínez, 1999, p. 160)

La autora afirma como una de sus tesis, que desde una perspectiva sociopolítica, se pueden derivar algunas de las características del discurso manejado en los medios de comunicación nacionales acerca del tema de reforma sanitaria y que evidenciaba una necesidad de llevarla a cabo a la brevedad, debido a la crisis institucional de la CCSS y la relación de ésta con el Estado (Martínez, 1999, p. 1), de lo anterior, afirma la autora, es fácilmente posible, identificar el origen de los factores que preparan y abonan el terreno para la reforma, así como los intereses de los actores involucrados. (Martínez, 1999, p. 1)

Haciendo una breve reseña de las investigaciones revisadas, las líneas temáticas fundamentalmente, son las reformas en el sistema de salud a nivel latinoamericano, el papel de los y las profesionales del sector dentro de tales coyunturas, las implicaciones de las reestructuraciones en las relaciones laborales e institucionales, entre otros, los temas que han

sido metodológicamente abordados, según se evidencia a lo largo de la bibliografía, de modos muy similares, esto debido a que en su mayoría las investigaciones están constituidas a partir de la revisión bibliográfica y documental, o bien son de tipo ensayístico, todo ello dentro del orden del enfoque cualitativo. Mientras que pocos casos de los consultados consistían en investigaciones que exploraran desde las propias vivencias de las personas que se han visto inmersas en esas transformaciones laborales.

#### 2.1.2 Reformas del sector salud del proceso neoliberal

Ramírez, (2010), en su análisis sobre los procesos de reformas del sector salud, el Estado se erigió como el principal empleador dada su gestión dinámica y moderna desarrollada durante los primeros años del denominado Estado de Bienestar costarricense constituido a partir de la expropiación de monopolios privados y la incursión en áreas, hasta ese momento, no desarrolladas, como eran el sistema eléctrico y la construcción de obras públicas. Sin embargo, su progresiva y fuerte inherencia en todos los ámbitos sociales, a través de la creación de instituciones autónomas, ameritó la conformación de cuerpos jurídicos que se encargaron del diseño e implementación de gran cantidad de normativas reguladoras del empleo público.

Según el autor, en el ámbito político, surge el pensamiento neoliberal como respuesta al fuerte intervencionismo estatal en las transformaciones el empleo público costarricense; ideología cuyo interés principal está enfocado en el mercado como modelo de regulación, ya que su objetivo final es “lograr que el mercado se encuentre efectivamente en equilibrio”; ya que, desde esa perspectiva, la fuerte intervención del Estado “es una distorsión al equilibrio del mercado, por lo que debe ser restringida, mediante la restricción del presupuesto, la eliminación de ayudas económicas y el control de la inflación”. (Ramírez, 2010, p. 92)

En el resumen histórico que realizan Arias et al (2015), exponen que, mediante la implementación del Plan de Ajuste Estructural I (PAE I), se establecieron las funciones que debía tener el sector público y que, a la larga, impactaron fuertemente en el sistema de salud de Costa Rica. A través de la formulación y aprobación de la Ley No. 6955, Ley para el Equilibrio Financiero del Sector Público, se restringió el presupuesto y el proceso de contratación de personal en ese sector; afectando seriamente a las instituciones estatales, incluyendo a la Caja Costarricense del Seguro Social, (CCSS), con los negativos efectos que tuvo para la consecución de los planes y programas de los servicios de salud que la CCSS realiza.

Explican Arias et al, (2015), que más adelante se implementa también el PAE III con “estrategias políticas, económicas y sociales orientadas hacia la modernización y racionalización y la reforma integral del Estado”, (p. 68). Los autores plantean además, que fue en esta etapa del PAE III, la que más afectó negativamente al sector público costarricense, debilitando en particular el sistema de salud nacional, siendo las medidas más negativas: la implementación de la ley de equilibrio financiero del sector público; congelamiento de plazas y reducción de gastos; creación de las cooperativas de servicios de salud; ley de regulación de gastos; la política de privatización y fomento de iniciativa privada; reforma del sector salud; y la reestructuración de la CCSS, donde se estableció la atención primaria del sistema de salud pública la cual en teoría, ofrecía una opción “realista, alternativa y menos costosa que la atención de salud integral”. (Arias et al, 2015, p. 73)

En la Tabla 1, se realiza un recuento histórico de las leyes y decretos más relevantes en el sector salud, algunas de ellas, en particular, la Ley 7852, para la desconcentración de hospitales y clínicas de la CCSS, estaban dirigidas a restringir la inherencia del Estado en

este sector y propiciar el desarrollo y administración de recursos por instituciones y entes privados.

Tabla 1

*Legislación Nacional relacionada con el Sector Salud de Costa Rica*

<b>Ley o decreto</b>	<b>Año</b>
La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se crea como una Institución semiautónoma el 1 de noviembre de 1941 mediante Ley No. 17 durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.	1941
Creación del SEM, Seguro de Salud (Enfermedad y Maternidad) para la atención médica, económica y social a los trabajadores asegurados y sus familiares.	1942
La Ley de la creación de la Caja fue reformada, constituyéndose en una Institución Autónoma, destinada a la atención del sector de la población obrera y mediante un sistema tripartito de financiamiento.	1943
Creación del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) incluía a los trabajadores del Estado, Instituciones Autónomas, Semiautónomas y las Municipalidades	1947
Ley No. 2738. Universalización de los Seguros Sociales a cargo de la CCSS.	1961
Cobertura a los trabajadores manuales ocasionales (construcción), a los pagados por planillas de jornales en obras públicas, ferrocarriles.	1962
Cobertura del seguro a todos los obreros del país.	1971
Ley No. 5395: Ley General de Salud, conformándose el actual Ministerio de Salud.	1973

Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte para trabajadores agrícolas. Asignación a CCSS de la administración del Sistema de Pensiones del Régimen No Contributivo.	1975
Ley No. 5662: Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.	1975
Ley No. 5412: Ley Orgánica del Ministerio de Salud definiéndolo como ente rector.	1976
Ley No. 5789: Reforma Código de Procedimientos Penales.	1980
Ley No. 6430: Reforma Ley General de Salud.	1981
Se inicia la integración de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud.	1982
La CCSS asume en forma integral la prestación de servicios a los ciudadanos (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación).	1983
Ley No. 6577: Obliga Inclusión de Obligaciones del Estado con CCSS en Presupuestos.	1988
Proyecto de Reforma del Sector Salud en Costa Rica.	1993
Ley No. 7374: Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica.	1994
Ley No. 7441: Aprobación del contrato de préstamo No. 3654-CR y sus anexos, entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, para financia el proyecto de reforma del sector salud.	1994

Ley No. 7093: Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado y Actividades Conexas.	1996
Mediante Ley N.º 7852 se aprobó la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS. (creación de las juntas de Salud).	1998
Ley No. 7983: Ley de Protección al Trabajador.	2000
Ley No. 7600: Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad.	2004
Ley No. 8423: Reforma a la Ley General de Salud y la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas.	2008
Decreto No. 34741: Se le asignó al Ministerio de Salud la rectoría del Sector Social y Lucha contra la Pobreza.	2008
CCSS es declarada Institución Benemérita de Costa Rica por Ley No. 8882 emitida por la Asamblea Legislativa. N.º Gaceta: 240   Del: 10/12/2010.	2010
Incorporación oficial de la CCSS a la Red Interinstitucional de Transparencia que lidera la Defensoría de los Habitantes de la República.	2015

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Para Ramírez (2010), el principal efecto negativo de las reformas neoliberales relativas al empleo, principalmente en el sector público, consiste en la pérdida que el Estado costarricense ha experimentado, de su rol dinámico como generador de empleos, al verse restringido en su quehacer como promotor de actividades, otorgándole ese papel al sector privado. Aunque las nuevas modalidades de trabajo impuestas no involucraron reformas

legales que modificaran el régimen constitucional de empleo público, los cambios establecidos durante el período liberal mellaron la figura del empleo público, haciéndose evidentes en el progresivo proceso de precarización de las condiciones laborales de los trabajadores interinos, que carecen de estabilidad laboral; esta situación fue causada fundamentalmente por la generación de incertidumbre que propició la salida de trabajadores con mayor experiencia, que se sustituyeron a su vez por personal interino, lo que convirtió este proceso en una “práctica generalizada”, manejada bajo criterios estrictamente políticos apañados por la “discrecionalidad administrativa”. (p. 92)

### 2.1.3 En referencia a la Ley N.º 7852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS

En el diagnóstico previo realizado a la organización y gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social, se detectaron tres problemáticas principales: la CCSS consistía en una gigantesca organización caracterizada por el centralismo administrativo, concentrada en decisiones de nivel superior con muy poca participación en decisiones y capacidad de respuesta en lo respectivo al nivel local de atención de salud; gestión caracterizada por la baja productividad, la ineficiencia e ineficacia en la gestión administrativa y la calidad en la prestación de servicios, en los años previos al diagnóstico, evidenciado en aumento en el gasto público sin mejoras significativas en la prestación de servicios de salud a la población, marcada por indicadores en franco estancamiento o deterioro; y la ausencia de algún modo efectivo de control del usuario en la gestión, calidad o nuevas oportunidades de servicios. (Navarro, 2003, p. 67)

A efecto de subsanar estos problemas, se formuló la Ley No. 7852, sobre la descentralización de hospitales y clínicas de la CCSS, aprobada el 30 de noviembre de 1998, se implementó con la idea central de ser un proceso de regularización y modernización de la CCSS; basada en tres aspectos fundamentales: la desconcentración administrativa que caracterizó a la CCSS hasta ese momento, pasando ésta de tener un modelo administrativo centralizado, a tener un modelo desconcentrado de administración, con todo lo que ello implica; la participación social en materia de salud, proceso llevado a cabo con la creación de las Juntas de Salud en la que convergen la participación de contribuyentes, usuarios y otros entes interesados en la salud pública de Costa Rica; y la creación de los denominados “compromiso de gestión” para garantizar la eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios de salud. (Navarro, 2003, p. 68)

La Ley No. 7852, está fundamentada en un conjunto de principios jurídicos, que conforman su contenido, su normativa y su sentido, aunque no todos son exclusivos de esta ley. Entre ellos se cuentan: el principio de autonomía y supremacía; principio de participación social; principio dispositivo; el control de las prestaciones sanitarias públicas; el principio de transparencia administrativa y responsabilidad social del funcionario; entre otros tantos; y unos exclusivos de esta ley tal como el principio de separación de financiación de la provisión de los servicios. Con estos principios, que no son exclusivos de esta ley, quedan bien definidos los alcances y límites del ejercicio de la CCSS, con los que se pretendió regular el ejercicio de diferentes órganos y entes públicos, en aras de favorecer los derechos de la población. (Ramírez, 2010)

A siete años de su implementación, Rodríguez (2006), realizó un análisis de los efectos de la Ley No. 7852, sobre el funcionamiento del sistema de salud costarricense. En

éste hace referencia a que, contrario a lo esperado, no hubo un aumento en la proporción de personal técnico respecto al administrativo y el escaso aumento es debido, fundamentalmente, a la movilidad de funcionarios del Ministerio de Salud y a las contrataciones a las que ha dado lugar la expansión de nivel primario de atención. Así, el ingreso a la CCSS de personal administrativo aumentó un 20%, mientras el personal técnico subió un 4% en los siete años transcurridos desde la implementación de la ley de desconcentración.

Según el autor, la implementación de la ley ha sido desigual en lo referente al otorgamiento de las personerías jurídicas; de modo que no todas las Directivas de hospitales y clínicas tienen la potestad de gestionar presupuestos, recursos humanos, realizar adquisiciones o atender conflictos laborales. Esto, debido a que la Ley 7852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguridad Social, presenta un marco legal poco rígido que permite un gran margen de movimiento a la CCSS, a pesar de que se crea el marco jurídico que otorga al director de hospital o clínica, la personería jurídica que le permita tomar las decisiones y acciones pertinentes en cada caso, al igual que firmar contratos y asumir la responsabilidad del incumplimiento.

El defectuoso reglamento de la ley impone innumerables restricciones al ejercicio de los directores, lo que deriva las decisiones de regreso a la administración de la CCSS, la cual, en la práctica “formaliza” la desconcentración en referencia solo de algunas competencias administrativas hacia los centros de salud. En cuanto al otorgamiento de las competencias referentes al recurso humano, que en un principio debían tener las juntas directivas de los centros de salud, constituye un proceso ralentizado por la acción de las organizaciones

gremiales que vieron en el proceso un gran riesgo de deterioro de sus condiciones laborales. (Rodríguez, 2006, p.16)

Para Ovares & Villalobos, (2020), el panorama laboral dentro del sector salud, influenciado por la Ley No. 7852, sumada a la implementación de otras leyes de control del gasto público, particularmente la referida a la Ley No. 2166: Ley de Salarios de la Administración Pública, a la que se vinculan los salarios y perfiles oficiales correspondientes de los servidores, muestra serios indicios de precariedad de las condiciones laborales de los funcionarios de este sector, afectados además por la desregularización de las normativas de contratación de personal, son solo parte de los efectos adversos de las políticas neoliberalistas al igual que: la minimización del Estado; la reducción del gasto social; el crecimiento del sector empresarial privado dentro de la economía costarricense; incluyendo el sector salud; el debilitamiento de los sistemas públicos de educación y salud. Finalmente, sentencia que: “bajo un discurso neoliberal, se están atacando también derechos laborales que han sido conquistas históricas de las personas trabajadoras. Con la regulación de la administración pública (en cuanto al sistema remunerativo, dedicación exclusiva y prohibición, y la rectoría y evaluación del desempeño de servidores(as) públicas), se verá vinculado directamente con la precarización laboral del sector público”. (p. 63)

## 2.2 Marco conceptual

Con el propósito de facilitar la comprensión del trabajo de investigación, se definen y contextualizan algunos términos importantes referentes al tema tratado.

### 2.2.1 Condiciones laborales

Se define como Condiciones Laborales al conjunto de todos los aspectos referentes al ámbito de trabajo: desde el tipo de contrato y el modo de prestación del trabajo; duración de las jornadas laborales, turnos y cargas de trabajo; el orden y la organización que determinan la magnitud de los riesgos a los que está expuesto el trabajador; así como las condiciones salariales o de remuneración que debe recibir. En opinión de otros autores:

Las condiciones laborales son aquellas en las que se presta el trabajo y, circunstancias ambientales de todo tipo que influyen en la vida de trabajo. En un sentido jurídico más preciso, son los aspectos del contenido del contrato de trabajo que se refieren al modo, tiempo y lugar de la prestación de trabajo y de la remuneración recibida a cambio. A menudo se distingue (sobre todo en los convenios de sector) entre condiciones económicas o salariales, y el resto de las condiciones laborales. (Roa, 2016, como se citó en: Duran & Parra, 2016, p. 438)

Estos autores resumen la definición de condiciones laborales, como "...el conjunto de factores materiales y sociales que intervienen en el proceso de trabajo y que pueden alterar la integridad y el bienestar físico y psicológico de los trabajadores, también, la seguridad de los procesos y la calidad y oportunidad en la entrega de los productos o servicios". (Duran & Parra, 2016, p. 445)

### 2.2.1.1 Condiciones laborales de trabajadores del sector salud

Capítulo aparte merece la consideración de las condiciones laborales de las personas trabajadoras sector salud, particularmente, del área de enfermería; ya que, como plantean Sauñe et al, (2012), los hospitales conforman uno de los ámbitos laborales que presentan las condiciones de trabajo más estresantes; por lo que la profesión de enfermería constituye una ocupación en extremo agobiante y agotadora ya que estos profesionales deben ejercer su trabajo en situaciones de dificultad y alto riesgo a las que con frecuencia se suman condiciones inadecuadas de infraestructura, relaciones laborales o interpersonales conflictivas (p. 92). A lo que frecuentemente se suman condiciones de subempleo, baja remuneración, extensas jornadas laborales, turnos rotativos, entre otras. (Malleville & Beliera, 2020, p. 2)

El ejercicio de la Enfermería amerita el desarrollo de un gran número de actividades para las cuales el trabajador/a en esta profesión necesita mantener un alto grado de control mental y emocional, ya que es una carrera expuesta a diferentes situaciones, a veces de alto riesgo, para cumplir con el objetivo final de preservar la vida y las mejores condiciones de salud de las personas a su cargo. Por ejemplo, en el cuidado del paciente con pronóstico reservado; cuya atención y cuidado, no solamente intensivo, sino también prolongado, exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico, mental y también emocional al compartir las inevitables horas de angustia, depresión y dolor tanto con los enfermos como con sus familias. (Sauñe et al, 2012, p. 93)

Estos mismos autores plantean que las condiciones laborales precarias en las que ejercen su trabajo un gran número de las enfermeras y los enfermeros en América Latina

propician que éstos decidan buscar alternativas de desarrollo profesional en otros países, que les puedan garantizar mejores condiciones laborales. (Sauñe et al, 2012, p. 91)

En el año 1950, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecieron condiciones estándares para los trabajadores y las trabajadoras sin embargo estas fueron referidas específicamente a la prevención de accidentes laborales causados por fallas en infraestructura o de procesos. Actualmente las condiciones de trabajo constituyen un tema con enfoque multidisciplinario que abarca tres conceptos elementales: salud, seguridad y calidad de vida en el ámbito laboral. Desde entonces se ha ampliado la normatividad necesaria para el registro y regulación de las condiciones laborales de manera que ofrezcan los mayores beneficios posibles para los trabajadores.

En sus principios constitutivos la OIT, pone de manifiesto el interés en el establecimiento de las mejores condiciones laborales en las que debe desarrollar sus tareas los trabajadores y las trabajadoras al exponer que:

“... existen condiciones de trabajo que entrañan tal grado de injusticia, miseria y privaciones para gran número de seres humanos, que el descontento causado constituye una amenaza para la paz y armonía universales, (...) que es urgente mejorar dichas condiciones, por ejemplo, en lo concerniente a reglamentación de horas de trabajo, fijación de la duración máxima de jornada y de la semana de trabajo (...), lucha contra el desempleo, garantía de un salario adecuado...” (OIT, Preámbulo. Acta Constitutiva, 1944, p. 1)

Hoy en día, la OIT se encarga de la supervisión de múltiples aspectos laborales como son: las tendencias salariales, organización y horas de trabajo; negociaciones colectivas, el

necesario equilibrio entre la actividad laboral y la vida personal de los trabajadores de todo el mundo. Así como también ofrece información práctica y asesoría normativa a los responsables de diseñar políticas y leyes, basada en la investigación y conocimiento académico actualizado que permita la implementación de las disposiciones pertinentes para el mejoramiento de las condiciones y relaciones laborales de los trabajadores en todas las áreas, como también la seguridad en el empleo y en el mercado de trabajo. Aunque el concepto de condiciones de trabajo no es expresamente mencionado en la Declaración de la OIT para 2030 y sus objetivos de desarrollo sostenible, muchos de los parámetros que las conforman sí han sido considerados entre los objetivos y metas a cumplir. (OIT, 2021)

#### 2.2.2 Flexibilidad laboral

El término de flexibilidad laboral en el mercado de trabajo se define como la capacidad de realización de cambios en las estructuras, funciones y costos del factor trabajo, libres total o parcialmente de algún tipo de restricciones o normativas; que permiten adaptaciones rápidas de los esquemas de empleo y manejo a discreción de los salarios, para facilitar que las empresas hagan frente a cambios coyunturales en la estructura de la economía. (Ibarra & González, 2010, p. 37) Indican que, desde otra perspectiva y en referencia al aspecto más social, la flexibilidad también puede conceptualizarse como “la capacidad de las personas de adaptarse a las circunstancias, en referencia a los cambios en la economía y en el mercado laboral”.

Para algunos autores, la flexibilidad laboral se concibe como “la eliminación de todo tipo de obstáculos para que los mecanismos del mercado se encarguen de modo espontáneo de asignar el factor trabajo en cuanto a precio y empleo”; que facilite los procesos de contratación, las formas de pago individualizadas acorde con las ganancias obtenidas y los

despidos. De este modo se consideran “obstáculos”, las normas de protección de los trabajadores, que garantizan su bienestar; la estabilidad laboral; la garantía de un salario mínimo según su trabajo y los sindicatos, ya que, desde esa perspectiva “se imposibilita el uso eficiente del factor trabajo y no permite la adecuada maximización de las ganancias”. (De la Garza, 2000, citado en Ibarra & González, 2010, p. 38)

Por otro lado, según plantean organismos internacionales como el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE, (2021), la flexibilidad en el ámbito laboral consiste en la eliminación de las regulaciones y normativas del mercado laboral de manera que se permita abolir las rigideces que son las responsables de la falta de generación de empleos, del crecimiento del desempleo y de la informalidad. Por lo que, en su opinión, tener un sistema laboral más flexible redundaría en una reducción significativa de los índices en estos aspectos; es decir, habría mayor creación de oportunidades de empleo y menor crecimiento del sector informal. (Chávez, 2001, p. 67)

Ibarra & González (2010), plantean que la flexibilidad va más allá de ser solo “un mecanismo tendente a realizar modificaciones de carácter normativo en materia de empleo”, definiéndola como la vía ideal para realizar actividades de manera eficiente, según las necesidades específicas tanto de las entidades como de los individuos, concordando con otros autores que ven la flexibilidad como una cualidad encontrada en cualquier área y a cualquier nivel, por ende aplicable al entorno, organizaciones, actividades, instituciones o países. (p. 38)

### 2.2.3 Formas de Contratación

La contratación consiste en un procedimiento mediante el cual una empresa, institución o persona da empleo a otras personas, en un acuerdo conjunto, para realizar alguna

actividad con el compromiso de compensar el trabajo con el pago de una suma de dinero, sueldo o salario. Este proceso, generalmente, es formalizado en un documento o contrato, de valor legal en el ordenamiento jurídico, en el cual se especifican las condiciones, deberes y derechos tanto del contratado como del contratante. Es a través de este documento que la contratación adquiere carácter formal. (Ramos, 2014)

En referencia al tema de la contratación, Ovares & Villalobos, (2020), plantean que la flexibilización en los contratos comienza cuando se decide cambiar el modelo de trabajo clásico con contratos indefinidos, por alguna de las variantes de contrataciones a tiempo parcial, por horas o la subcontratación interna o externa a través de terceros (tercerización). A este respecto, se explica que la flexibilidad permite la variación del número de empleados acorde con los requerimientos particulares de las empresas, avaladas por el marco legislativo. Controversialmente, también acotan que los derechos humanos de las personas trabajadoras son violados por la subcontratación, ya que precariza su situación laboral al ser afectados los salarios, la seguridad en el empleo y las cargas laborales; al igual que la seguridad social; su derecho a la sindicalización y a huelga; y la contratación colectiva. (p. 9)

En Costa Rica los contratos de trabajo son regulados en el Código de Trabajo, en el Título II, Capítulo I. En éste reza que el contrato de trabajo varía según diversos factores: puede ser contrato individual (una sola persona), o colectivo (cuando involucra un grupo de personas). Destacando que la clasificación de mayor relevancia es la determinada por la duración del contrato: 1) Contratos de tiempo definido, que pueden dividirse a su vez en contratos a plazo fijo o contratos por obra terminada. Y 2) Contratos por tiempo indeterminado. (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, MTSS, 2022).

#### 2.2.4 Precarización

Se entiende por precarización, al proceso de pérdida de la calidad en las condiciones laborales que implica la vulneración de los derechos de las trabajadoras y los trabajadores causando falta de estabilidad y seguridad en su ámbito laboral. Normalmente, cuando el Estado deja de tener presencia en la regulación del mercado, se da cabida a la precarización laboral, donde los trabajadores son los más perjudicados. Este proceso se asocia a la flexibilidad laboral, que hace referencia a la eliminación de regulaciones existentes dentro del mercado de trabajo para resguardar y proteger a los segmentos más vulnerables.

De esta manera se permite la reducción de los salarios que ya no cubren las necesidades básicas ni las coberturas sociales de los trabajadores; así como también facilita a los empleadores despedirlos con bajas indemnizaciones. En algunos casos la precarización también implica, malas condiciones del entorno de trabajo, abuso de poder, horas extra de trabajo no remuneradas. (Pérez & Gardey, 2020)

En la Unión Europea se propuso que el concepto de precariedad laboral sea delimitado estrictamente a las modalidades de empleo atípicas, es decir aquellas que se establecen fuera de las normativas aceptadas como expresión de los derechos legales de protección al empleo y protección colectiva; entre las cuales se hizo referencia del empleo temporal; el eventual o casual; el subempleo, el “cuasi empleo” y el “trabajo por llamadas”. Para esta delimitación se establecieron cuatro indicadores a medir:

- Temporales: referida al tipo de relación contractual, a la duración del empleo y el grado de certidumbre en la continuidad de este.
- Organizacionales: en el que se determina el control colectivo e individual sobre las condiciones laborales (jornadas, turnos y calendarios, intensidad de trabajo, salarios, condiciones de pago, seguridad y coberturas de salud).

- Económicos: referentes a la adecuación de los pagos y la progresión salarial.
- Sociales: que abarcan todo lo pertinente a la protección legal contra despidos injustificados, discriminación, maltratos; además de lo referente a la protección social representada en beneficios de seguridad social, seguros de salud, por accidentes y por desempleo (ESOPE, 2005).

Guadarrama et al (2012), por su parte, plantean que esta propuesta de la Unión Europea no provee la información necesaria para comprender en su total magnitud la complejidad de la precariedad laboral, al estar basado solo en estudios de carácter cuantitativo, sin considerar aspectos cualitativos importantes como las experiencias de la inseguridad, riesgos en el trabajo y sus inevitables consecuencias a nivel social. (p. 219)

Acorde con este planteamiento, Solís (2014) expresa que la precarización del trabajo representa una “reconfiguración de las desigualdades y de las relaciones sociales”; es decir que aunadas a las diferencias existentes entre las categorías profesionales, se suman otras diferencias sociales dentro de cada una de esas categorías, lo que invariablemente conduce a un aumento de la precariedad. Por ello, hace referencia a la necesidad de incluir análisis sobre las vivencias de los trabajadores que permitan considerar recursos diferenciados ante las condiciones sociales. (p. 84)

En su propuesta sobre el concepto de precariedad laboral, incluye la importancia que debe darse a la individualidad contemporánea y el debilitamiento cada vez mayor del Estado como ente benefactor, características relevantes del nuevo modelo económico y social, que causan la precarización del empleo y que han generado un alto grado de inestabilidad con el consecuente riesgo, la incertidumbre, vulnerabilidad y cambios bruscos en los ritmos de vida debido a la necesaria movilidad en busca de mejores oportunidades de empleo. Esta

movilidad e inestabilidad social están ligadas al cambiante desarrollo de la macroestructura del capitalismo y a las necesidades y aspiraciones personales en busca de la formación de la propia identidad. (Solís, 2014, p. 85)

Malleville & Beliera (2020), reseñan la precarización como un concepto basado, en principio, por la relación con el estatus jurídico del empleo que involucra condiciones laborales implementadas al margen de las normativas legales. Según los autores, “...sirvió para conceptualizar el empeoramiento de las condiciones laborales por el crecimiento de la inestabilidad y la imprevisibilidad (horarios flexibles, rotación de puestos, incertidumbre, etc).” En concreto plantean que “... se orientaba al análisis del empleo en sentido estricto: las condiciones jurídicas de contratación de la mano de obra asalariada en el modo de producción capitalista”. (p. 3)

Este concepto ha sido ampliado, argumentando que “la desestabilización de la sociedad salarial no solo tiene impacto en el empleo sino también en el trabajo en sentido amplio, como dimensión de la actividad humana donde tienen lugar lazos de integración social”. Resaltan la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos además de la retribución material y el interés que causa en el trabajador la realización de sus tareas; ya que, en su opinión, si el asalariado no recibe reconocimiento por su trabajo, no encuentra satisfacción, entonces debe considerarse un trabajo precario; destacan también que cuanto mayor es la precariedad, serán mayores los riesgos de tener conflictos familiares y sociales, con pérdida de identidad, sociabilidad y hasta de estabilidad mental que causan deterioro de su calidad de vida.

Para Malleville & Beliera (2020) la profesión de enfermería también se encuentra ubicada en niveles subordinados dentro del ámbito laboral hospitalario y, con frecuencia,

soporta procesos de precarización laboral; no solo en referencia a parámetros contractuales (bajas remuneraciones, extensión de jornadas laborales, subempleo), sino que incluye otras condiciones de carácter subjetivo, tales como la insatisfacción con las tareas realizadas y condición de subordinación, etc). (p. 11)

#### 2.2.5 Subempleo

Un concepto básico de subempleo lo caracteriza como la situación en la cual un trabajador es empleado en un puesto inferior al que estaría capacitado para ocupar. La RAE lo define como “empleo por tiempo no completo, retribuido por debajo del mínimo o que no aprovecha completamente la capacidad del trabajador”; mientras la OIT lo define como “la subutilización o utilización ineficiente de las habilidades, calificaciones o experiencia de un trabajador o cuando este se ve imposibilitado de trabajar todas las horas que quisiera” (OIT, página web oficial).

Ovares & Villalobos (2020) hacen referencia a la definición al indicar que “se está frente a este fenómeno cuando se presenta una subutilización de la capacidad productiva y/o una remuneración inadecuada, que implica una insatisfacción subjetiva”. Puntualizan que, desde la perspectiva de un trabajador o trabajadora, la condición de subempleo es la única alternativa al desempleo; pero desde la perspectiva del capital es considerada una “mano de obra excedente” condicionada a aceptar las condiciones contractuales, de modo que la empresa pueda obtener mayor productividad a bajos costos que le permitan resguardar sus ganancias. (p. 13) Como efecto directo de esta situación, los contratos de trabajo están a expensas de diferentes variaciones según las necesidades de la empresa que sólo ofrecerá trabajos temporales o por horas de servicio, afectando a los trabajadores que no alcanzan a cubrir sus tiempos productivos y afectando seriamente sus ingresos.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC, define el subempleo como la condición de las personas que trabajan menos de cuarenta horas a la semana a pesar de que desean trabajar más, ya que tienen la disponibilidad de tiempo. En el caso de Costa Rica, se determinó que para 2019 se alcanzó un 12,5% de trabajadores en condición de subempleados, con el agravante de que esta condición, al igual que la de “autoempleo” y “pluriempleo” no están contempladas en las regulaciones de la Ley del Trabajo, creando una condición de vulnerabilidad para estos trabajadores. (Ovares & Villalobos, 2020, p. 95)

#### 2.2.6 Sufrimiento laboral

El sufrimiento laboral ha sido definido como las experiencias vividas por el sujeto cuando se enfrenta a dificultades insuperables y duraderas en su ámbito de trabajo y que afectan su salud mental, después de haber realizado grandes esfuerzos para mejorar la calidad y seguridad en sus condiciones laborales. Es una controversia permanente entre el buen funcionamiento de su equilibrio mental y sus estrategias defensivas para adaptarse y contrarrestar las presiones organizacionales a las que puede estar sometido y que le permitan “conformarse” y mantener un comportamiento aparentemente normal y aceptable según los criterios sociales. (Dejours, 2015, p. 51)

Para este autor el proceso de precarización laboral que ha tenido cabida en la sociedad no afecta exclusivamente a los trabajadores desempleados, sino también a aquellos con un trabajo estable, quienes sufren intensamente por miedo a la pérdida del empleo, al someterse al aumento de su carga laboral y difíciles condiciones laborales indignas y degradantes impuestas por el capitalismo a nivel mundial, lo expresa con el siguiente planteamiento:

Las nuevas formas de organización del trabajo de las que se nutren los sistemas de gobierno neo-liberal tienen efectos devastadores sobre toda nuestra sociedad. Amenazan

realmente nuestra cité, y nos han hecho dar un paso importante hacia la decadencia, es decir hacia la disociación trágica entre el trabajo ordinario y la cultura (si por cultura entendemos las diversas formas mediante las cuales los seres humanos se esfuerzan por honrar la vida. (Dejours, 2015, p. 38)

Al respecto de este planteamiento, Vázquez (2019) afirma que en los resultados obtenidos en estudios realizados en psicodinámica y psicopatología del trabajo, basados en investigaciones clínicas, los procesos de sufrimiento manifestados por los individuos estudiados no son de carácter espontáneo; por el contrario, son la consecuencia de un “proceso de construcción aunado a cierto grado de fragilidad” que tiene como finalidad desarrollar tolerancia a los requerimientos laborales impuestos; siendo el miedo (infligido por la amenaza de despido) una de las principales causas de este sufrimiento laboral. (p. 14)

El autor plantea que muchos trabajadores soportan el proceso progresivo de precarización laboral por el riesgo permanente de ser despedidos por cualquier razón; lo que determina la sumisión, la tolerancia a las precarias condiciones de trabajo impuestas, daña los lazos de solidaridad entre los y las personas trabajadoras y genera indiferencia al sufrimiento de otras personas. Además, existen otras formas de sufrimiento manifestados en miedo a ser incompetentes; por cambios y exigencias de extensión de las jornadas laborales; por sobrecarga de trabajo; el deterioro de las relaciones laborales y la falta de reconocimiento. (Vázquez, 2019, p. 21)

#### 2.2.7 Sufrimiento moral

La Real Academia Española de la Lengua (RAE), define el Sufrimiento moral como “Paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo” (RAE, 2021); ha sido utilizado de modo más amplio según el área del conocimiento o en función del contexto. En general, se

considera que el sufrimiento moral consiste en un estado de distrés crónico que presentan las personas que se sienten vulnerables en su entorno, al enfrentarse a situaciones que considera amenazas a su integridad física o psicosocial. En referencia al ámbito laboral, este estado de distrés puede estar asociado a varias causas, tales como la precariedad en las condiciones laborales, indefinición en las funciones o tareas, fallas en los códigos de conducta, competencia desleal entre homólogos, autoritarismo, ausencia de procedimientos para la resolución de conflictos, entre otros; lo que genera sufrimiento moral en el individuo cuando se siente imposibilitados de realizar sus funciones en concordancia con sus valores morales. (Burguete et al, 2017, p. 210)

El término ha sido utilizado desde hace décadas en referencia al “desequilibrio psicológico producido por la no realización de una acción vista como la moralmente correcta a seguir”, influenciada por las barreras institucionales, por renuencia de los superiores, escasez de recursos materiales y humanos, entre otros. Ya para el año 2000, se hace referencia del sufrimiento moral asociado a la enfermería, cuando una de sus representantes fue incapaz de llevar a cabo una acción, en conflicto con sus principios, desencadenándose las respuestas psicológicas en el ambiente laboral.

Tal como lo plantean de la Cruz et al (2021, p. 1), la generalidad de los trabajos publicados sobre el tema, dan el crédito del concepto original de sufrimiento moral, al filósofo Jameton; sin embargo, en su gran mayoría están de acuerdo en ampliarla y adaptarla a nuevos estudios y contextos, por lo que se hace imperativo ahondar en el tema para el esclarecimiento de las dudas. El concepto se ha ido modificando en el tiempo, sobre todo en la escuela brasilera que lo define como:

El sufrimiento moral es apuntado como un fenómeno procesual y al mismo tiempo una experiencia singular, que integra la experiencia ética y moral del sujeto. En esta perspectiva, el sufrimiento moral engloba elementos que se articulan a partir de la experiencia ética de cada ser humano, siendo ellos, el problema moral, la incerteza moral, la sensibilidad moral, la deliberación moral y las competencias éticas morales profesionales. (Barth et al, 2018, p. 2)

Ramos et al (2016) opinan a este respecto, que hay consenso en la opinión de los especialistas en el tema, en que el sufrimiento moral se genera en el profesional de la enfermería, al verse incapacitado de tomar la decisión que considera éticamente correcta, limitado por influencias internas o externas a la decisión o a su comportamiento; ya que la situación pueden presentar perturbaciones emocionales y físicas al estar en consciencia de la ética de las acciones que debe llevar a cabo y que no realiza influenciado por el temor, por impedimentos institucionales o cualquier otra condición fuera del alcance de su ejercicio profesional, que causen un impacto negativo en su escala de valores. En este sentido, explican que el conflicto interno se genera cuando la(o)s enfermera(o)s, ejercen sus servicios profesionales brindando al máximo sus capacidades y competencias intelectuales, de aprendizaje, de adaptación y psicoafectivas, sin alcanzar el éxito en su labor diaria, perturbando así su relación con la organización laboral. (p. 5)

Sin embargo, hay autores que acotan que el sufrimiento moral no solo es considerado por sus características y consecuencias negativas, sino también como “el proceso de deliberación moral” en el cual el individuo reflexiona y puede lograr el impulso necesario para desarrollar su potencial, aumentar su productividad, promover el desarrollo de estas, al igual que propiciar recursos de deliberación en su entorno laboral (Barth et al 2018, p. 2). Si

se toma en cuenta que la actitud comprende tres componentes principales: el cognitivo, el afectivo y el conativo-conductual; el sufrimiento moral puede ser en sí mismo tanto una actitud como el producto de esa actitud, de modo que es susceptible de ser cambiada o mejorada. (Burguete et al, 2017, p. 212)

En opinión de Devos et al (2013, p. 2) el profesional de la enfermería tienen distintos tipos de enfrentamientos en su trabajo cotidiano: el cuidado y defensa de los pacientes; los intereses e imposiciones institucionales; las necesidades personales, deseos y aspiraciones relativas al cuidado propio y del paciente, al ejercicio de su autonomía profesional; los cuales son obviados y banalizados; implicando también una relación de poder (jefes) y resistencia (empleados) que habitualmente son desestimadas, causando conflictos internos que el profesional “soporta” de manera crónica y generan el sufrimiento moral. En referencia a este punto, Devos et al, (2013), plantean la siguiente reflexión:

La comprensión del poder cómo relaciones de fuerzas con la inmanente posibilidad de resistencia, permite una nueva mirada sobre los distintos ámbitos relacionales de la enfermería, revelando que luchas, conocimientos, prácticas y estrategias de afrontamiento han permitido la defensa de valores morales y profesionales, influyendo en la construcción moral de los sujetos trabajadores de enfermería, principalmente en las situaciones derivadas de la vivencia del sufrimiento moral. (p. 2)

#### 2.2.8 Vivencias

La vivencia se define como la experiencia que se adquiere a partir de una situación; son las realidades que viven y en cierto modo, van moldeando a las personas. La RAE la define como “la experiencia que se obtiene de algo” y como “el hecho de vivir o experimentar algo. Otras definiciones plantean que la vivencia conforma la “unidad de la personalidad y

del entorno”, la auténtica unidad plena y dinámica que constituye la base de la conciencia. La determinación del carácter de la vivencia se da por la manera en la que la persona comprenda su entorno, condicionada a su vez por el grado de desarrollo de su pensamiento. (Erausquin et al, 2016, p. 99)

En su estudio sobre Investigación cualitativa, Souza (2010), reseña la vivencia descrita anteriormente por Dilthey (1949), como “una experiencia viva y humana” donde actúan todas las fuerzas psíquicas”. Las llamadas ciencias comprensivas se fundamentan en la interrelación de la experiencia, la vivencia y la comprensión; sin embargo, hay una notable diferencia entre la experiencia y la vivencia, ya que ésta constituye una perspectiva personal en la que se basa la interpretación de la realidad y está condicionada por la respuesta del entorno a nuestras emociones, a nuestra voluntad y a las circunstancias históricas que le imprimen sentido colectivo a la experiencia individual. En otras referencias respecto al concepto de vivencia, Souza, (2010), la define como “la objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada”. (p. 254) En otras palabras, la vivencia es el constructo de un individuo sobre sus experiencias.

Los conceptos esbozados, permiten enmarcar el análisis del problema de investigación, tomando en cuenta lo referente al marco del pensamiento neoliberal actual, recuperado por la autora Alcira Castillo (2000) y las aproximaciones conceptuales de otros autores como Tamez & Valle (2005), Velandia (2011) y la OMS, que facilitan la comprensión y construcción de un marco referencial teórico y conceptual acerca de los aspectos y variables que bien representan puntos de partida para el abordaje de los capítulos y objetivos del presente diseño de investigación.

Es necesario comprender que la marcada presencia de los conceptos definidos en este apartado en la mayoría de los trabajos referentes a países latinoamericanos responde a la gran transformación que por años ha legitimado una nueva manera de pensar la salud y sus formas de prestarla dentro de las sociedades. De lo anterior y a lo largo de la revisión bibliográfica consultada, se plantea la necesidad de identificar los siguientes aspectos:

- a) es necesaria una actualización de la prestación de servicios médicos, que debe entenderse como el cambio filosófico expresado en la transformación de la misión de las instituciones de salud, que pasaron de ser proveedoras de servicio de salud a ser vendedoras de estos; (Velandia, 2011, p. 69)
- b) dentro de un sistema de mercado que dicta un conjunto de criterios de equilibrio, en un mercado perfecto, que no incluyen en lo mínimo la satisfacción de las necesidades básicas de las mayorías, lo cual, consecuentemente hace que las únicas necesidades válidas sean definidas dentro de las relaciones mercantiles mismas y conduce a la elaboración teórica y práctica del mercado total, donde todo debe ajustarse a las leyes del mercado, no al revés; (Castillo 2000, p. 114)
- c) reforma en la salud costarricense, entendida como el proyecto transformador de corte neoliberal que tuvo la pretensión, de no solamente explicar los desajustes que, a nivel económico, político, y social acontecían, sino también la de corregirlos mediante la implementación del “automatismo del mercado”. (Castillo, 2000, p. 116) Además, deben conceptualizarse dos aspectos más que inciden directamente a éste:
- d) el neoliberalismo, que debe entenderse como el proceso nacido de la ideología política-económica, de reformas que a nivel internacional buscaron el severo recorte presupuestal y disminución del gasto público, mediante un conjunto de políticas generales, que en el caso específico del sistema sanitario y normativamente se orientó al incremento de la cobertura de los servicios de salud; (Tamez y Valle, 2005, p. 326)
- e) la política neoliberal, que se concibe como un proyecto, que no se reduce a una problemática de política económica, como si no tuviera incidencia en otros ámbitos y sectores de la vida social, y que por tanto es un proyecto global. (Castillo, 2000, p. 114)

Ahora bien, dentro de este esquema relacional, no se deben dejar de lado las reformas a la salud y a la seguridad social que, en los países latinoamericanos, se han constituido por un proceso de acogimiento de los criterios recomendados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial acerca de la forma de afrontar la crisis del sector salud de los diferentes países. (Velandia, 2011. p. 67) Todo ello ante la inviabilidad de proyectos alternativos al neoliberalismo, producto de la imposibilidad de crear alternativas reales que logren (como lo pretende normativamente el neoliberalismo), una concepción de sociedad perfecta. (Castillo, 2000, p. 115)

En términos más concretos y a la luz de la relación de los conceptos anteriores, el tema de la incidencia de los cambios en las estructuras institucionales y las leyes, en las formas de contratación y la regulación del ejercicio profesional de la Enfermería, debe abordarse tomando en cuenta la actual definición de lo que son los recursos humanos en salud, referidos al número de profesionales en salud, los médicos y las enfermeras de las instituciones en relación a las tasas de población de asegurados. (Tamez y Valle, 2005, p. 345) Vistos de ese modo, dentro de la tendencia de mercado existente, se define por un modo de contratación laboral flexible, donde el teletrabajo, entendido como el hecho de laborar lejos de la sede institucional, el outsourcing o tercerización, la subcontratación o prestación de servicios por terceros, y las cooperativas de trabajo asociado, son ejemplos de ello y hacen que las condiciones laborales ofrecidas violen los principios rectores de la Enfermería. (Velandia, 2011, p. 73)

Hablar de la flexibilidad laboral como tendencia actual de los mercados de trabajo mundial resulta útil para comprender el cambio acontecido en Costa Rica, pues es precisamente ese “conjunto de acciones concernientes a lo laboral” el que incide

directamente en los trabajos realizados por los y las profesionales del sector salud, y que se constituyen en despidos obligatorios por exceso de personal; la congelación de vacantes; la sustitución de empleos de tiempo completo por empleos de tiempo parcial; la jubilación anticipada y otros programas voluntarios de reducción de personal; congelación de la contratación; y readaptación profesional, lo que acentúa actualmente la informalidad de las relaciones laborales. (Velandia, 2011, p. 70)

Aunado a lo anterior, otro de los factores a conceptualizar es precisamente el de los factores ligados a la contratación, los cuales se constituyen de la disponibilidad de una variedad de información acerca de las condiciones de trabajo y la idea que se tiene de la Enfermería como ejercicio profesional, además de aspectos como la remuneración económica y los incentivos laborales, que son decisivos en la contratación y retención del personal de Enfermería. (Organización Mundial de la Salud, 1996)

## **Capítulo III. Diseño metodológico**

### **3.1 Enfoque investigativo**

La presente investigación utilizó el enfoque cualitativo es cual se define como un abordaje sistemático que se utiliza para describir experiencias y situaciones desde la perspectiva de la persona que se encuentra en esa situación. El investigador analiza las palabras del participante, descubre su significado y describe la experiencia de forma que se comprenda mejor. (Grove et al, 2015, p. 67) Se eligió este enfoque debido a que se buscó comprender cómo las reformas en salud y la ley 7852 ha influenciado las condiciones laborales de los profesionales de Enfermería que se encuentran laborando en la Caja Costarricense de Seguro Social, desde sus perspectivas y vivencias.

### **3.2 Tipo de estudio**

Esta investigación es de tipo descriptivo, la cual, según Hurtado de Barrera, (2011), tiene como objetivo lograr la precisión y caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular. “Los estudios descriptivos son aquellos que buscan especificar las propiedades de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otra unidad sometida a investigación.” (Hurtado de Barrera, 2011, p. 113) En este estudio se propone describir las implicaciones que han tenido las nuevas formas de contratación, producto de las reformas del Estado costarricense tomando como referencia las vivencias de los participantes de la investigación. Además de que dicha descripción incluye el desarrollo y los procesos de cambios de dicho evento.

Para la realización de esta tesis se recurrió al diseño propuesto por Hurtado de Barrera (2011), la cual propone las siguientes fases para el desarrollo de una investigación descriptiva:

- Fase exploratoria; aquí se dio la identificación del tema a investigar y los elementos que lo constituyen, es decir, qué se quiere investigar (pregunta de investigación), acerca de cuál característica, con quiénes, en cuál contexto y cuándo. Así como también tuvo lugar en esta fase, un análisis que permitiera la comprensión y extensión del tema a desarrollar. (p. 123)
- Fase descriptiva; este paso comprendió la descripción detallada de las necesidades y motivaciones que originaron el estudio (justificación), la argumentación del porqué se eligió estudiar este fenómeno presentando el propósito y los resultados que se aspiran obtener con el estudio y por último los objetivos a lograr en la investigación los cuales constituyen las metas de esta. (p. 123)
- Fases analítica, comparativa y explicativa; esta fase requirió una revisión documental de las teorías, ideas, conceptos y definiciones existentes de forma sistemática con el fin de lograr una valoración que permitiera la descripción, comparación e integración del contenido que sustenta la presente investigación y define la perspectiva de la cual se partió para su realización. (p. 124) Para ello se tomaron en consideración estudios realizados a nivel de Iberoamérica, América Latina y Costa Rica, así como algunos conceptos generales que sustentan la investigación. Además, el contenido encontrado durante esta fase fue sometido a revisión de estructura, secuencia, enlace, redacción y formato, garantizando la armonía y sentido lógico del mismo.
- Fase predictiva: consistió en la determinación de la factibilidad y viabilidad del estudio; mediante revisión bibliográfica y lectura de los estudios realizados previamente los cuales permitieron discernir la conveniencia y utilidad de la investigación. (p. 124)
- Fase proyectiva; en esta fase se abarcaron los detalles específicos del diseño, tales como los criterios metodológicos, la forma en que se recolectaron los datos, abordaje, población o muestra, descripción de unidades, categorías y las técnicas de análisis que permitieran dar respuesta a la pregunta de investigación. (p. 125)
- Fase interactiva; este momento del desarrollo de la investigación abarcó las acciones realizadas con el fin de cumplir lo propuesto en la fase proyectiva e incluyó la recolección de datos a través de la implementación del instrumento (entrevista) y la organización de la información recogida. (p. 126)

- Fase confirmatoria (Análisis, integración y presentación de resultados), en esta fase se procesó la información obtenida con el instrumento, los datos se organizaron en categorías de tal manera que proporcionaran un marco para el análisis y discusión de resultados permitiendo formar conclusiones propias que respondieran a la pregunta de investigación y a su vez generar nuevo conocimiento. (p. 126)
- Fase evaluativa (Alcances, aportes y posibilidades futuras); aquí se consideraron los alcances del proceso investigativo en términos de cumplimiento de objetivos, además de la presentación escrita del estudio incluyendo en ella los aportes y limitaciones encontrados. Por último, se concluyó realizando la presentación oral del proceso con la defensa pública de los resultados de la investigación. (p. 126)

### **3.3 Participantes**

Siguiendo a Polit & Becket (2019), se utilizó un muestreo cualitativo el cual separa una parte de un colectivo o población mediante criterios de elegibilidad para el estudio. (p. 199) Estos criterios de elegibilidad en el presente estudio se limitaron a que los y las participantes contaran con el título de licenciatura en enfermería, estuvieran inscritos en el Colegio de Enfermeras de Costa Rica y se encuentren laborando en una institución pública, esto debido a factores de viabilidad y porque se parte del hecho de que la población de Enfermería al ser tan heterogénea, desempeñarse ampliamente en el país en múltiples establecimientos de salud público y privado permite tomar un grupo de manera selectiva o aleatorio sin afectar significativamente los objetivos de la investigación, además de que las implicaciones laborales de la reforma en salud se han presentado en todo el territorio nacional.

Para este estudio se aplicó específicamente el muestreo por conveniencia y en bola de nieve, el cual inició con un participante de manera voluntaria (a conveniencia) y se le pidió a éste que diera referencias para otros participantes que se pudieran interesar en formar parte

del estudio (en bola de nieve) lo que permitió iniciar y continuar luego con el proceso de muestreo. (Polit & Becket, 2019, p. 199)

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó el punto de saturación descrito por Mejía el cual es un procedimiento que consiste en la selección de las unidades a partir sólo de criterios conceptuales, de acuerdo a los principios de la representatividad estructural, es decir, las variables que delimitan la composición estructural de la muestra definidos de manera teórica por el investigador y el punto de saturación, el cual se alcanza cuando los nuevos casos tienden a repetir (saturar) el contenido del conocimiento que se busca construir, es decir, no introducen correcciones ni complementan la realidad estudiada, sólo repiten contenido. (Mejía, 2000, p. 172)

La muestra del presente estudio fue conformada por 10 participantes, 5 hombres y 5 mujeres, todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y se ofrecieron como participantes del estudio de forma voluntaria.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión**

Todos los y las participantes del presente estudio debieron cumplir con los siguientes requisitos para formar parte de la investigación y aplicar como sujeto para la entrevista.

- Debe tener un grado mínimo de Licenciatura en Enfermería.
- Debe estar inscrito en el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- Debe ser empleado activo de la CCSS posterior a 1998.

### **3.5 Técnica de recolección de la información**

Como técnica de recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada (Anexo A), esta es la técnica más recomendada para los estudios

cualitativos, según Grove et al (2015), las entrevistas permiten obtener respuestas del sujeto, en donde el objetivo es tener un conocimiento auténtico de las experiencias del participante. (p. 85) Para ello se utilizó una guía que recopilaba los temas que fueron abordados durante la misma. El instrumento constó de tres partes, una primera parte donde se indagaron aspectos sociodemográficos de los y las participantes; una segunda donde se exploraron aspectos relacionados con las condiciones laborales actuales del o la participante y por último una tercera parte que buscó abordar los elementos relacionados con las percepciones sobre la vida laboral. Las entrevistas se dieron en diferentes lugares a conveniencia del investigador y de los participantes según sus lugares y horarios de trabajo y tuvieron una duración de 1 hora en promedio. Las respuestas de los y las participantes fueron grabadas en su totalidad para su posterior transcripción y de esta manera conservar de manera fidedigna las expresiones de los y las sujetos participantes.

### **3.6 Análisis de los datos**

El análisis de los datos de la investigación consistió en: reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible del objeto de estudio, se trata de un análisis sistemático ordenado y riguroso. (Vásquez et al, 2011, p. 130)

Para ello se siguieron los pasos detallados a continuación según Vázquez (2011):

1. Grabar los datos: se registran los datos mediante la grabación de audio al momento de aplicar las entrevistas junto con la toma de notas de los datos que se consideren relevantes para el futuro análisis. (p. 135)
2. Escuchar y escribir la información: aquí se realiza la transcripción del material grabado a formato digital, trasladando las respuestas de los participantes de manera

textual. Los archivos se mantuvieron almacenados en una computadora de uso personal protegida con contraseña a la cual solo mi persona mantuvo acceso. Los archivos de las grabaciones fueron identificados mediante pseudónimos con el fin de preservar la confidencialidad de los participantes y conservarlos a manera de referencia en caso de requerir corroborar algún dato necesario. (p. 135)

3. Leer y organizar los datos: en este paso se inicia el análisis de los datos recolectados identificándolos, enumerándolos y clasificándolos. En nuestro caso se identificaron los elementos y conceptos comunes contenidos en las respuestas a las entrevistas y fueron clasificados en tablas, cabe resaltar que en este momento no se realizó ningún tipo de interpretación de los datos limitando la tarea únicamente a la presentación de los datos en una manera descriptiva y clasificatoria. (p. 135)
4. Analizar los contenidos: a partir de los principales elementos y conceptos de los datos recolectados, se procedió a la construcción de categorías mediante la identificación de estas y posteriormente fue requerida una nueva búsqueda de la información relativa a cada categoría, así como una nueva clasificación de dicha información mediante la creación de resúmenes de lo hallado, nuevamente se señala que en este paso aún no se da interpretación de los datos. (p. 135)
5. Describir los resultados: una vez identificados y clasificados los datos, se realizó una descripción de estos con el fin de hallar semejanzas, diferencias o contradicciones en los datos recolectados. (p. 135)
6. Interpretar los datos: es la fase final del análisis, se trata de establecer relaciones y desarrollar explicaciones que den sentido a lo hallado describiendo y dando respuesta a la pregunta de investigación. Para ello se relacionaron los resultados con los antecedentes y conceptualizaciones de distintos autores incluidos en la justificación y marco referencial. (p. 135)

De acuerdo con Vásquez et al 2011, el mecanismo que se utilizó para asegurar el rigor metodológico de la investigación fue la triangulación, la cual consiste en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes fuentes y perspectivas (p. 119), en este caso específico se recurrió a la triangulación de fuentes de información e informantes. De manera

que los datos obtenidos de los entrevistados se contrastaron con los datos del marco conceptual y empírico. En el siguiente apartado se presentan las Categorías de Análisis.

### 3.7 Categorías de análisis

Para el análisis de los datos se definieron tres grandes categorías con sus respectivas subcategorías, en el cuadro que se muestra a continuación se detalla a qué objetivo corresponden las categorías, los conceptos empleados en la construcción del instrumento de recolección de información, así como las preguntas utilizadas en la realización de las entrevistas a los y las participantes de la investigación.

Tabla 2

*Categorías de análisis según los objetivos de investigación*

---

**Objetivo General:** Describir las vivencias sobre las formas de contratación y sus implicaciones en las condiciones laborales del personal de enfermería a partir de la implementación de la Ley No. 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social de 1998.

---

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Categoría de análisis</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Ítems del instrumento</b>
1. Elaborar un perfil sociodemográfico de los y las informantes.	1. Información sociodemográfica de los y las informantes	1.1 Información sociodemográfica de los y las informantes	Edad, sexo, nacionalidad, dirección, lugar, puesto y departamento en el que trabaja.

2. Identificar las condiciones laborales actuales del personal profesional de enfermería.

2. Condiciones laborales actuales

2.1 Mecanismos de contratación

2.2 Estado de la contratación

2.3 Precarización laboral

1. ¿Cómo y cuándo fue contratado o contratada en su lugar de trabajo actual?

2. ¿Para qué puesto de trabajo fue contratado (a)?

3. ¿Se encuentra actualmente en el puesto para el que fue contratado?

4. ¿Cómo ha sido su experiencia en cuanto a la permanencia en su trabajo actual?

5. ¿Ha experimentado cambios de puesto desde que ingresó a trabajar en la institución actual?

6. Comente cuáles son o cuáles fueron sus condiciones laborales y si han cambiado desde que inició a laborar en la institución.

3. Identificar las diferentes percepciones sobre la vida laboral de los profesionales en enfermería.

3. Percepciones sobre la vida laboral

3.1 Historia laboral

3.2 Percepción sobre la vida laboral

7. ¿Cómo es el cumplimiento de los perfiles laborales?

8. ¿En qué año se graduó?

9. ¿Cuándo inició su vida laboral como profesional de Enfermería?

10. ¿Cómo ha sido su vida laboral como profesional de Enfermería?

11. ¿Cómo son sus roles de trabajo?

12. ¿Realiza horas extras? ¿Cómo son cuantificadas y remuneradas?

13. ¿Se respetan sus días libres y vacaciones?

14. ¿Conoce sus derechos como empleado o empleada? ¿Cuáles son?

3.3 Percepción sobre la  
práctica profesional

3.4 Percepción sobre la  
realización profesional

3.5 Satisfacción laboral

3.6 Formas de sufrimiento  
moral

15. Comente su percepción  
como profesional de  
Enfermería.

16. ¿Cómo se siente en cuanto a  
su realización profesional?

17. ¿Cómo se siente con su  
actual trabajo?

18. ¿Cuál es su percepción  
como empleado (a) y  
profesional de enfermería en su  
lugar de trabajo actual?

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2015.

## 3.8 Criterios de bioética

El presente proceso investigativo se rigió por los siguientes criterios:

### Asociación colaborativa

La investigación científica tiene como propósito fundamental servir a la sociedad, la colaboración entre investigadores y comunidad supone que la comunidad en donde se lleva a cabo la investigación debe favorecer y participar en el esfuerzo investigativo, lo que incluye, además, definir si la comunidad recibirá beneficios como resultado de la investigación y garantizar que la comunidad no será explotada durante el proceso. (Emanuel, 2008, p. 19)

Todos los participantes se ofrecieron de forma voluntaria para participar en el estudio disponiendo de su tiempo para colaborar en la investigación a través de la entrevista a su vez, esta pretendía explorar la calidad de las condiciones laborales de los y las profesionales de enfermería con el fin de buscar puntos a mejorar.

### Valor social

Los resultados de la investigación deben generar un impacto transformador en la sociedad o los sujetos participantes. La investigación debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población. (Emanuel, 2008, p. 21)

Esta investigación aporta valor a la práctica de enfermería, a la investigación, a la educación, a la legislación y a la sociedad; ya que la realización del estudio significó una oportunidad de ampliar los conocimientos y plantear bases sólidas que permitieron comprender y analizar las experiencias de los y las profesionales en enfermería que se enfrentan a condiciones laborales precarias diariamente; de este modo, actualizar el

panorama de lo que hasta el día de hoy viene aconteciendo en el ámbito de trabajo de enfermería y desarrollar la conciencia epistemológica y la participación de los y las profesionales de Enfermería cuando se requiera defender sus derechos con el propósito de mejorar su bienestar físico, emocional y social.

#### Validez científica

La investigación debe reflejar validez desde el diseño, el cual debe tener en cuenta el valor social para los beneficiarios. El diseño científico debe dar cuenta tanto de los objetivos científicos como de las garantías que los participantes tienen para acceder a las intervenciones de atención en salud a las que tienen derecho. (Emanuel, 2008, p. 22)

Durante el desarrollo de la presente investigación se procuró que se mantuviera tanto valiosa, así como válida, prestando gran atención al diseño metodológico con el fin de darle rigurosidad y calidad al proceso en busca del cumplimiento de los objetivos éticamente.

#### Selección justa de los participantes

La investigación debe seleccionar la población de estudio de tal forma que garantice su validez científica; al mismo tiempo, debe seleccionar la población de estudio minimizando los riesgos y, en procura de fortalecer otros principios, especialmente el de asociación colaborativa y el valor social de la investigación. (Emanuel, 2008, p. 26)

Para la selección de los participantes de este estudio se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los sujetos seleccionados fueron elegidos por razones relacionadas con la pregunta de investigación.

- Se ofreció igual oportunidad de participación a todos aquellos que cumplieran los requisitos de inclusión del estudio.
- Las personas seleccionadas se encuentran en una posición donde se beneficiarán de los resultados de la investigación.
- La selección de los participantes fue diseñada con el fin de mantener un mínimo de riesgos y un máximo de beneficios sociales y científicos de la investigación.

#### Balance riesgo-beneficio favorable

La propuesta de investigación debe evaluar y sopesar los riesgos y beneficios potenciales a los que la población de estudio se expone durante la ejecución del proyecto, especialmente aquellos relacionados con el contexto de la salud. (Emanuel, 2008, p. 28)

Durante la fase de entrevistas con los y las participantes uno de los riesgos presentes lo constituía la posibilidad de consultar sobre temas que pudieran resultar sensibles para algunas personas, se garantizó un ambiente tranquilo con privacidad y condiciones que no perjudicaran a los voluntarios y voluntarias, además de incentivarlos a expresar sus experiencias sin restricciones.

Cabe destacar que esta investigación fue cuidadosamente revisada, evaluada y posteriormente aprobada por el comité asesor, el cual está conformado por MSc. Denis Carrillo Díaz como director, y en colaboración de la MSc. Rebeca Gómez Sánchez y la Lic. Marianella Lizano Cascante. Así mismo el anteproyecto de investigación fue revisado y aprobado por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería en sesión No. 170-2015 (Ver anexo 3). De este modo se garantizó que los sujetos de investigación fueran tratados éticamente y no sólo como meros medios.

## Evaluación independiente

La investigación y sus procesos de implementación deben garantizar el acceso a la veeduría pública que dé cuentas del proceso de desarrollo de la propuesta investigativa, la puesta en marcha de esta y la difusión de los resultados, teniendo en cuenta no solo las evaluaciones correspondientes a la ley y los reglamentos vigentes, sino la evaluación y el seguimiento de los comités de ética. (Emanuel, 2008, p. 30)

El presente estudio no presenta conflictos de interés al ser una investigación descriptiva y meramente exploratoria la mismas con fines académicos y en busca de expandir el conocimiento sobre las condiciones laborales de los y las profesionales en enfermería.

A su vez no se requirió de financiamiento de ningún tercero, todos los gastos requeridos fueron cubiertos por el estudiante tales como transporte, impresiones y equipo, tampoco fue necesario realizar pagos para la aprobación o autorización del estudio a ninguna institución

Mediante el empleo del consentimiento de informado del Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica se garantizó que la aplicación del estudio se encontrara dentro de los lineamientos legales.

## Consentimiento informado

El proceso de consentimiento respeta a la persona, valora su capacidad de decisión (o de quien represente sus intereses) y establece un puente de comunicación entre todos los participantes: sujetos, investigadores, comités, patrocinadores y comunidad. El consentimiento muestra respeto por la autonomía del individuo, destacando que, con la información apropiada sobre la investigación, las personas deben tomar sus propias

decisiones acerca de si quieren participar o continuar participando en ella. En este proceso, se les informa con precisión a las personas el objetivo, los métodos, los riesgos, los beneficios y las alternativas, garantizando que los sujetos entiendan dicha información y cómo se relaciona esta con la investigación, con su propia situación clínica, sus intereses, su contexto social y cultural. (Emanuel, 2008, p. 32) (**Anexo B**)

En el consentimiento informado presentado a las personas voluntarias se incluyeron las siguientes consideraciones:

- Se describió el procedimiento de obtención de consentimiento informado teniendo en cuenta factores culturales y de vulnerabilidad, y evaluando la claridad y comprensibilidad para los sujetos.
- Se comunicó al participante toda la información necesaria para que otorgara un consentimiento debidamente informado.
- Se ofreció al participante una oportunidad plena para plantear preguntas y se promovió a que lo hiciera.
- Fue excluida la posibilidad de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación.
- Se procuró el consentimiento sólo después de que el participante tuviera un conocimiento suficiente de los hechos pertinentes y de las consecuencias de su participación, y tuviera suficiente oportunidad de considerarla.
- Como regla general, se obtuvo de cada posible participante un formulario firmado como prueba de su consentimiento informado.
- En caso necesario los participantes recibirían una actualización del consentimiento informado de cada participante si ocurrían cambios importantes de las condiciones o procedimientos de la investigación.

## Respeto por los participantes

Las personas deben ser tratadas con respeto desde el momento en que se define su posible participación hasta el momento en que se termine el seguimiento, luego de concluido el estudio. Dicho respeto incluye acatar las decisiones de la persona si esta se niega a participar o desea retirarse. El respeto por el sujeto se construye, guardando coherencia entre lo que se le expone en el consentimiento y las acciones que se llevan a cabo en el estudio, y se fortalece al informar a tiempo a los participantes si hay cambios en el balance riesgo beneficio. (Emanuel, 2008, p. 32)

El respeto a los participantes durante este estudio se justifica por múltiples principios, incluido el de beneficencia y el de respeto a la autonomía. Esta norma de respeto a los sujetos que participan en la investigación implicó que:

- En primer lugar, como requisito previo a la entrevista el sujeto debió haber leído, estado de acuerdo y firmado un consentimiento informado.
- Se aseguró que el sujeto tuviera derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio.
- Se garantizó la protección de la confidencialidad.
- Se proporcionó información sobre los riesgos y beneficios.
- Se informó que una vez completado el estudio los resultados serían compartidos con él o ella.
- El bienestar del sujeto siempre se mantuvo como prioridad.

## **Capítulo IV. Resultados**

## Presentación de resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos según los objetivos planteados en la investigación, iniciando con una presentación de los datos sociodemográficos de los participantes seguido de lo indagado en cuanto a condiciones laborales actuales y finalizando con las percepciones sobre la vida laboral, esto en una forma descriptiva de los datos recolectados y clasificados según categorías y subcategorías.

### 4.1 Datos sociodemográficos de los y las participantes

En la siguiente tabla se presentan algunas características sociodemográficas de los y las participantes, para mantener la confidencialidad de estos se les consignará como informantes.

Tabla 3

*Características sociodemográficas de los y las informantes*

<b>Informante</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Puesto de trabajo</b>	<b>Departamento</b>
01	37	M	Costarricense	Auxiliar de Enfermería Enfermero 1	Unidad Nacional de quemados Rotativo: Emergencias, Cirugías, Medicinas
02	27	F	Costarricense	Auxiliar de Enfermería	Ginecobstetricia
03	25	F	Costarricense	Auxiliar de Enfermería	Medicinas

04	24	F	Costarricense	Asistente de pacientes	Servicio de Medicinas Norte
05	33	M	Costarricense	Auxiliar de Enfermería	Medicinas, Área Nefrología
06	28	M	Costarricense	Asistente de pacientes	Sala de Operaciones
07	25	F	Costarricense	Auxiliar de Enfermería	En todos los servicios según nombramiento
08	29	F	Costarricense	Auxiliar de Enfermería	Emergencias
09	29	M	Costarricense	Enfermero 1	Medicina mujeres
10	38	M	Costarricense	E3 Enfermero Obstetra	Gineco obstetricia

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Los y las informantes que participaron en el estudio se componen por personas entre los 24 y 38 años, en relación con el sexo la distribución es proporcional entre hombres y mujeres, costarricenses y residentes del Gran Área Metropolitana, la mayoría laboran en hospitales Nacionales, le continúan hospitales regionales y uno de ellos labora en área de salud en el primer nivel de atención. Se desempeñan en distintas áreas hospitalarias y algunos de ellos rotan en más de una, en función de las oportunidades de nombramientos. Cabe destacar que solamente dos de los informantes tienen nombramiento de enfermero mientras que el resto están contratados como auxiliares de enfermería y dos se encuentran en el puesto de asistente de pacientes. Uno de los participantes tiene dos nombramientos uno en el hospital San Juan de Dios como auxiliar de enfermería y uno en el Hospital San Rafael de Alajuela como Enfermero, siendo el primero su lugar principal de trabajo.

## 4.2 Condiciones laborales actuales

Tabla 4

### *Mecanismos de contratación*

<b>Informante</b>	<b>Resultado</b>
01	Presentó currículum impreso e inició como asistente de pacientes en el 2010.
02	Presentó currículum impreso e inició como recepcionista en 2010, en 2011 ascendió a auxiliar de enfermería.
03	Envío currículum a través de la página, un mes después fue llamada, estuvo en evaluaciones durante un mes e inició como auxiliar de enfermería en el 2014.
04	Envío currículum a través de la página y pidió ayuda a la jefatura de enfermería con la contratación, inició como oficinista y dos meses después inició como asistente en el 2014.
05	Fue recomendado por un amigo que trabajaba en el mismo lugar, presentó currículum impreso e inició como asistente en 2005.
06	Presentó currículum impreso e inició como asistente de pacientes en el 2010.
07	Envío currículum a través de la página, realizó evaluaciones previas e inició como auxiliar de enfermería en el 2014.
08	La llamaron por escasez de personal para cubrir vacaciones e incapacidades como interina, inició como auxiliar en 2014.
09	En 2008 fue a presentar el currículum impreso, lo llevaron con la directora fue entrevistado y contratado como auxiliar para iniciar de inmediato.
10	Inició en 1998 en el área administrativa, en 2004 inició como auxiliar de enfermería.

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Se muestran las respuestas de los informantes al consultar sobre la fecha en la que fueron contratados y cómo fue el proceso de reclutamiento y contratación.

Los años en los que fueron contratados los participantes van desde 2004 el más antiguo al 2014 siendo en ese año donde se contrató a la mayoría de la muestra con 4 participantes, 5 participantes presentaron el currículum de forma física, 3 subieron el currículum a través de la página web de la CCSS y 1 fue llamado directamente por la dirección de enfermería por falta de personal. En cuanto al puesto en el que iniciaron; 4 iniciaron como auxiliar de enfermería, 3 como asistente de pacientes y 3 de ellos ya trabajaban en la caja en otro puesto no relacionado con enfermería y luego 2 de ellos pasaron a ser auxiliar de enfermería y 1 a ser asistente de pacientes.

En la tabla siguiente sobre el puesto para el que fueron contratados se muestran los resultados obtenidos:

Tabla 5

*Estado de la contratación, puesto para el que fue contratado*

<b>Puesto para el que fueron contratados</b>	<b>Resultado</b>
Asistente de pacientes	4
Auxiliar de enfermería	6

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

De los 10 participantes de la investigación 6 de ellos fueron contratados como auxiliar de enfermería y 4 como asistente de pacientes. Ninguno de ellos inició ocupando el puesto de enfermero.

En la tabla siguiente se muestran los resultados obtenidos en cuanto a que si los participantes han obtenido un ascenso en su puesto de trabajo:

Tabla 6

*Estado de la contratación, variaciones en el puesto de trabajo*

<b>Participante</b>	<b>Han obtenido un ascenso en su puesto de trabajo</b>	<b>Tiempo para ascenso</b>
1	Si	4 años
2	No	No aplica
3	No	No aplica
4	No	No aplica
5	Si	4 años
6	No	No aplica
7	No	No aplica
8	No	No aplica
9	Si	8 años

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Dentro de las personas que obtuvieron un ascenso en el puesto de trabajo, una de ellas ascendió a auxiliar de enfermería después de 4 años en el puesto de asistente de pacientes y otros dos ascendieron de auxiliar de enfermería a enfermero (a) después de desempeñar el puesto por 8 y 5 años correspondientemente.

En esta tabla se muestran las respuestas de los y las informantes en cuanto a su experiencia en la permanencia en el trabajo actual.

Tabla 7

*Estado de la contratación, experiencia en el trabajo actual*

<b>Informante</b>	<b>Experiencia en el trabajo actual</b>
01	Bonita ya que trabaja en dos hospitales.
02	Frustrante, al no poder desempeñarse en lo que estudió plenamente.
03	Estable ya que ha tenido nombramientos regulares.
04	Por un lado, refiere que es bonita porque recibe ayuda y capacitación a través de charla, a su vez indica que preocupante por falta de regularidad en los nombramientos lo que afecta su economía.
05	Buena, se mantiene trabajando en el mismo hospital, fue ascendido con el consecuente aumento de salario. Por otro lado, indica que es incómodo por la presencia de celos entre colegas.

- 06 Buena, indica que la paga es buena lo que le permite generar muchos ingresos.
- 07 Frustrante, al no poder desempeñarse como profesional.
- 08 Tedioso por la falta de personal y aumento en la carga laboral. También refiere que nota personal de edad avanzada al que se le dificulta el uso de nuevas tecnologías para desempeñar las labores.
- 09 Muy buena, ama la institución gracias a la gran experiencia que ha adquirido.
- 10 Excelente, su carrera en la institución le ha permitido ascender de forma ininterrumpida hasta ocupar un puesto de especialista.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Las experiencias descritas por los y las participantes se dividen en positivas con 5 respuestas que hacen alusión a una buena experiencia, 3 respuestas se centran únicamente en experiencias negativas como la frustración, y 2 respuestas de los y las participantes valoran tanto un lado positivo como uno negativo de su experiencia, más adelante en la discusión se entrará en detalle sobre éstos resultados.

A continuación, los resultados acerca de la cantidad de cambios de puestos que han experimentado los informantes desde su ingreso a la institución en la que trabaja actualmente.

Tabla 8

*Cambios en el puesto de trabajo*

<b>Cambios experimentados en el puesto en su lugar de trabajo</b>	<b>Resultado</b>
Si	2
No	8

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Cuando se consultó sobre si han experimentado cambios de puesto desde el ingreso a la institución la gran mayoría (8 participantes) dijeron que no esto es lo más significativo, mientras que solo 2 de ellos afirman haber experimentado cambios de puesto en uno de los casos debido a que ocupa un nombramiento interino para cubrir vacaciones o incapacidades y el otro por trayectoria y antigüedad en la institución.

Respecto a cómo son las condiciones laborales y si han notado cambios en estas durante su tiempo laborado en la institución, se encontró:

Tabla 9

*Precarización laboral, condiciones laborales*

<b>Informante</b>	<b>Condiciones laborales</b>
01	Indica que son buenas, y que no han cambiado mucho exceptuando el hecho de que trabaja en dos hospitales diferentes, en uno como auxiliar con plaza fija y en el otro como auxiliar ayudando a cubrir tareas.
02	Indica que las condiciones son muy buenas y se mantienen.
03	Refiere que son buenas, al ingresar le dieron un libro con derechos y deberes, no han cambiado.
04	Fue contratada como interina, al iniciar se le dijo que el pago sería bisemanal sin embargo en ocasiones transcurren hasta dos meses en los que no recibe remuneración. Para recibir dinero debe solicitar un “adelanto”.
05	Cambió el sueldo principalmente al pasar de asistente a auxiliar, el resto de las condiciones son las mismas.
06	Refiere que no han cambiado y que son buenas.
07	Indica que todo se mantiene y añade que respecto al pago en ocasiones pasan hasta 3 meses sin pago.
08	Afirma que ha habido cambios al adquirir antigüedad en el puesto y al conocer mejor a los compañeros de trabajo (ambiente laboral) pero en cuanto a condiciones laborales no refiere cambios.
09	Si ha habido cambios, cuando era interino había quincenas que las pagaban y otras no.
10	No se refiere a cambios. Indica que las condiciones son muy buenas y que en la caja se gana bien como enfermero.

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

En cuanto a cómo califican las condiciones laborales y si han notado cambios 4 de los participantes indicaron que las condiciones son buenas y 2 refieren que son muy buenas, 3 participantes se refieren a algún tipo de irregularidad en los pagos y 1 de ellos indicó cambio en el salario debido a un ascenso. Por otro lado solo 1 de los participantes que mencionó irregularidades en el pago considera que ha habido cambios en las condiciones, los otros 9 indican que éstas se mantienen.

En cuanto al cumplimiento de los perfiles laborales en el puesto de trabajo, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 10

*Precarización laboral, cumplimiento de perfiles*

<b>Informante</b>	<b>Cumplimiento de perfiles en el lugar de trabajo</b>
01	Se da forma relativa.
02	Si se cumplen. Pero siempre se hacen funciones fuera del perfil.
03	Se incumplen mucho.
04	No se cumplen. Hay personas que hacen más funciones de las que les corresponden y hay personas que hacen menos y no pasa nada.
05	Si se cumplen. Pero es contradictorio, si se está contratado como auxiliar y se comente un error se juzgará como enfermero.
06	Siempre se respetan, dependiendo de los compañeros o el turno se realizan acciones fuera del puesto que se ocupa.

- 07 No se respetan, hay funciones que deberían ser de licenciados y no las hacen.
- 08 No se cumplen. Me ha tocado asumir responsabilidades de Enfermera por falta de personal.
- 09 Todos se cumplen, pero a veces los auxiliares cumplen funciones de enfermero por falta de personal, si el auxiliar se equivoca la responsabilidad recae sobre mi persona (nombrado enfermero).
- 10 Dependiendo del servicio se da traslape o choque de funciones, el auxiliar toma atribuciones que no están dentro del perfil porque son enfermeros.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

5 de los participantes indican que no hay cumplimiento de los perfiles y que el auxiliar incurre en funciones de enfermero o que enfermeros delegan acciones que les corresponden a los auxiliares, mientras que los otros 5 mencionan que si se cumplen pero que en ocasiones se hacen excepciones que se cumplen de forma relativa.

En la siguiente tabla se muestran los y las informantes agrupados según el año en el que se graduaron:

Tabla 11

*Historia laboral, año de egreso de la academia*

<b>Año de graduación</b>	<b>Número de egresados</b>
2003	1
2011	1
2013	1
2014	5
2015	1
2016	1

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

La mitad de los participantes se graduaron en el año 2014, los 5 restantes se graduaron en años distintos; 2016, 2015, 2013, 2011 y el que tiene más años desde el egreso de la academia se graduó en 2003.

La siguiente tabla contiene la información sobre la fecha de inicio de la vida laboral con licenciatura en enfermería.

Tabla 12

*Historia laboral, año en que inició a laborar con licenciatura en enfermería*

<b>Informante</b>	<b>Año de inicio de empleo con licenciatura</b>
01	2014 como auxiliar, antes trabajó como asistente mientras estudiaba la licenciatura.
02	2011 como auxiliar
03	2014 como auxiliar
04	2014 como asistente
05	2009 como auxiliar con permiso de estudiante, pero fue hasta 2013 que se graduó. Previamente estuvo como asistente de 2005 a 2009.
06	2010 como asistente con bachiller de enfermería, se graduó en 2014 y continúa en el mismo cargo.
07	2014 como auxiliar con permiso de estudiante durante 6 meses hasta que se graduó.
08	2014 como auxiliar.
09	2008 como auxiliar con bachiller y se graduó como licenciado en 2011 y en 2015 como enfermero.
10	2004 como auxiliar.

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

La mayoría de los participantes, 8 de ellos iniciaron como auxiliar de enfermería, ya fuera con la licenciatura o con un permiso de estudiante o con bachiller en enfermería, 2 de los participantes iniciaron como asistentes de pacientes incluso teniendo la licenciatura en enfermería.

Respecto a cómo ha sido la vida laboral como profesional de enfermería se recolectó la siguiente información:

Tabla 13

*Percepción sobre la vida laboral como profesional de Enfermería*

<b>Informante</b>	<b>Percepción sobre la vida laboral como profesional de Enfermería</b>
01	Ha tenido la experiencia de estar en las 3 posiciones; asistente de pacientes, auxiliar de enfermería y enfermero y ésta última es de mucha responsabilidad.
02	Ha sido frustrante porque uno no se está desarrollando en el puesto que le corresponde y se añeja el conocimiento.
03	Todo un aprendizaje y una oportunidad de desarrollarse.
04	Muy limitante, al ser asistente no me puedo desempeñar al 100%.
05	Incomodo porque no puedo ejercer lo que estudié.
06	Una oportunidad de aprender y ganar experiencia.
07	Bastante trágico, es frustrante hacer tanto trabajo y que te exijan como licenciado en un puesto de auxiliar.
08	Muy atarantado, siempre hay escasez de personal.
09	Al inicio del ascenso estuve muy ansioso por el montón de responsabilidades y funciones, se maneja mucho estrés.
10	Muy bonito, una gran experiencia.

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Las percepciones de los y las participantes sobre la vida laboral como profesional de enfermería se pueden dividir en dos grupos, un primer grupo de percepciones negativas conformado por 6 participantes que en general se refieren a la experiencia con palabras como frustrante, incómodo, limitante, trágico, atarantado y estresante, el segundo grupo por cantidad de opiniones serían las

percepciones positivas con 3 participantes que indican que ha sido una buena o bonita experiencia además de una oportunidad de desarrollo y aprendizaje.

Se obtuvieron diversas percepciones sobre cómo son los roles de trabajo de los informantes, se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 14

*Roles de trabajo*

<b>Informante</b>	<b>Percepciones respecto a los roles de trabajo</b>
01	En el lugar principal de trabajo es muy estable al tener plaza, los roles en el segundo hospital dependen de mi disponibilidad y generalmente se programa con 1 mes de anticipación.
02	Al inicio no entendía eso de los libres, los fui conociendo con el tiempo.
03	Por mes se cambia de servicio y de horario, cuando se acerca la última semana del mes publican un borrador con los roles del mes siguiente y se da espacio para cambios.
04	Actualmente trabajo 8 horas por día, tengo un día libre a la semana y por cada sábado trabajado tengo 4 horas libres que se acumulan, si trabajo 2 sábados me dan un libre acumulado.
05	Se planifican un mes antes.
06	En sala de operaciones se usa una modalidad diferente por los sistemas extraordinarios de guardias y jornadas quirúrgicas, los horarios son muy cargados.

- 07 Al ser interina es irregular, ahora después de 3 años me hacen un rol de vacaciones y varían según las vacaciones que deba cubrir.
- 08 Al ser interina en área de salud los nombramientos se dan según el orden en la lista y este orden se define por antigüedad, al estar de primera en la lista de asignan nombramientos de incapacidades largas, vacaciones o maternidades.
- 09 Los decide la supervisora con un mes de anticipación.
- 10 Los horarios se programan con mes de anticipación y en caso de cambios se pueden solicitar a través de un memorándum.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

El cambio de roles u horarios se maneja de forma similar tanto para aquellos con plaza fija como para los que se encuentran como interinos, un borrador de la programación es publicado con un mes de anticipación y si alguno de los funcionarios y las funcionarias desea hacer un cambio debe solicitarlo formalmente a través de una carta o un memorándum. Sin embargo, en el caso los interinos y las interinas los cambios de sus roles u horarios están sujetos a la disponibilidad nombramientos, ya sea por incapacidad, vacaciones o maternidad, es decir, si en determinado momento están cubriendo un nombramiento corto de pocos días los cambios no tendrían lugar.

Sobre la percepción sobre las horas extra y su remuneración se presentan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 15

*Percepción acerca de las horas extra y su remuneración.*

<b>Informante</b>	<b>Horas extras y su remuneración</b>
01	Se podría decir que sí. Al tener dos lugares de trabajo en la caja, todas las horas que haga en el segundo lugar son pagadas como horas extra. Me pagan según las horas que haga.
02	No hace horas extra.
03	Si hace horas extra, y es posible hacer horas extra como enfermera a pesar de tener nombramiento de auxiliar. Solo hay que pedir las a la supervisora.
04	No hace horas extra, son opcionales. Si quisiera hacer debe enviar un memorándum a la jefatura con un mes de anticipación.
05	No hace horas extra. Antes hacía como enfermero, pero fueron eliminadas por la supervisora.
06	Si hace horas extra debido a las guardias o jornadas quirúrgica que fue un sistema para eliminar las listas de espera. La jornada se paga 14.25% en relación con el salario, entre más antigüedad más es la paga.
07	Si he hecho extras como enfermera. Pero sin la dedicación exclusiva entonces son pagadas en un precio menor que la hora de enfermera ordinaria.
08	Como auxiliar no hago, solo como enfermera. Se pagan por hora.
09	Si hace horas extra, se asignan a principio de mes y son opcionales en caso de que no las quiera hacer. Corresponden a un turno completo de 8 horas y se hacen de forma consecutiva al turno en el que se estaba.

10 Si hago horas extra. Pero no es obligatorio. En este hospital se maneja mucho tiempo extraordinario.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Respecto a tiempo de trabajo extraordinario, 3 de ellos indican que no realizan horas extra ya que son opcionales mientras que los otros 7 indican que, si realizan o ha realizado horas extra, de esos 7, 5 de ellos indican que hacen horas extra como enfermero o enfermera a pesar de tener un nombramiento de auxiliar de enfermería. Los y las participantes que realizan horas extra indican que son pagadas en un monto mayor a las horas ordinarias y que ese monto dependerá del turno en el que se realicen las horas.

En cuanto a la categoría "respeto a los días libres y vacaciones" se presentan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 16

*Días libres y vacaciones*

---

<b>Informante</b>	<b>Se respetan los días libres y las vacaciones</b>
01	Si.
02	Si.
03	Si.
04	No. Debía salir a vacaciones hace 3 meses y los días libres hay ocasiones en las que los cambian sin avisar.
05	Si.
06	Si.

07	Si.
08	Al estar con nombramiento es difícil, al tener que cubrir nombramientos no hay vacaciones a menos que rechace un nombramiento.
09	Si.
10	Si.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

En cuanto a que, si se respetan los días libres y vacaciones la mayoría, 8 participantes indican que sus días libres y vacaciones si se respetan, 2 participantes dijeron que no, una de ellas es interina e indica que debe tomar los nombramientos en ocasiones consecutivos, por no tener un cargo fijo, así que virtualmente no goza de vacaciones, la otra participante, dijo que no se respetan sus vacaciones ya que se las han aplazado hasta tres meses.

En la tabla siguiente se muestran los resultados obtenidos en cuanto a que si conocen o no sus derechos como trabajadores:

Tabla 17

*Derechos laborales*

<b>Conoce sus derechos laborales</b>	<b>Resultado</b>
Si	6
No	4

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Se aprecia que 6 de los participantes afirman que conocen sus derechos como trabajador (a), 4 de ellos indican que no conocen sus derechos.

En cuanto a la percepción de la práctica profesional como enfermero o enfermera, tenemos que:

Tabla 18

*Percepción sobre la práctica profesional como enfermero o enfermera*

<b>Informante</b>	<b>Percepción sobre la práctica profesional</b>
01	Está un poco ruda, antes era más fácil entrar.
02	Al no trabajar como auxiliar por mucho tiempo en caso de ascender tendría que refrescar un montón de cosas a que si hubiera empezado de cero.
03	El trabajo de Enfermería o de Auxiliar es la base de todo hospital, pero es un desgaste físico y emocional.
04	Una constante recarga laboral.
05	Se da una lucha de rangos y posición en la jerarquía.
06	Al ser asistente el cuidado que se da al paciente es indirecto, pero no es de enfermería.
07	Es un poco triste ya que no se puede ejercer con el conocimiento que le dan en la universidad, y el trabajo es muy técnico.
08	Se debe tener presente conservar el profesionalismo, aunque se esté nombrado como auxiliar por respeto al paciente y a los compañeros.
09	Es un trabajo muy cansado, muy estresante y se quiere abarcar tanto que se deja de lado uno mismo.
10	Enfermería tiene una gran importancia en el equipo interdisciplinario y ahora tiene una mayor participación.

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Sobre la percepción de la práctica profesional 7 de los participantes dieron respuestas en tono negativo sobre el trabajo como tal como que es muy cansado, estresante, recargado, o que es difícil ascender o incluso conseguir trabajo como enfermero (a), 2 de los participantes dieron respuestas

En cuanto a la "realización profesional" se presentan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 19

*Realización profesional*

<b>Informante</b>	<b>Realización Profesional</b>
01	Es muy interesante al ejercer tanto el perfil de auxiliar como de enfermero, puedo tener una mejor perspectiva del caso o de la clínica.
02	La realización es parcial, porque por lo menos estoy trabajando en enfermería.
03	Llevo muy poco trabajando como para decir que estoy frustrada o realizada. Estoy ganando experiencia y es un constante desarrollo.
04	Esperaría tener un ascenso como auxiliar y después me gustaría trabajar en el extranjero.
05	Bien, excelente porque es lo que me gusta y lo hago lo mejor que puedo.
06	En realidad, un poco desmotivado, porque cuando se empieza a estudiar la expectativa que tenía era que cuando me graduara iba a hacer los trabajos con relación a la experiencia o grado académico.

- 07 Es bastante frustrante y a veces no dan ganas de trabajar, al estar contratado para un puesto pero que te exijan las responsabilidades de otro.
- 08 Es muy difícil ascender como enfermera y al estar como interina lo hace más difícil.
- 09 Yo me siento bien, me encanta mi trabajo, estoy muy orgulloso, pero no estoy de acuerdo con el recargo de funciones que lo hace agotador.
- 10 Siento que me realizo como persona y estoy más cerca del paciente.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Cuando se les consultó sobre su realización profesional, 5 participantes respondieron con comentarios positivos, 3 de ellos sienten que no se realizan profesionalmente y 2 de ellos respondieron con una posición neutral a la consulta ya fuera porque llevan poco tiempo en el trabajo como para sentirse frustrados o realizados o porque están a la espera de que la situación cambie.

Indagando sobre la satisfacción laboral se preguntó a los informantes sobre cómo se sentían en su situación de trabajo actual, se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 20

*Satisfacción laboral*

<b>Informante</b>	<b>Satisfacción laboral en su situación de trabajo actual</b>
01	Trabajar en dos perfiles es muy interesante, es algo bonito, no cambio mi carrera para nada, me siento orgullosos de lo que soy.
02	Olvidando la parte de los ascensos puedo decir que bien, llego a mi trabajo contenta y me siento muy bien con lo que hago y me gusta mucho, creo que no podría trabajar en un lugar privado.
03	Yo me siento en un proceso de espera, me gustaría desempeñar el puesto de enfermería que fue para lo que estudié.
04	Ahorita como asistente me siento que no me estoy desempeñando profesionalmente.
05	No satisfecho, pero bien.
06	Me siento bien porque es un trabajo que he venido realizando desde hace 7 años, estoy conforme con lo que he logrado, pero me gustaría que fuera diferente.
07	La verdad no muy bien.
08	A mí me gusta mucho porque el primer nivel es lo que me gusta, y quisiera mantenerme en primer nivel. Lo único malo es que vivo en Cartago y trabajo en Heredia.
09	Me siento muy contento, muy satisfecho, se podría hacer mejora en las contrataciones, pero en general estoy muy contento.

10 Me siento muy satisfecho de trabajar acá.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Respecto a la percepción del trabajo actual 3 participantes comentan que se sienten bien, contentos o satisfechos, 3 de ellos no se sienten bien con su trabajo actual y 4 de ellos indican que se sienten bien pero que les gustaría que fuera diferente.

En la siguiente tabla 21 se muestran las expresiones sobre la percepción de los y las informantes acerca de su situación de trabajo actual como profesional de enfermería.

Tabla 21

*Sufrimiento laboral*

---

<b>Informante</b>	<b>Percepción acerca de la situación laboral</b>
01	Hay sobre carga de trabajo, por ejemplo, hay un servicio en el que te corresponden 14-15 pacientes solo a un auxiliar de enfermería.
02	Es triste saber que uno deba esperar tanto tiempo para poder trabajar para lo que usted se prepara.
03	A veces es demasiado trabajo y los enfermeros están frustrados porque no pueden desarrollarse, están sobrecargados
04	Creo que el cambio constante de servicios no afecta a nivel laboral, pero a nivel personal me afecta bastante, porque por ejemplo tengo que solicitar los días libres con un mes de anticipación y no sé dónde voy a estar el otro mes, uno está muy ansioso y preocupado por estar pensando que los nombramientos son muy cortos y pasa por ser interino.

- 05 En el puesto que yo estoy siento que no es bien remunerado, el auxiliar hace muchas funciones para un salario tan básico.
- 06 El trabajo en sala de operaciones da la oportunidad de hacer muchas cosas, siento que está muy pagado, obviamente aumenta la carga laboral, pero es un salario muy bueno.
- 07 Muy cansado, nos exigen más de lo que debemos hacer, trabajamos muchísimo y muchas veces ni los jefes pueden salir entonces uno les ayuda porque tiene los conocimientos e igual te exigen que entregues los pacientes como enfermera.
- 08 Cuando sale de la universidad y se inserta en el mercado laboral se lleva el golpe de que va a ser un auxiliar.
- 09 Yo como trabajador me siento bien, pero el estrés que se maneja es grande.
- 10 La CCSS es un buen patrono, me siento satisfecho y le agradezco mucho.

---

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, I Ciclo, 2022.

Las percepciones como empleados de los participantes son en su mayoría negativas, 7 de ellos las describen como cansado o frustrante, otros indican que la situación es triste, que hay sobrecarga de trabajo o que no es bien remunerado. Uno de los participantes dice que se siente bien, pero de igual manera indica que el trabajo es estresante y 2 de los participantes respondieron tener una percepción positiva como empleados indicando que se siente satisfechos o que la paga es muy buena.

## **Capítulo V. Discusión**

En este apartado se discuten los hallazgos que surgieron tras analizar las vivencias relatadas por un grupo de profesionales de enfermería que participaron del estudio en conjunto con las fuentes bibliográficas y una serie de conceptos relacionados con el fenómeno en estudio. A continuación, y con el fin de presentar dichos hallazgos se plantea la discusión en tres secciones:

Marco político del fenómeno: el origen y sus causas, donde se explora el contexto histórico de las reformas y la influencia internacional que dieron pie a las mismas, así como el efecto que han tenido en Costa Rica.

De flexibilización a precarización, acá se observan las condiciones laborales, los efectos en el sector salud, datos estadísticos, situación actual, y los efectos la reforma.

Secuelas: sufrimiento laboral y moral, en dónde se hace referencia a las vivencias de los y las profesionales de enfermería, cómo son las experiencias de las personas

A través de estas secciones se busca responder a la pregunta de investigación: *¿Cómo son las vivencias sobre las formas de contratación y condiciones laborales de los y las profesionales de Enfermería producidos a partir de la implementación de la Ley No. 7852?*

## **5.1 Marco político del fenómeno, el origen y sus causas**

En este apartado se abarcan las evidencias bibliográficas que prueban que el capitalismo ha sido un fenómeno global que desde su nacimiento se expandió por todo el mundo sin exceptuar a América latina y por ende Costa Rica, trayendo una serie de cambios casi ineludibles para aquellas naciones que deseen seguir progresando como sociedad en un mundo que es regido por lo que opine la mayoría.

Según Harvey (2007), el neoliberalismo nace entre 1978 y 1980, período en el cual se da un punto de inflexión revolucionario en la historia social y económica del mundo. Durante este lapso se pueden identificar varios epicentros alrededor del mundo que precedieron este movimiento, en 1978 Deng Xiaoping impulsó en China la liberalización de una economía comunista, lo que la transformaría de una nación cerrada y atrasada del mundo a un centro de dinamismo capitalista abierto con una tasa de crecimiento sostenido sin precedentes en la historia de la humanidad. En 1979 en Estados Unidos, Paul Volcker asume el mando de la Reserva Federal y ejecutó una drástica transformación de la política monetaria, colocando a la Reserva Federal en el frente de la lucha contra la inflación sin importar las posibles consecuencias, particularmente en lo relacionado al desempleo. En el mismo año en Inglaterra, Margaret Thatcher como primera ministra asume el compromiso de dominar el poder de los sindicatos y de acabar con el estancamiento inflacionario en el que había estado sumido el país la década anterior. En 1980, Ronald Reagan fue elegido presidente y se encargó de encaminar a Estados Unidos a una revitalización de su economía apoyando las acciones de Volker con la Reserva Federal y añade sus propias políticas para debilitar el poder que tenían los trabajadores, desregular distintas industrias y eliminar trabas para los poderes financieros tanto locales como extranjeros.

A partir de esos epicentros es que se desencadenaron los impulsos revolucionarios que se propagaron para cambiar el mundo, movimientos que sacaron de las sombras en las que se encontraba el neoliberalismo y la transformaron en el principio rector de la gestión y el pensamiento económico modernos. (Harvey, 2007, p. 5)

El neoliberalismo, según Harvey (2007), es, ante todo, una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio. (p. 6)

El marco institucional debe de ser creado y preservado por el Estado y de esta manera garantizar el desarrollo apropiado de dichas prácticas. Por ejemplo, el Estado debe disponer de las funciones y estructuras militares, defensivas, policiales, y legales que son necesarias para asegurar los derechos de propiedad privada y garantizar, en caso necesario, mediante el uso de la fuerza, el correcto funcionamiento de los mercados. Por otro lado, en aquellas áreas en las que no existe mercado (como la tierra, el agua, la educación, la atención sanitaria, la seguridad social o la contaminación medioambiental), este debe ser creado cuando sea necesario mediante la acción estatal. (Harvey, 2007, p.6)

En otras palabras, el neoliberalismo, debe entenderse como el proceso nacido de la ideología política-económica, de reformas que a nivel internacional buscaron el severo recorte presupuestal y disminución del gasto público, mediante un conjunto de políticas generales que ponen en prioridad la dinámica del mercado y transforman al estado en un ente regulador (Tamez & Valle, 2005, p. 326)

Esto coincide con lo destacado por Escalante (citado por Díaz 2020), quien indica que la defensa de la economía de mercado, de la libertad individual y del Estado de Derecho; se resume bajo el nombre de neoliberalismo. Además, comenta que los neoliberales defendían que el Estado debía producir las condiciones para la existencia y buen funcionamiento del mercado, que la libertad económica estaba primero que la política y que el mercado era el mejor garante de la libertad y el bienestar. (p. 3)

#### 5.1.1 Efectos inevitables de la modernización y globalización: avanzar o quedarse atrás

En América Latina, Chile se volvió el primer taller para implementar las políticas neoliberales a sus anchas, después del golpe de Estado contra el gobierno de turno en 1973. (Díaz, 2020, p. 4), pero según Esquivel (2021) fue hasta la década de 1980 que después de la crisis del modelo de capitalismo regulado, se sentaron las bases de un proyecto radical de globalización del mercado donde el principio central era la flexibilización laboral y financiera, así como de remover al Estado de las tareas de producción y de intervención que antes se le habían delegado. Este consenso, arremetió contra el Estado bajo el argumento de que el sector privado gestiona con mayor eficiencia los recursos que el sector público, de tal manera que se debía conservar solamente como facilitador de los negocios para brindar estabilidad, actuando como un regulador de los excesos del mercado con programas de alivio de la pobreza y protección del medio ambiente y como un garante de la paz social o, en otras palabras, encargado de la gobernanza. (p. 83)

Además, según Llista (citado por Esquivel, 2021), se proclamó que las economías de los países debían internacionalizarse a toda costa, abrir sus fronteras al capital, atraer el máximo de inversión extranjera, tratar que la producción nacional salga y que las empresas transnacionales se penetren, generando que la presencia de polos de desarrollo y de élites

prósperas desencadenaran un proceso de cascada de la riqueza hacia las clases menos favorecidas. (p. 83) Estos lineamientos, si bien mejoraron la macroeconomía de los países latinoamericanos, sometieron a las naciones a una estabilidad restringida derivando una falta de atención al papel que juegan las intervenciones políticas en el sector productivo por inducir la inversión y acelerar el crecimiento, además de la fractura que genera entre las políticas económicas y sociales, dándole un lugar subordinado a las segundas y ocasionando una erosión de las prácticas democráticas de autodefinición de los pueblos sometidos estrictamente a estas reformas. (Esquivel, 2021, p. 84)

Esto es un poco contradictorio ya que según Girón (citado por Esquivel, 2021), las reformas que en algún momento fueron la esperanza para los gobiernos en América Latina, fueron aplicadas sin tomar en cuenta las especificaciones de cada país, esto no solo no favoreció el fortalecimiento de las empresas nacionales ante la competencia extranjera si no que debilitó las instituciones públicas lo que resultó en diversos efectos adversos; una inequidad en la distribución del ingreso, el desempleo y la disminución del consumo, asimismo otras áreas de la vida social como la educación, la esperanza de vida, el grado de analfabetismo, el acceso al agua, la salud y la nutrición, también la falta de oportunidades de empleo y a un gasto equitativo que financie el desarrollo y no que esté al servicio de la deuda externa o intereses de mercados financieros. (p. 84)

Esto concuerda con lo dicho por la autora Laura Álvarez (2014), que indica que Costa Rica no fue ajeno a la implementación de reformas neoliberales a partir en la década de 1980, las mismas estuvieron enmarcadas por condiciones propias del país y por condiciones internacionales derivadas de la crisis económica de finales de la década de 1970. Los efectos

de esta crisis, la caída del modelo de sustitución de importaciones y el colapso del denominado “Estado de Bienestar”, precipitaron un cambio en las políticas macroeconómicas, que desplazó la mirada de un Estado que implementaba ampliamente políticas sociales en educación y salud, a un Estado que se preocupó por reducir el gasto y por aplicar Programas de Ajuste Estructural (PAE), con el objetivo de mejorar las finanzas del Estado y así, generar mejores condiciones para el mercado. Sin embargo, un punto en el que Costa Rica se diferencia con respecto al resto de Latinoamérica fue la velocidad de la aplicación de los ajustes neoliberales, que, en comparación con Chile, México o Argentina, donde fueron aplicados de forma rápida y contundente, en Costa Rica se aplicaron de forma paulatina, condición que se mantiene hasta la fecha. Este proceso tuvo por consecuencia que los efectos económicos y sociales de los ajustes comenzaran a ser palpables dentro de la sociedad hasta finales del siglo XX. (Álvarez, 2014, p. 1-2)

Estos PAE tenían cinco objetivos, mismos que observados a la luz del presente estudio, demuestran sus intereses meramente económicos y en función de propiciar las mejores condiciones para el mercado y velar por el buen funcionamiento de este; (Álvarez, 2014, p 5)

- 1) poner al país en capacidad de pagar la deuda externa;
- 2) cambiar la tendencia del modelo de desarrollo anterior e incentivar la exportación como vía de acceso al mercado mundial;
- 3) terminar con las distorsiones económicas (déficit fiscal, subvenciones, exoneraciones, incentivos);
- 4) regular la producción nacional por los mecanismos de oferta y demanda; y
- 5) disminuir el tamaño del Estado y eliminar el déficit fiscal.

Basado en lo anterior, es importante cuestionar si el acogimiento de las recomendaciones de entes internacionales basado en el ideal de alcanzar una sociedad perfecta de verdad está brindando los resultados que promete, dentro de un sistema de mercado que dicta un conjunto de criterios de equilibrio, en un mercado perfecto, que no incluyen en lo mínimo la satisfacción de las necesidades básicas de las mayorías, lo cual, consecuentemente hace que las únicas necesidades válidas sean definidas dentro de las relaciones mercantiles mismas y conduce a la elaboración teórica y práctica del mercado total, donde todo debe ajustarse a las leyes del mercado, no al revés. (Castillo, 2000, p. 114)

Este trabajo no busca desestimar el neoliberalismo o defender una posición que se opone a los cambios en pro de la mejora de la sociedad y por ende el bienestar de la humanidad, pero si busca exponer puntos a mejorar y pretende presentar la política neoliberal, que se concibe como un proyecto, y que no debe reducirse a una problemática de política económica, como si no tuviera incidencia en otros ámbitos y sectores de la vida social. (Castillo, 2000, p. 114)

#### 5.1.2 Políticas externas, globalización y su impacto en las reformas de salud

Ahora bien, respecto a las reformas a la salud y a la seguridad social, se encontró que, en los países latinoamericanos, se han constituido por un proceso de acogimiento de los criterios recomendados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial acerca de la forma de afrontar la crisis del sector salud de los diferentes países (Velandia, 2011, p. 67). Todo ello ante la inviabilidad de proyectos alternativos al neoliberalismo, producto de la imposibilidad de crear alternativas reales que logren (como lo pretende normativamente el neoliberalismo), una concepción de sociedad perfecta. (Castillo, 2000, p. 115)

Esto se ve reforzado cuando en 1993 el Banco Mundial publicó el informe “Invirtiendo en la Salud, proponiendo reformas”, en el cual no solamente se retomaron algunas de las reformas ya gestadas en países como los mencionados, sino que también insinuaba el camino a seguir para el resto de los países de la región, incluido Costa Rica. (Mesa, 2005, p. 31)

Este reporte impulsó de manera importante la reforma en la salud costarricense, entendida como el proyecto transformador de corte neoliberal que tuvo la pretensión, de no solamente explicar los desajustes que, a nivel económico, político, y social acontecían, sino también la de corregirlos mediante la implementación del “automatismo del mercado”. (Castillo, 2000, p. 116)

Esta serie de recomendaciones trajeron consigo transformaciones resultantes de los efectos de políticas neoliberales de organismos financieros internacionales, en Costa Rica, la reforma a la Ley General de Salud en 1981 y la aprobación de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS en 1998 son ejemplos del impacto de estas políticas. (Trejos & Valverde, 2000)

Según lo encontrado en el trabajo de Martínez la Reforma en Salud se propuso no sólo para fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, sino también como una solución a los serios problemas preexistentes de calidad y oportunidad de los servicios de salud y que propiciaron el conjunto de cambios que irremediamente abrieron “portillos” a la privatización y fragmentación del sistema único de salud. (Martínez & Mesa, 2003, p. 44)

La misma autora señala, que desde una perspectiva sociopolítica, gracias a características del discurso manejado en los medios de comunicación nacionales acerca del tema de reforma sanitaria y que evidenciaba una necesidad de llevarla a cabo a la brevedad, debido a la crisis institucional de la CCSS y la relación de ésta con el Estado (Martínez, 1999, p. 1), de lo anterior, afirma la autora, es fácilmente posible, identificar el origen de los factores que preparan y abonan el terreno para la reforma, así como los intereses de los actores involucrados. (Martínez, 1999, p. 1)

La importancia de la Ley No. 7852 para este estudio radica en sus efectos en las formas de contratación y regulación del ejercicio profesional a raíz de la creación de los compromisos de gestión, los cuales buscaban primordialmente la eficacia en la entrega de los servicios de la salud de los organismos desconcentrados, en conformidad con el objetivo jurídico de desconcentración.

Según el capítulo cuatro, artículo 20 de la Ley No. 7852:

“Corresponderá a los hospitales, clínicas o áreas de salud desconcentrados, la gestión de los recursos humanos de las dependencias o unidades a su cargo. El ejercicio de las anteriores competencias deberá darse de conformidad con lo que establezcan las disposiciones legales y reglamentarias aplicables en esta materia, con las limitaciones que específicamente acuerde la Institución, en el correspondiente Compromiso de Gestión o Addendum celebrado al efecto. En este sentido, son atribuciones del órgano desconcentrado en la gestión y administración de los recursos humanos a su cargo”

Esto le permitiría al organismo desconcentrado entre otras cosas: a) Definir y establecer modalidades alternativas de contratación de recursos humanos aplicables al

sistema de empleo público o de contratación administrativa de servicios; nuevos esquemas de flexibilización de condiciones laborales y de modalidades de pago, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente y sin perjuicio de los derechos adquiridos. Ley 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Capítulo IV. Artículo 20.

Por lo tanto, se puede concluir que la ley de desconcentración de hospitales y clínicas de la CCSS les confiere a los entes desconcentrados la potestad de flexibilizar en cierta forma aspectos en el área de recursos humanos, siempre y cuando el compromiso de gestión sea cumplido, respaldando lo mencionado al inicio de este apartado.

Hablar de la flexibilidad laboral como tendencia actual de los mercados de trabajo mundial resulta útil para comprender el cambio acontecido en Costa Rica, pues es precisamente ese “conjunto de acciones concernientes a lo laboral” es el que incide directamente en los trabajos realizados por los y las profesionales del sector salud. (Velandia, 2011, p. 70)

Esto viene a coincidir con Ramírez, (2010), que argumenta que el principal efecto negativo de las reformas neoliberales cae sobre el empleo, principalmente en el sector público, y consiste en la pérdida que el Estado costarricense ha experimentado, de su rol dinámico como generador de empleos, al verse restringido en su quehacer como promotor de actividades, otorgándole ese papel al sector privado. Aunque las nuevas modalidades de trabajo impuestas no involucraron reformas legales que modificaran el régimen constitucional de empleo público, los cambios establecidos durante el período liberal mellaron la figura del empleo público, haciéndose evidentes en el progresivo proceso de

precarización de las condiciones laborales de los trabajadores interinos, que carecen de estabilidad laboral; esta situación fue causada fundamentalmente por la generación de incertidumbre que propició la salida de trabajadores con mayor experiencia, que se sustituyeron a su vez por personal interino, lo que convirtió este proceso en una “práctica generalizada”, manejada bajo criterios estrictamente políticos apañados por la “discrecionalidad administrativa”. (p. 92)

Uno de estos efectos se ve ejemplificado en el relato del informante 04:

“Cuando inicie me dijeron que el pago era bisemanal, sin embargo, eso no sucede, yo he pasado hasta 2 meses sin recibir pago, lo que uno podría hacer es pedir un adelanto de pago, a pesar de que no es un adelanto, y así el pago se agiliza, esto pasa solo con los interinos, los horarios son rotativos y esos si se cumplen.” Entrevista, pregunta 06.

Esta respuesta fue otorgada por el informante cuando se le pidió que comentara cómo son sus condiciones laborales, a lo anterior agregó:

“Cuando se está en propiedad ya se recibe el pago bisemanal el problema es con los interinos y he escuchado que hay más problemas con los enfermeros, duran todavía más en pagarles o muchas veces están interinos como auxiliar, pero tienen plaza de asistente y los días que no le llega pago les pagan como asistente.” Entrevista, pregunta 06.

Por lo tanto, se encontró evidencia de que efectos negativos de la aplicación de políticas mayoritariamente centradas en intereses económicos siguen teniendo expresión en los trabajadores públicos, en el personal de salud y en los profesionales en enfermería.

## **5.2 De flexibilización a precarización: Transformaciones sutiles de las condiciones laborales**

A continuación, revisaremos cómo las reformas al sistema de salud provenientes de la influencia del neoliberalismo generaron cambios en las condiciones laborales incidiendo en las formas de contratación y que paulatinamente condujeron a una precarización laboral lo cual constituye uno de los ejes centrales del presente estudio.

### 5.2.1 Compromisos de gestión

Es importante notar que la Ley No. 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social (1998), se centró en el área administrativa de la desconcentración, sin embargo, artículos de esta, confieren autoridad sobre aspectos que influyen otras áreas fuera de lo meramente administrativo, como lo es la contratación del personal que debe considerar además de intereses económicos y de calidad tales como eficiencia y efectividad, la seguridad social y la salud de sus funcionarios.

Respecto a aspectos de la dirección, representación y organización de los Órganos Desconcentrados, la Ley No. 7852 establece que:

Los hospitales, las clínicas y las áreas de salud que la Junta Directiva de la Caja acuerde desconcentrar en grado máximo gozarán, una vez que se firme el correspondiente Addendum al Compromiso de Gestión<sup>1</sup> y dentro de los límites que en él se establezcan, de personalidad jurídica instrumental para el manejo y la gestión presupuestaria del órgano; para las contrataciones administrativas que deban

---

<sup>1</sup> El compromiso de gestión es un instrumento que debe permitir vincular la actividad con los recursos, y establecer para cada hospital sus objetivos, responsabilidades e incentivos. En el sentido práctico se trata de un instrumento legal o contrato. (CEPAL, 1998, p. 73)

realizarse con el propósito de cumplir sus objetivos y metas; y para el manejo y la organización de sus recursos humanos. (Ley 7852, 1998, Art 9)

También en el artículo 9 de la Ley No. 7852 (1998), define que:

La personalidad jurídica instrumental le concede al órgano desconcentrado la capacidad jurídica para decidir en nombre propio, dentro de su circunscripción territorial o competencial, sobre la materia propia de las competencias que le han sido trasladadas, como un medio para satisfacer de manera adecuada, eficiente y equitativa, los servicios integrales de salud que brinda la Caja a los usuarios, de conformidad con la legislación y normativa vigente. (Ley 7852, 1998, Art 9)

Por lo tanto, se puede entender nuevamente que, mientras el órgano al que se le otorgue personalidad jurídica opere bajo los límites que el Compromiso de Gestión establezca y no vaya en contra de otras normativas vigentes, puede flexibilizar los aspectos que considere requeridos para alcanzar los estándares de calidad fijados por la CCSS.

Estos límites basados en la gestión presupuestaria dejan un área amplia a la interpretación de los directores del órgano desconcentrado para la toma de decisiones y ejecución de acciones, mismas que, sin supervisión o el seguimiento de algún procedimiento estandarizado puede tomar múltiples direcciones y derivar en condiciones poco favorables para algunos, recalando la nueva postura de “mero regulador” que el Estado ha ido tomando de forma gradual como resultado del proceso neoliberal.

Esto concuerda con lo expuesto por Solís (2014), quien en su propuesta sobre el concepto de precariedad laboral, incluye la importancia que debe darse a la individualidad contemporánea y el debilitamiento cada vez mayor del Estado como ente benefactor,

características relevantes del nuevo modelo económico y social (neoliberalismo), que causan la precarización del empleo y generan un alto grado de inestabilidad con el consecuente riesgo, la incertidumbre, vulnerabilidad y cambios bruscos en los ritmos de vida debido a la necesaria movilidad en busca de mejores oportunidades de empleo. Esta movilidad e inestabilidad social están ligadas al cambiante desarrollo de la macroestructura del capitalismo y a las necesidades y aspiraciones personales en busca de la formación de la propia identidad. (p. 4)

La ley 7852 establece en su artículo 26 del capítulo IV De los Recursos Humanos, que;

El órgano desconcentrado podrá definir, cuando las necesidades de los servicios lo demanden, la variación de las condiciones laborales contenidas en los contratos individuales y colectivos de trabajo, relacionadas con la modificación de horarios, jornadas laborales o prestación y lugar de trabajo, siempre que dichas variaciones no resulten arbitrarias, antojadizas o produzcan grave perjuicio a derechos de los servidores (as) involucrados (as), y se ajusten a las disposiciones legales vigentes sobre el *ius variandi*<sup>2</sup>. (Ley 7852, 1998, Art 26)

Encontramos nuevamente el elemento que favorece al organismo desconcentrado permitiéndole flexibilizar los aspectos que considere necesarios para cumplir los compromisos de gestión y sus métricas.

---

<sup>2</sup> Privilegio de la Administración que le permite modificar, invocando razones de interés público, las condiciones no esenciales de un contrato mientras está siendo ejecutado por el contratista y aunque la modificación no estuviera prevista en el pliego. Literalmente “derecho de modificar”. (Real Academia Española, s.f., definición 1).

### 5.2.2 Flexibilidad en la contratación

La flexibilidad laboral en el mercado de trabajo se define como la capacidad de realizar cambios en las estructuras, funciones y costos del factor trabajo, libres de restricciones o normativas; que permiten adaptaciones rápidas de los esquemas de empleo y manejo a discreción de los salarios, para facilitar que las empresas hagan frente a cambios coyunturales en la estructura de la economía. (Ibarra & Torres, 2010, p. 38)

Esto concuerda con lo dicho por Ovarés & Villalobos (2020), respecto a la contratación, que plantean que “la flexibilización en los contratos comienza cuando se decide cambiar el modelo de trabajo clásico con contratos indefinidos, por alguna de las variantes de contrataciones a tiempo parcial, por horas o la subcontratación interna o externa a través de terceros (tercerización). A este respecto, se explica que la flexibilidad permite la variación del número de empleados acorde con los requerimientos particulares de las empresas, avaladas por el marco legislativo. Controversialmente, también acotan que los derechos humanos de los trabajadores son violados por la subcontratación, ya que precariza su situación laboral al ser afectados los salarios, la seguridad en el empleo y las cargas laborales; al igual que la seguridad social; su derecho a la sindicalización y a huelga; y la contratación colectiva.” (p. 9)

Como podemos ver en los siguientes relatos, es posible encontrar algunos de estos elementos de flexibilidad en los que se modifican los horarios o puestos a conveniencia o necesidad del servicio.

“Cuando empecé los horarios eran rotativos, cuando no tenía plaza había quincenas que me pagaban y otras que no”. (Informante 09)

“Los días libres hay veces que se los cambian y no avisan nada entonces uno llega a trabajar y tenía libre.” (Informante 04)

“Hay compañeros que les ha pasado que están libres y los llaman para que vayan a trabajar, pero no es obligación acudir.” (Informante 04)

Para el ámbito laboral de enfermería, la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, ACOFAEN, menciona que el incremento de la flexibilización propicia la generación de nuevas formas de contratación “para garantizar la mayor eficiencia de los recursos humanos y disminuir las cargas económicas a los empresarios”. (ACOFAEN, 2021).

Este interés en mantener bajos los costos para las empresas es validado en el inciso e del artículo 20 de la Ley 7852, el cual entre otras atribuciones le confiere al órgano desconcentrado en la gestión y administración de los recursos humanos la capacidad de;

“La reasignación individual de puestos, para lo cual deberá contar con los recursos financieros necesarios y garantizar la viabilidad a la luz del próximo presupuesto anual ya negociado o aprobado”. (Ley 7852, 1998, Art 9)

Lamentablemente se encontró evidencia de que esto no sucede o bien los recursos no son suficientes, ya sea por escasez o mala gestión.

En el siguiente relato al consultar sobre el proceso de contratación el informante dijo:

“Fue muy rápido porque en enfermería siempre hay escasez de personal, entonces estaban desesperados por contratar a alguien y lo que me dijeron fue que empezaba de una vez y me llevaron a Emergencias”. (Informante 08)

También se halló al consultar sobre el cumplimiento de los perfiles de enfermería lo siguiente:

“Debido a la falta de personal, a veces los auxiliares cumplen funciones de enfermero, si el auxiliar se equivoca la responsabilidad recae en mi persona”. (Informante 09)

Reiterando, acorde con De la Garza (citado por Cisneros, 2010) la flexibilidad laboral se concibe como “la eliminación de todo tipo de obstáculos para que los mecanismos del mercado se encarguen de modo espontáneo de asignar el factor trabajo en cuanto a precio y empleo”; que facilite los procesos de contratación, las formas de pago individualizadas acorde con las ganancias obtenidas y los despidos. De este modo se consideran “obstáculos”, las normas de protección de los trabajadores, que garantizan su bienestar; la estabilidad laboral; la garantía de un salario mínimo según su trabajo y los sindicatos, ya que, desde esa perspectiva “se imposibilita el uso eficiente del factor trabajo y no permite la adecuada maximización de las ganancias”. (p. 38)

También relacionado a la contratación de personal, la ley 7852 establece que;

“Corresponderá a cada hospital, clínica o área de salud desconcentrados, la contratación de los empleados y funcionarios de la Caja que presenten servicio en ese órgano, salvo disposición legal en contrario que determine su impedimento para la ejecución de un procedimiento o acto en particular. Para esos efectos, deberán seguirse los procedimientos establecidos en la ley, los reglamentos y estatutos generales de servicios de la Institución, así como en la normativa técnica de reclutamiento y selección general o específica; y el perfil descriptivo de puestos, de cada grupo ocupacional.” (Ley 7852, 1998, Art 23)

En el inciso b del artículo 20 sobre Recursos Humanos la Ley indica que los organismos desconcentrados tienen dentro de sus atribuciones;

“El reclutamiento y selección de personal, aplicando directamente el proceso de selección legal o reglamentario que corresponda, de acuerdo con el grupo ocupacional al que pertenezca el (la) servidor (a)”. (Ley 7852, 1998, Art 20)

Esto podría explorarse en más detalle a nivel técnico, ya que de manera preliminar se puede ver que no ha habido un procedimiento estandarizado para el reclutamiento, según relatan los informantes, cuando se preguntó respecto al proceso de reclutamiento se encontró que 5 participantes presentaron el currículum de forma física, 3 subieron el currículum a través de la página web de la CCSS y 1 fue llamado directamente desde la dirección de enfermería por falta de personal. Podemos ver una heterogeneidad en una muestra pequeña, lo que genera la inquietud de que si la muestra se ampliara este patrón permanezca o se haga más grande. Entrevista semiestructurada, pregunta 01.

Ahora bien, esta serie de medidas de flexibilización generaron beneficios para el cumplimiento de metas establecidas por los compromisos de gestión a los órganos desconcentrados, sin embargo, surge la pregunta sobre cómo afectó esto a los funcionarios y en especial al personal de enfermería.

### 5.2.3 Subutilización y subempleo

El asunto con la flexibilización laboral es que una vez que se introduce y se expresa en las condiciones en las que se dan las contrataciones, continúa expandiéndose y afectando a los trabajadores en otros aspectos de su vida laboral y social.

Un ejemplo de ello es el subempleo, el cual se caracteriza como la situación en la cual un trabajador es empleado en un puesto inferior al que estaría capacitado para ocupar. La RAE lo define como “empleo por tiempo no completo, retribuido por debajo del mínimo o que no aprovecha completamente la capacidad del trabajador”; mientras la OIT lo define como “la subutilización o utilización ineficiente de las habilidades, calificaciones o experiencia de un trabajador o cuando este se ve imposibilitado de trabajar todas las horas que quisiera”. (OIT, 2022)

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (2002), declaró los servicios de enfermería y partería como los pilares fundamentales de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras y las parteras, se reducen los costos y se mejora la calidad de la atención en diversos contextos. (p. 28)

Al consultar sobre la percepción como empleado y profesional de enfermería en su situación de trabajo actual, encontramos el siguiente testimonio:

Uno sale de la universidad pensando que va a volar y luego cae y se lleva el golpe de que va a ser un auxiliar y no para lo que se preparó y te contratan para ser Auxiliar porque no hay oportunidades para ser Enfermero. (Informante 08)

También se encontraron los siguientes testimonios al realizar la consulta ¿cómo se siente con su trabajo actual?

Estoy conforme con lo que he logrado sin embargo me gustaría que fuera diferente, estar trabajando en lo que estudié y no como asistente, porque la idea de uno es aspirar a que la institución reconozca el esfuerzo que has hecho y lo nombre acorde a lo que estudió. (Informante 06)

Ahorita como asistente (...), no es que no me gusta, me gusta hacer el trabajo porque uno tiene mucho contacto con el paciente, el asistente es el que lo lleva a las citas, el que está ahí, el que escucha las necesidades que tiene y eso es muy bonito, pero siento que no me estoy desempeñando profesionalmente y eso me da un sentimiento de frustración y también preocupación porque no sé cuándo me voy a desempeñar como profesional, ya que es un proceso muy largo. (Informante 04)

Las experiencias de estas personas reflejan sentimientos de descontento y a la vez resignación con el que creen que deben continuar debido a que no hay otra alternativa.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC, define el subempleo como la condición de las personas que trabajan menos de cuarenta horas a la semana a pesar de que desean trabajar más, ya que tienen la disponibilidad de tiempo. En el caso de Costa Rica, se determinó que para 2019 se alcanzó un 12,5% de trabajadores en condición de subempleados, con el agravante de que esta condición, al igual que la de “autoempleo” y “pluriempleo” no están contempladas en las regulaciones de la Ley del Trabajo, creando una condición de vulnerabilidad para estos trabajadores. (Ovares & Villalobos, 2020, p. 13)

Ovares & Villalobos (2020) también hacen referencia al subempleo al indicar que “se está frente a este fenómeno cuando se presenta una subutilización de la capacidad productiva y/o una remuneración inadecuada, que implica una insatisfacción subjetiva”. (p. 231)

Esto podría decirse que se ve evidenciado en la respuesta encontrada, cuando se consultó sobre la experiencia en cuanto a la permanencia en el trabajo actual;

Uno siente que puede dar más, la carga laboral es pesada, yo no sé si así pasa en todo lado, pero siempre es bastante tedioso porque siempre falta personal, (...), sin

embargo, la jefatura dice que siempre ha sido así, que no hay que quejarse y que 4 ó 5 auxiliares son suficientes para un servicio de emergencias y más bien que antes se trabajaba con 3. (Informante 08)

También Ovarés & Villalobos, (2020) puntualizan que, desde la perspectiva de un trabajador o trabajadora, la condición de subempleo es la única alternativa al desempleo; pero desde la perspectiva del capital es considerada una “mano de obra excedente” condicionada a aceptar las condiciones contractuales, de modo que la empresa pueda obtener mayor productividad a bajos costos que le permitan resguardar sus ganancias. (p. 13)

Para complementar esto encontramos la respuesta de uno de los informantes al consultar sobre la percepción como empleado (a) y profesional de enfermería con su situación de trabajo actual:

...entonces tienes que decidir si esperar de 10 años para ser Enfermero en la CCSS, pero con trabajo seguro o irte a privado donde te pagan mejor, pero por cualquier cosa te despiden. Uno tiene que escoger si se queda aquí más segura ganando menos o me voy para un lugar privado donde gano más, pero en un ambiente feo. (Informante 08)

Como efecto directo del subempleo, los contratos de trabajo están a expensas de diferentes variaciones según las necesidades de la empresa que sólo ofrecerá trabajos temporales o por horas de servicio, afectando a los trabajadores que no alcanzan a cubrir sus tiempos productivos y afectando seriamente sus ingresos.

Al consultar sobre las condiciones laborales y si han cambiado desde el inicio del empleo en la institución, se recolectó el siguiente relato relacionado a la remuneración:

Si, todo se ha mantenido, en cuanto a los pagos, es fatal porque duro hasta 3 meses sin pago y yo trabajo todos los días, luego por los nombramientos, como no hay códigos ni plazas, usted no tiene un salario fijo, entonces te pagan las vacaciones de X persona, pero hasta que no se tramiten esas vacaciones no te pagan (...) y recursos humanos es demasiado ineficiente. (Informante 07)

Estas palabras ilustran que las condiciones de precariedad laboral se dan en la CCSS, al menos para aquellos que se encuentran contratados en condición de interinos, a la vez invita a profundizar en el estudio de la situación con el fin de ofrecer soluciones a la misma.

#### 5.2.4 Precarización laboral

Ahora bien, precarización se entiende como el proceso de pérdida de la calidad en las condiciones laborales que implica la vulneración de los derechos de los trabajadores causando falta de estabilidad y seguridad en su ámbito laboral. Normalmente, cuando el Estado deja de tener presencia en la regulación del mercado, se da cabida a la precarización laboral, donde los trabajadores son los más perjudicados. Este proceso se asocia a la flexibilidad laboral, que hace referencia a la eliminación de regulaciones existentes dentro del mercado de trabajo para resguardar y proteger a los segmentos más vulnerables. (Pérez & Gardey, 2020)

Debemos señalar que el concepto de precarización se basa, en principio, por la relación con el estatus jurídico del empleo que involucra condiciones laborales implementadas al margen de las normativas legales. Según lo dicho por Malleville & Beliera (2020): precarización conceptualiza el empeoramiento de las condiciones laborales por el crecimiento de la inestabilidad y la imprevisibilidad, ofreciendo de ejemplos los horarios

flexibles, rotación de puestos e incertidumbre, todos relacionados con la administración de recursos humanos. (Malleville & Beliera, 2020, p. 3)

En este sentido, la precarización de las condiciones de trabajo, incluidos los contratos a corto plazo y beneficios restringidos, alteran la composición de la fuerza de trabajo, y por ende la prestación de importantes servicios médicos, la constitución de la estructura administrativa de estos profesionales y las características de la población atendida. (Velandia, 2011, p. 70)

Esta afectación se ejemplifica en las siguientes narraciones cuando se indagó sobre el respeto a los días libres y vacaciones a informantes contratados como interinos.

Al estar con nombramiento (interino) es difícil, al tener que cubrir nombramientos no hay vacaciones a menos que rechace un nombramiento. (Informante 08)

Eso es lo malo por nombramiento, no te puedes ir ya que estas cubriendo incapacidades o vacaciones, entonces no hay oportunidades de vacaciones hasta que estés fijo, tomas el nombramiento o no tomas nada y agradezca que tiene nombramiento. (Informante 08)

Los que estamos cubriendo somos como un cero a la izquierda, yo cumplí 3 años y me sacaron a vacaciones como 5 días, porque me quede sin nombramiento, otro día fue un día que colapse porque mucho estudio, y otro día porque los pedí rogadoísimos. (Informante 08)

“No, las vacaciones me correspondían en diciembre, ya estamos en marzo y todavía no me las han dado. (Informante 04)

Nuevamente los testimonios anteriores reflejan una clara posición de desventaja en las condiciones laborales de aquellos profesionales que tienen contratos como interinos.

Como se halló, es a raíz de esta situación que la desconcentración administrativa y nuevas formas de contratación laboral arremeten contra los logros en los códigos laborales y han transformado las condiciones de trabajo de los y las profesionales en salud, al restarle sutilmente sus derechos y, simultáneamente, debilitando la organización laboral a través del “camino” al que se le ha llamado flexibilidad laboral. (Martínez & Mesa, 2003, p. 43)

Siguiendo la misma línea de ideas Ovarés & Villalobos (2020) afirman que se ha dado un ataque a las conquistas históricas de los trabajadores, mencionan que el panorama laboral dentro del sector salud, influenciado por la Ley No. 7852, sumada a la implementación de otras leyes de control del gasto público, particularmente la referida a la Ley N° 2166: Ley de Salarios de la Administración Pública, a la que se vinculan los salarios y perfiles oficiales correspondientes de los servidores, muestra serios vicios de precariedad de las condiciones laborales de los funcionarios de este sector, afectados además por la desregularización de las normativas de contratación de personal, son solo parte de los efectos adversos de las políticas neoliberales al igual que: la minimización del Estado; la reducción del gasto social; el crecimiento del sector empresarial privado dentro de la economía costarricense; incluyendo el sector salud; el debilitamiento de los sistemas públicos de educación y salud. Finalmente, sentencia que: “bajo un discurso neoliberal, se están atacando también derechos laborales que han sido conquistas históricas de las personas trabajadoras. Con la regulación de la administración pública (en cuanto al sistema remunerativo, dedicación exclusiva y

prohibición, y la rectoría y evaluación del desempeño de servidores(as) públicas), se verá vinculado directamente con la precarización laboral del sector público”. (p. 63)

#### 5.2.5 Desproporciones en Enfermería

Asociado a esto la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería, ANPE (2022), la cual tiene como misión defender los derechos laborales, económicos y sociales de los (as) profesionales en enfermería, en un marco jurídico de unión y efectiva comunicación que responda a la realidad nacional, facilitó para esta investigación un reporte parcial de los datos absolutos sobre las cantidades de trabajadores de enfermería en la Caja Costarricense del Seguro Social, según grupo ocupacional y tipo de contratación (interino o en propiedad) a enero 2022.

Tabla 22

*Cantidades y porcentajes de trabajadores de enfermería en la CCSS*

<b>Puesto</b>	<b>Interino</b>		<b>Propiedad</b>		<b>Total</b>	
	N.	%	N.	%	N.	%
Auxiliar de Enfermería	6956	65.6	2278	68.1	9234	66.2
Enfermeras (1,2,3,4)	3521	33.2	1054	31.5	4575	32.8
Enfermeras (5,6,7,8)	123	1.2	12	0.4	135	1.0
<b>Total</b>	10600	100	3344	100	13944	100

*Nota.* Elaboración propia, Universidad de Costa Rica, II Ciclo, 2022. Información de una entrevista realizada al Dr. Rodrigo López García, Secretario General de la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería, enero 2022.

En este reporte se observa que el porcentaje de Enfermeras profesionales (grado 1 al 8) contratados como interinos es mayor que aquellas con propiedad y que en el caso de las personas contratadas para un puesto de Auxiliar de Enfermería el porcentaje de personas en

propiedad es mayor que las que se encuentran como interinas por 2.5%, ahora bien, también se observa que la cantidad de personas contratadas como auxiliar de enfermería es casi el doble que los puestos ocupados por enfermeros 1, 2, 3 y 4 y en enfermeros 5, 6, 7 y 8.

Si comparamos estos datos con la muestra del presente estudio podemos observar que en puestos de trabajo esta proporción es incluso mayor, ya que de las 10 personas que participaron solamente 2 de ellos ocupan el puesto de enfermera o enfermero, por otro lado respecto a la propiedad, 3 de los 10 participantes están contratados como interinos de los cuales 2 son auxiliares de enfermería y 1 es asistente de pacientes.

Según la OMS (2015), se necesitan alrededor de 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población. En las Américas, alrededor del 70% de los países cuentan con los profesionales necesarios, y en algunos casos los superan, pero enfrentan desafíos en su distribución y formación. (OPS, 2005)

Una de cada cuatro enfermeras registradas del mundo está en la región de las Américas, sin embargo, alrededor del 57% de ellas (casi 3 millones) se encuentran en América del Norte. Así, mientras en el norte del continente hay 110,7 enfermeras por cada 10.000 habitantes, en el centro, sur y en el Caribe hay 13,8 en promedio. (OPS, 2005)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), señaló en 2017 que Costa Rica cuenta con una deficiencia marcada de enfermeras y enfermeros, esto a pesar de que en sus cálculos consideraron el total del personal de enfermería como profesionales, de los cuales el profesional es cercano apenas al 45%. Específicamente, la OCDE apuntó: En promedio por toda la OCDE, hay alrededor de tres veces más enfermeros

y enfermeras que médicos. Pero Costa Rica, en cambio, reporta 1.5 enfermeros y enfermeras por cada médico. Hay sólo 3.1 enfermeros y enfermeras por cada 1 000 habitantes, comparado al 9.1 por cada 1 000 habitantes del promedio de los países de la OCDE. (Chamorro, 2021, p. 4)

Por otro lado, el déficit en la cantidad de enfermeras/os, el gran número de estos trabajadores dentro de las categorías de menor calificación, la desvalorización de la enfermería que da una relativa situación de desventaja dentro de los equipos de salud, le confieren un gran nivel de complejidad al ámbito laboral de estos profesionales, determinando que esta ocupación termine en una condición de mayor precariedad con respecto a los otros profesionales del sector salud. (Aspiazu, 2017, p. 11)

Durante la entrevista de campo al consultar sobre la percepción como empleado o empleada y profesional de enfermería sobre la situación de trabajo actual, se encontraron los siguientes testimonios que refuerzan el punto anterior.

Hay sobrecarga de trabajo, por ejemplo, hay un servicio que te corresponden 14-15 pacientes solo a un Auxiliar de Enfermería. (Informante 01)

A veces es demasiado trabajo y los Enfermeros están frustrados por qué no pueden desarrollarse, están sobrecargados. (Informante 03)

Aiken (citado en Chamorro, 2021) indica que Enfermería es generalmente considerada como un costo y no como una ganancia en el ámbito hospitalario, lo que la convierte en blanco de los recortes de costos, en parte, porque las instituciones no reciben dinero por los servicios que brinda Enfermería, como sí lo hacen los servicios médicos. Esto

provoca que haya poca motivación para suministrar la cantidad suficiente de Enfermeras y Enfermeros para satisfacer las necesidades de cuidado de las personas. (p. 12)

Esta desproporción provoca una sobrecarga a las capacidades y habilidades de los profesionales de enfermería y por ende compromete su satisfacción mientras que afecta simultáneamente la calidad del servicio entregado a los usuarios del sistema de salud, el informante 10 menciona:

Los enfermeros profesionales deberían tener 24 pacientes que no estén en condición roja, sin embargo, los enfermeros de acá manejan 32 pacientes y varios rojos 2 ó 3. (Informante 10)

El enfermero trata de delegar funciones para ellos tener una menor carga laboral, que ya para ellos es bastante grande entonces a la hora de delegar funciones recargan al auxiliar y ellos ya están recargados, entonces exceden su horario laboral. Hay una constante recarga. (Informante 04)

De acuerdo con Aiken et al (citado en Gaviria 2009), se recogieron y analizaron datos de 10.184 enfermeras diplomadas y de 232.342 pacientes de cirugía. Los autores constataron que con cada paciente adicional de una enfermera que ya se encargase de cuatro aumentaba un 7% la probabilidad de muerte dentro de los 30 días siguientes a la admisión, y aumentaba también un 7% la probabilidad de fracaso terapéutico. Los investigadores constatan la asociación que existe entre las buenas condiciones laborales como soporte vital para un cuidado de enfermería con calidad. Otros afirman que aumentando la carga laboral de 4 pacientes a 6 se incrementan en un 14% las probabilidades de que esos pacientes mueran

dentro de los 30 días siguientes a su admisión; y si la carga de trabajo se elevaba a 8 pacientes, la mortalidad crecía un 31%. (p. 26)

El Consejo Internacional de Enfermería (2006) afirma que el personal de enfermería es fiable cuando existe un número adecuado, tiene una combinación idónea de capacidades, está siempre disponible para garantizar la satisfacción de las necesidades del paciente y funciona en unas condiciones laborales sin riesgo.

La gran demanda y exigencia que se pone sobre los profesionales de enfermería afecta seriamente su rendimiento, su satisfacción y por consiguiente la calidad del servicio que presta la institución a los usuarios, ¿no es esto irónico?, ya que en busca de una optimización de los recursos para el cumplimiento de objetivos se enfrenta a una serie de problemas nuevos a raíz de la precarización laboral del personal de enfermería los cuales representan la primera línea de contacto con los asegurados.

#### 5.2.6 Situación de empleo

Ahora bien, acordé con Navarro (06 de mayo 2019) los problemas de desempleo y de subempleo que atraviesan los profesionales de enfermería en este país son graves. Según el autor, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica (CECR), afirma que hay más de tres mil profesionales que no han logrado trabajo alguno en el área; mientras más de cuatro mil personas están en condición de subempleo, con la esperanza de lograr ser recalificadas y puedan optar a una plaza como enfermera(o) profesional.

Acorde con la Radiografía Laboral Realizada en 2019 por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE), en cuanto a la situación laboral, en promedio los y las profesionales de enfermería tardan un año y medio en encontrar su primer trabajo.

Figura 1

*Promedio de tiempo para encontrar el primer empleo para los profesionales de enfermería*



Fuente: Radiografía Laboral CONARE, 2019.

En contraste con lo encontrado en el presente estudio, el promedio de tiempo para adquirir un primer empleo con la licenciatura de enfermería fue de 3 años, sin embargo, la mayoría de informantes ya se encontraban laborando en la institución debido a que tenían una licencia provisional para ser auxiliares, porque fueron formados como auxiliares o porque ocupaban otro puesto en la institución como administrativo o asistente de pacientes, y al momento de obtener la licenciatura ya contaban con el empleo o bien fueron reubicados en un puesto de auxiliar o asistente de enfermería, otros conservaron su puesto de asistente y se mantuvieron sin cambios.

Por otro lado, el CONARE (2019) en la radiografía laboral respecto al tipo de puesto que ocupan los y las profesionales de enfermería, presentó que el 76.1% de la muestra se encontraba en un puesto subordinado, 18.9% en puestos de mandos medios o jefaturas, 5% como trabajadores independientes y 0% ocupaban puestos de alta gerencia, esto se observa en la figura 2 a continuación.

Figura 2

*Tipos de puestos ocupados por enfermería*



Fuente: Radiografía Laboral CONARE, 2019.

Los datos anteriores reflejan una predominante posición de subordinación en la que se encuentran la mayoría de los profesionales en enfermería, este fenómeno, aunque no fue consultado de manera directa a los informantes, surgió espontáneamente durante las entrevistas, lo cual fue expresado como las “listas de espera”.

Estas listas fueron mencionadas en más de 25 ocasiones durante las entrevistas, en cada institución de la CCSS dichas listas tienen sus particularidades, pero en síntesis funcionan de la misma manera, se trata de un listado de personas en espera para ascender de puesto en base a la antigüedad, en los primeros posiciones de la lista se encuentran aquellas personas que tengan más años de trabajar en la institución, en cuanto se libera o se abre una nueva plaza (también conocidas como códigos) en el puesto deseado, tendrán el derecho a ser ascendidos.

Las listas existen para códigos en puestos de especialidades, para enfermero o enfermera 1 o bien para auxiliar de enfermería en el caso de aquellos que se encuentran desempeñando el puesto de asistente de pacientes.

Algunos ejemplos de estas menciones de las listas por parte de los participantes del estudio se presentan a continuación:

Actualmente la CCSS no contrata Enfermeros 1 directos, usted tiene que entrar al hospital, te tienes que montar en una lista y si vienes con el título de licenciatura posiblemente vas a entrar como Auxiliar pero vas a tener que montarte en una lista porque no te puedes colar a otras personas, aun así sea como maestría porque actualmente si hablamos de obstetricia, de administración, salud mental en todos los hospitales hay gente haciendo fila entonces no vas a entrar como tal, vas a iniciar desde abajo, tienes que esperar bastante. (Informante 01)

También una de las informantes menciona que para ingresar a la lista no se requieren de requisitos o calificaciones especiales.

Ahí no es por actitudes ni destrezas, usted se graduó llevo su título, su licencia, su copia de cédula y ya ingreso a una lista. Completar la maestría es para mí realización personal, ya que quería sacar la maestría en la Universidad de Costa Rica, sabiendo que no me iban a ascender en un futuro cercano, ya que la lista de espera es bastante larga, así que más que todo era para realizar un sueño, irme de la CCSS para irme al privado no lo consideraría. (Informante 02)

Siempre supe que quería sacar una especialidad en obstetricia, sin saber si iba a conseguir nombramiento rápido o si iba a durar mucho en conseguir el nombramiento como auxiliar o como enfermero, uno ve los movimientos en la listas y uno sabe cómo están las listas de espera de los auxiliares, de los enfermeros y de los obstetras, uno sabe que si no saca una especialidad se reducen mucho las posibilidades de ascender

porque la cantidad de enfermeros que hay en lista de espera es grandísima, entonces tendrían que ascender a todas esas personas para que le toque a uno optar por un ascenso y eso es solo en este hospital, más de 400 personas solo para auxiliar y para conseguir un nombramiento digamos “grande” como una incapacidad por maternidad, una cadena de vacaciones, que sé yo, 15 días o un mes. (Informante 06)

Yo soy interina, entonces cubro vacaciones e incapacidades, estoy de primera en la lista de elegibles, hace 3 años estuve en la cuarta posición, tres años para avanzar 4 lugares y porque una compañera renunció entonces ya uno avanza, otra compañera se pensiona este año y uno avanza. (Informante 08)

El mensaje predominante en las respuestas de los informantes comunica que el ascenso en la CCSS es un proceso lento, como se mencionó en el capítulo de resultados en cuanto a cambios de puesto de trabajo se halló que 6 de las personas entrevistadas se mantienen en el mismo puesto para el que fueron contratadas y 4 de ellas cambiaron de puesto ascendiendo de asistente de enfermería a auxiliar de enfermería o de auxiliar de enfermería a enfermero (a). Los ascensos de los entrevistados que han cambiado de puesto tomaron entre 4 y 8 años para darse.

Esta espera genera en los profesionales diversas respuestas en su mayoría llenas de incertidumbre y dudas sobre su futuro.

Yo me siento como en un proceso de espera, me gustaría desempeñar el puesto de Enfermería, que fue para lo que estudié. (Informante 03)

En realidad, es parte de, ser asistente de pacientes compete a lo que es enfermería, pero yo siento que no estoy dando mi 100% porque eso me limita mucho, el ser

asistente hay que cumplir un perfil y ese perfil es muy limitado entonces no me puedo desempeñar al 100%. (Informante 03)

Como comentó Ávalos (2019), la situación laboral de estos profesionales no solo se ha visto afectada por la flexibilización de las formas de contratación, sino también por el gran número de egresados de la carrera de enfermería que cada año surge en el país, gracias a la oferta de estudios de ocho universidades privadas que, adicionalmente a la universidad pública, imparten estudios en el área.

Uno de los informantes se refiere al tema al mencionar:

Considero que se puede mejorar mucho el sistema porque hay muchos enfermeros que están trabajando en puestos que no les corresponde o desempleados, las universidades no entran en razón porque están sobrepoblando la profesión, están produciendo enfermeros como si fueran palomitas, lo ideal sería que hubiera una regulación entre la cantidad de la demanda y la oferta. Hay un gran número de profesionales que no se pueden ubicar y otro problema es que hay puestos de enfermería que se asignan a médicos generales, se quitan plazas de enfermería para darles a médicos generales, toman plazas de salud para otras profesiones o disciplinas como terapias, etc. (Informante 06)

Ya se trabajan en acciones para remediar esta situación, en el podcast Hablemos de Enfermería del Colegio de Enfermeras en el programa del 20 de marzo del 2021 sobre Gobernanza, la Dra. Marlen Calvo Solano Expresidente del Colegio de Enfermeras de Costa Rica menciona que este término nace y es promovido por organismos internacionales como la OMS y el Banco Mundial pidiendo a los gobiernos más eficiencia de los recursos que se

dan para los aspectos de salud lo cual dio a pie a la formación del Comité Permanente de Gobernanza en Enfermería y que como una de sus acciones realizó un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) como herramienta para identificar puntos clave de la situación de Enfermería en el país.

Adicionalmente, con lo encontrado crearon un árbol de problemas, incluyendo en primer lugar, la situación de que en enfermería el liderazgo se habla en la teoría, pero no se lleva a la práctica y por otro lado que existe una condición de precariedad laboral, también mencionan que en Costa Rica no hay un documento que diga dónde y cómo están trabajando los enfermeros y enfermeras.

Calvo comenta que en el Ministerio de Salud existe una comisión técnica por decreto orientada hacia al recurso humano de los profesionales en salud sin embargo no tiene los datos cuantitativos de cuántos enfermeros se requieren en el país o cuáles especialidades se necesitan, esto debido a la heterogeneidad de puestos en la práctica de enfermería: auxiliares, ATAPS, asistentes de pacientes, cuidadores: no son profesionales, pero está en el rango que compete a la profesión.

A raíz de esto nace el observatorio del recurso humano en enfermería profesional, que estudia, analiza y sugiere con evidencia los procesos de desempeño de los profesionales en enfermería, de las diferentes regiones del país, y en los diferentes niveles de atención de los establecimientos de salud, público y privado, para identificar, analizar y valorar, la condición laboral, las exigencias del mercado, para este profesional, sus competencias y proceso formativo.

### 5.2.7 Impacto disciplinar

Es importante tomar en consideración la posición de enfermería como disciplina frente a este fenómeno que a primera vista parece desarrollarse e ir empeorando conforme pasa el tiempo. En concordancia con Gaviria (2009), la reflexión sobre la práctica favorece el desarrollo de habilidades y competencias para brindar un cuidado humanístico y de calidad. (p. 23)

Los procesos de globalización y modernización han generado transformaciones en el contexto mundial, nacional y regional, que han llevado a un cambio en la forma de relación del hombre, la naturaleza y la cultura. En cada región del mundo, las relaciones entre el individuo y la sociedad se desarrollan en diferentes contextos, con procesos históricos, económicos, políticos y socioculturales que interfieren en el desarrollo de las políticas sociales y en las respuestas en salud que la sociedad establece para la satisfacción de necesidades en el logro del bienestar. (Gaviria, 2009, p. 24)

Por otro lado, Gaviria (2009) señala que los servicios de salud son prestados en contextos donde predomina la incertidumbre como consecuencia de factores como la globalización y la crisis del sistema económico internacional, el acelerado cambio tecnológico, el cambio del papel del Estado, la persistencia de la dicotomía entre lo público y lo privado y la competencia entre estos sectores por la captación, la gestión de los recursos económicos y la demanda creciente del cuidado a la población. (p. 25)

El contexto del cuidado se ve amenazado por una lógica de eficiencia y de productividad que aleja a los profesionales de enfermería del paciente y de sus familias, centrando sus esfuerzos en el diligenciamiento de los registros clínicos, en la facturación y

en los costos de sus acciones con escasa sistematización del impacto del cuidado. (Gaviria, 2009, p. 25)

Según la misma autora, el centro de atención se profundiza hoy en el “objeto”, expresado en las nuevas e intensas funciones administrativas, en los nuevos roles que el mercado impone a enfermeras y enfermeros; roles que los alejan de la relación dialógica con el sujeto de cuidado, pues los centran en el control de calidad de la “eficiencia” y de la “productividad”, medida en costos a partir del control y la vigilancia sobre el proceso financiero. (Gaviria, 2009, p. 26)

Este enfoque basado en la productividad genera una situación lamentable para la persona profesional de enfermería que, en un esfuerzo de adaptarse a las cambiantes condiciones laborales por influencia del mercado y la economía, constriñe la forma en que se da el cuidado, es aquí donde verdaderamente causa perjuicio este fenómeno.

Ahora con la globalización se observan formas diversas de cuidado, donde la solución a problemas más que averiguar la causa, dio lugar al uso y abuso de tecnología reduciendo el cuidado de enfermería, el cual era otorgado desde lo más profundo del ser de la persona enfermera. Este abuso en la tecnología ha generado contrataciones precarias, dificultades culturales, legislativas, económicas, lo que aniquila el sentido humano de la existencia y produce un sometimiento de la esencia humana, un que-hacer en lugar de un ser-enfermero. (Hidalgo & Altamira, 2021, p. 7)

Este modo de ver el cuidado acorde con Hidalgo y Altamira (2021) lo hizo compatible con presupuestos burocráticos, mediante el sometimiento, matando la ternura, anulando el cuidado y, entonces, dañando la esencia humana. Se orilló la práctica enfermera a la rutina,

mecanización y estandarización, mediante la despersonalización y el distanciamiento de una terapéutica humanista, con lo que se construyó una identidad artificial del ser profesional en enfermería. Esta identidad se relacionó únicamente con la obtención de una gratificación por tarea concluida y ejecutada sin compromiso, además, instaurada en una estructura funcional burocrática que permanece en las organizaciones, como cantidad de cuidado y no de calidad. (p. 5)

Se continúa simplificando el cuidado a atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientado a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos y que demandan un servicio institucionalizado, reconociéndolo como una pieza importante en la recuperación de la salud, ahora, las teorías de enfermería contemporánea hacen una llamada para unificar el cuidado en un ser holístico; sin embargo, en el mundo globalizado, nos encontramos con un cuidado objeto de cantidad y no calidad, recompensado por tareas cumplidas. (Hidalgo & Altamira, 2021, p. 5,7)

Como consecuencia, se observa en el contexto de enfermería una situación profesionalmente frágil, una falta de identidad profesional que impide el desarrollo de la autonomía y, por ende, de liderazgo que permita evaluar el cuidado no sólo desde los procesos administrativos, sino desde el impacto de los cuidados en las condiciones de salud de individuos y colectivos. (Gaviria, 2009, p. 26)

Se necesitan profesionales investigadores con responsabilidad social y competencias para la solución de problemas; que lideren proyectos de investigación que apunten a transformar los modelos de cuidado, de formación y de gestión en enfermería y a construir políticas dirigidas a lograr espacios de vida saludables. (Castrillón, 2020, p. 9-10)

A manera de cierre de esta sesión quisiera compartir las palabras de la Dra. Griselda Ugalde expresidenta del Colegio de Enfermeras de Costa Rica durante el período 2017-2019, las cuales van acorde a la temática que este trabajo desarrolla:

“Existe un clamor a nivel del gremio profesional de mejorar las condiciones de enfermería. El subempleo y desempleo es cada vez mayor. Son miles los profesionales que se gradúan cada año y no encuentran un espacio laboral digno que les permita desarrollarse. La mayoría debe aceptar cargos como auxiliar de enfermería o desempeñarse en otras labores, situación que lleva a una precarización de la enfermería, es urgente que busquemos condiciones laborales más favorables”.

## 5.3 Secuelas: sufrimiento laboral y moral

Acorde con el especialista en medicina de trabajo Christophe Dejours “las nuevas formas de organización del trabajo de las que se nutren los sistemas de gobierno neo-liberal tienen efectos devastadores sobre toda nuestra sociedad. Amenazan realmente nuestra cité, y nos han hecho dar un paso importante hacia la decadencia, es decir hacia la disociación trágica entre el trabajo ordinario y la cultura (si por cultura entendemos las diversas formas mediante las cuales los seres humanos se esfuerzan por honrar la vida.” (Dejours, 2015, p. 38)

Tomando en cuenta al trabajo como una de esas formas de honrar la vida al proveer a las personas un sentido de utilidad y a la vez un medio de sustento para cubrir las necesidades básicas y la elaboración de proyectos, la vida laboral toma un lugar central en la vivencia o experiencia humana.

### 5.3.1 Ambiente y calidad de vida laboral

Ahora bien, la Oficina Regional del Pacífico Oeste de la OMS (2010) define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera: “Un Entorno de Trabajo Saludable, es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. También permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices. (p. 14)

Según Durán (2010) la Calidad de Vida Laboral (CVL) es un concepto y una filosofía de organización del trabajo cuyo fin es mejorar la vida del empleado en las organizaciones más allá del dinero, la misma incluye un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores. (p. 268)

Eso concuerda con lo dicho por Guevara & Aguirre (2012), quien concluye que los beneficios de un ambiente de trabajo saludable no se reducen al fortalecimiento de la salud del trabajador y la trabajadora, sino a brindar un aporte positivo a la productividad e incrementar la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general, aspectos que forman parte del objetivo de la práctica de la enfermera (o) en estos espacios, sin embargo también agrega que el lugar de trabajo saludable no siempre es una realidad. (p. 9)

En este mismo orden de ideas la ley 7852 establece:

Las jefaturas deberán velar por el cabal cumplimiento de la puntualidad y asistencia al trabajo, las normas morales, éticas y disciplinarias que regulan las relaciones de servicio con los funcionarios de su dependencia, de manera que contribuyan a que las mismas se desarrollen en un ambiente laboral armónico y participativo que propicie la motivación, para el mejoramiento de la calidad, la seguridad y la confiabilidad de los servicios que se brinden a los asegurados. (Ley 7852, 1998, Art. 28)

Por lo tanto, se puede concluir que los entes desconcentrados deberían garantizar ambientes de trabajo de calidad por disposición de la ley, esto no se ve reflejado en el siguiente comentario al consultar sobre el cumplimiento de los perfiles laborales:

Al trabajar como enfermero profesional con enfermeros contratados como auxiliar se dan criterios diferentes, yo como enfermero del servicio tomo una decisión y me es cuestionada por el auxiliar, el auxiliar se toma atribuciones que no están dentro del perfil de auxiliar, pero yo soy el enfermero, y el colegio te avala como enfermero y si pasa alguna situación legal el colegio te va a tomar en cuenta como profesional, ....  
Genera un mal clima laboral. (Informante 10)

El que los trabajadores experimenten un clima laboral “malo” como menciona el informante, incide directamente en sus vivencias, la forma en que experimentan su vida laboral y genera una serie de efectos que se deben tener en consideración.

### 5.3.2 Efectos adversos para el personal de enfermería

El síndrome de Burnout (SB) se ha sido definido como una respuesta que presenta la persona al estrés laboral crónico manifestado por actitudes y sentimientos negativos hacia los individuos con los que se trabaja y hacia el propio rol profesional, es la sensación de encontrarse emocionalmente agotado; esta respuesta ocurre más frecuentemente en los profesionales de la salud. (Rendón et al, 2020, p. 480)

Estar contratado para un puesto pero que te exijan las responsabilidades de otro es bastante frustrante a veces ni ganas dan de trabajar. (Informante 07)

Es difícil pensar en lo que usted quiere, en la plata que ocupa, en quien es usted y ahí es donde yo decido meterme en posgrado para después buscar una opción en otro lado

como atender en clínica, no quiero quedarme como auxiliar toda la vida. (Informante 08)

Estos testimonios fueron obtenidos al indagar sobre la realización profesional y reflejan descontento, resignación y cansancio de los informantes.

Acorde con Rendón et al, (2020) los profesionales de enfermería han sido identificados como uno de los principales grupos de riesgo para el desarrollo del SB o también conocido como síndrome del “quemado”. Desde una perspectiva psicosocial el SB deber asumirse como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el contexto laboral, que se desarrolla como resultado de la exposición permanente a distintos estresores en el trabajo. (p. 481)

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad, enojo, sentimientos de frustración, actitudes suspicaces, rigidez, inflexibilidad y obstinación. Así mismo, como consecuencia afloran síntomas de carácter psicossomático y se produce deterioro de la salud en las personas afectadas por este síndrome. (Rendón et al, 2020, p. 481)

Según Rendón et al (2020) los síntomas cardinales del Síndrome de Burnout son entre otros:

- sensación de realización personal baja,
- tendencia a autoevaluación negativa,
- altos niveles de agotamiento emocional,
- expresión verbal de incapacidad para dar más de sí en la solución de la problemática del receptor del cuidado,
- trato deshumanizado o despersonalización,

- desarrollo de comportamientos que no corresponden al trato habitual de la persona y cinismo debido a una coraza emocional.

Rendón et al (2020) en su estudio realizado en México con una muestra de 90 profesionales de enfermería, encontraron que 82.2% de los participantes tienen un nivel medio de Síndrome de Burnout; 62.2% presentaron Agotamiento Emocional bajo; 57.8% nivel bajo de Despersonalización y 40% presentaron nivel bajo de Falta de Realización Personal. También lograron evidenciar unas diferencias estadísticamente significativas entre Síndrome de Burnout y turno de trabajo, doble turno al mes, períodos vacacionales al año y carga de trabajo; entre Agotamiento Emocional y tipo de servicio, ingreso quincenal, doble turno al mes, períodos vacacionales, tipo de contratación y carga de trabajo; entre Despersonalización y carga de trabajo; y entre Falta de Realización Personal y tipo de servicio, gusto por el servicio, turno de trabajo, ingreso quincenal, períodos de descanso en el turno, períodos vacacionales al año y tipo de contratación. (p. 483)

Las variables anteriores guardan similitudes con las que hemos venido revisando en el presente estudio, entre ellas; períodos de vacaciones, carga laboral, pagos quincenales, tipos de contratación, entre otros, esto hace un llamado nuevamente a prestar atención a esta situación con el fin de buscar acciones que ayuden al gremio de enfermería a amortiguarla y eventualmente solucionarla.

Al examinar con los y las participantes del presente estudio sobre ¿cómo se sentían con su trabajo actual?, se obtuvieron las siguientes respuestas:

Bien, no satisfecho, pero bien. (Informante 05)

Estoy conforme con lo que he logrado sin embargo me gustaría que fuera diferente, estar trabajando en lo que estudié y no como asistente (...) Según mis proyecciones debo esperar 5 ó 7 años para ser nombrado como licenciado en enfermería. (Informante 06)

La verdad no muy bien, la verdad es que para ser Auxiliar de Enfermería el título se saca en un año y uno que estudió, se preparó, invirtió dinero y tiempo para que te nombren como un técnico que se saca en unos meses.

Las manifestaciones de acuerdo con la gravedad del síndrome se clasifican en: leves (quejas inespecíficas y frecuentes, cansancio, pocas ganas de acudir al trabajo, dificultad para levantarse en la mañana); moderadas (cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo); graves (ausentismo laboral, desempeño lento de las actividades, automedicación, aversión y abuso de drogas lícitas e ilícitas); y finalmente, extremas (aislamiento social marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios). (Rendón et al, 2020, p. 481)

Ahora bien, tomando en cuenta los testimonios y experiencias recabadas de los y las participantes de este estudio se puede concluir que el Síndrome de Burnout se presenta al menos en los niveles de gravedad leve y moderada, a la vez, señala la importancia de estudiar más a fondo o de forma específica este fenómeno en el personal de enfermería con el fin de identificar si los niveles graves y extremos están presentes y tomar acciones oportunas que contribuyan al bienestar de los y las profesionales de enfermería que los presenten.

A esto sumamos que el ejercicio de Enfermería amerita el desarrollo de un gran número de actividades para las cuales el trabajador en esta profesión necesita mantener un alto grado de control mental y emocional, ya que es una carrera expuesta a diferentes

situaciones, a veces de alto riesgo, para cumplir con el objetivo final de preservar la vida y las mejores condiciones de salud de las personas a su cargo, lo que en consecuencia revela lo complejo que puede ser ejercer esta profesión. (Sauñe et al, 2012, p. 93)

### 5.3.3 Complejidad de la profesión

Como plantean Sauñe et al (2012), los hospitales conforman uno de los ámbitos laborales que presentan las condiciones de trabajo más estresantes; por lo que la profesión de enfermería constituye una ocupación en extremo agobiante y agotadora ya que estos profesionales deben ejercer su trabajo en situaciones de dificultad y alto riesgo a las que con frecuencia se suman condiciones inadecuadas de infraestructura, relaciones laborales o interpersonales conflictivas (p. 92). A lo que frecuentemente se suman condiciones de subempleo, baja remuneración, extensas jornadas laborales, turnos rotativos, entre otras. (Malleville & Beliera, 2020, p. 9)

Esto se complementa con los testimonios dados por los informantes sobre su percepción sobre la práctica profesional como enfermero (a):

Es un trabajo muy cansado, muy estresante y se quiere abarcar tanto que se deja de lado uno mismo. (Informante 09)

El trabajo de Enfermería o de Auxiliar es la base de todo hospital, pero es un desgaste físico y emocional. (Informante 03)

Por otro lado, al preguntar sobre su situación de trabajo actual en enfermería, se obtuvo el siguiente relato:

Es muy cansado, super cansado nos exigen más de lo que debemos hacer, trabajamos muchísimo y muchas veces ni los jefes pueden salir entonces uno les ayuda porque uno tiene los conocimientos. (Informante 07)

Para Malleville y Beliera, (2020), la profesión de enfermería también se encuentra ubicada en niveles subordinados dentro del ámbito laboral hospitalario y, con frecuencia, soporta procesos de precarización laboral; no solo en referencia a parámetros contractuales (bajas remuneraciones, extensión de jornadas laborales, subempleo), sino que incluye otras condiciones de carácter subjetivo, tales como la insatisfacción con las tareas realizadas y condición de subordinación, etc). (p. 10)

Esto se evidencia en algunos relatos de los informantes, por ejemplo, al consultar por su percepción como empleado y profesional de enfermería:

En realidad, en el puesto que yo estoy, siento que no es bien remunerado, que en realidad si el Auxiliar hace muchas funciones y mucho trabajo para un salario tan básico, hay mucha diferencia. (Informante 05)

Al indagar sobre la realización profesional:

Muchas veces, aunque tenga un nombramiento de auxiliar las funciones no las respetan, y es así con la mayoría, la mayoría de mis compañeros son licenciadas, y el colegio te exigen pagar una licenciatura y estás como auxiliar. (Informante 07)

Sobre cómo ha sido su vida laboral como profesional de enfermería una de las entrevistadas acotó:

Conlleva mucha responsabilidad, hay quienes le encargan tareas y le recalcan que uno es Enfermera pero analizando el Auxiliar tiene ciertas funciones que no le competen pero a veces se nos otorgan por tener el título de enfermera pero al perfil que me tengo que apegar es el de Auxiliar y ahí es donde a veces uno se frustra porque uno no se está desarrollando en el puesto que le corresponde y muchas cosas que le enseñan en la universidad que con el paso de los años se va añejando por no estar en el puesto adecuado. (Informante 02)

#### 5.3.4 Gajes del oficio

Santos et al (2020) concluyen luego de analizar distintas variables que influyen en la intensidad del trabajo de los trabajadores de enfermería que esta ocurre de manera diferente a otro tipo de trabajadores, lo cual se ve revelado por la versatilidad, por condiciones laborales reducidas y la flexibilización del trabajo. (p. 1)

También señalan que el flujo de trabajo tenso e intenso es una de las características de la labor de enfermería. Los estudios revelan que la intensidad del trabajo tiene graves consecuencias para el personal de enfermería, como la aparición de errores profesionales, de accidentes laborales y de sus enfermedades físicas y psicológicas. (Santos et al, 2020, p. 2)

Los mismos autores indican que la intensidad es una de las formas de trabajo precario. La imposición de objetivos, la extensión de la jornada laboral y la constante exigencia por la versatilidad del trabajador son aspectos de la intensidad que precariza las relaciones y condiciones de trabajo. Vale la pena mencionar que todos estos aspectos, en la gestión, se sostienen por miedo, a través del acoso moral, que obliga a los trabajadores a someterse a la intensidad del trabajo. (Santos et al, 2020, p. 2)

Al indagar sobre cómo ha sido la vida laboral como profesional de enfermería uno de los participantes del estudio que ascendió de Auxiliar de enfermería a Enfermero añadió:

Sinceramente al principio del ascenso, estaba muy ansioso, porque es un cambio, tienes un montón de responsabilidades y un montón de funciones más, tienes personal de enfermería a cargo, tienes que responder por el aseo y todas las tareas que te dan los supervisores, se maneja mucho estrés. (Informante 09)

Acordé con Vázquez (2019) muchos trabajadores soportan el proceso progresivo de precarización laboral por el riesgo permanente de ser despedidos por cualquier razón; lo que determina la sumisión, la tolerancia a las precarias condiciones de trabajo impuestas, daña los lazos de solidaridad entre los trabajadores y genera indiferencia al sufrimiento de otras personas. Además, existen otras formas de sufrimiento manifestados en miedo a ser incompetentes; por cambios y exigencias de extensión de las jornadas laborales; por sobrecarga de trabajo; el deterioro de las relaciones laborales y la falta de reconocimiento. (Vázquez, 2019, p. 21)

Entre algunas de las variables que determinan la intensidad de trabajo analizadas por Santos et al, se encuentran:

- El trabajo requiere más de lo que puede hacer
- Asume múltiples tareas debido a la escasez de personal
- Asiste a más pacientes de los que puede
- Presión de tiempo en el trabajo
- Ritmo de trabajo
- Realiza actividades que no son su responsabilidad.
- Hace muchas cosas con las que no está de acuerdo

- Se siente presionada por el jefe para llevar a cabo la tarea
- Realiza actividades para las que no estaba calificada

A manera de confirmación de lo anterior al consultar sobre el cumplimiento de los perfiles laborales uno de los informantes menciona:

Me ha tocado asumir responsabilidades de Enfermeras, por lo mismo, por falta de personal, porque no hay quien cubra, tampoco te lo reconocen monetariamente eso es un sueño, es más como un favor que a usted le piden y si usted se queja le dicen que porque se queja, “usted no es que es enfermera” “usted no se graduó como enfermera”, “usted es profesional, puede coordinar unas horas”, yo lo tomo como un aprendizaje, como experiencia extra y como un voto de confianza de la jefatura, trato de verlo por el lado amable. (Informante 08)

#### 5.3.5 Estrés laboral

Según Durán (2010) en el ámbito laboral, el estrés es uno de los responsables directos de las más comunes y mortales enfermedades que afectan al trabajador y la trabajadora del nuevo siglo. Entendemos por estrés laboral un desequilibrio percibido entre las demandas laborales y la capacidad de control, aspiraciones de la persona y la realidad de sus condiciones de trabajo que generan una reacción individual congruente con la percepción del estresor (es) laboral (es). (p. 72)

Por estresor se entiende el agente interno o externo (estímulo) que, producto de factores cognitivos y perceptuales, la persona evalúa y conceptualiza en términos de las relaciones propias con los eventos, y provoca una respuesta de estrés. (Durán, 2010, p. 77)

De acuerdo con el mismo autor los estresores pueden ser individuales, del entorno o extraorganizativos y organizativos, dentro de estos últimos se destacan los siguientes tipos:

- Estresores de nivel individual: tipo de trabajo, sobrecarga de trabajo, conflictos y ambigüedad de roles, responsabilidad por gente, discrepancias con las metas de la carrera laboral, manejo de idiomas. (p. 77)
- Estresores organizativos como aspectos temporales de la jornada laboral y del propio trabajo: trabajo nocturno y por turnos; horas extraordinarias no deseadas o “excesivas”; el pluriempleo; un ritmo rápido de trabajo, especialmente cuando hay que estar muy vigilante; tiempos de entrega, entre otros. (p. 78)
- Estresores organizativos relacionados con el contenido del trabajo: trabajo fragmentado, repetitivo y monótono, con poca variedad de las tareas o de la aplicación de conocimientos; tareas o exigencias poco claras o contradictorias; recursos insuficientes para las exigencias o responsabilidades del trabajo. (p. 78)

La Organización Mundial de la Salud (citado en Leka et al, 2004) señala que el estrés laboral puede reducirse en la organización, considerando tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: implica la atención e intervención en aspectos ergonómicos, la descripción de puestos de trabajo y diseño ambiental, y el mejoramiento de la organización y la gestión.
- Prevención secundaria: se focaliza en la formación y capacitación de los trabajadores tanto a nivel individual como organizacional. Las estrategias individuales se orientan a la adquisición de estrategias instrumentales para la solución de problemas (asertividad, manejo del tiempo, entre otros), además de programas dirigidos a estrategias de carácter paliativo enfocadas en la adquisición de destrezas para el manejo de emociones (entrenamiento en relajación, expresión de la ira, manejo de sentimiento de culpa, y otros).

- Prevención terciaria: relacionada con la reducción del estrés laboral mediante el desarrollo de sistemas de gestión más sensibles y con mayor capacidad de respuesta, además de la mejora en la prestación de servicios de salud ocupacional.

Sin agotar las posibilidades, algunos de los temas a considerar son:

- Mejorar la selección, inducción y promoción del personal.
- Mejorar la descripción de puestos y claridad en los roles profesionales.
- Establecer programas de formación y desarrollo.
- Desarrollar programas de enriquecimiento del trabajo y planes de carrera más innovadores.

Establecer programas de bienestar que incluyan la disminución del estrés en el lugar de trabajo mediante prácticas sanas de gestión; idear políticas de gestión del personal que tengan el propósito directo de mejorar la salud mental en el trabajo; realizar sesiones de información para las juntas directivas de las empresas, en las que se exponga el impacto de la salud mental en el desempeño de la empresa.

#### 5.3.6 Sufrimiento laboral y moral

El sufrimiento laboral ha sido definido como las experiencias vividas por el sujeto cuando se enfrenta a dificultades insuperables y duraderas en su ámbito de trabajo y que afectan su salud mental, después de haber realizado grandes esfuerzos para mejorar la calidad y seguridad en sus condiciones laborales.

Tal es el caso de los y las profesionales de enfermería que se encuentran desempeñando el puesto de auxiliar de enfermería. Sobre la percepción de la práctica como profesional de enfermería, se recolectó el siguiente relato:

De verdad es un poco triste saber que uno se preparó y uno estudio y uno siempre quiso ejercer con el conocimiento que le dan en la universidad y que tenga que hacer el trabajo de un técnico, entonces siento que hay mucho volumen de pacientes para tan pocos códigos y plazas que da la CCSS, siento que hay veces que se da preferencia a los médicos. (Informante 07)

Es una controversia permanente entre el buen funcionamiento de su equilibrio mental y sus estrategias defensivas para adaptarse y contrarrestar las presiones organizacionales a las que puede estar sometido y que le permitan “conformarse” y mantener un comportamiento aparentemente normal y aceptable según los criterios sociales. (Dejours, 2015, p. 51)

Este tema ha sido objeto de estudios a lo largo del tiempo ya que de por sí, el ejercicio profesional de la Enfermería, dada la naturaleza de este, reviste una sobrecarga física, emocional y mental importantes, a las cuales se les suma el estrés causado por la precariedad de las condiciones laborales de los profesionales del sector de la salud, inducidas por el deterioro a las que han sido sometidas por causa directa de las reformas del sistema.

A manera de complemento se puede ver en el siguiente testimonio sobre cómo ha sido la vida laboral, señales de conflicto personal en uno de los entrevistados.

Para mí es bastante trágico, llega un momento en que uno se frustra de tanto trabajo que uno hace inclusive como licenciada y con la misma responsabilidad, pero con un salario de Auxiliar de Enfermería y sin el puesto entonces te exigen como Licenciada, pero te pagan como Auxiliar. Dilema moral y legal. (Informante 07)

La Real Academia Española de la Lengua (RAE), define el Sufrimiento moral como “Paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo” (RAE, 2021); ha sido utilizado de

modo más amplio según el área del conocimiento o en función del contexto. En general, se considera que el sufrimiento moral consiste en un estado de distrés crónico que presentan las personas que se sienten vulnerables en su entorno, al enfrentarse a situaciones que considera amenazas a su integridad física o psicosocial. En referencia al ámbito laboral, este estado de distrés puede estar asociado a varias causas, tales como la precariedad en las condiciones laborales, indefinición en las funciones o tareas, fallas en los códigos de conducta, competencia desleal entre homólogos, autoritarismo, ausencia de procedimientos para la resolución de conflictos, entre otros; lo que genera sufrimiento moral en el individuo cuando se siente imposibilitado de realizar sus funciones en concordancia con sus valores morales. (Burguete et al, 2017, p:210)

Ramos et al (2016), opinan a este respecto, que hay consenso en la opinión de los especialistas en el tema, en que el sufrimiento moral se genera en el profesional de la enfermería, al verse incapacitado de tomar la decisión que considera éticamente correcta, limitado por influencias internas o externas a la decisión o a su comportamiento; ya que la situación pueden presentar perturbaciones emocionales y físicas al estar en consciencia de la ética de las acciones que debe llevar a cabo y que no realiza influenciado por el temor, por impedimentos institucionales o cualquier otra condición fuera del alcance de su ejercicio profesional, que causen un impacto negativo en su escala de valores. En este sentido, explican que el conflicto interno se genera cuando la(o)s enfermera(o)s, ejercen sus servicios profesionales brindando al máximo sus capacidades y competencias intelectuales, de aprendizaje, de adaptación y psicoafectivas, sin alcanzar el éxito en su labor diaria, perturbando así su relación con la organización laboral. (p. 5)

Sin embargo, hay autores que acotan que el sufrimiento moral no solo es considerado por sus características y consecuencias negativas, sino también como “el proceso de deliberación moral” en el cual el individuo reflexiona y puede lograr el impulso necesario para desarrollar su potencial, aumentar su productividad, promover el desarrollo de estas, al igual que propiciar recursos de deliberación en su entorno laboral. (Barth et al 2018, p. 2) Si se toma en cuenta que la actitud comprende tres componentes principales: el cognitivo, el afectivo y el conativo-conductual; el sufrimiento moral puede ser en sí mismo tanto una actitud como el producto de esa actitud, de modo que es susceptible de ser cambiada o mejorada. (Burguete et al, 2017, p. 212)

Ahora bien, si el sufrimiento moral es una actitud, se debe valorar si es posible modificarla. ¿es posible mejorar la vivencia de los profesionales en enfermería?

### 5.3.7 Respuesta a la pregunta de investigación

Como objetivo final del presente estudio se busca responder a la pregunta *¿Cómo son las vivencias sobre las formas de contratación y condiciones laborales de los y las profesionales de Enfermería producidos a partir de la implementación de la Ley No. 7852?*

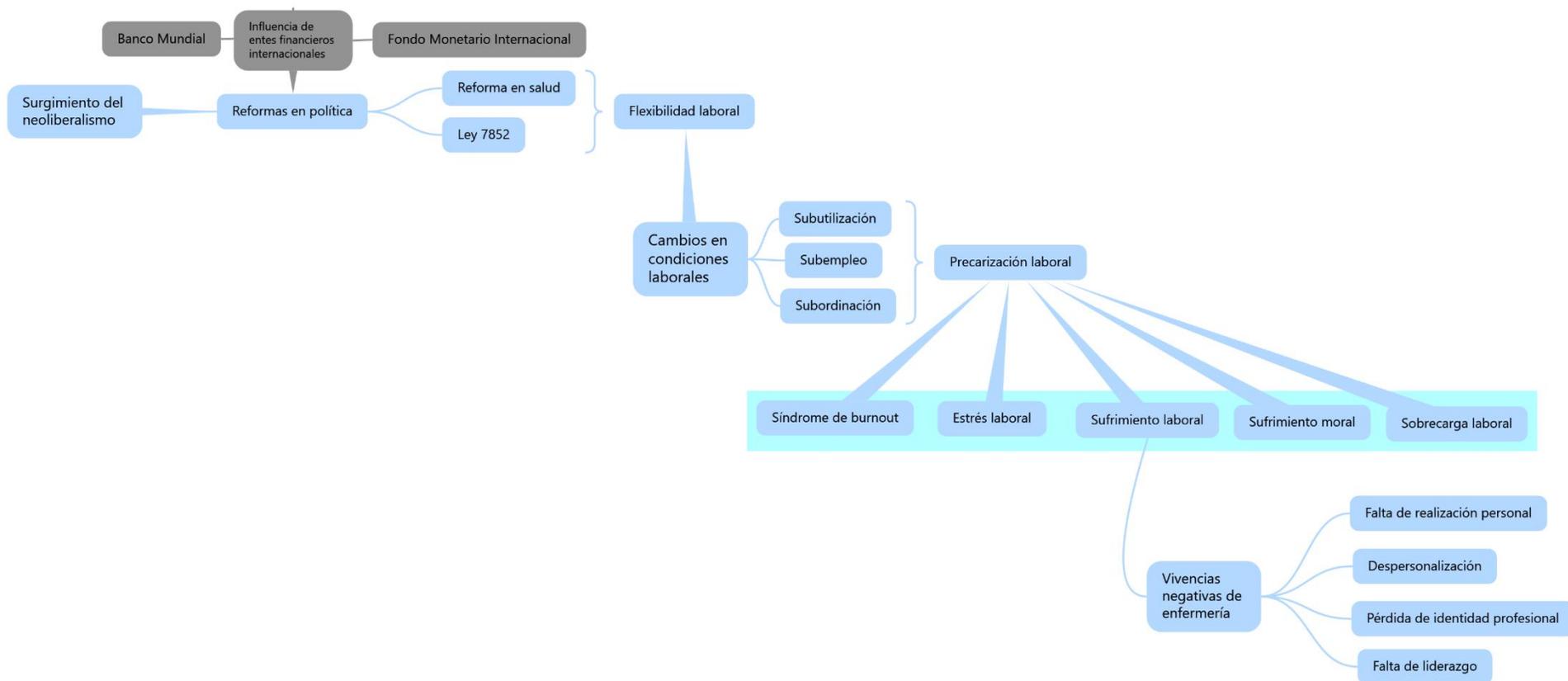
En una sola palabra la respuesta es precarias, los profesionales de enfermería deben desarrollar sus funciones en condiciones de desventaja, llenas de incertidumbre, estrés, irregularidades, cambios imprevistos, sobrecarga laboral, subutilización, subempleo, entre otras, esto ocasiona en las personas que desempeñan la profesión de enfermería un malestar generalizado que afecta su vida laboral y social, expresándose en vivencias y experiencias negativas contra su profesión, sus colegas y contra sí mismos.

Esto, si bien, es el efecto de una serie de acontecimientos que datan de décadas atrás, de modelos que hoy en día se encuentran obsoletos o que ya no son adecuados para la gestión de los servicios de salud y las necesidades modernas, también es cierto que con la evolución de la sociedad y la globalización debe evolucionar la profesión de enfermería, pero no quiere decir que debemos perder la esencia de lo que hacemos con tal de ajustarnos al mercado y no quedarnos atrás, al contrario, es mayor el reto de mantenernos fieles a nuestra visión del cuidado y de como este se debe brindar, esto no solo debe pensarse en beneficio de las personas que reciben los servicios de enfermería sino también de las que dan el cuidado, no es posible que a pesar de que se ha evidenciado la importancia de la profesión para los sistemas de salud se sigan permitiendo la subordinación y la desconsideración hacia el gremio.

Enfermería debe tomar su lugar y ejercer liderazgo en el rumbo de la profesión para el futuro, es importante que los y las enfermeras se involucren o al menos estén al tanto de lo que cambios en política pueden repercutir en las condiciones laborales, ya sea a corto o largo plazo, con el fin de tomar acciones oportunas, esto beneficiará a las generaciones futuras y a la profesión en general, puede significar la diferencia entre el sufrimiento laboral y moral de nuestros colegas y una vida laboral digna en la cual todas las personas obtengan lo justo a cambio de su esfuerzo, su empeño y sus servicios.

Figura 3

Esquema del origen y efectos de la flexibilidad laboral.



Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior se muestra en forma esquemática el desarrollo de la flexibilidad laboral que ha conllevado a la precarización de la profesión, desde su inicio en las luchas laborales cuando el neoliberalismo apenas iniciaba y que al llegar a Costa Rica desencadenó una serie de cambios políticos y administrativos, generando expresiones como la flexibilidad laboral, cambios en la formas de contratación afectando directamente las condiciones laborales, precarizando la mismas y causando a los profesionales de enfermería estrés físico y mental a niveles difíciles de soportar para algunos.

## **Capítulo VI. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones**

## 6.1 Conclusiones

- El neoliberalismo es un fenómeno global que se estableció como el principio rector de la gestión y el pensamiento económico, revolucionó las economías de países desarrollados y se extendió al resto del mundo trayendo cambios que impactaron los logros sociales del sector trabajador.
- El neoliberalismo dicta una serie de prácticas políticas y económicas en busca de promover el bienestar del ser humano a través del desarrollo del mercado, la propiedad privada y el comercio respaldado por el Estado.
- El principio central de la implementación del neoliberalismo en Latinoamérica fue la flexibilización laboral y financiera, pretendía remover al Estado de las tareas de producción delegándolas al sector privado dejando a éste en una posición de mero regulador.
- El neoliberalismo generó una fractura entre las políticas económicas y políticas, dando un lugar subordinado a las segundas, debilitó las instituciones públicas y con ello los programas sociales del Estado, entre ellos los de educación, nutrición, empleo, salud, entre otros.
- En Costa Rica el neoliberalismo ocasionó el colapso del “Estado de Bienestar” al cambiar de ser un Estado promotor de políticas sociales a uno que se preocupó por reducir el gasto con el objetivo de mejorar las finanzas.
- Costa Rica se diferencia del resto de países latinos en que la implementación de políticas neoliberales no fue rápida y precipitada, sino que fue de aplicación paulatina y sus efectos se expresaron tiempo después.

- Los objetivos de los Plan de Ajuste Estructural eran de naturaleza económica, buscaban pagar la deuda externa, mejorar el acceso al mercado mundial, terminar distorsiones económicas como déficit fiscal, subvenciones, exoneraciones e incentivos, regular la producción nacional y disminuir el tamaño del Estado.
- Uno de los efectos del neoliberalismo en los países latinoamericanos fueron las reformas en salud a raíz del acogimiento de recomendaciones de entes financieros internacionales para afrontar las crisis que atravesaban debido a la falta de otra alternativa.
- La reforma de salud en Costa Rica de 1981 y la ley 7852 de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de las CCSS de 1998 son ejemplos del impacto de la influencia de entes financieros internacionales en busca de solucionar problemas preexistentes de calidad y oportunidad de los servicios de salud.
- La ley 7852 trajo consigo los compromisos de gestión, estos son la herramienta mediante la cual se asegura el cumplimiento de los objetivos financieros deseados, a su vez les dieron a las instituciones flexibilidad para ajustar las condiciones con tal de cumplir los objetivos fijados.
- El empleo fue el principal afectado por las reformas neoliberales al sector salud trayendo precarización de condiciones laborales, incertidumbre y una práctica generalizada de sustituir los puestos de los trabajadores que salían por personal interino.
- La ley 7852 estaba centrada en el área administrativa, sin embargo, otorgaba autoridad sobre otras áreas como la contratación de personal y el manejo de recursos humanos.

- La personalidad jurídica obtenida por las instituciones desconcentradas les permitió flexibilizar aspectos que consideraran requeridos para alcanzar los estándares de calidad fijados por la CCSS.
- Los límites definidos por los compromisos de gestión dejaron un área gris para la interpretación de los directores de cada institución desconcentrada, lo que abrió un portillo para toma de decisiones que podían perjudicar las condiciones laborales para algunos trabajadores, reflejando el debilitamiento del Estado el cual previamente se encargaba de velar por la seguridad social en general.
- La ley 7852 permitió la variación de las condiciones laborales contenidas en los contratos individuales y colectivos de trabajo para favorecer los organismos desconcentrados, dándoles la capacidad de realizar cambios en las estructuras, funciones y costos del trabajo.
- La flexibilización laboral permite cambios en el modelo clásico de los contratos, sustituyéndolos con contratos indefinidos permitiendo la variación de los requerimientos de las empresas violando los derechos humanos de los trabajadores.
- El incremento de la flexibilización propicia la generación de nuevas formas de contratación garantizando una mayor eficiencia de los recursos humanos y disminuyendo las cargas económicas a los empresarios.
- La flexibilidad laboral concibe los derechos de los trabajadores como obstáculos para los mecanismos de mercado y por ende busca eliminarlos a través de la variación de las condiciones laborales y a su vez generando precarización laboral.

- En la CCSS no ha habido un procedimiento estandarizado para la contratación de personal pese a que la Ley 7852 indica que se deben seguir procedimientos establecidos y una normativa técnica de reclutamiento y selección.
- El subempleo es una de las formas de expresión de la flexibilización laboral y surge cuando una persona es contratada en un puesto inferior al que está capacitado para ocupar como es el caso de las personas profesionales de enfermería con un contrato de auxiliar el cual es definido como un técnico.
- Hay una brecha entre el ideal y la realidad del papel que debería tener enfermería en el sistema de salud, a pesar de que organizaciones como la OMS la declaran un pilar de la prestación de servicios de salud, en la práctica, los profesionales de enfermería no son valorados e inclusive deben soportar condiciones laborales precarias.
- Las expectativas de las personas que se preparan como profesionales de enfermería suelen ser más altas de lo que se ofrece en el mercado laboral lo que ocasiona descontento entre ellos y terminan con una actitud de resignación ante la impotencia de cambiar su situación.
- Para los profesionales en enfermería que se encuentran desempeñando el puesto de auxiliar el subempleo es la única alternativa al desempleo, y aceptan esta condición con el objetivo de esperar entre 8 y 10 años para un ascenso.
- En la CCSS se dan condiciones de precariedad laboral al menos para aquellos profesionales contratados como interinos, los cuales se encuentran en una condición de incertidumbre constante sin saber si van a tener un nombramiento al finalizar el que están cubriendo o si el pago de sus servicios va a llegar a tiempo,

otros no ejercen su derecho a vacaciones por el miedo a que si rechazan un nombramiento no se les vaya a contratar en el futuro.

- Los contratos para puestos como interino son un ataque contra los logros de los códigos laborales y las conquistas históricas de los trabajadores restando sutilmente los derechos y debilitando la organización laboral, todo esto gracias a la flexibilidad laboral.
- A enero del 2022 la mayoría de los contratos de la caja tanto para auxiliares como para profesionales de enfermería y especialistas son de tipo interino, lo que refleja la escasez de plazas o códigos disponibles en la caja en contraste con la cantidad de profesionales disponibles.
- A pesar de la escasez de plazas marcada, el personal de enfermería, tanto auxiliar como profesional trabajan en condiciones de sobrecarga, por ejemplo, asumen más pacientes de los que deberían tener para un brindar un cuidado de calidad y exitoso.
- La sobrecarga constante de trabajo en cantidad e intensidad de los profesionales en enfermería compromete su rendimiento, fiabilidad y satisfacción con las labores, poniendo en riesgo las acciones del cuidado y la seguridad de los usuarios.
- Las listas de espera son un fenómeno normalizado dentro de las instituciones de la caja, donde los profesionales de enfermería deben aguardar prolongados períodos de tiempo en una posición subordinada para alcanzar el puesto para el que se prepararon, esto genera en las personas sentimientos de incertidumbre, resignación y falta de realización personal y profesional.

- Conceptos como eficiencia y productividad definen hoy en día las condiciones en las que se brinda el cuidado de enfermería, al incorporar en mayor medida a la práctica elementos de mecanización y estandarización en busca de cantidad y no de calidad de cuidado.
- El cuidado de enfermería desde el “ser” de la persona, transita a una práctica eminentemente mecanizada sujeta a mediciones de producción que vulnera la identidad profesional y el liderazgo de la persona enfermera.
- Un entorno de trabajo saludable debe proporcionar las condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protejan y promuevan la salud y la seguridad de los trabajadores mientras brindan un aporte positivo a la productividad e incremento de la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general.
- La ley 7852 debían promover ambientes de trabajo de calidad, armónicos y participativos que propiciaran la motivación.
- El que los y las profesionales de enfermería se encuentren contratados como auxiliares tiende a generar un mal clima laboral generalmente causado por traslape de funciones y choque de criterios.
- La prolongada exposición a un ambiente laboral malo ya sea por el clima o por las condiciones de este, influye en la vivencia de los trabajadores ocasionando una apreciación negativa de sus experiencias.
- El síndrome de burnout es una respuesta a un estado de estrés crónico, es común en el personal de salud y enfermería es considerado como un grupo de mayor riesgo para su aparición.

- Las condiciones de subempleo y subordinación en la que se encuentran muchos profesionales de enfermería pueden ocasionar la aparición del síndrome de burnout generando sentimientos negativos hacia los compañeros y hacia su propio rol profesional.
- Poca claridad en aspectos técnicos del contrato laboral como períodos de vacaciones, carga laboral, pagos quincenales, aumenta la carga de estrés que llevan los profesionales enfermería lo que a su vez aumenta la insatisfacción con su trabajo y consecuentemente eleva el riesgo de la aparición de problemas laborales como el síndrome de burnout.
- La labor de enfermería en un nivel esencial implica el desarrollo de diversas actividades para las cuales el trabajador debe mantener un alto grado de control mental y emocional, lo que la constituye como una ocupación que puede ser agobiante y agotadora, si a esto se suman condiciones laborales precarias se pone
- El riesgo la salud del profesional en enfermería y de las personas bajo su cuidado.
- La profesión de enfermería se encuentra en niveles subordinados en el ámbito hospitalario y de infravaloración con respecto a otras profesiones, lo que ocasiona en las personas que se dedican a ella descontento e insatisfacción con las tareas realizadas, esto fue evidenciado en varias ocasiones en los relatos de los participantes del estudio.
- La profesión de enfermería se caracteriza por tener un flujo de trabajo tenso e intenso, convirtiéndola en una carrera compleja, si a esto se le suman condiciones de precariedad laboral se incrementan la probabilidad de que surjan errores profesionales, accidentes laborales, enfermedades físicas y psicológicas.

- Las condiciones de precarización laboral son soportadas por los trabajadores debido al miedo de perder su empleo, ser calificados como incompetentes o ser excluidos por sus pares por negarse a realizar laborales que no les corresponde según su contrato laboral, todo esto a su vez, perpetua que se sigan dando condiciones laborales precarias.
- El enfrentar dificultades como condiciones laborales precarias e incertidumbre sobre el futuro profesional a pesar de haber hecho esfuerzos para mejorar la calidad y la seguridad de sus condiciones laborales ocasiona en los trabajadores la aparición del sufrimiento laboral.
- La precariedad de condiciones laborales y la sensación de impotencia para utilizar sus habilidades y conocimientos en el desempeño de sus funciones o la incapacidad de tomar decisiones que consideran éticamente correctas genera sufrimiento moral en los profesionales de enfermería.
- El sufrimiento moral genera un impacto negativo en la escala de valores de los profesionales de enfermería, generando un conflicto al no poder ejercer sus servicios profesionales brindando el máximo de sus capacidades y competencias lo que lleva a una sensación de no alcanzar el éxito en su labor diaria.
- Enfermería tiene la capacidad de modificar sus condiciones a través de la implementación del liderazgo en una forma práctica en el ámbito académico y clínico, también mediante la evaluación y mejora constante de la práctica en todos sus niveles.

## 6.2 Recomendaciones

- Realizar más estudios sobre las condiciones laborales y las experiencias de los profesionales con el fin de indagar más sobre el tema de precarización laboral que enfrenta enfermería para proponer soluciones más justas y éticas que les permitan alcanzar una realización tanto profesional como personal.
- A la Escuela de Enfermería, considerar la importancia de la salud integral de los profesionales de enfermería y en especial a su salud mental promoviendo estrategias del manejo de estrés y trabajo intenso a través de un liderazgo práctico.
- Al Colegio de Enfermeras, promover la participación de los profesionales en la creación de políticas y toma de decisiones que afecten la labor de enfermería en los diferentes niveles y áreas en la que se desempeña.
- A las personas con posiciones de liderazgo en los diferentes ambientes de trabajo donde se desempeña enfermería, fomentar el liderazgo y el trabajo en equipo desde la formación para desarrollar profesionales que se integren fácilmente en su lugar de trabajo aun cuando deben ocupar un puesto subordinado.
- Al Colegio de Enfermería, incentivar la investigación en salud laboral desde enfermería con el fin de generar nuevo conocimiento y mejorar la forma en que se organiza enfermería laboralmente.
- A la Escuela de Enfermería, incluir la calidad de vida laboral y el entorno de trabajo saludable como un aspecto más al cuidado de los profesionales de enfermería tomando acciones dentro de su campo de acción y promoviendo la mejora continua.

## 6.3 Limitaciones

- No se hallaron estudios sobre el tema desde el campo de Enfermería, a pesar de ser un fenómeno que nos afecta directamente no se encontraron investigaciones en el país que aborden la temática.
- Hay una necesidad de que se realicen estudios Cuantitativos o Mixtos para explorar la realidad laboral en grupos más numerosos de colegas de tal forma que se pueda generalizar los datos y proponer políticas públicas de mejora de las condiciones laborales.

# Referencias bibliográficas

Álvarez, L. (2014). El impacto de 30 años de reformas neoliberales en la percepción de la relación entre democracia y bienestar humano en Costa Rica. Buenos Aires: CLACSO

Arias, E., Castro, K., Chaves, M. & Rodríguez, F. (2015). La incidencia de las políticas neoliberales de la mercantilización de la salud en las condiciones económicas, políticas y sociales de la Caja Costarricense de Seguro Social: El caso del Hospital San Francisco de Asís en Grecia, 2014. (Tesis). Universidad de Costa Rica. Sede de Occidente. Licenciatura en Trabajo Social. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-1-sr-2015-03.pdf>

Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, ACOFAEN. (2021). Formas de contratación. (Internet). En: <https://acofaen.org.co/index.php/es/component/search/?searchword=formas%20de%20contratacion&ordering=newest&searchphrase=all>

Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería, ANPE. (25 de mayo de 2022). *Misión*. <https://www.anpecr.org/>

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, (28), 11-35. En: <http://nulan.mdp.edu.ar/3098/1/aspiazu-2017.pdf>

Ávalos, A. (9 de junio de 2019). Enfermeras sufren largas travesías por un trabajo. La Nación. Costa Rica. En: <https://www.pressreader.com/costa-rica/la-nacion-costa-rica/20190609/281487867852066>

Barth, P., Ramos, F., Barlem, E., Dalmolin, G. & Schneider, D. (2018). Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3010. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/a47c/d6cfb91845062157f7d12b1b70d27c3e54dc.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010>.

Barrientos, G. (1983). La salud de las trabajadoras de la salud. *Revista Mexicana de Sociología*, 45(3), 877–914. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3540224>

Burguete, M., Sáez, E., Rigon, N, C., Schaefer, R., López, J., Rico, P., & Martínez, J. (2017). Sufrimiento moral en el personal de enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 21(48). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.23>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2003). “Reglamento a la Ley No 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS” Recuperado el 18 de enero de 2015. Recuperado de: <https://ftp.ccss.sa.cr/pub/DGRRSSCS/Salud%20Ocupacional/Curso%20Basico%20Comisiones%20Mayo-010/Material%20Vario/Bibliograf%EDa/Reglamento/REGLAMENTO%20A%20LEY%20DE%20DESCONCENTRACION%20DE%20LOS%20HOSPITALES%20Y%20CL%20CDN.doc>

- Calderón, M., Herrera, M. & Solórzano, S. (2019). Condiciones laborales del profesional de enfermería ecuatoriano. *Revista Sinapsis*. Volumen 2, número 15. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://www.itsup.edu.ec/sinapsis>
- Cassiani, S., Hoyos, M., Barreto, M., Sives, K., & da Silva, F. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*: 42: e72. doi. org/10.26633/RPSP.2018.72. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/2018\\_ops\\_distrib\\_enf.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/2018_ops_distrib_enf.pdf)
- Castillo, A. (2000). La Crisis De La Caja Costarricense De Seguro Social Y La Reforma Del Estado Costarricense. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Vol. 26, No. 1/2 (2000).
- Castrillón, M. (2020). Liderazgo en enfermería y desarrollo disciplinar. *Revista CuidArte*, 9(18.1). [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.18.1.77572>
- CEPAL. (2005). Documentos de proyectos: Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Por: Mesa-Lago, C. En: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf)
- Chamorro, F. (2021). Carta a Coordinación Nacional de Enfermería de la CCSS. Asunto: Criterio sobre Ratios en Unidades de Cuidados Intensivos. Fiscalía del Colegio de Enfermeras: <https://www.enfermeria.cr/pr0ject/docs/fiscalia/CECR-FISCALIA-611-2021.pdf>

Chávez, P. (2001). Flexibilidad en el mercado laboral: Orígenes y concepto. *Rev. Aportes VI* (17), pp. 57-74. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/376/37661703.pdf>

Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2020). Conversatorio sub contratación de personal de enfermería. Informe de Gestión 2019 – 2020. En: [https://www.enfermeria.cr/project/docs/Junta/Informe\\_Gestion\\_Junta\\_Directiva\\_2019-2020.pdf](https://www.enfermeria.cr/project/docs/Junta/Informe_Gestion_Junta_Directiva_2019-2020.pdf)

Consejo Internacional de Enfermería. (2006). Ginebra: CIE; 2006, Personal fiable, vidas salvadas. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [https://enfermeriasalamanca.com/wp-content/uploads/2019/10/mayo\\_2006.pdf](https://enfermeriasalamanca.com/wp-content/uploads/2019/10/mayo_2006.pdf)

Consejo Nacional de Rectores, CONARE. (2019). Radiografía Laboral. <https://radiografia.conare.ac.cr/radiografia-laboral-iii-2019/que-puedo-estudiar/ciencias-de-la-salud/enfermeria/>

de la Cruz, M., Rangel, A., & Altamira, R. (2021). Sufrimiento Moral: una revisión de literatura. *Ética De Los Cuidados*, 13, e12994. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7963183>

Dejours, C. (2015). *El Sufrimiento en el Trabajo*. Editorial Topía.

Devos, E., Lerch, V., Lerch, G., Tomaschewski, J. & Silva da Silveira, R. (2013). Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* ene.-feb. 2013;21(1): [08 pantallas] [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/4KJJwJJ7YcB4cH45LTPVHbC/?format=pdf&lang=es>

Díaz, D. (2020). Historia del neoliberalismo en Costa Rica: La aparición en la contienda electoral, 1977-1978. Disponible en: <https://cihac.fcs.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/08/David-Diaz-Historia-del-Neoliberalismo-CIHAC.pdf>

Dilthey, W. (1949). Obras de Wilhelm Dilthey. Introducción a las Ciencias del Espíritu. Fondo de Cultura Económica. México - Buenos Aires. (Internet). Disponible en: [http://www.posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Textos\\_2019-1/2019-1\\_Dilthey\\_IntroduccionCienciasEspiritu.pdf](http://www.posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Textos_2019-1/2019-1_Dilthey_IntroduccionCienciasEspiritu.pdf)

Duran, E. & Parra, M. (2016). Condiciones Laborales y Calidad de vida en el trabajo: Un Desafío para la Gestión de Talento Humano en Venezuela. Researchgate. En: [https://www.researchgate.net/publication/323845701\\_Condiciones\\_Laborales\\_y\\_Calidad\\_de\\_vida\\_en\\_el\\_trabajo\\_Un\\_Desafio\\_para\\_la\\_Gestion\\_de\\_Talento\\_Humano\\_en\\_Venezuela/link/5aaf1db4a6fdcc1bc0bc78c0/download](https://www.researchgate.net/publication/323845701_Condiciones_Laborales_y_Calidad_de_vida_en_el_trabajo_Un_Desafio_para_la_Gestion_de_Talento_Humano_en_Venezuela/link/5aaf1db4a6fdcc1bc0bc78c0/download)

Durán M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. Revista Nacional De Administración, 1(1), 71-84. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.22458/rna.v1i1.285>

Emanuel, E. (2008). An Ethical Framework for Biomedical Research. In: Emanuel E, Grady C, Crouch R, Lie R, Miller F, Wendler D, editors. The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics New York: Oxford University Press.

Erausquin, C., Sulle, A. & García, L. (2016). La Vivencia como unidad de análisis de la Conciencia: Sentidos y Significados. En: Trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores. Comunidades de Práctica. Anuario de Investigaciones, vol. XXIII, 2016, pp. 97-104 Universidad de Buenos Aires. En: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369152696009.pdf>

ESOPE. (2005). Precarious Employment in Europe. A Comparative Study of Labor Market Related Risks in Flexible Economies. Informe final. Bruselas: European Commission.

Esquivel, F. (2021). Neoliberalismo en Costa Rica: secuelas en la cuestión social durante el siglo XX. *Cátedra Paralela*, (9), 76–101. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.35305/cp.vi9.104>

Gaviria, D. (2009). La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(1):24-33. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198002>

Granados, J., & Ortiz, L. (2003). Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista mexicana de sociología*, 65(3), 591-627. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032003000300004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032003000300004&lng=es&tlng=es).

Grove, S., Gray, S., & Burns, N. (2015). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona, España. ELSEVIER

- Guadarrama, R., Hualde, A., & López, S. (2012). Precariedad laboral y heterogeneidad ocupacional: una propuesta teórico-metodológica. *Revista mexicana de sociología*, 74(2), 213-243. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032012000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032012000200002&lng=es&tlng=es)
- Guevara, G., & Aguirre, E. (2012). Factores asociados con el desempeño del personal que labora como oficiales de tránsito y seguridad en la universidad de Costa Rica. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (22),1-10 [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44823378004>
- Guillén, M. (1987). Procesos de cambio en la estructura operativa del sector sanitario español. *Reis*, No. 37 (Ene. - Mar., 1987), pp. 173-204 [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/249145.pdf>
- Harvey, David. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Hidalgo, B. & Altamira, R. (2021). ¿Qué es y que no es el cuidado de enfermería?. *Enfermería actual de Costa Rica*. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>
- Hurtado de Barrera, J. (2011) *Metodología de la investigación. Guía para una comprensión holística de la ciencia*. Cuarta Edición. Bogotá-Caracas, 2010. Quirón Ediciones.
- Ibarra, M., & González Torres, L. A. (2010). La flexibilidad laboral como estrategia de competitividad y sus efectos sobre la economía, la empresa y el mercado de trabajo. *Contaduría y Administración*, (231),33-52. [Revisado 1 de Noviembre de 2022].

ISSN: 0186-1042. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39512458003>

Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Francia: Organización Mundial de la Salud. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/pwh3sp.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf)

Lomelí, L. (2001) Perspectivas de la seguridad social en México. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 63, No. 1 (Jan. - Mar., 2001), pp. 203-220. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3541207>

Malleville, S., & Beliera, A. (2020). El lugar del reconocimiento en el trabajo de Enfermería. *Repensando el concepto de precarización laboral*. *Jour. Researchgate*. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/343998880\\_El\\_lugar\\_del\\_reconocimiento\\_en\\_el\\_trabajo\\_de\\_enfermeria\\_Repensando\\_el\\_concepto\\_de\\_precarizacion\\_laboral](https://www.researchgate.net/publication/343998880_El_lugar_del_reconocimiento_en_el_trabajo_de_enfermeria_Repensando_el_concepto_de_precarizacion_laboral)

Martínez, J. (2012). Poder y alternativas: Las agendas internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica, 1988- 1998. *Anuario De Estudios Centroamericanos*, 25(1), 159–182. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/1937>

Martínez, J. & Mesa, C. (2003). La Reforma de la Seguridad Social en Costa Rica. Pensiones y Salud. Avances, problemas y recomendaciones. *Fundación Friedrich Ebert*. San José Costa Rica. Abril 2003.

Mejía, L. (2000). El Muestreo en la Investigación Cualitativa. Investigaciones Sociales. [Revisado 10 de agosto 2022]; Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_sociales/n5\\_2000/a08.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n5_2000/a08.pdf)

Mesa, C. (2005) Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. [Revisado 10 de enero 2022]; Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/las-reformas-de-salud-en-america-latina-y-el-caribe-su-impacto-en-los-principios-de-la>

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. MTSS. (revisado en enero 2022). Contrato de Trabajo. Normativa - Código de Trabajo y sus reformas, artículos 4, 5, 18, 22, 23, 25, 26, 31, 35, 49. (Internet). En: [https://www.mtss.go.cr/temas-laborales/08\\_Contrato\\_Trabajo\\_ind.pdf](https://www.mtss.go.cr/temas-laborales/08_Contrato_Trabajo_ind.pdf)

Montecinos, E. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática. EURE (Santiago), 31(93), 73-88. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0250-71612005009300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612005009300005)

Navarro, A. (2019). Tres mil profesionales en enfermería se encuentran desempleados. Monumental (Internet). En: <https://www.monumental.co.cr/2019/05/06/tres-mil-profesionales-en-enfermeria-se-encuentran-desempleados/>

Navarro, R. (2003). Algunos principios jurídicos que informan la Ley 7852, ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social,

11(1), 35-44. [Revisado 19 de diciembre 2021]; Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592003000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100004&lng=en&tlng=es)

Organización Internacional del Trabajo. OIT. (1944). Acta Constitutiva. Preámbulo. En:  
[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:62:0::NO:62:P62\\_LIST\\_ENTRIE\\_ID:2453907:NO](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:62:0::NO:62:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907:NO)

Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2021). 23 Condiciones de trabajo. En:  
<https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/working-conditions/lang-es/index.htm#4>

Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2022). Definición de subempleo.  
<https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3399>

Organización Mundial de la Salud. (1996). El ejercicio de la Enfermería. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Order code: WH 860. ISBN: 92 4 320860 8. Year Published: 1996. Pages: 42

Organización Mundial de la Salud. (2002). Servicios de Enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008. Ginebra: OMS; 2002. p. 27- 38.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo, encontrado en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44466/9789243500249\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44466/9789243500249_spa.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. [Revisado 26 de enero 2015]; Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OCDE. (2021). Perspectivas económicas de América Latina 2021. Avanzando juntos hacia una mejor recuperación. En: [https://www.oecd.org/dev/Perspectivas-economicas-America - Latina -2021-Overview-ES.pdf](https://www.oecd.org/dev/Perspectivas-economicas-America-Latina-2021-Overview-ES.pdf)
- Ovares, R. & Villalobos, D. (2020). Informalidad y precariedad en Costa Rica: una aproximación a las condiciones laborales de la clase trabajadora inserta en el sector servicios. (Tesis de grado). Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2020-09.pdf>
- Panadeiros, M. (1996). Organización del seguro de salud en la Argentina. Análisis y propuesta de reforma. Desarrollo Económico, Vol. 36, Trabajos Presentados en las Primeras Jornadas de Investigación en Economía (Summer, 1996), pp. 267-302.
- Pérez, J. & Gardey, A. (2020). Definición de precarización laboral. (blog) Definición de. Publicado: 2019. Actualizado: 2020. En: <https://definicion.de/precarizacion-laboral/>
- Polit, D., & Beck, C. (2019). Nursing Research. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramírez, M. (2010). Las transformaciones del empleo público costarricense. Rev. Ciencias Sociales 128-129: 87-95 / 2010 (II-III). [Revisado 23 de agosto 2022]; Disponible

en: <https://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS128-129/06-RAMIREZ.pdf>

Ramos, F., Orlandi, P., Masiel, A., Santos, A., & da Silva, J. (2016). Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(2). [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: [doi:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45247](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45247)

Ramos, G. (11/2014). Definición de Contratación. *Economía*. (página web). Recuperado de: <https://economia.org/contratacion.php>

Rendón, M., Peralta, S., Hernández, E., Hernández, R., Vargas, M. & Favela, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Revista Enfermería Global*. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>

Rodríguez, A. (2006). La reforma de salud en Costa Rica. CEPAL, 2006 En: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/3672/S2005093\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/3672/S2005093_es.pdf)

Sauñe, W., Carmen, E., Bendezù, C.E. & Oscoco, O. (2012). Condiciones laborales y nivel de estrés en enfermeros de un hospital público peruano. *Rev. Med. PANACEA*. Vol. 2, Núm. 3 (2012) Perú. (Internet). [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.35563/rmp.v2i3.139>

Santos, T., Santos, H., Sampaio, E., Melo, C., Souza, E. & Pires, C. (2020). Intensity of nursing work in public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3267.

[Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3221.3267>. m

Solís, M. (2014). La precarización del trabajo desde una perspectiva sociocultural en un contexto fronterizo. *Región y sociedad*, 26(59), 81-112. [Revisado 22 de diciembre 2021]; Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v26n59/v26n59a3.pdf>

Souza, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3),251-261. [Revisado 2 de noviembre de 2022]. ISSN: 1669-2381. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>

Tamez, S. & Valle, R. (2005). México Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 67, No. 2 (Abr. - Jun., 2005). [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v67n2/v67n2a3.pdf>

Trejos, M., & Valverde, J. (2000). Compromisos de gestión y transformaciones laborales en el sector salud de Costa Rica. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, IV(90-91),107-124. [Revisado 30 de octubre de 2022]. ISSN: 0482-5276. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15318269006>

Vázquez, M, Ferreira, M, Mogollón, A, Fernández, M, Delgado, M & Vargas, I. (2011). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Ciencias Sociales*. Universidad del Valle. Cali, Colombia

- Vázquez, A. (2019). Trabajo, sufrimiento e ideología en la sociedad neoliberal. *Oxímora. Revista Internacional De Ética Y Política*, (15), 15–32. [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1344/oxi.2019.i15.28120>
- Vega, B. (2013). La enfermería en Costa Rica Una trayectoria histórica: de oficio a profesión de 1850 a 2013. *Enfermería en Costa Rica*. 2013, 34 (1). [Revisado 15 de octubre 2022]; Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v34n1/art7.pdf>
- Velandia, A., (2011). La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1),65-78. [Revisado 3 de noviembre de 2022]. ISSN: 0124-2059. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282004>

# **Anexos**

# **Anexo A. Entrevista semiestructurada**

## **Entrevista**

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

### **Introducción:**

Mi nombre es Steven Picado Solano, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Como parte del proyecto de Trabajo Final de Graduación modalidad tesis, el cual se titula: “Cambios en las formas de contratación, permanencia y regulación laboral del personal profesional de Enfermería en Costa Rica, a partir de Ley No 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social de 1998. Costa Rica 2015”, se presenta la siguiente guía de preguntas para efectuar una entrevista que permita obtener la información pertinente y necesaria para la realización de dicho proyecto, por lo cual solicitamos su valiosa ayuda para contestar el mismo, le agradecemos la información que nos pueda brindar.

La información brindada es estrictamente **confidencial y anónima**, debido a que los resultados serán manejados solamente por el investigador.

Las respuestas de todos los entrevistados y entrevistadas, serán tomadas en cuenta para los análisis posteriores a la aplicación de este por lo que solicitamos se conteste con la mayor sinceridad posible.

Agradece de antemano su colaboración:

Steven Picado Solano  
Correo electrónico:

Teléfono:

### I Parte. Datos Sociodemográficos

- Nombre (siglas): \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Género: \_\_\_\_\_
- Nacionalidad: \_\_\_\_\_
- Dirección: Provincia \_\_\_\_\_, cantón \_\_\_\_\_, distrito \_\_\_\_\_
- Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_
- Departamento: \_\_\_\_\_

### II Parte. Condiciones laborales actuales

#### Mecanismos de contratación

1. ¿Cómo y cuándo fue contratado o contratada en su lugar de trabajo actual?

#### Estado de la contratación

2. ¿Para qué puesto de trabajo fue contratado (a)?
3. ¿Se encuentra actualmente en el puesto para el que fue contratado?
4. ¿Cómo ha sido su experiencia en cuanto a la permanencia en su trabajo actual?

#### Precarización laboral

5. ¿Ha experimentado cambios de puesto desde que ingresó a trabajar en la institución actual?
6. Comente cuáles son o cuáles fueron sus condiciones laborales y si han cambiado desde que inició a laborar en la institución.
7. ¿Cómo es el cumplimiento de los perfiles laborales?

### III Parte. Percepciones sobre la vida laboral

#### Historia laboral

8. ¿En qué año se graduó?
9. ¿Cuándo inició su vida laboral como profesional de Enfermería?

#### Percepción sobre la vida laboral

10. ¿Cómo ha sido su vida laboral como profesional de Enfermería?
11. ¿Cómo son sus roles de trabajo?
12. ¿Realiza horas extras? ¿Cómo son cuantificadas y remuneradas?
13. ¿Se respetan sus días libres y vacaciones?
14. ¿Conoce sus derechos como empleado o empleada? ¿Cuáles son?

#### Percepción sobre la práctica profesional

15. Comente su percepción como profesional de Enfermería.

#### Percepción sobre la realización profesional

16. ¿Cómo se siente en cuanto a su realización profesional?

#### Satisfacción laboral

17. ¿Cómo se siente con su actual trabajo?

#### Formas de sufrimiento moral

18. ¿Cuál es su percepción como empleado (a) y profesional de enfermería en su lugar de trabajo actual?

## Anexo B: Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**

**COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**

Teléfonos:(506) 2511-4201    Telefax: (506) 2224-9367

### **FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(Para ser sujeto de investigación)

Cambios en las formas de contratación, permanencia y regulación laboral del personal profesional de Enfermería en Costa Rica, a partir de Ley No 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social de 1998. Costa Rica 2015.

Código                      (o                      número)                      de                      proyecto:

---

Nombre del director de tesis: Denis Carrillo Díaz

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Este estudio corresponde a la tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, el cual es realizado por el estudiante Steven J. Picado Solano, bajo la dirección del profesor M.Sc. Denis Carrillo Díaz, el cual tiene como objetivo analizar los cambios en las formas de contratación, permanencia y regulación laboral del personal profesional de Enfermería en Costa Rica, a partir de Ley No 7852: Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social de 1998. Debido a la serie de cambios que trajo su aprobación y que causó que las condiciones laborales tendieran a precarizarse respecto a las jornadas de trabajo, la regulación del ejercicio profesional y otros derechos laborales de la forma de contratación tradicional, esto permitirá aportar conocimientos sobre el ejercicio profesional, a fin de actualizar el panorama de lo que hasta el día de hoy viene aconteciendo con los y las enfermeros y enfermeras de nuestro país.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** A los y las profesionales en Enfermería que acepten participar en la investigación se les realizará una entrevista semi-estructurada por espacio de 90 minutos aproximadamente. Dicha entrevista se realizará en un ambiente tranquilo y privado que permita la expresión libre y fluida. El o la participante podrá hacer las aclaraciones que le según necesarias en caso de presentar alguna duda. La entrevista será registrada con una grabadora de voz, con el fin de guardar la información para posteriormente transcribirla y analizarla. Ésta grabación será destruida una vez que termine el proyecto. Se corroborará la veracidad de la información obtenida enviando un correo electrónico con la transcripción de la misma a la persona entrevistada.
- C. **RIESGOS:** Su participación en el estudio no representará ningún riesgo, sin embargo las preguntas podrían resultarle incómodas y en algunos casos generarle frustración, o ansiedad, ya que son personales. Por lo cual se brinda la opción de no responder si no lo desea. O bien el tesista cuenta con el conocimiento y la habilidad práctica para desarrollar una relación interpersonal de ayuda si fuese necesario.
- D. **BENEFICIOS:** Aunque no recibirá ningún beneficio directo, hará posible que mediante ésta investigación los investigadores aprendan más acerca de la situación laboral actual de los enfermeros y las enfermas del país sobre las formas de contratación y permanencia en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social y este conocimiento beneficie a la comunidad de Enfermería en cuanto a la incidencia a nivel de políticas de contratación, lo que redundará en mejoras de las condiciones laborales.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Steven J. Picado Solano y él debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al teléfono 8914-0139 de lunes a viernes de 1:00pm a 5:00pm y sábados de 8:00am a 1:00pm o bien contactar al director de la presente investigación, M.Sc. Denis Carrillo Díaz docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica al número 2511-2109.

Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333, extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

# CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto

---

Nombre, cédula y firma del testigo

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
(CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Form 06-08