

Publicación dirigida por:
Lic. ARMANDO ARAUZ AGUILAR
Secretario de la Gerencia de la
Caja Costarricense de Seguro Social

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Memoria Anual

— 1952 —



SAN JOSE, COSTA RICA

Introducción

Generalmente, las "Memorias de Labores" que presentan las Instituciones del Estado en acatamiento de las disposiciones de la Ley, se convierten un tedioso amontonamiento de páginas más o menos bien escritas y más o menos bien presentadas, que se escriben para salir del compromiso legal que pesa sobre los administradores de tales Instituciones. Desde este punto de vista, las "Memorias" pasan a ser documentos destinados a hundirse en la oscuridad de los archivos olvidados.

Y es que pareciera que las gentes han querido dar a la palabra "Memoria" una significación estricta, entendiéndola como conjunto de escritos que van a los archivos para recuerdo de actividades y hechos relativos a alguna transitoria gestión administrativa.

En el documento que ahora presentamos a la consideración del público, la Caja Costarricense de Seguro Social ha querido separarse del clásico significado de la palabra "Memoria". No se trata solamente de dejar constancia de una gestión administrativa realizada por tales o cuales hombres a su paso por la Institución. Se trata de algo más: de abordar, con sentido polémico y con franqueza constructiva, los problemas fundamentales que la Caja encuentra en su marcha hacia el futuro. Las Instituciones como el Seguro Social siempre han encontrado, al dar sus primeros pasos obstáculos sin cuento, tales como la reacción natural de las clases patronales cuando sienten gravitar sobre sus economías una obligación social de tipo perentorio, la incompreensión de los trabajadores que, por carecer de la educación social necesaria y por llevar muchos de ellos la mente confundida por campañas demagógicas, tienen la tendencia a exigir cosas que no preveen los reglamentos ni autorizan las leyes; la actitud del público que en la mayoría de los casos, se mantiene a la expectativa esperando realizaciones de tipo espectacular; —y en fin—, una multitud de obstáculos que es preciso vencer, no sin dura lucha, para poder avanzar trabajosamente, a veces entre el vocerío de los incomprensivos y casi siempre entre el insulto de los mal intencionados.

Por eso es que esta "Memoria" tiene un sentido polémico y no simplemente narrativo. Porque la exposición de las tareas que incumben a la Caja no puede hacerse con la actitud reposada del que cuenta lo que pasó, sino con el espíritu del que

al exponer lo realizado, tiene la convicción de que apenas se ha iniciado una larga lucha por alcanzar realizaciones mayores en busca del mejoramiento social de los costarricenses.

En años anteriores se había omitido, por razones que no es del caso analizar, la publicación anual de la "Memoria" de labores de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta omisión constituyó un error de grandes proyecciones si se toma en cuenta que la Institución necesita ponerse en contacto directo con los elementos dirigentes de la sociedad, a fin de exponerles la realidad de los trabajos realizados, la inquietud de sus proyectos y la necesidad que tiene del calor popular para cumplir su alta misión. La Memoria de Labores del año de 1951, que circuló a fines 1952, fué distribuida entre las personas que tienen alguna significación política, económica, social o administrativa. Fué enviada profusamente a patronos y trabajadores, a profesionales y estudiantes, a entidades públicas y privadas y en fin, a todos aquellos individuos o grupos que tuviesen alguna significación en la actividad general de la nación. El resultado ha sido ampliamente satisfactorio, pues muchas personas nos han comunicado verbalmente o por escrito, el deseo de obtener una información mayor acerca de la Caja y sus finalidades, enmedio de voces de aliento que nos impulsan con más entusiasmo hacia el futuro. Por todo esto, se ve claramente que la indiferencia que hay en el ambiente tiene su origen, por regla general, en el desconocimiento de los seguros sociales y de la realidad interna de la institución que los administra en Costa Rica.

La Memoria correspondiente al año de 1951, fué la primera que se publicó en serio, después de casi diez años de funcionamiento de los seguros sociales en el país. Ella fué nada más que el comienzo de una serie de publicaciones de mayor aliento, destinadas no solamente a informar sobre lo que se ha hecho o lo que se piensa hacer, sino también a ilustrar a las personas y entidades de mayor significación en el país, sobre la esencia y realidad de la Seguridad Social: lo primero para llevar a todas las mentes y a todas las conciencias los postulados altísimos de solidaridad humana en que aquélla encuentra su asidero ideológico; y lo segundo, para mostrarles la realidad de Costa Rica y la imperiosa necesidad que hay de mayores y continuados esfuerzos colectivos en pro del mejoramiento social de nuestro país.

En la presente publicación salen a la luz pública una serie de documentos que han sido especialmente recopilados con el fin de poner en evidencia problemas básicos de la Institución. Por ejemplo: se ha querido dejar clara nuestra tesis legal y constitucional en relación con los regímenes complementarios de Seguridad Social, se ha querido plantear claramente el problema de la cuota estatal, en relación con el financiamiento de los seguros sociales, se ha querido publicar en detalle los antecedentes que se encuentran en la base de las reformas reglamentarias que se llevaron a cabo en 1952. Eso contribuirá a que el país se vaya enterando de todo cuanto ocurre en el camino que vamos transitando para darle cada día más fortaleza a esta Institución.

Por todo cuanto se deja expresado, esta publicación es a la vez informe de labores, signo de decisión ante el presente y expresión de fe en el porvenir.

CAPITULO PRIMERO

Principales Labores y Resoluciones
de la Junta Directiva

Explicación sobre la Reforma general del Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad

Desde el mes de octubre de 1950, con motivo de una consideración pormenorizada de los problemas de la Caja, la Junta Directiva llegó a la conclusión de que se hacía imprescindible proceder a una reforma integral del Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad. La reglamentación elaborada en 1942 sobre esta materia no pudo contemplar muchas situaciones que luego la práctica enseñó y que necesariamente reclamaban disposiciones concretas para solucionarlas. Para formular un proyecto de reforma, fué nombrada una comisión integrada por los señores Lic. Jorge Brenes Cedeño, Sub-Gerente, y Lic. Gastón Guardia Uribe, Jefe de la Sección Legal.

Al momento de la reforma, surgieron dos problemas que debieron resolverse de antemano: el primero consistía en determinar si la reforma modificaría el plan de beneficios establecido por el Reglamento de 1942, solucionando algunas situaciones que han sido motivo de constante debate por parte de los asegurados y de los patronos; el segundo problema era el de determinar si la reforma se iba a referir sencillamente a la letra de las disposiciones reglamentarias, para aclararlas y para darles una redacción más comprensible y por lo tanto más al alcance de la comprensión de los asegurados.

La reforma de un Reglamento como el de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad, más si se han de tocar cuestiones de fondo atinentes a las prestaciones que otorga el régimen, depende sustancialmente de los estudios técnicos relativos a la capacidad financiera de la Institución responsable de otorgarlas. No se puede, con criterio simplista y demagógico, ofrecer grandes beneficios a los trabajadores, si en la realidad las finanzas no permiten costear tales beneficios. Es preciso realizar estudios detenidos de la situación financiera, no solamente de la entidad encargada de administrar los seguros sociales, sino también de la economía del país en general. Después de realizados esos estudios es que se sabe hasta dónde se puede ir en el otorgamiento de los beneficios.

Hay algunas situaciones que, como se dijo antes, han sido motivo de debate entre asegurados y patronos. Ellas se refieren a limitaciones que el Reglamento estableció desde los primeros días de su vigencia, y que fueron estudiadas en esta oportunidad, desde el punto de vista financiero, para ver si era posible solucionarlas.

En ningún caso se pagarán los primeros cuatro días de incapacidad. Esta disposición reglamentaria ha dado lugar a múltiples debates, tanto públicos como privados. Los asegurados han venido sosteniendo invariablemente que esa limitación debe desaparecer, por cuanto la consideran inadecuada en relación con sus intereses. Por otra parte los patronos la impugnan, precisamente porque, el tenor de las disposiciones del Código de Trabajo, cuando el trabajador no está protegido por el Seguro Social, cae bajo la protección del patrono en cuanto a subsidios se refiere. Esta última es una tesis sostenida por algunos Tribunales de Trabajo, y por las autoridades administrativas del Ministerio de Trabajo y Previsión Social; por eso no deja de tener fuerza y merecer, por lo tanto, la impugnación patronal.

Las razones de orden técnico en que encuentra asidero la limitación que se comenta, se encuentran nitidamente explicadas en una nota que el Jefe del Departamento Actuarial y Estadístico, Licenciado Alvaro Vindas, rindió a la Gerencia el 31 de julio de 1950. Es muy oportuno que ese documento quede insertado en esta Memoria, para ilustración de las personas que a diario preguntan sobre el fundamento de la disposición reglamentaria que se comenta. Esta nota dice así:

ASUNTO: *Razón por la cual los cuatro primeros días de incapacidad no se pagan en el Seguro de Enfermedad.* Consulta del "Sindicato Patronal de Artes Gráficas".

"Tenemos en nuestro poder la nota dirigida a esa Gerencia por parte del Sindicato Patronal de Artes Gráficas, por medio de la cual piden a la Caja que dé las razones por las cuales los cuatro primeros días de incapacidad por concepto de enfermedad, no son pagados a los asegurados y en qué se funda para hacerlo. Atendiendo a la petición de esa Gerencia, nos permitimos manifestar lo siguiente, respecto al contenido de la mencionada nota:

La Caja niega el pago de los cuatro primeros días de incapacidad por razones de enfermedad, con fundamento en el artículo 12 del respectivo Reglamento que en su inciso 1) textualmente dice:

"El subsidio en dinero se otorgará cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo. Este subsidio se pagará hasta por un plazo máximo de 25 semanas, a partir del quinto día de la incapacidad dictaminada por los médicos de la Caja. En ningún caso se pagarán los primeros 4 días de incapacidad".

No conocemos las razones que invocaran los que hicieron el Reglamento relativo al Seguro de Enfermedad y Maternidad, para dejar establecido ese principio que a simple vista parece injusto, pero hay razones de orden técnico que respaldan ampliamente la medida tomada en la forma como se ha dejado descrita en el citado artículo 12, y que mencionaremos seguidamente:

a) Los casos que pueden presentarse dentro de un programa nacional de protección contra las enfermedades o contra toda otra clase de riesgos, pueden ser clasificados

de manera general en tres grupos, a saber: casos triviales, casos serios y casos catastróficos.

Los casos triviales son los más frecuentes y su porcentaje sobre la totalidad de casos es muy alto. Realmente, estos acontecimientos no revisten mayor importancia y, por tanto, todo esfuerzo que se realice con el objeto de prever sus consecuencias, si bien no deja de ser bueno, bien cierto es que no llegaría a tener trascendencia social alguna. Las consecuencias,—entre otras las de orden económico,— no llegan a tener una magnitud ni un alcance tal que, en la realidad, amerite mucho esfuerzo en su prevención. Contra casos de esta importancia cada ciudadano, por sí solo y con los propios medios a su alcance, es posible que pueda protegerse; es decir, no siempre es necesario acudir a la unión de esfuerzos para prever sus consecuencias. Tal viene siendo el caso de enfermedades menores como simples resfriados, heridas leves, simples dolores, malestares pasajeros, etc. etc.; tal viene siendo, también, la pérdida de unos dos, tres o cuatro días del jornal. Claro está que para asalariados de diferente categoría el grado varía; pero, en todo caso, se buscará siempre el grado que en promedio se considera prudente como para calificar justicieramente la magnitud y consecuencias de los casos. La frecuencia de estos casos triviales es tal, que posiblemente, de dejar las puertas abiertas para atenderlos todos, quizá no menos del 60% de todos los casos y del costo total del programa, sería por este concepto. De esto se deduce, entonces, que el contemplar en un programa ese grado tan extremo,—el de cubrir cada uno y todos los casos triviales, ya sea para atención médica u hospitalaria, ya sea para el reconocimiento de prestaciones en dinero, significaría un costo excesivo para un beneficio social de muy escaso valor.

Los casos serios,—segundo grupo—, son menos frecuentes que los anteriores, pero más que los catastróficos. Su importancia tal vez no sea mucha ni tampoco sus consecuencias sociales ni económicas, pero ya justifican ser atendidos porque bien pueden tender a revestir gravedad insospechable o, al menos, a salirse de la posibilidad común y corriente de los ciudadanos de poderse atender a ellos mismos con sus propios y particulares recursos. Muchas enfermedades corrientes pueden citarse aquí; aquellas que se manifiestan en forma benévola pero que permanecen y amenazan luego con convertirse en serias complicaciones de serias consecuencias. Entre esas consecuencias pueden estar aquellas de permanecer cesantes, y por tanto sin goce de sueldo, por cinco o más días; también según el tipo del asalariado de que se trate.

Los casos fatales o catastróficos,—como quiera llamárseles—, vienen siendo los menos, pero a la vez, los de mayor trascendencia social. Precisamente es ante el evento de estos casos, donde se justifica, en toda su amplitud, un programa de seguridad social o el seguro social. Muchos casos hay que constituyen verdadera fatalidad para los ciudadanos de recursos económicos reducidos, eventos como los de una enfermedad grave que requiera una intervención quirúrgica delicada, un internado prolongado en un centro hospitalario especial, un tratamiento delicado, una dieta especial, un período de restablecimiento prolongado y, en fin, casos que sólo pueden financiarse, en sus costos y en sus consecuencias de orden económico, mediante la conjunción de recursos, mediante la unión de todas las voluntades, mediante ese esfuerzo conjunto que se mate-

realiza en estos sistemas de previsión, y nunca con exclusivo cargo a los bienes y posibilidades del asalariado de escasos recursos. Una incapacidad por enfermedad que se prolonga por más de dos semanas, y hasta por meses; una muerte prematura, etc. son eventos catastróficos que atentan con sumir en la indigencia a los familiares dependientes del cesante o fallecido. Es fácil imaginar entonces, la importancia que reviste el dar primacía a los casos de este tipo,—a los graves o catastróficos—, relegar a un segundo plano de importancia, los casos serios,—los del segundo grupo—, y finalmente, considerar, si es posible, los del grupo tercero; esos casos triviales que si no se atendieran no ocasionarían trastornos considerables ni mucho menos, en la sociedad.

Todo, finalmente, se reduce a un problema de costos. Es claro que podríamos pensar en un posible programa de seguridad social o seguro social, que cubra todos los casos citados ya bajo los tres grupos indicados, y que en todos estos casos otorgue beneficios, tanto en especie como en dinero. De esta manera, en el caso concreto que nos ocupa hoy, que reconozca el pago de los “subsídios” desde el primer día de incapacidad por enfermedad; pero el costo de un programa tal, indudablemente que resultaría muy alto y los sacrificios no compaginarían con los beneficios sociales que se obtendrían de esta manera.

El principio que se sigue, pues, es el de reforzar los beneficios en casos serios y graves y ahorrarse, en beneficio de esta tesis, lo más posible en el otorgamiento de prestaciones monetarias en los casos triviales. En síntesis, lo que se hace es coordinar y compaginar de la mejor manera posible, el interés social con el económico de la colectividad.

b) Existe una razón más para excluir los primeros 4 días. Esta es de orden administrativo con consecuencias también económicas. Hemos dicho que la mayor frecuencia de los casos es del grado primero, o sea, triviales. El control de estos casos y, en general su atención, implica un gasto de papelería tan amplio como el correspondiente a los demás casos y el uso de personal en forma similar. Pero se presenta el inconveniente de que en la mayoría de estos casos la prestación monetaria, en términos de dinero, viene a valer menos que el valor de la papelería y el servicio del personal. El registro y el trabajo total que implica el atender un caso de éstos,—que bien podría ser por el solo cobro de un día de trabajo, en la proporción del 50% del salario promedio,—viene a ser algo sumamente excesivo y hasta molesto, no sólo para la institución, sino para el asegurado mismo. Muchos han estado de acuerdo en estas observaciones y entonces han acudido a recomendar el recurso del reconocimiento retroactivo, consistente en que, pagados, p. e., los 4 días, y si el paciente sigue incapacitado, éste tendrá derecho a todos los días de incapacidad, inclusive esos 4 días; pero esto presenta la objeción de muchos, con el propósito de “ganarse” esos 4 días que van a “perder”, prolongan “a como puedan” su incapacidad, aunque sea simulando para llegar al quinto día, cuando menos. Estos abusos sólo pueden evitarse siendo radicales en el sentido de no reconocer esos primeros días de incapacidad, ni en una ni en otra forma. La experiencia muestra cómo, por ejemplo en nuestro país, para el tiempo de las “Fiestas Cívicas”, muchos buscan la “incapacidad”, pues es un medio de lograrlas. Si el reconocimiento de los beneficios

en dinero se extendiera hasta reconocer esos días primeros, se fomentaría el deseo a la "incapacidad simulada", lo cual implica mayores costos del sistema y a la vez una sustracción de fuerzas al proceso de producción nacional. Sería, pues, permitir y tolerar prácticas indebidas en perjuicio de los realmente necesitados: los que sufren riesgos graves de consecuencias catastróficas. Fácilmente podemos imaginarnos la cantidad de casos que tendríamos registrados en nuestras oficinas, tarjeteros individuales abiertos tan sólo para el pago hasta de ₡ 1.00 para arriba.

c) Aunque más o menos ya fué explicada en la parte *b*, vale mencionar aquí la tercera razón que damos y por la que estamos de acuerdo en la limitación que comentamos: los casos simulados o "maulas". Fácilmente puede una persona simularse incapacitada por dos, tres y hasta cuatro días, pero muy difícil sería guardar esa apariencia, sin ser descubierto, por un tiempo más prolongado. Así, pues, un "plazo de espera" como éste, nos permite controlar de mejor manera los casos de incapacidad que se presentan en demanda de subsidios en dinero.

A grandes rasgos son éstas las razones que presentamos a Ud., señor Gerente, y por las que estamos de acuerdo en que los primeros cuatro días de incapacidad, causada por enfermedad, no sean pagados. Hay otros aspectos más especulativos sobre los cuales discutir este mismo asunto, pero fundamentalmente están esos tres: reforzar y mejorar los servicios en casos de verdadera trascendencia social, aún a costa de los que bien pueden dejarse pasar; simplificar la administración; y establecer un control más eficiente. Todo lo anterior girando alrededor de lo ya mencionado antes: compaginar y coordinar de la mejor manera posible, el interés social de la colectividad con los recursos económicos de que dispone la Institución, a fin de obtener el máximo de rendimiento".

La consideración del problema del no pago de los primeros cuatro días de incapacidad, llevó a la comisión nombrada a pedir informes técnicos sobre la posibilidad de suprimir la limitación. Pero, como se dijo antes, tal supresión quedaba enteramente supeditada a la capacidad financiera de la Institución. Por eso se pidió un estudio detallado al Departamento Actuarial, el cual se pronunció en la forma siguiente:

ASUNTO: *Estimación de los costos que ocasionaría el reconocimiento de los 4 primeros días de incapacidad en casos de enfermedad.*

"Con el objeto de contestar a la consulta que se nos ha hecho por medio de la nota de 9 del corriente mes, sobre el asunto arriba indicado, tomando como base la experiencia con que hasta el momento cuenta esta Caja, hemos realizado los estudios correspondientes y llegado a las conclusiones siguientes:

a) Si en el nuevo Reglamento se dispusiera que los cuatro primeros días de incapacidad se reconocerán al incapacitado, si éste llegara a cumplir un plazo mayor a 15 días de incapacidad, y en la misma proporción como actualmente se reconoce el

monto de los subsidios por enfermedad, el costo adicional sería igual al 12% del monto que actualmente se está pagando por este concepto.

En la reciente estimación que hicimos, para el próximo presupuesto del año 1951, estimamos el monto de los subsidios en dinero por enfermedad, en la suma anual de ₡ 636.000.00. Según lo anterior, y a fin de hacer el reconocimiento de los 4 primeros días de incapacidad, después de haber pasado los 15 días, habría que ampliar la anterior partida en la suma de ₡ 76.320.00. O sea, que los subsidios por enfermedad alcanzarían a ₡ 712.320.00 para el año de 1951.

Para financiar ese costo adicional de ₡ 76.320.00, sólo encontramos dos posibles caminos: el uno consiste en reducir las prestaciones en especie, y el otro en aumentar el porcentaje de las cuotas que se cobra sobre los salarios. El primer procedimiento nos parece inapropiado y no lo aconsejaríamos; el segundo tampoco parece práctico para estos fines en estos momentos.

Además de los dos sistemas mencionados antes como posibles para financiar el costo adicional que en las prestaciones en dinero representaría el reconocimiento de estos 4 primeros días de incapacidad, cabe la posibilidad de obtener esos ₡ 76.320.00 a través de economías que se logren disminuyendo los gastos de administración de la Caja, así como también a través de algunos otros ingresos especiales que ésta pudiese lograr en el futuro.

b) Si los primeros 4 días de incapacidad se reconocieran después de cumplido un plazo mayor de 8 días de incapacidad, el costo adicional sería igual al 21% del costo actual de los subsidios por enfermedad.

De esta manera, el costo anual adicional ascendería, para 1951, a ₡ 133.560.00. En vez de los ₡ 636.000.00 que se han estimado para el nuevo presupuesto, habrá que elevar este monto a la suma de ₡ 769.560.00.

c) Si se tomara como decisión la de abolir totalmente la prohibición de pagar esos primeros 4 días, reconociendo así la incapacidad desde el primer día, el costo de las prestaciones en dinero por concepto de subsidios en enfermedades, se elevaría al 35% del costo actual con el peligro de que, quedando así la puerta abierta para posibles abusos, este porcentaje llegue a elevarse hasta el 40%.

Estimado el costo en su porcentaje mínimo del 35%, el costo adicional para el año 1951 puede estimarse en la suma de ₡ 222.600.00. En vez de la suma ya estimada para el nuevo presupuesto de ₡ 636.000.00, habría que disponer de una nueva de ₡ 858.600.00.

Como antes se dijo, es posible que ese costo aumente en un 40%, lo cual implicaría un costo adicional para el próximo año de unos ₡ 254.400.00.

Tanto en este último caso como en los demás, existe la posibilidad de que los abusos encarezcan un tanto más el sistema. Por otro lado ocasionarían gastos adicionales en la administración y que no han sido tomados en cuenta en las estimaciones costo que ha sido estimado de acuerdo con la experiencia que registra la Sección de transcritas, ya que aquellas se refieren al costo neto de la prestación monetaria, Subsidios de esta Caja.

En anteriores ocasiones hemos manifestado, a través de otros informes, la necesidad de mantener la prohibición al pago de los primeros 4 días de que nos hemos ocupado en este estudio. Hay razones de orden administrativo, de orden económico y también de orden social, que oponer a la pretensión de que se reconozca en su totalidad el pago del período de incapacidad. El papeleo, los registros y el trabajo en general será mayor; la pérdida económica que significan 4 días, no reviste carácter de grave ni mucho menos; la frecuencia de estos casos de poca importancia resulta muy alta y, desde el punto de vista social parece más aceptable el ahorrar en estos casos de poca o ninguna trascendencia en favor de una atención mejor a aquellos casos graves y catastróficos que representan la incapacidad por períodos muy prolongados; asimismo parece más prudente, ahorrar en estos casos poco graves, con el objeto de mejorar las prestaciones en especie. Este aspecto reviste cierto carácter de lo que en seguros privados se ha dado en llamar "coaseguro", principio que en nuestras gestiones nos parece muy saludable a fin de invitar al ciudadano a permanecer incapacitado el menor tiempo posible y a que, cuando permanezca en tal circunstancia, lo haga por una imperiosa necesidad ajena a su particular voluntad. Por esta razón después de haber transcrito antes la estimación de los costos que Ud. nos ha solicitado, relativos a la posibilidad de reconocer el pago de los 4 primeros días de incapacidad, y que con mucho gusto hemos hecho, nos tomamos la libertad de manifestarle que no aconsejamos el que tal reconocimiento se haga, sino que se mantenga la situación tal y como se encuentra actualmente, ya que a nuestro juicio estamos en lo correcto".

Con base en este informe, la Junta Directiva ratificó la redacción anterior en el artículo 35 inciso 1º



Por disposición del artículo 26 del Reglamento Orgánico del Departamento de Prestaciones Médicas, los hijos de las aseguradas tienen derecho a *asistencia médica durante los dos primeros años de su vida*. El Reglamento citado norma la prestación de los servicios médicos desde el punto puramente procedimental; pero por una u otra razón consigné la prestación a favor de los niños en la forma que se deja apuntada. En el Reglamento de Enfermedad y Maternidad de 1942, no se consigné nada al respecto.

Se interpretó siempre que la asistencia médica para los niños nacidos al amparo del seguro de maternidad durante los dos años de su vida, no comprendía el derecho a la hospitalización. Se entendió, pues, que ellos tenían derecho al tratamiento en la consulta externa únicamente. Esta interpretación es también restrictiva en materia de prestaciones a los hijos de las aseguradas y en diversas ocasiones se ha pedido a la Caja que la modifique, complementando el tratamiento médico externo con el derecho a la hospitalización. Las razones que abonan la tesis son todas socialmente válidas y de gran peso. Sólo que al momento de tomar medidas para ampliar los beneficios,

siempre surgen las limitaciones de tipo económico. Los señores Brenes y Guardia se hicieron cargo de este problema al estudiar el proyecto de reformas y pidieron informes técnicos al Departamento Actuarial sobre el costo que el beneficio de la hospitalización para los niños menores de dos años, hijos de las aseguradas, pudieran representar. El Departamento citado rindió un informe que en lo conducente dice:

Servicio de hospitalización a los hijos menores de dos años de madres aseguradas.

Por ser esta una cobertura que aún no hemos llevado a la práctica, no contamos con más información estadística que la que personalmente nos ha suministrado el Dr. Humberto Araya R., del servicio de Pediatría. Según esta información, la frecuencia de casos de esta naturaleza es relativamente poca y el servicio hospitalario en los mismos, sería sumamente beneficioso, desde el punto de vista médico y administrativo, para la Caja. Se estima un promedio de 8 casos por mes que por lo general requieren ser internados para suministro de sueros y otros tratamientos que en el mayor de los casos tardarían de 10 a 12 días internados. Debe recordarse aquí, que a través del Seguro Familiar se está otorgando este servicio hospitalario a todos los niños hijos de asegurados de regiones donde se tiene establecido tal sistema; y que, en todos los casos en la actualidad se reconoce la atención médica, lo que hace que la frecuencia de estos casos de hospitalizaciones de que nos ocupamos en este estudio, sea tan baja. Además de eso, y en vista de que a la par de la atención médica se suministran en la actualidad toda clase de servicios de farmacia, laboratorio, etc., así como por la clase de dieta a que están sometidos estos niños dentro del Hospital, el costo por estancia diaria sería mucho más bajo que el costo por estancia general observado en el Hospital Central. Es decir, que posiblemente no exceda este costo adicional, de unos ₡ 8.00 por estancia.

De acuerdo con lo anteriormente apuntado, estimamos la frecuencia de casos en 10 por mes que pueden ocasionar un gasto total de ₡ 12.000.00 anuales.

Como puede apreciarse, el aumento en el costo no alcanza a una suma muy elevada y bien puede esperarse que éste disminuya hasta llegar a unos ₡ 10.000.00 por lo menos. Pero surge el mismo problema con que siempre nos encontramos: el de si nuestros hospitales tendrían capacidad para recibir estos nuevos casos.

De acuerdo con lo antes mencionado, nos parece aconsejable que, consultando el parecer de los encargados de los servicios hospitalarios y médicos en general de la Caja, se intente introducir esta mejora, condicionándola a una reglamentación especial que impida elevaciones desmedidas en los costos estimados y que evite un posible desfinanciamiento de nuestro presupuesto".

Como se desprende de este informe, lo que pareció a primera vista una cosa sencilla, se complicó por la elevación de los costos y por las limitaciones actuales en materia de establecimientos hospitalarios. Ante la cautela con que el actuario trata ese asunto, la Junta Directiva legisló consagrando en el Reglamento nuevo los beneficios que antes aparecían en el artículo 26 del Reglamento Orgánico del Departamento

de Prestaciones Médicas, pero no consideró oportuno ampliar esos beneficios con el derecho a hospitalización de los niños menores de dos años de edad. Por lo tanto, el artículo 15 del nuevo Reglamento dice en lo conducente:

“El riesgo de enfermedad comprende las siguientes prestaciones:

e) Asistencia médica y farmacéutica *sin derecho a hospitalización*, para los hijos de las aseguradas durante los dos primeros años de su vida... etc.”



El Reglamento de 1942 estipulaba en su artículo 36 que la “mujer” del asegurado, en aquellas zonas donde existe la protección familiar, tenía derecho a: asistencia médica, general, especial y quirúrgica; asistencia hospitalaria y servicio de farmacia”. Nada decía este artículo en cuanto a la protección de la mujer del asegurado con motivo del riesgo de maternidad. Es claro que ante el silencio del Reglamento en ese sentido, el Seguro solamente atendía a las mujeres de los asegurados cuando se trataba de un embarazo o parto patológicos, porque según el artículo 33 de aquel texto, en tales casos corresponde al seguro de enfermedad la atención del riesgo. Los embarazos y los partos normales, que tanta atención médica externa y hospitalaria necesitan hoy día, quedaban por lo tanto, fuera de la protección del seguro familiar.

Ante la constante solicitud de los trabajadores asegurados para que esta situación fuese resuelta, y ante los múltiples problemas que en la práctica presenta la tarea de discriminar sobre cuáles atenciones se deben dar y cuáles no, la comisión abordó el punto y pidió informes al Departamento Actuarial, sobre el posible costo de la atención por maternidad a las mujeres de los asegurados de las zonas donde existe la protección familiar. El informe técnico dice en lo conducente lo que sigue:

Hospitalización para la esposa del asegurado protegido por el riesgo familiar en las zonas donde actualmente se encuentra extendido.

a) El aumento posible sobre los actuales costos, que significaría esta ampliación, lo estimamos en ₡ 110.000.00 anuales, si tal derecho se reconociera a las esposas de los asegurados en la provincia de Heredia, Cantón de Turrialba, Cantón de Jiménez, La Unión, trabajadores del Departamento de la Habitación y de la Hacienda “La Caja”. No contamos a los empleados administrativos de la Caja porque ya éstos disfrutaban de esta protección, y de lo que aquí se trata es de estimar el aumento en los costos.

b) Hemos llegado a la anterior conclusión, después de un estudio que puede resumirse así:

Según estudios del Sr. T. F. Corcoran, en 1947, (Statistics en Costa Rica), se estima que por cada 10.000 personas anualmente nacen 436. De acuerdo con los “records” estadísticos de 1949, usados para efectos del estudio actuarial del Dr. Nesbitt, por cada

100 asegurados hay 110 hijos y 43 esposas o esposos (contando solamente matrimonios legales). De acuerdo con nuestros "récords" estadísticos relativos al número de asegurados, correspondientes a la primera parte del año 1950, tomando como promedio en partos normales 6 días de estancia por caso y un costo promedio por estancia de ₡ 13.00, llegaríamos a lo siguiente:

LUGAR	Trabajadores Asegurados	Número de Hijos	Nº de Esposos o Esposas	Sumas
Heredia	3,900	4,290	1,677	9,867
Turrialba	4,800	5,280	2,064	12,144
Jiménez	2,000	2,200	860	5,060
La Unión	1,000	1,100	430	2,530
Depto. Habitación	70	77	30	177
Finca "La Caja"	100	110	43	253
TOTALES	11,870	13,057	5,104	30,031

Por tanto:

Nacimientos al año	1.309
Estancias al año (partos normales)	7.854
Nº de camas diarias	22
Costo Anual de estancias	₡ 102,102.00

Suponiendo que con unos ₡ 8.000.00 se pudieran financiar otros gastos fijos, necesarios al empezar, ajustáramos a la suma de ₡ 110.000.00 que hemos estimado.

c) Nuestro parecer es el de que, al menos por el momento, no debemos ofrecer ese nuevo beneficio. El costo anual estimado absorbería por ahí de 6.5% de los ingresos totales del Seguro de Enfermedad y Maternidad y necesitaríamos un número de camas diarias disponibles no menor de 22 más, sabiendo que actualmente nuestros hospitales carecen de camas y que no tenemos esperanzas de contar con más espacio, al menos de aquí a unos 3 o 5 años".

Es claro que ante el informe actuarial que se deja inserto, ni la comisión redactora de las reformas ni la Junta Directiva intentaron establecer disposiciones reglamentarias que permitieran atender el riesgo de maternidad en la esposa del asegurado familiar. Se ve claro dentro del panorama general del Seguro Social, la ausencia de medidas protectoras de la mujer del asegurado precisamente cuando más las necesita. Pero ha quedado claro que el obstáculo esencial está constituido por las limitaciones financieras del régimen. Se podría decir que es necesario buscar la forma de remediar esas limitaciones financieras; pero a esto hay que contestar que en un sistema tripartito de financiación, en que contribuyen patronos, trabajadores y Estado, la forma de hacer desaparecer las limitaciones financieras es aumentando la cotización de los contribuyentes. En el futuro,

habrá que considerar seriamente la posibilidad del aumento de las cuotas para completar el plan de beneficios de nuestro Seguro Social.

La comisión encargada de elaborar el proyecto de reformas al Reglamento de Enfermedad y Maternidad lo presentó con fecha 5 de marzo de 1952, con la siguiente exposición de motivos:

“Señores
Miembros Junta Directiva
Ptes.

Señores directivos:

Nos permitimos, con sujeción al honroso encargo que esa Directiva se sirvió poner a nuestro cuidado y al que se refiere el artículo 2 del acta N^o 836 de la sesión de las 16 horas del 11 de octubre de 1950, someter a la elevada consideración de ustedes el proyecto de reforma al Reglamento de la Ley N^o 17 de 22 de octubre de 1943.

El actual reglamento de la Caja, promulgado el 28 de agosto de 1942,—cuando no existía todavía ninguna experiencia que pudiera orientar a sus inspiradores—, resulta desactualizado, ya que las experiencias posteriores nos han venido a demostrar lo inadecuado de muchas de sus normas.

La Institución, en los ocho años y medio transcurridos desde esa fecha, ha ido aumentando gradualmente su gestión, extendiendo el seguro a nuevas zonas y ha multiplicado considerablemente las prestaciones a sus asegurados, sin que correlativamente se dictaren nuevas normas que rigieran esas situaciones, razón por la cual el actual reglamento no contiene una serie de disposiciones que permitan resolver satisfactoriamente los problemas que constantemente se plantean a sus funcionarios.

Esa situación, además de no garantizar a los asegurados sus derechos y de no respaldar a la Caja en sus actuaciones,—basadas éstas más en la costumbre y sentido de lógica de sus empleados que en disposiciones reglamentarias,—trae como consecuencia una gran confusión administrativa en lo que a los problemas de interpretación y procedimientos se refiere, complicando todavía más las ya complejas funciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El deseo de cumplir mejor los fines que la Caja está llamada a realizar, evitando hasta donde ello sea posible esas dificultades, ha sido el propósito que ha inspirado la presente reforma.

Pero tal propósito,—si es que nosotros hemos sabido interpretar el sentido del encargo que se nos ha formulado—, tiene desafortunadamente un límite por ahora imposible de sobrepasar: el actual estado financiero de la Institución.

De acuerdo con esa idea, y a pesar de que estamos convencidos de la necesidad de muchas otras reformas indispensables, hemos procurado no propiciar ninguna que pueda traer como resultado un aumento de las actuales obligaciones.

En consecuencia, el presente proyecto se circunscribe, por ahora, únicamente a dotar a la Institución de una reglamentación que refleje, con la mayor claridad y sencillez posible, las obligaciones realmente adquiridas hasta el momento por la Caja dentro de los riesgos de enfermedad y maternidad.

Para el porvenir,—cuando la Caja haya podido resolver satisfactoriamente su gran problema económico—, podrá pensarse en una fórmula mucho más amplia, que permita ofrecer a los asegurados y al país en general la realización de un programa de seguridad social más idóneo y más vasto.

Consideramos conveniente, dado que en realidad esa reglamentación no abarca todos los aspectos contemplados por la Ley Constitutiva de la Caja,—tales como los relativos a su organización, ingresos, inversiones, disposiciones de orden general y algunos otros—, sustituir la denominación actual por la de

REGLAMENTO DE LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

(Ley N° 17 de 22 de octubre de 1943).

Dentro de otros aspectos hemos estudiado la posibilidad, como reforma de orden fundamental, de suprimir la prohibición actual de pagar los cuatro primeros días de incapacidad, siempre que ésta se prolongue por más de dos semanas.

Desde luego, antes de intentar la reforma y a efecto de determinar previamente el aumento del costo de las prestaciones en dinero que esa reforma traería como secuela inmediata, sometimos el estudio de ese aumento en los costos, al señor Jefe de la Sección de Actuario y Estadística, quien, en informe de 28 de noviembre último que acompañamos, lo estima, en el caso más favorable para la Caja de los que se le plantearon, en la suma de \$ 76.320 para el año de 1951, suma que, como es lógico suponer, aumentará sensiblemente en los próximos años.

El señor Vindas, apoyándose en los datos numéricos y en las argumentaciones de orden doctrinario que contiene su informe, y que nosotros compartimos, se pronuncia en un sentido desfavorable a la reforma, razón por la cual desistimos de recomendarla.

En todo caso esta ha sido la única oportunidad en que se ha hecho un estudio serio del problema de los costos, estudio que permite desechar la idea en tanto no prospere el actual estado financiero.

Como en más de una ocasión los trabajadores han solicitado a la Caja que se les otorgue, dentro del beneficio familiar, las prestaciones de maternidad, y como se hacía necesario enfocar el problema con miras a una posible reforma en ese sentido, se pidió a la Sección de Actuario y Estadística un estudio que permitiera señalar el aumento correlativo del costo en las zonas en donde se otorga el beneficio familiar.

Dicha Sección, según informe que acompañamos, determinó como aumento anual del costo del beneficio familiar, la suma de \$ 110.000.

Tomando en cuenta que los actuales ingresos de la Institución no son sufi-

cientes para cubrir esa alza en el costo del Seguro, hemos tenido que desistir de la idea de reformar también el Reglamento en ese sentido.

Otro problema que se plantea en relación con la asistencia de carácter preventivo para los hijos de las aseguradas directas menores de dos años, y en las zonas en donde no existe cobertura familiar, es el de que actualmente dichos menores no tienen derecho a la hospitalización.

La Sección de Actuario y Estadística, a pedimento nuestro, indicó, como anual del costo en caso de llevarse a cabo la reforma, la suma de ₡ 12.000.

Hay que tomar en cuenta, además, y visto que el estudio se hizo a base del pequeño número de camas que por ahora hay disponibles, que indudablemente en el futuro el costo aumentaría porque, generalizado el servicio, se presentarían mucho mayor número de casos que los hasta ahora presentados.

Por último consideramos, a título de recomendación muy especial tomando en cuenta que el alza desmedida del costo de la vida ha traído como corolario un aumento general de salarios muy apreciable en los últimos años, como de imprescindible necesidad, —con el objeto de nivelar la actual cobertura de los riesgos protegidos por la Caja en relación a la época en que se limitó el campo de aplicación a las personas que devengaban cuatrocientos colones o menos, y a efecto de evitar que la población asegurada sea cada vez menor con evidente perjuicio para la Institución y para los propios asegurados,—la elevación de ese límite en una proporción por lo menos equivalente a la que existía en la fecha en que se implantó la limitación.

En ese sentido, y a fin de establecer la proporción adecuada, hemos sometido ese estudio comparativo a la Sección de Actuario y Estadística para que determine, previo el estudio de los índices del costo de la vida y el del aumento de salarios, la equivalencia actual.

Dicha Sección remitirá en su oportunidad el estudio respectivo.

De Ud. atentos y seguros servidores,

Jorge Brenes Cedeño

Gastón Guardia Uribe

Inmediatamente después, la Junta Directiva se dedicó al estudio minucioso del proyecto y el nuevo Reglamento fué emitido para entrar en vigencia el día 1º de abril de 1952.

La tesis que privó en la Junta fué la de no recargar la situación financiera del régimen. La reforma, pues, se concretó a regularizar algunas situaciones que ya estaban siendo practicadas, como la asistencia odontológica, que no figuraba en ningún reglamento; la asistencia a los hijos de las aseguradas en los dos primeros años de su vida y otras más. Por otra parte, se retocó la redacción de muchos artículos a fin de dejarlos completamente claros a la comprensión de funcionarios e interesados.

Merecen comentario especial algunas innovaciones que aparecen en el nuevo Reglamento y las cuales vamos a glosar para que tal glosa sirva como guía para la interpretación cabal de las mismas.

Los incisos b) y c) del artículo 2º son nuevos y regulan situaciones inciertas que producían no pocos problemas administrativos a la Caja. El primer inciso citado resuelve el caso de muchos servidores de la Administración Pública que, por ley, estaban facultados para optar entre el seguro obligatorio o el respectivo régimen de pensiones. Por esta disposición se entiende que quienes dejan que se les hagan deducciones para el seguro social por más de un mes, han optado por pertenecer al régimen obligatorio y deberán continuar dentro de él. Se legisló en este sentido para evitar las constantes solicitudes de devolución de cuotas que hacían algunos servidores del Estado alegando que ignoraban que se les estuviera deduciendo la parte de su salario correspondiente al seguro social. La disposición pone a los empleados públicos ante una disyuntiva muy clara, y simplifica para la Caja el proceso administrativo. El segundo inciso, el c), se refiere a otra situación también muy especial. Por disposición de la Ley Constitutiva y del inciso 5) del artículo 1º del Reglamento de 1942, los trabajadores que devengaran salarios mayores de cuatrocientos colones quedaban de plano excluidos del Seguro Social. Sin embargo, por múltiples circunstancias, muchos de esos trabajadores fueron introducidos dentro de los seguros sociales y comenzaron a cotizar sobre un salario de cuatrocientos colones. Es claro que muchos de ellos solicitaron luego su exclusión de la obligatoriedad del seguro, pero otros no lo hicieron nunca o lo hicieron después de un tiempo muy largo de cotización. Como el régimen de Enfermedad y Maternidad es de reparto, se supone que todo cuanto ingresa a la Caja se gasta inmediatamente en atención a los asegurados. Ya se puede suponer, entonces, lo que las solicitudes extemporáneas de devolución de cuotas implicaba en el fondo. Por eso este inciso dispuso que aquellos trabajadores que, aún devengando salarios mayores de cuatrocientos colones al mes fuesen incluidos en el régimen del seguro social y no solicitaran la exclusión en el mes siguiente a la inclusión, quedarían convertidos en asegurados obligatorios. Esa es la norma actualmente en vigencia.

Es importante hacer aquí algunas reflexiones sobre este tope máximo de cuatrocientos colones, que determina la no obligatoriedad de pertenecer al régimen de beneficios del Seguro Social. Este tema ha sido motivo de múltiples consideraciones por parte de la Junta Directiva, de la Gerencia, de los organismos obreros y de los asegurados en general.

Al momento de reformar el Reglamento, se contempló la posibilidad de elevar el tope de salario a una suma prudencial, tomando en cuenta el costo de la vida, la desvalorización de la moneda y otros muchos aspectos que hacen aparecer el límite de los cuatrocientos colones como inconveniente en un país que desea extender cada vez más su sistema de beneficios sociales, en bien de la mayor cantidad de costarricenses. La comisión redactora del proyecto contempló esa posibilidad y pidió al Departamento Actuarial un informe detallado sobre el asunto. El informe es definitivo en el sentido de recomendar el alza del tope de salarios, a fin de abarcar al mayor número posible de personas dentro del seguro obligatorio. El informe actuarial dice lo siguiente:

Memorandum de: Departamento Actuarial y Estadístico.

Para: Gerencia y Sub-Gerencia.

Sobre: Estudio preliminar relativo al salario máximo vigente para efectos del seguro social en Costa Rica.

Lugar y fecha: San José, febrero de 1952

Uno de los puntos de mayor importancia, tanto para las instituciones de seguros sociales como para sus asegurados, es la fijación de los límites de salarios sobre los cuales cobrar contribuciones y otorgar beneficios monetarios.

A estos regímenes de orden social los caracteriza fundamentalmente, por un lado, la protección de nivel mínimo, y por otro, la operación del sistema al menor costo.

En los seguros de reparto, como los de enfermedad y maternidad, se requiere que el sistema cumpla con la debida asistencia, procurando el menor costo económico para los contribuyentes. Con este objeto, a más de otras razones y por la modalidad específica del riesgo cubierto, es que, atendiendo especialmente a la capacidad y necesidades de las diferentes capas económico-sociales, se recurre a la fijación de un salario tope hasta el cual deba contribuirse con un porcentaje determinado, cuyo total sobre las planillas, produzca la suma de dinero necesaria para el financiamiento justo de costo de los diferentes artículos y servicios que la institución tenga que poner a disposición de sus asegurados para atender los beneficios y servicios ofrecidos; y, desde luego también que, cuanto más se suba el límite de los salarios, menor será el porcentaje de contribución y viceversa.

En los seguros de capitalización, como los de invalidez, vejez y muerte, los problemas no se presentan tanto en lo que respecta a los costos de operación general, como en lo referente a mantener una prestación monetaria que, aunque de carácter mínimo, guarde siempre una relación compatible con las necesidades vitales del asegurado en el momento en que vaya a disfrutar de la pensión o en aquél en que esté disfrutándola; de tal suerte que el problema aquí difiere del problema en enfermedad y maternidad.

Los factores económico-sociales guardan carácter de eminentemente variables, lo que hace que las finanzas de los seguros de reparto, así como las condiciones económicas de los pensionados en los seguros de capitalización, se vean notoriamente afectados en el transcurso de periodos hasta de pocos años, principalmente por causas de la variación en los niveles generales de costo de vida, devaluación monetaria, cambios en las políticas de salarios, etc., por lo que, tanto en los seguros de reparto como en los de capitalización, es necesario poner especial cuidado en la fijación de los salarios límites, así como en su constante revisión periódica, a efecto de procurar: en los de reparto, porque el producto total del gravamen aplicado a las planillas, financie en forma adecuada los gastos totales de los beneficios y servicios, y, en los seguros de capitalización, porque los posibles montos por concepto de pensiones guarden, en todo momento, la debida compatibilidad con las necesidades del asegurado.

II

En este aspecto de la fijación del salario límite máximo, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene creado un problema al que indudablemente debe hacerle frente con miras de resolverlo. El salario máximo o salario tope, está fijado en ₡ 400.00, fijación que lleva ya cerca de nueve años. Puede ser que nueve años atrás el producto de los respectivos porcentajes aplicados a los primeros ₡ 400.00 de salario, fueran suficientes para financiar entonces los costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad y que, asimismo, en aquel tiempo se considerara que las pensiones graduadas hasta un salario máximo como aquél, alcanzaran para cubrir las mínimas necesidades vitales de un anciano, un inválido, una viuda, un huérfano, etc., etc. Pero en la actualidad,—nueve años después—, nos encontramos frente al problema financiero de que al Seguro de Enfermedad y Maternidad no le alcanza los fondos que actualmente recolecta sobre esos primeros ₡ 400.00, para atender adecuadamente los servicios y beneficios a que se ha comprometido; y, por otro lado, con que las pensiones graduadas en función al mencionado salario tope, resultan exiguas y hasta amenazan en convertir al sistema nacional de pensiones obligatorio en un sistema intrascendente de beneficios insuficientes, lo que resta entusiasmo dentro de los asegurados y preocupación muy justa dentro de los dirigentes de la Institución.

Si por ley de la República a los ciudadanos se les obliga comprar una pensión, la Caja moralmente está en la obligación de procurar porque al ciudadano se le dé la oportunidad de comprar la que éste necesita al menos para sus necesidades vitales mínimas.

Todas las apariencias del momento indican la necesidad de variar a uno mayor, el actual límite de salario de ₡ 400.00, a efecto de que el Seguro de Enfermedad y Maternidad puedan financiarse de manera mejor balanceada y para que los asegurados en Invalidez, Vejez y Muerte puedan aspirar a pensiones que guarden una relación más justa con sus necesidades mínimas vitales. Esas apariencias conviene que sean consideradas con cifras estadísticas, para lo cual seguidamente presentamos cortos comentarios relativos a las variaciones en los niveles de precios, a la depreciación de la moneda y a la política de los salarios, de 1943 a 1951.

III

Indices Generales de Precios: Es de suma importancia observar las variaciones en los índices generales de precios al por menor, en Costa Rica, de 1943 a 1951, ya que éstas dan una idea más exacta respecto a los cambios en el costo de la vida que a su vez tiene directa implicación en los costos e importancia de los seguros administrados por la Caja. Tomando como base las cifras estadísticas publicadas por el Banco Central, el estudio comparativo hecho por nosotros, indica que las variaciones en el costo de la vida pueden resumirse de la siguiente manera:

Año 1943	1.00
" 1944	1.05
" 1945	1.12
" 1946	1.16
" 1947	1.33
" 1948	1.36
" 1949	1.47
" 1950	1.63
" 1951	1.74

Se sabe que todo número índice está llamado a contestar una pregunta y en este caso la pregunta parece ser la siguiente: "Si en tal año,—año base—, para adquirir determinada cantidad y clase de bienes, necesitábamos tantos colones, cuántos necesitaríamos en tal otro año,—año en estudio—, para adquirir aquella misma cantidad de bienes de igual clase?"

De acuerdo con la serie anterior, la respuesta es: "Si en el año 1943 adquiríamos una cantidad determinada de bienes, de una clase específica, por un colón, en 1944 la obtendríamos pero con ₡ 1.05, en 1945 con ₡ 1.12 y así sucesivamente como lo indica el cuadro, hasta encontrar que en 1951 lo haríamos pero con ₡ 1.74; o sea, que el costo relativo entre 1951 y 1943 subió en un 74%, casi el doble".

Debe tomarse muy en cuenta el hecho de que las anteriores preguntas y respuestas hablan en función de determinadas cantidades de bienes de una clase específica; sin haberse tomado en cuenta las variaciones en el grado de satisfacción, lo cual vendría a encarecer más el nivel medio de vida, ya que las necesidades del hombre aumentan de conformidad con el grado de civilización de los pueblos, haciéndose ésta,—la satisfacción—, cada vez más difícil.

Las anteriores variaciones tienen su implicación directa dentro de los regímenes que administra la Caja: dentro del Seguro de Enfermedad y Maternidad, porque el costo de los servicios y beneficios, indiscutiblemente que se encarece, y de ahí que lo que en 1943 costaba a la Caja ₡ 100.00, en 1951 le habrá costado ₡ 174.00, para lo cual, lógico sería esperar que la Caja debiera procurarse un ingreso mayor, bien sea éste a base de un aumento en el porcentaje de cuota o bien variando el salario tope a uno superior que le permita gravar planillas de mayor cuantía. En otras palabras: si en 1943, el costo de entonces, el 5% sobre ₡ 400.00,—₡ 20.00—, era suficiente para la atención prometida a los asegurados, en 1951, al mismo costo, sin mejorar los servicios, sino tan solo para mantenerlos igual, se necesitará el 5% sobre ₡ 696.00 o el 8.7% sobre ₡ 400.00,—(₡ 34.80)—. Dentro del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, también su implicación, porque tales variaciones hacen que para lo que en 1943 el pensionado necesitaba ₡ 100.00, en 1951 necesite ₡ 174.00, de tal suerte que, si la pensión máxima en 1943, de conformidad con el nivel de precios de entonces, hubiese estado bien fijada en ₡ 360.00 (90% de ₡ 400.00), en 1951 debería estarlo en ₡ 626.40 (90% de 696.00), a efecto de mantener el mismo poder adquisitivo de aquel año.

IV

Poder Adquisitivo y Devaluación de la Moneda: Presentado el problema en función del valor del colón desde 1943 a 1951, encontramos que la mengua se resume así:

La moneda que en 1943 valía ₡ 1.00	
en 1944 valía solamente	0.95
en 1945 " "	0.89
en 1946 " "	0.86
en 1947 " "	0.75
en 1948 " "	0.74
en 1949 " "	0.68
en 1950 " "	0.61
en 1951 " "	0.57

Puede verse cómo el poder adquisitivo de nuestra moneda, de 1943 a 1951, disminuyó en casi la mitad, lo cual nos lleva a la conclusión de que, para hacerle frente a los costos de operación de los programas previstos hace nueve años, la CAJA necesita aumentar hoy el numerario a disposición suya y que, a su vez, para que los pensionados puedan gozar de una condición similar a la que quiso garantizárseles en 1943, también el numerario a disposición de ellos, pagado a través de pensiones, debe ser sustancialmente mejorado. De no ser así, esto último equivaldría a que, año con año, el pensionado sufra una disminución real en su futura pensión.

V

Análisis de los salarios: También el análisis de los salarios de 1943 a 1951, permite observar cambios apreciables durante los últimos nueve años y formarse una mejor idea respecto a la necesidad de variar el salario tope que se fijó en 1943. Por mala suerte no contamos con buenos análisis estadísticos relativos a años anteriores a 1948 y esto hace difícil la comparación. No obstante, hemos logrado analizar algunas planillas de 1943 y 1946 que nos dan una idea más o menos clara de los salarios que se pagaban entonces.

Los cuadros correspondientes a estos análisis y a los salarios de 1950, se anexan al presente estudio para efectos de consulta. Estos cuadros tienen el defecto de corresponder en su mayor parte a salarios limitados a los primeros ₡ 400.00 mensuales, ya que no ha sido sino hasta el presente año, 1951, en que se ha pedido a los señores patronos reportar también aquellos salarios que excedan a ₡ 400.00. Pero, con el objeto de darnos una mejor idea respecto a los salarios generales, —no limitados a ₡ 400.00—, adjuntamos también un análisis correspondiente a un estudio realizado sobre planillas recibidas por el Departamento de Riesgos Profesionales del Instituto

Nacional de Seguros referido al mes de noviembre de 1951. Estos cuadros son la base de las cifras a que seguidamente nos referimos:

a) El salario promedio general que se observó en las planillas del Seguro de Enfermedad y Maternidad recibidas por la CAJA, —tomando como días efectivos laborables, 26 al mes—, puede considerarse en ₡ 102.00 mensuales para 1943. El promedio correspondiente a 1946 se estima en ₡ 150.00 y el correspondiente a 1950 en ₡ 162.00. Quiere decir, que el aumento en los salarios promedios de 1943 a 1950 alcanzó más o menos al 60%; y si agregamos a este estudio el salario promedio para 1951, que en cifras redondas puede estimarse en ₡ 169.00, podría decirse que el promedio de los salarios desde 1943 a 1951, se ha visto aumentado en una cifra aproximada al 68%, o sea que el salario promedio en 1951, es más o menos igual al 168% del que fué en 1943.

Estos promedios se refieren a salarios en su mayor parte limitados a ₡ 400.00; pero si tomamos los salarios reportados al Instituto Nacional de Seguros, que no tienen límite alguno, encontramos que el salario promedio asciende a la suma aproximada de ₡ 225.00 mensuales, lo que indica que el aumento de 1943 a 1951 supera al 70%, proporción que más o menos coincide con la variación observada en los índices de precios.

b) Es interesante hacer la observación de que en un análisis especial correspondiente a una parte de los trabajadores particulares asegurados en Invalidez, Vejez y Muerte en 1950, se observó un salario promedio aproximado de ₡ 420.00 mensuales, lo que por sí solo explica lo bajo del actual salario tope de ₡ 400.00. En ese mismo análisis se observó que, tomando como base 26 días laborables al mes, poco más del 28% de los trabajadores ganaba arriba de ₡ 545.00 y, lo que es más, que al fijar el salario tope en ₡ 400.00, más del 40% de los asegurados en Invalidez, Vejez y Muerte habría quedado fuera de la protección de éste, de no haberse tomado la medida que la Sección Legal de la Caja aconsejó oportunamente en el sentido de que aquellos que hubiesen ingresado al seguro ganando menos de ₡ 400.00 continuaban obligados al seguro, razón por la cual éstos, no obstante sobrepasar el mencionado límite, se mantienen actualmente asegurados. Claro está que si esto ha sucedido con los que ya estaban asegurados, un porcentaje muchas veces mayor se encontrará fuera si tomáramos en cuenta aquéllos que por una u otra razón nunca han ingresado a dicho seguro. Por otro lado, un análisis similar relativo a los empleados públicos, sobre el mes de diciembre de 1951, dió como resultado un promedio general aproximado de ₡ 320.00 por mes y que por ahí del 15% de los empleados ganaba salarios superiores a ₡ 400.00 mensuales.

c) Hay otras consideraciones importantes que también indican la necesidad de aumentar el salario tope a efectos de mantener, en forma proporcionada, y sobre una misma población, la misma protección que se trató de guardar en 1943. Se trata de determinar la capa económico-social que se protege con determinados límites de sueldos mensuales.

Así, por ejemplo, tomando como base los salarios limitados a los primeros

₡ 400.00 mensuales, encontramos que en 1943 un salario máximo de ₡ 90.22 lograba abarcar un total del 50% de esa población trabajadora; mientras tanto, para lograr cubrir ese mismo 50% en 1946, el salario debió haber sido de ₡ 127.40 y en 1950 de ₡ 132.08. De acuerdo con las cifras correspondientes al Instituto Nacional de Seguros, para noviembre de 1951, ese 50% de trabajadores se encontraba ganando ₡ 200.20 o menos al mes.

Si la intención hubiese sido cubrir el 75%, la situación sería ésta: para 1943 un salario máximo de ₡ 133,12 mensuales, para 1946 ₡ 200.72, para 1950 ₡ 207.22, y en el caso del Instituto Nacional de Seguros, ₡ 310.18.

Planteando el problema en otra forma, digamos que se hubiese fijado un salario máximo de ₡ 260.00 mensuales, (10.00 diarios y meses de 26 días laborables) la conclusión sería la siguiente: A que en 1943 habríamos logrado cubrir,—de esa población correspondiente a los primeros ₡ 400.00 mensuales de sueldo—, un 96.80%, mientras que en 1946 sólo hubiéramos cubierto el 87.61% y en 1950 el 85.14%. Ese mismo salario máximo de 260.00 mensuales, en el caso del Instituto Nacional de Seguros, solamente habría logrado cubrir al 66.96%. Teóricamente podríamos agregar que, al cabo de algunos años, por aumentos en los salarios, llegaríamos al 0% y no sólo hasta los ₡ 400.00 de sueldo podría llegar a ser tan bajo, que también aproximara a esa población al 0%, terminando por consecuencia con el seguro social en Costa

VI

Conclusiones y Recomendaciones: Resumidas las anteriores consideraciones que se respaldan con cifras estadísticas, se llega a la conclusión de que, si en 1943 el salario máximo o tope que se consideró conveniente para efectos del seguro social en Costa Rica, fué de ₡ 400.00 mensuales, nueve años después, sea ya en 1952, debería ser sustituido por uno de ₡ 700.00, o suma muy aproximada a ésta.

Hace algunos años,—por allá de 1946—, se intentó aumentar el salario tope a ₡ 600.00 mensuales, lo cual no se hizo efectivo ante la reacción adversa que el gremio médico nacional manifestó al respecto. A la actitud de los señores médicos no se opusieron razones estadísticas ni lógicas que permitieran su aceptación, sino que la cuestión se presentó de manera sorpresiva y escueta. No obstante, creemos que hoy, seis años después, aportando ante los señores médicos y ante el público en general afectado, las razones técnicas y lógicas que la Caja tiene para ello, es muy posible que tanto los primeros como los demás accedan a que ese límite se sustituya por uno mayor que como antes se dijo, debería ser de ₡ 700.00 o muy aproximado a éste.

Es necesario aclarar ante el público que, en lo que al Seguro de Enfermedad y Maternidad respecta, el mayor interés en elevar el salario tope, está por parte de la Caja, ya que ésta, con los mismos fondos que se le previeron en 1943 para financiar gastos observados al costo de aquella época, no puede, de ninguna manera, salvo que sea sacrificando la magnitud y la calidad de sus servicios,—lo cual vendría en perjuicio directo de

sus asegurados,—financiar los costos del actual momento que han aumentado tan considerablemente; y que, en cuanto al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte respecta, el más interesado resulta ser el asegurado, por ser a él a quien más afecta el hecho de que las pensiones se encuentren proporcionadas a un límite de salario tan bajo como el actual.

Es necesario, por otra parte, tomar en cuenta que la variación del salario tope puede llevarse a efecto en forma inmediata en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, pero no así en el de Invalidez, Vejez y Muerte. En este último es necesario un estudio previo en el que se tomen las precauciones actuariales del caso ya que al variar el tope de ₡ 400.00 a un límite superior, las próximas pensiones saldrán aumentadas y ese costo adicional que vendrá a significar para la Caja el reconocimiento de pensiones más altas durante los primeros siguientes años, debe ser estimada para que el reajuste se equilibre en forma adecuada. Por tanto, como medida de inmediata realización, puede considerarse la elevación del salario tope en Enfermedad y Maternidad, a unos ₡ 650.00 o ₡ 700.00 de sueldo mensual, y, considerar, tan sólo en principio y para realizarlo después de que se hagan los estudios del caso, similar cambio en lo que a Invalidez, Vejez y Muerte respecta.

En todo caso, conviene, y así lo aconsejamos concretamente a través de este estudio, que se reconsidere el actual tope de salario porque es necesario hacerlo. En planes de seguridad social más amplios y mejor entendidos, para fines de contribución no existe límite, sino que sólo se hace para el otorgamiento de las pensiones monetarias; y ya que nuestro sistema aún se mantiene conservador, lo que al menos cabe es hacerlo de ajustar de conformidad con los cambios habidos en los factores económico-sociales que indiscutiblemente son decisivos.

Alvaro Vindas
Actuario.

SALARIOS DIARIOS DE 2,000 TRABAJADORES
DE PATRONOS PARTICULARES
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Año 1943

Salario Diario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Acumulado
0.01 — 1.00	98	4.90	100.00	4.90
0.01 — 2.00	387	19.35	95.10	24.25
2.01 — 3.00	334	16.70	75.75	40.95
3.01 — 4.00	383	19.15	59.05	60.10
4.01 — 5.00	276	13.80	39.90	73.90
5.01 — 6.00	179	8.95	26.10	82.85
6.01 — 7.00	133	6.65	17.15	89.50
7.01 — 8.00	63	3.15	10.50	92.65
8.01 — 9.00	46	2.30	7.35	94.95
9.01 — 10.00	37	1.85	5.05	96.80
10.01 — 11.00	15	0.75	3.20	97.55
11.01 — 12.00	23	1.15	2.45	98.70
12.01 — 13.00	9	0.45	1.30	99.15
13.01 — 14.00	4	0.20	0.85	99.35
14.01 — 15.00	3	0.15	0.65	99.50
15.01 — 16.00	3	0.15	0.50	99.65
16.01 — 17.00	3	0.15	0.35	99.80
17.01 y más	4	0.20	0.20	100.00
<i>Totales</i>	2,000	100.00		

SALARIOS DIARIOS DE 4,117 TRABAJADORES
DE PATRONOS PARTICULARES
SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
Año 1946

Salario Diario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Acumulado
0.01 — 1.00	56	1.36	100.00	1.36
1.01 — 2.00	271	6.58	98.64	7.94
2.01 — 3.00	437	10.61	92.06	18.55
3.01 — 4.00	773	18.78	81.45	37.33
4.01 — 5.00	577	14.02	62.67	51.35
5.01 — 6.00	450	10.93	48.65	62.28
6.01 — 7.00	331	8.04	37.72	70.32
7.01 — 8.00	269	6.53	29.68	76.85
8.01 — 9.00	205	4.98	23.15	81.83
9.01 — 10.00	238	5.78	18.17	87.61
10.01 — 11.00	124	3.01	12.39	90.62
11.01 — 12.00	123	2.99	9.38	93.61
12.01 — 13.00	71	1.73	6.39	95.34
13.01 — 14.00	78	1.90	4.66	97.24
14.01 — 15.00	31	0.75	2.76	97.99
15.01 — 16.00	17	0.41	2.01	98.40
16.01 — 17.00	33	0.80	1.60	99.20
17.01 y más	33	0.80	0.80	100.00
Totales	4,117	100.00		

SALARIOS DIARIOS DE 22,069 TRABAJADORES
DE PATRONOS PARTICULARES

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Año 1950

Salario Diario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Acumulado
0.01 — 1.00	204	0.92	100.00	0.92
1.01 — 2.00	1,242	5.63	99.08	6.55
2.01 — 3.00	1,737	7.87	93.45	14.42
3.01 — 4.00	2,886	13.08	85.58	27.50
4.01 — 5.00	4,815	21.82	72.50	49.32
5.01 — 6.00	1,940	8.79	50.68	58.11
6.01 — 7.00	2,168	9.82	41.89	67.93
7.01 — 8.00	1,615	7.32	32.07	75.25
8.01 — 9.00	1,111	5.03	24.75	80.28
9.01 — 10.00	1,131	5.13	19.72	85.41
10.01 — 11.00	523	2.37	14.59	87.78
11.01 — 12.00	871	3.95	12.22	91.73
12.01 — 13.00	460	2.08	8.27	93.81
13.01 — 14.00	534	2.42	6.19	96.23
14.01 — 15.00	214	0.97	3.77	97.20
15.01 — 16.00	141	0.64	2.80	97.84
16.01 — 17.00	198	0.90	2.16	98.74
17.01 — 18.00	70	0.32	1.26	99.06
18.01 — 19.00	38	0.17	0.94	99.23
19.01 — 20.00	54	0.24	0.77	99.47
20.01 — 21.00	25	0.11	0.53	99.58
21.01 y más.	92	0.42	0.42	100.00
<i>Totales</i>	22,069	100.00		

SALARIOS DIARIOS DE 742 TRABAJADORES
DE PATRONOS PARTICULARES
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
Año 1950

Salario Diario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Acumulado
0.01 — 1.00	—	0.00	100.00	0.00
1.01 — 2.00	—	0.00	100.00	0.00
2.01 — 3.00	—	0.00	100.00	0.00
3.01 — 4.00	2	0.27	100.00	0.27
4.01 — 5.00	3	0.40	99.73	0.67
5.01 — 6.00	2	0.27	99.33	0.94
6.01 — 7.00	4	0.54	99.06	1.48
7.01 — 8.00	7	0.95	98.52	2.43
8.01 — 9.00	—	0.00	97.57	2.43
9.01 — 10.00	5	0.67	97.57	3.10
10.01 — 11.00	6	0.81	96.90	3.91
11.01 — 12.00	5	0.67	96.09	4.58
12.01 — 13.00	3	0.40	95.42	4.98
13.01 — 14.00	396	53.37	95.02	58.35
14.01 — 15.00	10	1.35	41.65	59.70
15.01 — 16.00	1	0.14	40.30	59.84
16.01 — 17.00	56	7.55	40.16	67.39
17.01 — 18.00	5	0.67	32.61	68.06
18.01 — 19.00	5	0.67	31.94	68.73
19.01 — 20.00	14	1.89	31.27	70.62
20.01 — 21.00	10	1.35	29.38	71.97
21.01 y más.	208	28.03	28.03	100.00
<i>Totales</i>	742	100.00		

SALARIOS DIARIOS DE 5,000 TRABAJADORES
ASEGURADOS EN EL DEPARTAMENTO DE RIESGOS
PROFESIONALES DEL INSTITUTO NACIONAL
DE SEGUROS
Noviembre de 1951

Salario Diario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Acumulado
0.01 — 1.00	54	1.08	100.00	1.08
1.01 — 2.00	94	1.88	98.92	2.96
2.01 — 3.00	140	2.80	97.04	5.76
3.01 — 4.00	243	4.86	94.24	10.62
4.01 — 5.00	368	7.36	89.38	17.98
5.01 — 6.00	753	15.06	82.02	33.04
6.01 — 7.00	462	9.24	66.96	42.28
7.01 — 8.00	546	10.92	57.72	53.20
8.01 — 9.00	291	5.82	46.80	59.02
9.01 — 10.00	397	7.94	40.98	66.96
10.01 — 11.00	149	2.98	33.04	69.94
11.01 — 12.00	272	5.44	30.06	75.38
12.01 — 13.00	165	3.30	24.62	78.68
13.01 — 14.00	178	3.56	21.32	82.24
14.01 — 15.00	132	2.64	17.76	84.88
15.01 — 16.00	68	1.36	15.12	86.24
16.01 — 17.00	154	3.08	13.76	89.32
17.01 — 18.00	64	1.28	10.68	90.60
18.01 — 19.00	46	0.92	9.40	91.52
19.01 — 20.00	66	1.32	8.48	92.84
20.01 — 21.00	27	0.54	7.16	93.38
21.01 — 22.00	25	0.50	6.62	93.88
22.01 — 23.00	14	0.28	6.12	94.18
23.01 — 24.00	41	0.82	5.48	94.98
24.01 — 25.00	21	0.42	5.02	95.40
25.01 — 26.00	8	0.16	4.60	95.56
26.01 — 27.00	29	0.58	4.44	96.14
27.01 — 28.00	13	0.26	3.86	96.70
28.01 — 29.00	19	0.38	3.60	96.78
29.01 — 30.00	24	0.48	3.22	97.26
30.01 — 31.00	4	0.08	2.74	97.34
31.01 — 32.00	14	0.28	2.66	97.62
32.01 — 33.00	4	0.08	2.38	97.70
33.01 — 34.00	30	0.60	2.30	98.30
34.01 — 35.00	3	0.06	1.70	98.36
35.01 — 36.00	4	0.08	1.64	98.44
36.01 — 37.00	7	0.14	1.56	98.58
37.01 — 38.00	15	0.30	1.42	98.88
38.01 — 39.00	2	0.04	1.12	98.92
39.01 — 40.00	10	0.20	1.08	99.12
40.01 y más	44	0.88	0.88	100.00
<i>Totales</i>	5,000	100.00		

SUELDOS MENSUALES DE 1,078 EMPLEADOS PUBLICOS
Durante el mes de diciembre de 1951

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
0 — 50	10	0.93	100.00	0.93
51 — 100	24	2.23	99.07	3.16
101 — 150	64	5.94	96.84	9.10
151 — 200	152	14.10	90.90	23.20
201 — 250	138	12.80	76.80	36.00
251 — 300	325	30.15	64.00	66.15
301 — 350	104	9.65	33.85	75.80
351 — 400	108	10.01	24.20	85.81
401 — 450	15	1.39	14.19	87.20
451 — 500	32	2.97	12.80	90.17
501 — 550	5	0.46	9.83	90.63
551 — 600	15	1.39	9.37	92.02
601 — 650	8	0.74	7.98	92.76
651 — 700	6	0.56	7.24	93.32
701 — 750	1	0.09	6.68	93.41
751 — 800	12	1.11	6.59	94.52
801 — 850	3	0.28	5.48	94.80
851 — 900	10	0.93	5.20	95.73
901 — 950	—	—	4.27	95.73
951 — 1,000	17	1.58	4.27	97.31
1,000 y más	29	2.69	2.69	100.00
Totales	1,078	100.00		

Pese a este informe tan detallado y expresivo, se mantuvo la limitación del campo de aplicación del seguro en cuanto a las personas se refiere, no sin que antes se produjera en el seno de la Junta Directiva un prolongado debate tanto sobre los alcances de las disposiciones de la Ley Constitutiva, como sobre la conveniencia o inconveniencia de aumentar el tope de salario. El artículo 3º de la Ley Constitutiva dispone en su párrafo segundo lo siguiente: "Si el salario o sueldo de un trabajador fuere superior a cuatro mil ochocientos colones, las cuotas y beneficios se calcularán sobre esta última suma como *máximum*". Al tenor de la disposición anterior, los miembros de la Junta Directiva Lic. Otto Fallas Monge y señor Claudio González Quirós, sostuvieron que el seguro social era obligatorio para todos los asalariados de Costa Rica, con la única limitación de que la cotización y los beneficios se calcularían con base en un salario anual de cuatro mil ochocientos colones. El Lic. Fernando Alfaro Yglesias, también miembro de la Directiva, sostuvo que conforme al inciso d) parágrafo c) del artículo 4º de la Ley Constitutiva, la Caja tenía amplias facultades para limitar los beneficios del Seguro Social a las personas que ganaran cuatrocientos colones o menos por mes, excluyendo a todas las demás. El artículo 4º de la Ley dice en lo conducente:

"No se considerarán asegurados obligatorios:

d) . . Los trabajadores que, a juicio de la Junta Directiva, no deban figurar en el seguro obligatorio: . . . c) *por otras circunstancias especiales que dicha Junta determine.*

Algunos otros miembros de la Junta Directiva, sostuvieron en el debate que la facultad de ese Cuerpo para excluir del seguro obligatorio a los trabajadores que ganaran más de cuatrocientos colones al mes, provenía del artículo 57 de la Ley Constitutiva que textualmente dice:

"Mientras no se hayan establecido de modo definitivo los servicios de la Caja, ésta gozará de una amplia libertad de acción en cuanto al orden y época en que deba asumir los riesgos, y queda autorizada para limitar la prestación o prestaciones a las zonas de territorio y categoría de trabajadores que estime convenientes, en atención a los recursos con que cuente . . . etc".

Como la disparidad de criterios se acentuaba cada vez más entre los señores Directores, se nombró una comisión integrada por los Licenciados Rodrigo Madrigal Nieto y Otto Fallas Monge, a fin de que, con vista de un estudio detallado de la Ley Constitutiva, rindieran un informe que orientara definitivamente a la Junta Directiva, sobre asunto tan trascendental.

El Licenciado Fallas rindió el siguiente informe

"Señores Miembros de la Junta Directiva

Rindo el informe solicitado en la forma que sigue:

Es mi parecer, que la interpretación auténtica del artículo 3º de la Ley

Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, debe ser en el sentido de que todos los trabajadores que obtengan un salario, sin tomar en cuenta la cuantía de éste, son asegurados obligatorios. La forma en que el legislador ha expresado su pensamiento en el caso concreto, es clara, y no da lugar a que



Lic. OTTO FALLAS MONGE...

...todos los trabajadores que obtengan un salario, sin tomar en cuenta la cuantía de éste, son asegurados obligatorios...

se distinga donde la propia ley no lo hace. Dicho artículo establece en su párrafo primero que: "Todos los trabajadores manuales e intelectuales que ganen sueldo o salario, serán asegurados obligatorios..." Tal disposición tiene el carácter de imperativa, por lo que, y de acuerdo con el significado que le otorga la ciencia jurídica a ese calificativo, necesariamente debe cumplirse. Y el párrafo segundo del artículo en referencia, viene a confirmar y a la vez aclarar, el contenido del que le precede, al decir que: "Si el salario de un trabajador fuere superior a cuatro mil ochocientos colones anuales, las cuotas y beneficios se calcularán sobre esta última suma como máximo". Indudablemente que si la intención del legislador hubiera sido la de excluir del seguro obligatorio a las personas que obtengan un salario mayor de ₡ 400.00 por mes, no existiría dicho párrafo segundo, y en su lugar se habría incluido el límite en el párrafo primero, o el segundo establecería enfáticamente, que si el salario de un trabajador es superior a ₡ 4.800.00 anuales, no puede entrar al régimen de Seguro Social, como sí lo establece el párrafo 3º del mismo texto legal, al referirse a las personas mayores de 65 años. De manera, que la única interpretación que le doy al artículo en comentario, en el aspecto que nos interesa, es la de que

todos los trabajadores, cualquiera que sea el monto de su salario, son asegurados obligatorios, con la especial modalidad, de que si aquél es superior a ₡ 400.00 por mes, las cuotas y beneficios se calcularán sobre dicha suma.

El problema que realmente nos interesa, es el de determinar si la Junta Directiva puede dejar de considerar como asegurados obligatorios, a las personas que obtienen un salario anual mayor de ₡ 4.800.00. Y el problema efectivamente existe, ya que el inciso 5) del Artículo 1º, del Reglamento a la Ley, de 15 de noviembre de 1943, excluye a los referidos trabajadores del Régimen Obligatorio de Seguro Social.

A mi modo de ver, tal exclusión se opone a la Ley Constitutiva de la Caja, ya que no existe autorización legal para tal proceder. Desde el punto de vista del Derecho, la ley constituye la fuente formal por excelencia, y no puede ser derogada total o parcialmente, por otras fuentes inferiores en jerarquía, como sería el caso de los Reglamentos dictados por la Junta Directiva.

Procedamos a hacer un rápido análisis de otros artículos de la Ley, que podrían tener relación con el problema planteado. El Artículo 4º menciona las personas que no se consideran como asegurados obligatorios, en sus cuatro incisos; descartemos los tres primeros porque se refieren a extranjeros, los miembros de la familia del trabajador y a los trabajadores que perciban una pensión del Estado o de las Municipalidades, y estudiemos el último indicado con la letra d). Este dice: "Los trabajadores que, a juicio de la Junta Directiva, no deban figurar en el seguro obligatorio: por ser el número de sus jornadas anuales inferior a noventa; por su carácter de representantes del patrono; y por otras circunstancias especiales que dicha Junta determine. Este último motivo, podría dar base, supongamos hipotéticamente, para que la Junta Directiva excluya a los trabajadores que devengan un salario mensual mayor de ₡ 400.00; pero entonces pregunto: en qué predicado queda la disposición imperativa del artículo 3º de la Ley, que establece que todos los trabajadores son asegurados obligatorios? Como dice el tratadista Mario de la Cueva, al referirse al carácter imperativo de la legislación social, a cuyo campo pertenecen los Seguros Sociales: "se aplica necesariamente para evitar o normar la formación de las relaciones jurídicas". Y más adelante agrega el citado tratadista: "Sin este carácter imperativo que se manifiesta en esa doble dirección de la norma, no sería el derecho del trabajo un mínimo de garantía, ni llenaría su función, pues si la idea de garantía, sea individual o social, hace referencia a aquellas normas cuya observancia se considera esencial para la realización de la justicia, dejarlas encomendadas a la voluntad de trabajadores y patronos, equivale a destruir su concepto, como principio de cuya observancia está encargado el Estado". Por lo mismo, la Ley Constitutiva de la Caja, no podía dejar facultada a la Junta Directiva para destruir el carácter imperativo de la misma y concretamente del citado artículo tercero. Además, el empleo de la frase "circunstancias especiales", a que se refiere el inciso d) del artículo 4º de la Ley, hace relación con aquéllas que

no han sido contempladas en la misma, o mejor dicho, a motivos que no ha podido tener en cuenta el legislador al promulgar la norma de derecho objetivo. Proceder de manera contraria, sería dejar sin efecto, en el caso concreto y en cualesquiera otros, las normas sustantivas dadas por el Órgano que tiene la exclusiva facultad de legislar; valdría tanto, como una invasión, sin derecho, dentro de la órbita de acción de uno de los Poderes del Estado. Y esto no es admisible, porque a esa actitud se oponen tanto los Principios Generales del Derecho, como el ordenamiento jurídico del país.

Igualmente podría pensarse que el artículo 57 de la Ley Constitutiva, faculta a la Junta Directiva para excluir del Régimen Obligatorio de Seguro Social, a los trabajadores que nos ocupa, con vista de la amplia autorización que da al Organismo Director en lo que se refiere al desenvolvimiento de la Institución. Y la duda surge, porque dicho artículo establece que la Junta Directiva puede limitar las prestaciones: "a las categorías de trabajadores que estime convenientes". Se ha afirmado entre nosotros, que al decir la Ley: "Categorías de trabajadores", por tales se deben entender: "categorías de trabajadores por razón del monto del salario". Desde luego, aquí cabría repetir lo expuesto anteriormente, o sea que el carácter imperativo del artículo 3° de la Ley, no puede ser destruido por vía reglamentaria.

Pero lo mejor es analizar qué se entiende por "categoría de trabajadores", para salir de una vez de dudas. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia, "categoría" es sinónimo de "jerarquía" o de "Clase"; apartémonos del primer significado, porque en realidad no guarda relación con el caso, y concretémonos a examinar el vocablo "clase". Revisando el mismo Diccionario de la Real Academia, "clase" es el "conjunto de personas del mismo grado, calidad u oficio". Al aplicar los conceptos gramaticales expuestos, necesariamente por categorías de trabajadores deben entenderse "grupos de trabajadores de un mismo oficio, arte o especialidad. "El ya citado autor Mario de la Cueva, por su parte, nos refiere que "El concepto de clase pertenece a la ciencia social e implica una pluralidad de hombres dotados de una cualidad especial". Y esa cualidad especial, no puede ser el monto del salario, aspecto de poca importancia si se trata de hacer una clasificación de fondo.

El conocido tratadista español Eugenio Pérez Botija, afirma que de la "categoría se deduce la clase y calidad de trabajo". Y por su parte Gabriel Bonilla Marín, en su obra "Teoría del Seguro Social" en la página 51 dice: "Sistemas ordinarios. Dos clases de sistemas se han seguido para la determinación del campo de aplicación. El que pudiéramos llamar sistema antiguo, lo hacía por categorías profesionales o sectores de la actividad económica (navegación, minería, industria, empresas de servicios públicos)". Es de importancia hacer notar, que la Inspección General de Trabajo exige que en todo Reglamento Interno, se indique la "categoría de trabajadores con sus correspondientes salarios", entendiéndose por tal, la especialidad de trabajo. Por su parte, el artículo

68 del Código de Trabajo, habla de tipos de salarios y categorías de trabajo. Creo haber dejado claro, por lo menos en lo que a mí se refiere, que por categorías de trabajadores no debe entenderse "diferencias por razón del monto del salario", y que por lo tanto el artículo 57 de la Ley Constitutiva, no autoriza a la Junta Directiva para limitar las prestaciones con motivo de la remuneración. Esta solución queda aún más clara al examinarse el artículo 1º del Reglamento a la Ley, que habla de categorías de trabajadores y límite de salario, como aspectos diferentes. En efecto, dicho artículo comienza diciendo "En tanto la Junta Directiva no acuerde su extensión a nuevas zonas, categorías de trabajadores y límite de salarios..." con lo que se pone de relieve que se trata de tres motivos diferentes.

La frase final del tantas veces citado artículo 57 y que dice "y cualesquiera otras circunstancias que puedan influir en el buen resultado del implantamiento de los seguros sociales", no es del caso examinar, ya que dichos motivos serán tomados en cuenta para limitar las prestaciones por razón de las "categorías de trabajadores". Es decir, no se trata de que la Junta Directiva pueda, por circunstancias especiales y a su libre albedrío, limitar las prestaciones, sino que esa facultad está condicionada a la extensión del Seguro a determinadas categorías de trabajadores y a zonas del territorio.

Las razones expuestas hasta aquí, me hacen pensar que la exclusión que lleva a cabo el actual Reglamento de los trabajadores que ganan un salario anual mayor de ₡ 4.800.00, es ilegal. Por más que trato de entender el sentido de la Ley Constitutiva, no encuentro autorización para tal proceder. Estoy casi seguro, de que el espíritu de la Ley vigente, es el de que todos los trabajadores deben considerarse como asegurados obligatorios, sin distinciones por razón del monto del salario, lo que, en todo caso, está de acuerdo con las más actualizadas tendencias doctrinarias sobre la materia.

Mi posición se reafirma si comparamos la Ley de 1º de noviembre de 1941, que fué la primera que se dictó, con la que rige ahora. En efecto, el artículo 3º de la Ley de 1941, establecía que: "El Seguro Social es obligatorio: 1) Para todos los asalariados, menores de sesenta años, que ordinariamente no tengan otra renta o medio de subsistencia que el sueldo que les pague su patrón, sea éste persona natural o jurídica, siempre que no exceda de tres mil seiscientos colones anuales. La solicitud de exención deberá demostrar el origen de la renta suplementaria y su monto". Según este texto legal, quedaban excluidos del Seguro obligatorio, los trabajadores cuyos salarios fueren superiores a la suma indicada. En cambio, el artículo 3º de la Ley de 22 de octubre de 1943, sea la actual, declara que todos los trabajadores son asegurados obligatorios, y no entra a fijar límites de exclusión por razón del salario. Aún más, como ya se ha expuesto, el citado artículo 3º, en su párrafo segundo, simplemente advierte que si el salario de una persona es mayor a ₡ 4.800.00 anuales, las cuotas y beneficios se calcularán sobre esa suma. Indudablemente que hubo

un cambio de criterio del legislador entre una y otra ley. Pero si aún se entra a un mayor estudio de la Ley de 1941, habremos de concluir que la intención del legislador fué también la de asegurar a toda la población trabajadora, puesto que en esa oportunidad, si se fijó un límite, fué considerando que la cantidad estipulada implicaba el mayor salario que podía devengar un trabajador. En la exposición de motivos del Poder Ejecutivo al Congreso, 14 de julio de 1941, se lee: "Hemos fijado el límite de salarios indispensable para que el obrero quede asegurado en la suma de tres mil seiscientos colones anuales, considerando que ese es el máximo que gana en Costa Rica..." Por otra parte, el Dr. Moisés Poblete Troncoso, comentando el Proyecto de Ley Costarricense, en carta que envió a la Institución el 6 de mayo de 1941, dijo: Estimo innecesario entrar en consideraciones de carácter general, pero sí deseo poner de relieve dos cuestiones fundamentales que usted resuelve con singular acierto. Es la primera, que Ud. en su proyecto de seguro social obligatorio establece un solo organismo o institución de seguro para toda la población trabajadora que quedará incluida en los beneficios de la ley..."

Resulta de interés analizar por qué se ha mantenido la exclusión en comentario, en el actual Reglamento. Yo creo explicarme tal situación de la manera siguiente: Hemos visto que la Ley de 1941 estableció que quedaban excluidos del seguro social los trabajadores que devengaban un salario anual de tres mil seiscientos colones. Correspondiendo a la misma, en el primer Reglamento, que fué dictado por el Poder Ejecutivo el 7 de enero de 1942, se estableció en su artículo 2º, que el Seguro Social era obligatorio para todos los trabajadores asalariados..., siempre que su sueldo no exceda de tres mil seiscientos colones anuales, principio que se mantiene en el artículo siguiente, sea el número 3.

Vino luego la ley de 22 de octubre de 1943, la que, como queda dicho, estableció el seguro obligatorio para todos los trabajadores asalariados. Inmediatamente se procedió a dictar otro Reglamento para la nueva ley, el que fué aprobado por la Junta Directiva el 8 de noviembre del mismo año. Pero al elaborarse dicho Reglamento, el Organismo Director de entonces se limitó, en buena parte, a copiar el Reglamento dado por el Poder Ejecutivo para la Ley inicial, manteniendo la exclusión de este último por razón del monto de salario, lo que en realidad no procedía, puesto que la nueva Ley consideraba como asegurados obligatorios a todos los trabajadores asalariados. Sin embargo, creo que los referidos Directores se dieron cuenta del cambio de criterio del legislador, ya que al final del artículo 1º del Reglamento de 8 de noviembre de 1943, se dijo que: "...en casos calificados, se autoriza a la Gerencia para elevar el límite de salarios fijado en el párrafo anterior, de lo que dará cuenta a la Junta Directiva"; en otras palabras, se dejó la puerta abierta para que el Reglamento en un futuro se ajustara a la Ley, lo que no quiso hacerse en esa oportunidad, tal vez por temor a una reacción pública. Posteriormente, el artículo

1º del Reglamento de 1943, fué reformado por la Junta Directiva el 30 de noviembre de 1944, suprimiéndose en el nuevo texto la limitación en cuanto al salario y la autorización que se había dado a la Gerencia al respecto, pero introduciendo un nuevo inciso a dicho artículo para decir que: "Los trabajadores que perciban salarios mayores de ₡ 400.00 por el período mensual de trabajo indicado en el artículo 5 del presente Reglamento, están excluidos del régimen de Seguro Social". La última reforma que se hizo a dicho Reglamento,—31 de enero de 1945—, mantiene igualmente la exclusión que se está comentando.

Como queda expuesto, todos los últimos Reglamentos siguieron al primero dictado por el Poder Ejecutivo, el que de acuerdo con la Ley de 1941, podía excluir a los trabajadores con sueldos mensuales mayores a ₡ 400.00; por lo mismo, al dictarse la nueva Ley de 1943, el Reglamento a ésta, y los posteriores, se oponen a aquélla al mantener la exclusión, ya que no existe autorización alguna al efecto. En estos momentos en que tratamos de dictar un nuevo Reglamento, creo que debemos ajustarnos al contenido de la Ley en el aspecto que comentamos, y desde luego en todos los demás; considero grave procedimiento, que conscientes del sentido de la Ley vigente, aprobemos un ordenamiento jurídico que en parte se opone a ella. No estaría de acuerdo además, en solicitar a la Asamblea Legislativa una reforma para poder excluir del seguro obligatorio a los trabajadores que devengan un sueldo anual mayor de ₡ 4.800.00, porque ello implicaría un retroceso en la marcha de la Institución, y nuestra función como Directores debe ser la de promover la evolución de la Caja, independientemente de cualquier otro interés. Es indudable que el éxito de los organismos de esta naturaleza, radica en lograr la mayor cobertura tanto en cuanto a los riesgos como en cuanto a las personas, idea que se tuvo al ser promulgada la Ley original, pues de la Exposición de Motivos del Ejecutivo, antes citada, así se consideró, ya que en esta dice en parte "Y ha triunfado también por exigirle una necesidad financiera y actuarial, ya que sólo mediante la obligación, es posible reunir capitales importantes que faciliten la organización de la previsión colectiva, tan útil a la población entera. Sólo ella hará posible los cálculos actuariales precisos puesto que realizará, mediante la incorporación obligatoria de toda una categoría de individuos, una comparación entre los riesgos buenos y malos". Las instituciones de esta naturaleza, resultan inoperantes, si no se ajustan a la realidad económico-social del momento. Mantener el límite de ₡ 400.00 por mes, como salario base, daría lugar a una disminución progresiva del número de la población asegurada, pues es un hecho que no requiere comprobación, que el tipo promedio de los salarios, ya pasa de esa cantidad. No debemos entonces nosotros comprometer la situación económica de la Caja, más de lo que está. Y realmente, que la única razón que debe inspirar nuestra gestión, debe ser la de lograr que la Caja cumpla efectivamente su cometido, para que así el Seguro Social de Costa Rica, sea factor importante en la realización del alto ideal de solidaridad humana y de justicia social, fines esenciales del Estado, y que a la vez garantizan la existencia de toda democracia. No debemos dudar ni por

un momento, que todos los trabajadores de Costa Rica, tienen derecho a participar y a gozar en toda su extensión, de las instituciones y organismos que tratan hoy día de encauzar por normas más humanas y reales, los diversos aspectos de las relaciones sociales. Como dije en una oportunidad, aunque con otras palabras, el Estado más rico es el que procura en mayor grado, la mayor felicidad, y para la mayor población.

(f.) *Otto Fallas M.*
Director.

Seguidamente, el Lic. Madrigal rinde su informe verbalmente, y empieza por exponer que a pesar de diferir del criterio sustentado por el Lic. Fallas, no piensa rebatir su informe. Se limitará a exponer las razones por las que él considera que la Junta Directiva sí está facultada para excluir del Seguro Social Obligatorio a los trabajadores que devengan un salario superior a ₡ 400.00 mensuales. Considera el Lic. Madrigal que el espíritu del legislador fué el de autorizar a la Institución en su nacimiento para que pudiera ir desenvolviéndose según las circunstancias; no encuentra ninguna razón para que se faculte a la Directiva para limitar la protección a las zonas de territorio y categorías de trabajadores que estime conveniente y no por razón del monto de los salarios. Ha interpretado que el artículo 3º de la Ley es una disposición de carácter general, en tanto que el inciso d), parágrafo c), del artículo 4º, permite a la Directiva excluir "por circunstancias especiales" a los trabajadores que ella considere conveniente; agrega que el artículo 57 da una serie de facultades a la Directiva entre las cuales figura la exclusión por razón de "categorías" y "zonas"; comparte el estudio del Lic. Fallas sobre el sentido de la palabra "categorías" pero recuerda que el legislador no siempre tiene la acuciosidad del Lic. Fallas para buscar el sentido exacto de las palabras que emplea; teme, por consiguiente, que la palabra "categorías" no haya sido usada en su sentido exacto, por lo que cree que dentro de ese término bien caben las categorías económicas de los trabajadores; no comprende por qué la amplia facultad del artículo 57 haya querido limitarse en cuanto a los salarios; continúa diciendo el Lic. Madrigal que es bueno recordar que el legislador le ha concedido a la Junta Directiva hasta la facultad de promulgar sus propios reglamentos; todo lo anterior lo ha llevado a la conclusión de que la Junta Directiva tiene facultad para ir extendiendo o limitando el Seguro Social Obligatorio por razón de zonas, categorías o salarios, pues de lo contrario, no habría razón para excluir a los trabajadores manuales del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; esa limitación sólo se explica por las amplias facultades que le concede la Ley a la Directiva; para reforzar su tesis el Lic. Madrigal manifiesta que el Actuario Cormick dice en un informe que en este tipo de Instituciones, la Junta Directiva debe tener las más amplias facultades; así se hizo en México en cuya legislación se concede a la Directiva plena facultad para ir extendiendo el Seguro Social según lo vaya considerando conveniente de acuerdo con las circunstancias; termina diciendo el Lic. Madrigal que por todas

esas razones él ha llegado a la conclusión de que la Junta Directiva sí tiene facultad para excluir del Seguro Social Obligatorio a los trabajadores que devengan salarios superiores a ₡ 400.00; concluye manifestando que se ha limitado a analizar el articulado actual de la Ley Constitutiva, especialmente el artículo 57 que pone en manos de la Junta Directiva muy amplias facultades.



Lic. RODRIGO MADRIGAL N.

...la Junta Directiva está facultada para limitar el seguro social obligatorio a los trabajadores que devengan un salario de cuatrocientos colones o menos por mes...

El Sr. González Quirós pregunta al Lic. Madrigal si la Directiva está facultada para elevar el límite de ₡ 400.00 que fija la Ley, a lo que contesta que nó porque la Ley fija expresamente el máximo en esa suma; pero que si ese máximo fuera, por ejemplo de ₡ 800.00 sí podría variarlo en cualquier forma dentro del límite fijado. De nuevo interviene el Lic. Fallas y dice que hizo el estudio porque desde un principio ha venido manteniendo esa tesis; agrega que se situó como abogado y no pudo encontrar ningún argumento que lo convenciera de lo contrario; refiriéndose al inciso d), parágrafo c) del artículo 4º de la Ley, dice que esa es una norma para resolver los casos no previstos, pero que en ninguna forma puede contradecir lo dispuesto en forma expresa por la misma Ley y mucho menos puede hacerlo un reglamento; le ha llamado mucho la atención el cambio de la Ley de 1941 con relación a la de 1943, como lo dice en su informe; en contra de lo dispuesto por el artículo 4º está la disposición imperativa del artículo 3º; termina diciendo que él no se opone a mantener el actual Reglamento como está, pero que si se trata de promulgar uno nuevo o reformar el existente, no está de acuerdo con que se

mantenga la disposición que se discute. Pide la palabra el Lic. Alfaro y manifiesta que el criterio distinto de algunos compañeros es absolutamente objetivo, y se fundamenta en un punto de vista jurídico; es exacto lo dicho por el Lic. Madrigal; la Ley no tenía por qué ser más exigente en cuanto a los diferentes grupos de trabajadores que en cuanto al monto de los salarios; del artículo 57 de la Ley se desprende una amplia facultad para la Directiva en cuanto al orden y época de asumir los riesgos; eso es lógico por tratarse de una institución totalmente nueva; toda la Ley está saturada de ese espíritu de libertad de acción, como se desprende también del inciso d) del artículo 4º de la Ley; también se desprende, repite, del artículo 57 que habla de la "más amplia facultad", y además autoriza a la Caja "para limitar la prestación o prestaciones a las zonas de territorios y categorías de trabajadores que estime conveniente, en atención a los recursos con que cuenta, facilidades para el establecimiento de los servicios, población que gozará de ellos..."; al hablar de "población" no puede sostenerse que se refiere únicamente a las zonas, sino también a grupos de personas; además, si la Directiva está facultada para excluir totalmente uno de los riesgos señalados en la Ley, es lógico que pueda excluir uno de ellos parcialmente, según el conocido principio de hermenéutica de que "quien puede lo más puede lo menos"; además de esos argumentos legales, existen otros de orden práctico, como son la imposibilidad de pago de la cuota del Estado, el escaso desarrollo de la Institución que aún no ha podido otorgar amplios servicios, etc.; cree que no hay razón alguna para que no se pueda hacer limitación en cuanto a los salarios, cuando sí puede hacerse en otros aspectos; termina el Lic. Alfaro haciendo una moción concreta para que, en vista de la trascendencia del asunto, se solicite una interpretación auténtica a la Asamblea Legislativa sobre si la Directiva tiene o no facultad para excluir a los trabajadores que ganan salarios superiores al límite fijado por la Ley. El Sr. González Quirós acoge sin ninguna reserva el informe del Lic. Fallas; agrega que después de la brillante exposición del Lic. Fallas sólo quiere agregar con respecto a una pregunta del Dr. Quirce de que si la Caja está preparada para dar atención a todos los trabajadores del país, que no se trata de eso, ya que se podría desde luego ir haciéndolo extensivo poco a poco; considera que la facultad del artículo 57 se refiere no a que la Junta Directiva diga si se implanta o no un régimen, sino a que puede hacerse en forma paulatina. El Dr. Quirce manifiesta que en su opinión la Junta Directiva si está facultada para excluir a los trabajadores que ganan más de ₡ 400.00, según lo dispuesto en los artículos 4º y 57 de la Ley Constitutiva; considera que la medida es justa y prudente; la Institución no está en capacidad de dar servicios en otra forma; además, si el Estado no cubre su cuota completa ni para extender el Seguro Social a zonas verdaderamente necesitadas como la Bananera, menos lo hará para extenderlo a la población que gana más de ₡ 4.800.00 anuales; es más, si la interpretación auténtica negara a la Junta Directiva esa facultad, él estaría de acuerdo con que

se pidiera una reforma, ya que ello no se ajustaría a la realidad nacional. Prosigue la discusión y finalmente la presidencia pone a votación como cuestión previa la moción del Lic. Alfaro, y se aprueba por unanimidad, por lo cual se acuerda: Pedir a la Asamblea Legislativa interpretación auténtica de los artículos 3º, 4º y 57 de la Ley Constitutiva de la Caja con el objeto de determinar si la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social tiene facultad para excluir de la obligatoriedad del Seguro Social a los trabajadores cuyo sueldo o salario sea superior a ₡ 4.800.00 anuales.

Como se ve, se buscó el camino de la interpretación auténtica de la Ley Constitutiva, a fin de determinar las facultades de la Junta Directiva en cuanto a esta trascendental cuestión, cumpliendo el acuerdo anterior, la gerencia envió la siguiente nota a la Asamblea Legislativa:

Nº 1634 - 51.

Honorable Asamblea Legislativa:

En mi carácter de Gerente de la Caja Costarricense de Seguro Social, y en ejecución del acuerdo a que se refiere el artículo 2º del acta Nº 908 de la sesión celebrada por la Junta Directiva de esta Institución, dictado a las 17 horas del 16 de abril último, me permito someter a vuestro conocimiento,—a tenor de la atribución que os concede el inciso 1º del artículo 121 de la Constitución Política—, la interpretación auténtica del último párrafo del aparte d) del artículo 4, y del 57 de la Ley Nº 17 de 22 de octubre de 1943, en el sentido de saber si tales disposiciones permiten entender que la Caja, no obstante lo dispuesto por el artículo 3º de esa misma Ley, puede, mediante una simple reforma reglamentaria, limitar el ingreso al régimen de enfermedad y maternidad, exonerando de la obligación del seguro a aquellos trabajadores que devenguen salarios superiores a cuatro mil ochocientos colones anuales.

El origen de la interpretación que se solicita reside en la circunstancia de que en el seno de la Junta Directiva existen dos corrientes de opinión distintas en ese sentido.

En el sentir de una de esas opiniones, el artículo 3º de la Ley, al expresar que "Todos los trabajadores manuales o intelectuales que ganen sueldo o salario serán asegurados obligatorios", no establece limitación de ningún género para que los trabajadores,—cualquiera que sea su sueldo o salario—, puedan gozar de la protección y beneficios del Seguro Social Obligatorio, ya que la restricción que luego señala ese mismo artículo se refiere a una limitación cuantitativa de los beneficios y de la contribución, pero no a su campo de aplicación, razón por la cual resulta contraria a la Ley la limitación establecida por el aparte 5) del artículo 1º de su Reglamento.

Con arreglo a la otra opinión, se considera que no obstante ser exacto que el artículo 3º de la Ley no contiene limitación, la Caja, por vía reglamentaria, y de conformidad con las facultades que le otorgan los artículos cuya interpretación se solicita, bien

puede limitar ese campo de aplicación, tal como se hizo en el antes aludido párrafo 5) del artículo 1º del Reglamento de la Ley Constitutiva.

San José, 31 de Mayo de 1951.

Cipriano Güell
Gerente

La interpretación auténtica de la Asamblea Legislativa es como sigue:
Nº 1412.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

ARTICULO UNICO:

Interprétanse los artículos 4º, párrafo último y 57 de la Ley Nª 17 de 22 de octubre de 1943, en el sentido de que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social está ampliamente facultada para limitar por vía reglamentaria, la extensión de servicios del Seguro a aquellas personas que devenguen salarios o jornales no inferiores a cuatro mil ochocientos colones (C 4.800,00) anuales.

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aun cuando la interpretación auténtica que queda transcrita no es muy clara, se puede colegir que en el fondo ella autoriza a la Junta Directiva para limitar la obligatoriedad del Seguro por razón del monto del salario y la faculta, por lo consiguiente, para excluir del mismo a las personas que ganen más de cuatrocientos colones. Esta tesis quedó, en esta forma, consagrada en el Reglamento reformado.

Naturalmente, cada día se va acentuando más la idea de que el límite de cuatrocientos colones es irreal y que no concuerda con las verdaderas necesidades de la colectividad costarricense. Los personeros autorizados de la Caja consideran cada vez más imperativa la necesidad de ampliar ese límite a fin de proteger a otros trabajadores que se encuentran efectivamente desamparados ante los riesgos de Enfermedad y Maternidad. Es posible asegurar que, conforme al costo de la vida y conforme al valor actual de nuestra moneda, los grupos sociales necesitados del Seguro Social son considerablemente más amplios que los protegidos.

El artículo 5º del Reglamento contiene una disposición que no existía en el anterior y que se refiere a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Conforme a lo dispuesto por el artículo 71 de la Ley Constitutiva de la Caja, queda a salvo de la aplicación de la Ley, lo legislado en el Capítulo Segundo, Título 4º del Código de Trabajo. Tales disposiciones legales establecen todo lo relativo a accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, las cuales corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros, según el caso.

En Costa Rica, debido a que la protección contra los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, data de una ley de 1925, la administración del seguro respectivo fué puesto en manos de una entidad aseguradora del Estado como lo era el Banco Nacional de Seguros, hoy Instituto Nacional de Seguros. Cuando nació la Caja Costarricense de Seguro Social, se planteó de inmediato el problema de saber si ella administraría el seguro contra los riesgos ya mencionados, o tal función permanecería donde estaba. Hubo discusión pública muy fuerte en aquel tiempo pero, por razones sobre todo de orden político, tal discusión no llegó a desarrollarse en los planos que era de desearse, por lo que no se llegó a ninguna conclusión aceptable.

En Costa Rica, pues, los seguros contra los riesgos profesionales siguen en manos de una entidad distinta de la que administra los seguros sociales. Esta situación, a despecho de los esfuerzos que tanto el Instituto Nacional de Seguros y la Caja hacen para atender bien a sus asegurados, presenta en la práctica no pocos problemas, nacidos sobre todo de la frecuencia con que se presentan casos de apreciación dudosa. Incluso muchas veces los servicios médicos remiten a un trabajador al Instituto Nacional de Seguros, y éste los devuelve, porque son distintos los criterios con que los funcionarios de ambas Instituciones califican la lesión sufrida por el trabajador. Mientras los empleados se ponen de acuerdo, el trabajador anda sufriendo las consecuencias.

Esta es una situación asaz compleja, que habrá que resolver en el futuro para que los trabajadores lleguen a recibir los servicios sociales sin problemas de ninguna clase. Pero la Junta Directiva prefirió dejar claramente establecido en el Reglamento que tales riesgos no le corresponden a la Caja, a fin de evitar críticas y confusiones dentro del conjunto de asegurados.



El artículo 9º del nuevo Reglamento contiene la novedad de las nuevas cuotas que hoy rigen para patronos, asegurados y el Estado. En las regiones donde no existe la protección familiar, las cotizaciones son las siguientes: *Patrono*: 3% de los salarios de los trabajadores. *Trabajadores*: el 3% del monto de sus salarios y el *Estado* 1% del monto de esos mismos salarios. En las regiones donde existe protección familiar, los porcentajes son: 5%, 4% y 2% respectivamente. En el capítulo relativo al aumento de cuotas, quedarán ampliamente explicadas las razones que motivaron la reforma de este artículo, en cuanto a porcentajes de cotización.



El artículo 14 del actual Reglamento es completamente nuevo. La Comisión propuso y la Junta Directiva aceptó que se hiciera en el reglamento una descripción taxativa de los riesgos y cargos que la Caja asume dentro del Seguro de Enfermedad y Maternidad, y esa descripción quedó en la forma siguiente: La Caja cubre, por el momento y de acuerdo con las restricciones reglamentarias, que adelante se indican, los siguientes riesgos y cargos: *Enfermedad*, *Maternidad*, *Suministro de Cuota para Entierro* y *Beneficio Familiar*.

El artículo 15 contiene la innovación de que en él se integró el inciso e) que regula, en forma normal, la prestación de la asistencia médica para los hijos de las aseguradas en los dos primeros años de su vida. Esta disposición andaba antes perdida en un artículo del Reglamento Orgánico del Departamento de Prestaciones Médicas. Ahora se le incorporó al sitio donde verdaderamente debía estar.

En la práctica se había venido dando atención odontológica a los asegurados sin que reglamentariamente dicha prestación estuviese autorizada. En la realidad, los gastos por dicho concepto se estaban haciendo, y entonces se procedió a reglamentar definitivamente su otorgamiento. Así nació el artículo 19 del nuevo Reglamento, el cual establece lo siguiente:

"El servicio de Odontología comprende los siguientes beneficios: *Higiene bucal, Exodoncia, Obturaciones, Prótesis a placa y Cirugía Oral*".

Estos servicios se otorgan en todas las zonas donde está establecido el Seguro, salvo el servicio de obturaciones que se otorga solamente en los cantones Centrales de San José, Heredia y Alajuela.

El artículo 16 del nuevo Reglamento tiene una redacción muy clara para evitar dificultades con los asegurados que, procediendo por sí y ante sí, hacen uso de médicos particulares y luego pretenden que la Caja cubra los gastos que han realizado en esa forma. Por eso se dice en ese artículo expresamente:

"La Caja no responderá ni reconocerá el valor de los servicios médicos que no hayan sido otorgados por sus funcionarios médicos, bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del presente Reglamento. No obstante y cuando por circunstancias muy especiales, dada la gravedad de la enfermedad y cuando se demuestre la imposibilidad material en que estuvo el asegurado de solicitar los servicios médicos de la Caja sin grave perjuicio para su salud por la demora, se podrá, a juicio de la Gerencia, reconocer, de acuerdo con las tarifas de la Caja, el monto de los honorarios médicos por la primera visita y el valor íntegro de los medicamentos que inicialmente le hayan sido recetados por el médico tratante no funcionario de la Caja".

Se nota claramente que la Junta Directiva no cerró los ojos ante situaciones de emergencia y estableció, dentro del marco que establecen sus propios costos, la posibilidad de retribuir los gastos que los asegurados hagan con motivo de quebrantos graves y violentos de su salud.

La prestación que figura en el reglamento con el nombre de *Cuota de Sepelio* fué motivo de especial atención con motivo de la reforma reglamentaria. El Reglamento de 1942, en su artículo 21, establecía una cuota mortuoria variable según el salario que el asegurado fallecido hubiese devengado en los últimos tres meses anteriores

a la enfermedad o a la muerte. Este sistema fué cambiado por una cuota única para todos los casos que se fijó en la suma de ₡ 137.50 siempre que el trabajador hubiese cotizado por lo menos tres meses antes de la enfermedad o el fallecimiento. Al respecto existe una opinión del Departamento Actuarial y Estadístico que textualmente dice:

“De acuerdo con el encargo que nos hizo la comisión que está conociendo del proyecto del nuevo reglamento que para el Seguro de Enfermedad y Maternidad tiene usted elaborado, nos permitimos manifestarle que la cuota única y general de ₡ 100.00, desde el punto de vista financiero de la Caja y de acuerdo con la experiencia del año 1950, equivaldría a las diferentes cuotas de sepelio que contiene la escala del citado reglamento.

A nuestro juicio, la sustitución de esas diferentes cuotas de sepelio por una sola de monto único, parejo e igual para todos los casos, es más conveniente, tanto desde el punto de vista administrativo como desde el punto de vista social. Y ya que esa cuota única de ₡ 100.00, significa el mismo gasto anual que lo que significan los diferentes montos en actual vigencia, nos parece muy provechoso,—y así aconsejamos que se haga—, el de que se fije como cuota única e igual, para todos los casos de muerte la indicada suma de ₡ 100.00, siempre con sujeción a las restricciones reglamentarias del caso”. En vez de ₡ 100.00 la Junta Directiva fijó la suma de ₡ 137.50.

El nuevo Reglamento incluyó todo un capítulo destinado a regular el problema de los *plazos de espera y cotización*. La intención que se tuvo al legislar detalladamente sobre este aspecto, fué la de corregir algunas irregularidades que se presentaban en la práctica debido, sobre todo, a las diferentes modalidades con que los trabajadores devengan su salario. Efectivamente, como el anterior reglamento solamente establecía que quienes hubiesen completado la cotización correspondiente a cuatro semanas de trabajo, tenían derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad, se presentaba el grave problema de muchos trabajadores que ganaban su salario por destajo o por unidad de obra, que nunca llegaban a completar el plazo de espera, precisamente porque para ellos el tiempo no cuenta en punto al salario. La modalidad del pago excluye, en cuanto a ellos, la consideración de plazos de espera en términos de tiempo. Si el Reglamento anterior se hubiese aplicado en toda su extensión o al pie de la letra, se hubiese presentado la exclusión en masa de los trabajadores que, por trabajar por unidad de obra o a destajo, presentaban muchas irregularidades en la forma de ganar su salario. Eso se prestaba también para que algunos patronos inescrupulosos, hicieron constar en sus declaraciones que sus trabajadores habían laborado más de 24 días cuando en realidad tal no era verdad. Hubo necesidad entonces de redactar disposiciones especiales para los trabajadores que devengan salario por unidad de tiempo y para los que devengan salario a destajo o por unidad de obra. En cuanto a los primeros, que presentan gran regularidad en la prestación de sus servicios precisamente por la modalidad de sus contratos de trabajo, quedó vigente en el artículo 32 el plazo de espera de 24 días. Para los segundos se estableció una cotización mínima,

sustitutiva del plazo de espera. El artículo 34, completamente nuevo, regula esta última situación.

El beneficio familiar aparece regulado en forma mucho más amplia en el nuevo Reglamento, aun cuando no se aumentan las prestaciones a otorgar. Como ya se indicó antes, se deja claro que tal beneficio no incluye prestaciones por maternidad.

Es importante hacer notar que en el texto reglamentario reformado, se estatuye sobre una situación antes incierta: ahora se dicen claramente los casos en que la esposa del asegurado, separada de él de hecho o legalmente, tiene derecho a la protección familiar y los casos en que la simple compañera del trabajador puede disfrutar de esta clase de beneficios. Ambas eran situaciones no previstas y que se habían llenado, en forma poco precisa, por vía de interpretación en algunos casos, y en otros por medio de soluciones casuísticas.

El beneficio familiar solamente funciona en los Cantones de Turrialba, Jiménez y La Unión, y en toda la provincia de Heredia. La experiencia que de esas zonas se va obteniendo, determina cada día más, la necesidad de extender el Seguro Familiar, que constituye una protección muy completa para los trabajadores y sus familias.

Dejamos reseñada la intensa labor de estudio a que se sometieron, tanto la Comisión integrada por los Licenciados Jorge Brenes y Gastón Guardia, autores del proyecto de reformas, como la Junta Directiva en su totalidad. El nuevo Reglamento es prueba de que, en todo momento, se puso en su confección el mayor sentido de responsabilidad y que se trató siempre de armonizar la capacidad financiera de la Institución con el interés y el bienestar de los asegurados. Después de las reformas, el texto reglamentario quedó así:

REGLAMENTO DE LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Con todas las reformas hasta el 31 de diciembre de 1952

Del Campo de Aplicación

Artículo 1º—Sin perjuicio de la extensión a nuevas zonas y categorías de trabajadores y de la ampliación del límite de salarios que la Directiva acuerde en el futuro con sujeción a la facultad que le otorga el artículo 57 de la Ley Constitutiva de la Caja, el Seguro Social es obligatorio para todos los trabajadores asalariados, que a continuación se indican:

Artículo 2º—No se considerarán asegurados obligatorios de los regímenes de Enfermedad y Maternidad, los siguientes trabajadores:

a) Los indicados en el artículo 4º de la Ley de Seguro Social. Conforme al inciso d) de dicho artículo, quedan excluidos, por ahora, los trabajadores que se dedican en forma habitual y continua a labores de aseo, asistencia y otros menesteres similares en residencias particulares o casas de habitación, y que no importen lucro o negocio para el patrono. También quedarán excluidos de este régimen las personas sólo empleadas en forma temporal en la recolección de café;

b) Los trabajadores a que se refiere el artículo 65 de la Ley Constitutiva. No obstante, cuando estos trabajadores hicieren uso de la facultad de acogerse al régimen del Seguro Social, se entenderá que éste adquiere el carácter de irrenunciable para ellos, convirtiéndose en obligatorio, cuando no soliciten su exclusión a la Caja dentro del mes inmediato siguiente a la fecha en que por primera vez se les dedujere de su sueldo la cuota correspondiente al Seguro Social; y

c) Salvo lo dicho en los incisos f) y g) del artículo anterior, los trabajadores que perciban salarios mayores de cuatrocientos colones mensuales. Sin embargo, estos trabajadores podrán acogerse voluntariamente a ese régimen, sea que lo soliciten expresamente o bien permitiendo su inclusión en planillas; casos en los cuales el Seguro se convierte en obligatorio, a menos que soliciten su exclusión dentro del mismo término indicado en el inciso anterior.

Artículo 3º—Los trabajadores que hayan ingresado al Seguro Social de Enfermedad devengando un sueldo inferior al del límite anteriormente fijado, continuarán obligatoriamente en él aunque posteriormente llegaren a devengar un salario mayor, caso en el cual se aplicará la regla indicada en el último párrafo del inciso f) del artículo primero.

En los casos de terminación del contrato de trabajo, y cuando el trabajador inicie labores con otro patrono después de 6 meses de terminado el anterior contrato, no rige la presente regla y el trabajador podrá solicitar su exclusión cuando su nuevo sueldo fuere mayor del límite, siempre que lo haga dentro del mes siguiente a la fecha en que el nuevo patrono lo incluya en planillas. Si no lo hace dentro de ese término, se

Cantón de Santo Domingo, a partir del 1º de enero de 1947. Cantón de Grecia (acuerdo Junta Directiva de 6 de mayo de 1946). Cantón de Coronado (acuerdo Junta Directiva de 22 de abril de 1947). Cantón de San Carlos (Villa Quesada), a partir del 1º de octubre de 1947). Cantón de Orótina (acuerdo Junta Directiva de 22 de septiembre de 1947). Cantón de San Mateo (acuerdo Junta Directiva de 22 de octubre de 1947). Cantón de Palmares (acuerdo Junta Directiva de 28 de octubre de 1947). Trabajadores del Ministerio de Educación (acuerdo Junta Directiva de 25 de mayo de 1949). Trabajadores del Ministerio de Obras Públicas (acuerdo Junta Directiva de 3 de noviembre de 1948). Trabajadores del Ministerio de Salubridad (acuerdo Junta Directiva de 30 de septiembre de 1949). Trabajadores del Ministerio de Agricultura (acuerdo Junta Directiva del 31 de octubre de 1949). Trabajadores de la Inspección General de Hacienda (acuerdo Junta Directiva de 31 de agosto de 1949). Cantón de San Ramón (acuerdo Junta Directiva de 23 de octubre de 1947).

entenderá que quiso acogerse a la facultad del inciso c) del artículo anterior, con carácter de irrenunciable.

Artículo 4º—Ningún trabajador, después de cumplidos los sesenta y cinco años, podrá ingresar a los regímenes de Enfermedad y Maternidad. Si se hubiere admitido el empadronamiento o inclusión en planillas por error, por omisión o por falsedad de datos, la Caja, en cualquier tiempo, practicará de oficio la exclusión y procederá a la devolución de las cuotas respectivas, previa compensación de los servicios que le hubiere prestado.

Igual procedimiento se aplicará con respecto a aquellos trabajadores que, no obstante realizar sus labores en lugares o zonas en donde el Seguro no ha sido extendido obligatoriamente, fueren incluidos por error.

Artículo 5º—Quedan excluidos de los beneficios de los Seguros de Enfermedad y Maternidad, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 71 de la Ley Constitutiva, los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que de acuerdo con el capítulo 2º del título 4º del Código de Trabajo corren por cuenta del patrono o del Instituto Nacional de Seguros, según los casos.

De las Exclusiones y Devolución de Cuotas

Artículo 6º—Salvo los casos en que la Caja puede practicar de oficio la exclusión, los trabajadores que, de acuerdo con las disposiciones anteriores se consideren exceptuados de la obligatoriedad del Seguro, deberán dirigirse a la Caja por escrito, y en papel común, solicitando su exclusión e indicando sus nombres completos, calidades, dirección personal, lugar de trabajo, nombre y número patronal y causal en la cual apoyan su gestión. Además deberán acompañar la libreta respectiva o carnet de identificación.

Artículo 7º—La Caja resolverá el reclamo dentro de un término máximo de sesenta días, contados a partir de aquél en que se reciba la solicitud, sin que entre tanto dejen de pagarse la cuota obrera y la patronal.

Calificada favorablemente la exención, y en caso de que también proceda la devolución de cuotas, éstas se devolverán previa compensación de los beneficios que se le hubieren otorgado al trabajador.

En los casos en que la Caja, no obstante la indebida inclusión, haya asumido el riesgo respectivo, declarará con lugar únicamente la exclusión, sin derecho a devolución de cuotas.

De la Inscripción, Monto y Forma de Pagar las Cuotas

Artículo 8º—Los patronos cuyos trabajadores se encuentren protegidos por las disposiciones anteriores, están obligados:

a) A empadronarlos dentro de los ocho días siguientes a aquel en que la Caja extienda el Seguro con carácter de obligatorio a la zona donde se realiza el trabajo, o bien dentro de los ocho días siguientes a aquel en que establezcan o adquieran el negocio, empresa o explotación. Con ese objeto deben suministrar el nombre y apellidos del trabajador, los de sus padre, de su esposa e hijos menores de 16 años, fechas y lugares de nacimiento, cédula de identidad y todos aquellos otros datos que la Caja le solicite;

b) A empadronar, dentro del mismo término y con los requisitos señalados en el inciso anterior, a los nuevos trabajadores que posteriormente ingresen a su servicio;

c) A suministrar los datos relativos a la naturaleza de sus actividades patronales, su dirección, nombre y apellidos, denominación social e indicación del representante legal en caso de sociedades, número de la cédula de identidad y cualesquiera otros datos que la Caja juzgue necesarios.

d) A retener y conservar en buen estado los carnets de identificación que la Caja extienda a cada asegurado, sin perjuicio de que, cada vez que el asegurado necesite los servicios de la Caja o termine su contrato de trabajo se lo entregue de inmediato, haciendo constar en dicho carnet la fecha de la terminación;

e) A dar permiso a los trabajadores, dentro de los términos en que debe llevarse a cabo el empadronamiento, para que puedan concurrir a las oficinas de la Caja a proveerse de su libreta o carnet de identificación;

f) A extender y firmar bajo su responsabilidad, y de acuerdo con los modelos confeccionados por la Caja, las órdenes de atención médica. Es entendido que cualquier omisión o dato falso consignado en la orden, que induzca a la Caja a otorgar prestaciones a trabajadores que de conformidad con las prescripciones del presente Reglamento no tengan derecho a ellas, los hará incurrir, aparte del pago de esas prestaciones, en las sanciones establecidas en los artículos 44 y 45 de su Ley Constitutiva; y

g) A comunicar a la Caja, de inmediato, los traspasos, adquisiciones o liquidaciones de sus empresas o establecimientos, así como la suspensión y terminación de los contratos de trabajo.

Artículo 9^o—Las cuotas para financiar los regímenes de Enfermedad y Maternidad, serán las siguientes:

a) Para los trabajadores al servicio de empresas particulares, del Estado o de sus Instituciones, el 3 % de sus salarios;

b) Para los Patronos, ya se trate de particulares, del Estado o de sus Instituciones, el 3 % de los salarios de sus trabajadores;

c) Para el Estado como tal, el 1 % del monto de los salarios de todos los trabajadores cubiertos por el régimen; y

d) En los casos de Seguro Familiar, los trabajadores pagarán el 4 % de sus salarios; los patronos, ya se trate de particulares, del Estado o de sus Instituciones, el 5 % de los salarios de sus trabajadores; y el Estado como tal el 2 % del monto de los salarios devengados por los trabajadores protegidos por el beneficio familiar.

La deducción debe practicarse tanto sobre el monto ordinario del salario, como sobre las retribuciones extraordinarias o especiales. Si resultaren fracciones se elevarán a los céntimos de tal modo que el importe de las cuotas termine en cero o cinco.

Los patronos quedan obligados, en el momento de pagar los salarios respectivos, a deducir de los mismos la cuota de los trabajadores. (Así reformado en sesión N^o 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 10.—Los patronos pagarán mensualmente en las oficinas de la Caja o en las que ésta designe, dentro de los ocho primeros días hábiles de cada mes, tanto la cuota patronal como la de sus trabajadores correspondientes al mes inmediato anterior.

Con ese objeto presentarán, dentro del mismo término, una planilla de pago, previamente suministrada por la Caja, en la que deben consignar los siguientes datos:

- a) El nombre y los dos apellidos de cada trabajador asegurado, así como el número del carnet que le corresponde;
- b) El monto del salario mensual de cada asegurado y la correspondiente deducción;
- c) El monto de la cuota patronal;
- d) El nombre completo del patrono; la naturaleza de la actividad; la denominación social y el nombre del representante legal en caso de sociedades; la dirección y el número patronal;
- e) La indicación de la fecha del final del contrato de trabajo de cada uno de sus trabajadores; o de la suspensión del mismo, en su caso;
- f) La indicación, sin perjuicio del requisito del empadronamiento de que habla el artículo 8^o de este Reglamento, de la fecha de ingreso de todo nuevo trabajador;
- g) La indicación del sistema a base del cual se paga el salario (unidad de tiempo o unidad de obra); y
- h) Cualquier otro dato que la Caja le solicite.

Cuando el patrono pague los salarios por semana, la planilla mensual contendrá tantas semanas como lo indiquen las tablas que la Caja le proporcionará con ese fin.

Artículo 11.—No se recibirán planillas ni se aceptarán pagos, sin que ello releve al patrono de las consecuencias de su morosidad, cuando en las primeras no se llenen todos los requisitos de que habla el artículo anterior.

Artículo 12.—Al cancelar la planilla respectiva se le cargará a los patronos atrasados, sin perjuicio de las sanciones establecidas por los artículos 44 y siguientes de la Ley Constitutiva de la Caja, un interés del 6 % anual sobre los montos de las cuotas a partir del noveno día hasta la fecha efectiva de su cancelación.

Artículo 13.—Cuando por aplicación de las tablas se dieren diferencias a favor del patrono, éstas le serán devueltas siempre que las reclame dentro del término de dos meses contados a partir de la fecha del recibo del aviso que en ese sentido le remita la Caja y previa presentación del mismo.

De los Riesgos y Cargos Asumidos por la Caja

Artículo 14.—La Caja cubre, por el momento, y de acuerdo con las restricciones reglamentarias que adelante se indican, los siguientes riesgos y cargos:

- a) Enfermedad;
- b) Maternidad;
- c) Suministro de cuota para entierro; y
- d) Beneficio familiar.

La cobertura de dichos riesgos se financiará con las cuotas determinadas en el artículo 9º.

Artículo 15.—El riesgo de enfermedad comprende las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia médica general, especial y quirúrgica;
- b) Asistencia hospitalaria;
- c) Servicio de farmacia;
- d) Servicio de odontología con las restricciones que adelante se indican;
- e) Asistencia médica y farmacéutica sin derecho a hospitalización, para los hijos de las aseguradas durante los dos primeros años de su vida, siempre y cuando la madre en el momento del parto tenga derecho a los beneficios de maternidad, y conserve su calidad de asegurada activa al demandar la asistencia a que se refiere este inciso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 32 y 34;

- f) Subsidio en dinero; y
- g) Subsidio de sepelio.

Artículo 16.—La asistencia médica general, especial y quirúrgica, según los casos, la recibirán los enfermos asegurados en los consultorios, dispensarios, clínicas y hospitales de la Caja, a domicilio, o en los que, por circunstancias especiales, ella designe.

La forma y condiciones del otorgamiento de dichas prestaciones se determinará en reglamentos especiales.

La Caja no responderá ni reconocerá el valor de los servicios médicos que no hayan sido otorgados por sus funcionarios médicos, bajo su control directo y de acuerdo con las prescripciones del presente Reglamento.

No obstante, y cuando por circunstancias muy especiales, dada la gravedad de la enfermedad y cuando se demuestre la imposibilidad material en que estuvo el asegurado de solicitar los servicios médicos de la Caja sin grave perjuicio para su salud por la demora, se podrá, a juicio de la Gerencia, reconocer, de acuerdo con las tarifas de la Caja, el monto de los honorarios médicos por la primera visita y el valor íntegro de los medicamentos que inicialmente le hayan sido recetados por el médico tratante no funcionario de la Caja.

Artículo 17.—La libre elección médica se otorgará únicamente para los casos de intervenciones quirúrgicas y partos.

El monto a pagar, de acuerdo con las tarifas de la Caja cubre tanto el valor de los honorarios médicos como el de las medicinas y accesorios.

La autorización de la libre elección corresponde al Departamento de Prestaciones Médicas, el cual debe sujetarse a las prescripciones del reglamento respectivo.

Artículo 18.—El servicio de farmacia comprende el suministro de los elementos terapéuticos indicados en cada caso por los médicos de la Caja.

No se reconocerá el valor de las medicinas que el asegurado adquiriera sin la debida autorización de la Caja.

En los casos de excepción contemplados en el último párrafo del artículo 16, se reconocerá, de acuerdo con los costos de la Caja, el valor de las medicinas recetadas inicialmente.

Artículo 19.—El servicio de odontología, comprende los siguientes beneficios:

- a) Higiene bucal;
- b) Exodoncia;
- c) Obturaciones;
- d) Prótesis a placa; y
- e) Cirugía oral.

Artículo 20.—Los beneficios a que se refieren las letras a), b), d) y e) del artículo anterior se suministrarán en todas las zonas donde la Caja haya extendido la cobertura de enfermedad.

El beneficio de obturaciones se otorgará, por ahora, exclusivamente a los asegurados de los cantones centrales de San José, Heredia y Alajuela y de cualquier material que no sea oro.

Artículo 21.—El servicio de prótesis se otorgará en las clínicas dentales de la Caja o en las que ésta designe. El asegurado deberá contribuir con la suma de veinte colones.

Artículo 22.—Como prestación en dinero, dentro del servicio especial de oftalmología, la Caja contribuirá con la suma de quince colones para cada tipo de anteojos y treinta para el bifocal. Sólo en circunstancias muy especiales, a juicio de la Gerencia, podrá repetirse la contribución en caso de deterioro o destrucción de los anteojos.

Artículo 23.—Cuando los asegurados requieran los servicios de la Caja, el patrono queda obligado a concederles el tiempo necesario para recibirlos. Al efecto les entregará su libreta o carnet de identificación y una constancia en que se expresen el tiempo de trabajo y el monto de lo cotizado en las últimas cuatro semanas, si se trata de trabajadores que devengan salarios por el sistema de unidad de tiempo, y únicamente el monto de lo cotizado dentro de ese período, cuando se trate de trabajadores que devengan salarios por unidad de obra. La Caja suministrará fórmulas especiales para que los patronos extiendan la constancia mencionada. (Así reformado en sesión N° 1131, de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 24.—Las recaídas de una misma enfermedad entrarán en el cómputo

de la duración de las prestaciones de la enfermedad inicial, sin contarse el período intermedio de buena salud. Las nuevas enfermedades que sobrevengan dentro de los treinta días siguientes a una anterior que haya dado lugar a incapacidad para el trabajo, se considerarán, a juicio de los médicos de la Caja, como recaídas de esta última. Cuando se hayan pagado ya las veinticinco semanas de subsidios por incapacidad dada por cualquier enfermedad y sobrevenga nueva incapacidad por enfermedad distinta a la anterior, debe someterse esta última incapacidad al pronunciamiento de tres médicos de la Caja. Solamente en el caso de que los médicos distaminen que efectivamente se trata de enfermedad distinta a la anterior o anteriores, se pagará el subsidio respectivo.

Artículo 25.—Para atender a la conservación y recuperación de la salud, la Caja, directamente o por medio de las Instituciones Públicas correspondientes, impondrá el examen de salud obligatorio y periódico para todos los asegurados, a fin de descubrir las enfermedades que los aquejen y tratar a los enfermos con la mayor oportunidad posible. Asimismo, se establecerá el tratamiento obligatorio para los enfermos afectados de enfermedades venéreas y tuberculosis. Estos extremos se regirán de acuerdo con las normas especiales que dicte la Institución.

Artículo 26.—Los que dejaren de ser asegurados activos y obligados y enfermen dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha de la terminación del contrato de trabajo, conservarán únicamente el derecho a las prestaciones indicadas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 15, cuando hayan cotizado ininterrumpidamente en los tres meses anteriores a la fecha de su cesantía, si se tratare de trabajadores que devengaron salarios por unidad de tiempo. De la misma prerrogativa gozarán los trabajadores que, ganando salarios por unidad de obra, hayan pagado en el mismo término una cotización no menor de siete colones con veinte céntimos. En estos casos, y si se tratare de una misma enfermedad, de acuerdo con los términos del artículo 24, se les otorgarán esas prestaciones hasta su total restablecimiento o hasta que cumplan el plazo máximo de cincuenta y dos semanas de que habla el inciso 3) del artículo 32.

Si transcurridos los treinta días de conservación de derechos volvieren a ser asegurados activos y obligados, e incurrieren en una nueva enfermedad, deberán, para tener derecho a las prestaciones indicadas en el artículo 15, haber cumplido, según el caso, los plazos de espera y montos de cotización señalados en los artículos 32 y 34. El cumplimiento del nuevo plazo de espera o el nuevo pago de la cotización mínima, en su caso, no se exigirá a aquellos trabajadores que reingresaren al Seguro antes de la expiración de los treinta días de conservación de derechos. (Así reformado en sesión N° 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 27.—Es entendido que los patronos responderán íntegramente, de todas las prestaciones que este Reglamento otorga a los asegurados de la Institución cuando no hayan asegurado a sus trabajadores o cuando éstos no hayan completado los plazos de espera o monto de cotización reglamentarios.

En el primer caso compete a los trabajadores el ejercicio de sus derechos ante

los organismos administrativos correspondientes o ante los tribunales de trabajo en su caso. Cuando la Caja, inducida a error por el patrono, otorgue prestaciones a trabajadores que no hayan cumplido los plazos de espera o que no sean asegurados activos, ejercerá la correspondiente acción de cobro contra el patrono, sea judicial o extrajudicial, en los casos previstos por el inciso f) del artículo 8º

Artículo 28.—Cuando la Caja, de conformidad con la obligación que le impone el artículo 247 del Código de Trabajo, admitiere casos de accidente de trabajo o de enfermedad profesionales, cobrará al patrono o al Instituto Nacional de Seguros, en su caso y en la misma forma dicha en el artículo anterior, el monto de las prestaciones que por esos riesgos haya otorgado.

De la Cuota de Sepelio

Artículo 29.—Cuando falleciere un asegurado que hubiere cubierto por lo menos las cuotas correspondientes a tres meses de trabajo en los últimos seis meses anteriores a la enfermedad o a la muerte, siempre que se tratase de un asegurado que devengó salario por unidad de tiempo, o de un trabajador que hubiere cotizado con un mínimo de siete colones con veinte céntimos, dentro del mismo término, si devengó salario por unidad de obra, los parientes que comprueben su calidad de tales, a juicio de la Gerencia, tendrán derecho a la suma de ciento treinta y siete colones con cincuenta céntimos, en concepto de cuota de sepelio. No se pagará ésta cuando la muerte hubiere ocurrido como consecuencia de un riesgo profesional de los contemplados en el Capítulo II, del Título IV del Código de Trabajo. (Así reformado en sesión N° 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 30.—Si el fallecido no dejare deudas con derecho a la cuota de sepelio, la Caja costeará el funeral invirtiendo en él una suma que no exceda de la cuantía fijada en el artículo anterior o la pagará a cualquiera que compruebe haber realizado el gasto.

Artículo 31.—Los parientes, o en su caso los terceros interesados en la cuota de sepelio, deberán gestionar su pago a la Sección de Subsidios de la Caja y acompañar los siguientes documentos:

- a) Constancia de defunción;
- b) Constancia de nacimiento del asegurado;
- c) Constancia que compruebe el parentesco; y
- d) Las cuentas de los gastos de funeral y entierro.

De los Plazos de Espera y Cotización

Artículo 32.—Tratándose de asegurados que trabajan en forma continua, y a quienes se pague salario a base del sistema de unidad de tiempo, se observarán en cuanto a plazos de espera y otorgamiento de prestaciones las siguientes reglas:

- 1) Las prestaciones establecidas en el artículo 15 de este Reglamento se otorgarán únicamente a los asegurados activos que hubieren cubierto, por lo menos, la cotización correspondiente a las últimas cuatro semanas ininterrumpidas de trabajo anteriores a la fecha en que el asegurado solicite las prestaciones en referencia;
 - 2) Se entenderá por asegurado activo aquel que estuviere trabajando y cubriendo la cotización respectiva; y
 - 3) Las prestaciones señaladas en los incisos a), b), c) y d), del artículo 15 de este Reglamento, se concederán, tratándose de la misma enfermedad, hasta por un plazo máximo de cincuenta y dos semanas, aunque el trabajador pierda su condición de asegurado activo después de iniciado el tratamiento. No obstante, en este último caso, perderá el derecho a la continuación del tratamiento si lo abandona por más de un mes sin expresa autorización del médico tratante.
- En los casos de enfermedades prolongadas tales como sífilis, tuberculosis, diabetes, úlceras duodenales, etc., se computará como comprendido dentro del plazo de las cincuenta y dos semanas, el tiempo que el paciente permanezca bajo la acción de un determinado tratamiento, aun cuando no se encuentre hospitalizado ni asista a la consulta médica ni sea visitado por el médico. Los intervalos de descanso dentro del tratamiento no se tomarán en cuenta para el cómputo dicho, a menos que el trabajador haya sido incapacitado. (Así reformado en sesión N° 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 33.—No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, los trabajadores que hayan completado el plazo de espera o mínimo de cotización, conservarán los derechos adquiridos, pero únicamente en lo que se refiere a las prestaciones en especie, en los siguientes casos:

- 1º—Mientras disfruten de las vacaciones autorizadas por la ley;
- 2º—Durante la suspensión legal de sus contratos, debidamente autorizada por la Inspección General de Trabajo, y siempre que aquélla se haya motivado en falta de materia prima, fuerza mayor o caso fortuito, o muerte o incapacidad del patrono; y
- 3º—Cuando la suspensión del contrato se deba a incapacidad otorgada por los médicos del Instituto Nacional de Seguros, a consecuencia de un riesgo profesional, en cuyo caso los derechos se conservarán hasta por un plazo máximo de seis meses.

En los casos contemplados en los incisos 1º y 2º, es requisito indispensable para conservar los derechos, que no hayan dejado de pagarse puntualmente las cuotas obrera y patronal correspondientes al período de la suspensión y con base en la planilla anterior a la misma. Este requisito no se exigirá en el caso contemplado en el inciso 3º.

Artículo 34.—Tratándose de trabajadores que por la naturaleza de los servicios que prestan o por la índole de la actividad patronal no trabajan en forma continua, ya sea que devenguen salarios por unidad de tiempo o por unidad de obra, se entenderá que los plazos de espera quedan reducidos a un mínimo de cotización y en cuanto a ellos regirán las siguientes reglas:

- a) Las prestaciones indicadas en el artículo 15 se otorgarán únicamente a aquellos trabajadores que hubieren pagado, como mínimo y dentro de las cuatro semanas anteriores a la fecha en que el asegurado solicite las prestaciones en referencia, una cotización no menor de dos colones con cuarenta céntimos, cualquiera que sea el número de días trabajados dentro de ese plazo. Es entendido, en este caso, que la deducción debe practicarse sobre el monto del salario que realmente haya devengado el trabajador dentro del lapso antes indicado;
- b) Los trabajadores a que se refiere este artículo no necesitan estar trabajando al momento de solicitar la prestación; bastará únicamente que hayan pagado la cotización mínima estipulada en el inciso a) anterior, para que se les otorguen sus derechos. (Así reformado en sesión N^o 1131 de 26 de setiembre de 1952).

De las Prestaciones en Dinero

Artículo 35.—El riesgo de Enfermedad comprende el pago de un subsidio en dinero, que se otorgará de acuerdo con las siguientes reglas:

- 1) El subsidio en dinero se pagará únicamente cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, debidamente declarada por los médicos de la Caja. El dicho del patrono, del trabajador o la declaración del médico no funcionario de la Caja, carecen de valor para la determinación del número de días de la incapacidad; el subsidio se cubrirá hasta por un plazo máximo de veinticinco semanas. En ningún caso se pagará subsidio por los cuatro primeros días de incapacidad;
- 2) La cuantía del subsidio será igual al cincuenta por ciento del salario promedio devengado por el asegurado durante el último mes de cotización anterior al de la enfermedad. Cuando se trate de los trabajadores a que se refiere el artículo 34, el subsidio se calculará promediando los salarios devengados durante los últimos tres meses anteriores a la incapacidad. Si el período de cotización fuere menor a tres meses, el promedio se hará sobre el número de meses cotizados con anterioridad a la incapacidad; y
- 3) En todos los casos el subsidio se cancelará semanalmente por periodos vencidos y siempre que se acompañe, en los casos en que no existe hospitalización, la constancia patronal de que en su empresa el trabajador no se ha ocupado en labores remuneradas, y del porcentaje del salario que estuviere recibiendo, para los efectos del artículo 37. (Así reformado en sesión N^o 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 36.—No tendrá derecho al subsidio el asegurado cuya enfermedad o lesión sea consecuencia de intoxicaciones alcohólicas, de drogas estupefacientes tomadas intencionalmente, de tentativas de suicidio salvo el caso de enajenación men-

tal, de riñas provocadas por él o cuando incurra en fraude, aduldere documentos del Seguro o haya inducido a engaño al médico tratante y cuando se haya ocupado, durante el período de incapacidad, en labores asalariadas.

Artículo 37.—Se suspenderá el pago del subsidio al asegurado que haya incurrido en alguna o algunas de las prohibiciones del artículo anterior. Igualmente se suspenderá cuando el asegurado se niegue a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan, pero se reanudará, sin derecho al reintegro de los subsidios suspendidos, en cuanto modifique su conducta. No podrá recibir subsidio el asegurado que por ley u otra causa esté recibiendo del patrono el 80% o más del salario promedio devengado en el último mes anterior a la incapacidad, si ésta es inferior a 30 días, o el 100% si es superior a 30 días. Si el trabajador recibiere menos de los porcentajes indicados, la Caja los completará, pero sin que en ningún caso pueda reconocer más del 50% del salario promedio, limitado a la suma de ₡ 400.00 mensuales.

Artículo 38.—Además de las prestaciones en dinero ya reglamentadas, la Caja pagará:

- a) Traslados y hospedajes en casos muy calificados, que por razón del servicio médico así lo ameriten, de acuerdo con la reglamentación especial que se elaborará; y
- b) El 75% del valor de cada accesorio médico recetado por los médicos de la Caja, con un límite máximo de ₡ 50.00.

Del Riesgo de Maternidad

Artículo 39.—El riesgo de Maternidad abarca, en el curso de la gestación, en el parto y en el puerperio, las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia obstétrica en la casa de la asegurada o en los hospitales o maternidades designados por los médicos de la Caja;
- b) Subsidios en dinero; y
- c) Asistencia láctea para los hijos de las aseguradas supeditas a las condiciones, cantidades y plazos señalados en el artículo 43.

Artículo 40.—Las prestaciones indicadas en el artículo anterior se otorgarán a las trabajadoras, aseguradas activas, que hayan cotizado por lo menos durante seis meses, en los doce meses anteriores al parto, si devengan salario por unidad de tiempo, o con la suma de catorce colones con cuarenta céntimos, distribuída en un período no menor de seis meses también dentro de los doce anteriores al parto, cuando estén en el caso del párrafo primero del artículo 34.

Cuando la trabajadora pierda su calidad de asegurada activa, después de iniciado el tratamiento, se continuará éste hasta el parto, pero únicamente con derecho a la prestación señalada en el aparte a) del artículo anterior, y en el entendido de que

haya completado el plazo de espera o mínimo de cotización ya indicados. (Así reformado en sesión N° 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 41.—La asistencia médica y farmacéutica prenatales se otorgarán dentro del riesgo de enfermedad, siempre que las aseguradas hayan cumplido con los requisitos determinados por los incisos uno y dos del artículo 32 y el 34 de este Reglamento, en su caso.

Artículo 42.—Durante los treinta días anteriores al parto y hasta los treinta días posteriores, se concederá a las aseguradas un subsidio en dinero cuyo monto será igual al cincuenta por ciento del salario promedio devengado durante los últimos tres meses de trabajo. No obstante, cuando por circunstancias imprevisibles para el médico la fecha probable del parto consignada en el dictamen respectivo no coincida con la del alumbramiento, y seriere necesario ampliar la incapacidad, ésta no se pagará sin la aprobación de la Junta Directiva, para cuyo efecto la Dirección del Departamento de Prestaciones Médicas enviará un informe que permita establecer las causas que motivaron el error en el diagnóstico. El subsidio se subordina al reposo de la asegurada en los periodos inmediatamente anteriores y posteriores al parto que determinen los médicos de la Caja.

No habrá, por lo tanto, derecho a él si la asegurada se dedicare a labores asalariadas. Tampoco podrá ser otorgado tal subsidio durante el tiempo en que por ley u otra causa, la asalariada esté recibiendo el sueldo o salario completo. En ningún caso podrá la asegurada recibir, con el subsidio de la Caja, suma mayor a la totalidad de su sueldo o salario.

Artículo 43.—La asegurada que, a consecuencia de incapacidad física comprobada por los médicos de la Caja, se encuentra en la imposibilidad de amamantar satisfactoriamente a su hijo, podrá recibir durante el plazo y en las cantidades que luego se indican, la leche necesaria para la crianza del niño. El suministro de la leche se vincula a la supervivencia del niño. En caso de muerte de la madre, se entregará a la persona que se haga cargo del menor.

El suministro de leche no podrá exceder de veinticinco tarros como máximo, de cuatrocientos sesenta gramos cada uno, a partir del nacimiento y sin que puedan acumularse los de un mes con otro, distribuidos en la siguiente forma: cuatro el primer mes, cinco el segundo, siete el tercero y nueve el cuarto.

Artículo 44.—Las aseguradas con derecho a maternidad, a quienes se les compruebe con ocasión o como consecuencia del parto que padecen alguna enfermedad, relacionada o no con el parto mismo, tendrán derecho a recibir atención médica por esa enfermedad en la forma establecida por el presente Reglamento, aun cuando al momento del parto hubieren dejado de ser aseguradas activas con derecho a atención por enfermedad.

Artículo 45.—Las aseguradas quedan obligadas, en provecho del buen éxito del parto y de la salud de los recién nacidos, a someterse a las prescripciones que les impartan los médicos de la Caja.

Artículo 46.—Se suspenderán los subsidios en dinero cuando la asegurada se

niegue a cumplir las prescripciones médicas que se le impartan o a concurrir a los consultorios de maternidad o de lactancia señalados por la Institución, con la periodicidad indicada por el médico tratante o cuando sea requerida para ello.

Igualmente se les suspenderá el subsidio cuando se den los casos y condiciones señalados por los artículos 36 y 37 de este Reglamento, en cuanto les sean aplicables atendiendo a la distinta modalidad del riesgo.

Artículo 47.—Las prestaciones del riesgo de maternidad se otorgarán a la asegurada cualquiera que sea su estado civil.

Artículo 48.—Los médicos de la Caja, de acuerdo con el resultado de los exámenes prenatales, resolverán acerca de la clase de asistencia que corresponda, sea ésta domiciliaria, hospitalaria o de cualquier otro género.

Artículo 49.—Las prestaciones de maternidad podrán otorgarse a partir de la fecha de comprobación del estado de embarazo verificado por los médicos de la Caja, salvo los subsidios en dinero y el suministro de leche que se darán conforme a las reglas de los artículos 42 y 43.

Las aseguradas deben, por lo menos cuatro meses antes de la fecha presumible del parto, solicitar la comprobación de su estado y a partir de ese momento quedan obligadas a someterse a las prescripciones médicas que se les indiquen, incluso a las relativas al reposo precedente y posterior al parto.

Artículo 50.—La fecha que la asegurada señale para el parto tendrá únicamente el carácter de una presunción que no obliga a la Caja. Solamente la fecha indicada por los médicos de la Caja que hayan comprobado el embarazo, podrá servir de base para el ajuste de los beneficios.

Artículo 51.—En los casos de embarazos y de partos patológicos, la atención del riesgo corresponderá, a partir de la comprobación del estado mórbido, al seguro de enfermedad.

Artículo 52.—El aborto y sus consecuencias estarán también a cargo del seguro de enfermedad. El aborto intencional no dará derecho, en ningún caso, a los subsidios en dinero.

Artículo 53.—No es compatible la percepción simultánea de los subsidios de maternidad y de enfermedad.

Del Beneficio Familiar

Artículo 54.—Este beneficio comprende, para los familiares del asegurado y con las restricciones que luego se indican, las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia médica general, especial y quirúrgica;
- b) Asistencia Hospitalaria; y
- c) Servicio de farmacia.

Artículo 55.—Los beneficios del artículo anterior sólo se otorgarán a los familiares del asegurado que vivan en su misma casa, que no ejecuten trabajos asalariados y que dependan económicamente de él.

En los casos de separación de hecho o de derecho imputable al trabajador, y cuando su esposa no tenga otra fuente de ingresos que la pensión que le satisfaga su marido, podrá recibir esos beneficios aunque no viva en su misma casa. La misma regla se observará en cuanto a los hijos, independientemente de que la separación o el divorcio en su caso, sean o no imputables al trabajador o a su esposa.

Artículo 56.—Como familiares del asegurado para los efectos del otorgamiento de las prestaciones mencionadas, se consideran:

- a) Su esposa;
- b) Los hijos de ambos cónyuges, menores de dieciséis años, aunque no sean comunes; y
- c) La madre del asegurado.

Artículo 57.—La compañera del asegurado sólo tendrá derecho a las prestaciones del beneficio familiar, cuando coexistan las siguientes condiciones:

- 1) A falta de esposa legítima o cuando ésta no tenga derecho a esas prestaciones de acuerdo con los artículos anteriores;
- 2) Cuando se den a su favor todos y cada uno de los requisitos indicados en el párrafo primero del artículo 55; y
- 3) Cuando tenga un año o más de convivir maridablemente con el asegurado.

Artículo 58.—Las prestaciones del beneficio familiar se otorgarán, tratándose de la misma enfermedad, hasta por un plazo máximo de 26 semanas y siempre que, con anterioridad a la solicitud de servicio, el asegurado tenga cotizaciones correspondientes a ocho semanas o más de trabajo ininterrumpido en los casos en que el salario se pague a base del sistema de unidad de tiempo. Cuando se trate de los trabajadores indicados en el párrafo primero del artículo 34, se requiere que dentro de esas ocho semanas, el trabajador haya cotizado con un mínimo de seis colones con cuarenta céntimos. (Así reformado en sesión N° 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 59.—En cuanto a la forma de la asistencia, requisitos y trámite respectivos, se estará, en lo que le fueran aplicables por analogía, y tomando en cuenta la diversidad del riesgo, a las disposiciones del Seguro de Enfermedad.

Artículo 60.—El beneficio familiar abarca únicamente las zonas comprendidas por los cantones de Turrialba, Jiménez y La Unión y la provincia de Heredia.

Solamente se otorgará el beneficio cuando el asegurado lleve a cabo su labor en la zona cubierta y sus familiares residan en la misma. En caso contrario no estarán obligados a pagar la cotización adicional que se señala en el artículo siguiente.

Artículo 61.—(Derogado en sesión N° 1131 de 26 de setiembre de 1952).

Artículo 62.—La protección familiar no da derecho a las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia láctea;
- b) Libre elección médica;
- c) Odontología, excepción hecha de las extracciones que si se les otorgarán;

- d) Cuota de sepelio;
- e) Maternidad; y
- f) A las prestaciones en dinero señaladas en los artículos 21, 22, 35 y 38 de este Reglamento.

Disposiciones Especiales

Artículo 63.—Salvo los términos de prescripción específicamente señalados en los artículos anteriores o en la ley, los derechos que el presente Reglamento les confiere a los asegurados prescribirán en el término de un año.

Artículo 64.—Este Reglamento entrará en vigencia el día 1º de abril de 1952.

El anterior Reglamento fué aprobado definitivamente por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la sesión celebrada el día 4 de febrero de 1952 y entró en vigencia el 1º de abril del mismo año. Las reformas aprobadas en la sesión N° 1131 del 26 de setiembre de 1952, entraron en vigencia el 1º de octubre del año citado.

Posición de la Junta Directiva y de la Gerencia en relación con los regímenes complementarios de beneficios sociales proyectados por algunas entidades patronales

La Constitución Política de 1872, reformada en 1943, decía textualmente en el párrafo segundo de su artículo 63:

“La Administración y gobierno de los seguros sociales estará a cargo de una Institución permanente, con esfera de acción propia, llamada Caja Costarricense de Seguro Social, que desempeñará sus funciones con absoluta independencia del Poder Ejecutivo”.

Y la Constitución de 1949 expresa en los dos primeros párrafos del artículo 73:

“Se establecen los seguros sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados por el sistema de contribución forzosa del Estado, los patronos y los trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.

La administración y gobierno de los seguros sociales estarán a cargo de una institución autónoma”.

Los preceptos constitucionales transcritos, tanto el derogado como el vigente, expresan la idea clara e irrefutable de que en Costa Rica existe el monopolio de los seguros sociales en manos de una institución de carácter autónomo, la cual los administra y gobierna. Esto implica que no se podrá establecer en el país un sistema de seguros sociales administrados y gobernados por entidades distintas de la Caja Costarricense de Seguro Social, pues a ella corresponden constitucionalmente esas funciones que el Estado, reconociéndolas fundamentales en un país democrático, ha asumido y puesto en manos de una institución especializada y autónoma.

Sin embargo, los seguros sociales no han alcanzado en Costa Rica la extensión que fuera de desear, porque los programas a ellos relativos deben ser planeados conforme a las especiales condiciones de la economía nacional, y extendidos prudentemente hacia aquellas zonas más desarrolladas económicamente y que pueden, por lo tanto, soportar los gravámenes que las cotizaciones para financiarlos implican.

El Seguro Social en Costa Rica, protege a determinados grupos de trabajadores, los cuales entran a los regímenes de protección atendiendo a varias circunstancias como son: el lugar de trabajo, la clase de labores que se desempeñan, el monto del salario, etc. Todas esas circunstancias son, en el fondo, limitaciones que excluyen de los programas de protección a muchos trabajadores, ya sea porque no trabajan en los lugares donde está extendido el seguro, o porque son trabajadores manuales y no intelectuales, o porque devengan salarios mayores de cuatrocientos colones al mes.

Por otra parte, y aún dentro el grupo de personas que por ley están cubiertas por el campo de aplicación del seguro social, ocurren limitaciones derivadas de los reglamentos que regulan la forma y el monto de las prestaciones a que tienen derecho los asegurados.

De todo cuanto queda dicho se desprende que puede darse el caso de que empresas particulares o aún entidades del Estado, proyecten programas de beneficios sociales, ya sea para proteger a los trabajadores no incluidos dentro del régimen del Seguro Social, o para mejorar el mínimo que en un momento dado está garantizando a sus asegurados ese régimen. El primer caso ocurre, por ejemplo, con los trabajadores de la Compañía Bananera de Costa Rica, que tiene establecido un programa de protección para el caso de enfermedad para todos sus trabajadores; y el segundo caso se dará en el futuro, cuando la Junta de Protección Social de San José, establezca su régimen complementario de beneficios sociales. Pero es preciso sentar de una vez el principio de que la Caja Costarricense de Seguro Social tiene legal y constitucionalmente la facultad de extender sus programas de protección tanto extensiva como intensivamente y que de presentarse tal eventualidad, deberán pasar a sus manos la administración y gobierno de todos los sistemas de beneficios, con carácter de seguros sociales, que existan en el país. Y si esto es así, no es dable que se establezcan programas de beneficios sociales sin que previamente la Institución tenga conocimiento de los mismos y los autorice expresamente. Esta tendencia ya apareció concretada en el artículo 65 de la Ley Constitutiva de la Caja, la cual determina la gradual absorción por parte de la Caja, de los regímenes especiales de pensiones que se habían elaborado, con base técnica deleznable, para proteger al magisterio nacional, los empleados municipales, los del Ferrocarril al Pacífico, los de las Bandas Militares, los de Correos, Telégrafos y Radios Nacionales y otros más que la propia ley determina.

La consulta que establece el artículo 190 de la Constitución Política vigente, por la cual es trámite obligatorio oír a las instituciones autónomas cuando de legislar sobre asuntos de su incumbencia se trata, resulta a todas luces conveniente en relación con la Caja Costarricense de Seguro Social, pues esto permitirá en todo momento, afirmar el principio de la unidad en la administración y gobierno de los seguros sociales,

por medio de la oposición razonada que ella haga a los proyectos de ley que tiendan a desnaturalizar la centralización que se desprende de los textos constitucionales y legales.

La Junta Directiva de la Caja ya tuvo oportunidad de sostener ante la Asamblea Legislativa estos puntos de vista, con motivo de un proyecto de ley presentado por la Junta de Protección Social de San José, tendiente a dotar a sus trabajadores de un plan de jubilaciones y pensiones. Damos seguidamente una reseña completa de todo lo ocurrido con motivo del proyecto de ley presentado por la Junta de Protección Social a que ya se hizo referencia.

ASAMBLEA LEGISLATIVA
San José, Costa Rica

OFICIALIA MAYOR

16 de junio de 1952.

Sr. Presidente
de la Directiva de la Caja
Costarricense de Seguro Social.
S. M.

Estimado señor Presidente:

La Comisión de Salubridad Pública y Protección Social desea conocer la opinión de la Directiva que Ud. preside sobre el Proyecto de Ley para establecer un plan de pensiones y jubilaciones para los empleados de la Junta de Protección Social de San José, del cual me permito acompañarle una copia.

En atenta espera de su respuesta, soy de Ud., obsecuente y seguro servidor,

O. Chacón Jinestá
Oficial Mayor

ASAMBLEA LEGISLATIVA

A la Junta Directiva de Protección Social de San José, en sus muchos años de labores, le ha tocado confrontar siempre el grave problema que constituye la falta de un plan general de pensiones, jubilaciones y otros beneficios de previsión social que cubra al personal a su servicio; muy especialmente en los últimos tiempos, el problema se ha agudizado, con los empleados y funcionarios que habiendo servido con eficiencia y dedicación durante muchos años consecutivos, les ha llegado la hora de solicitar su retiro; en ocasiones por incapacidad física y en otras por edad avanzada, sin que la Junta, en tales casos haya podido resolverles su situación con base en una pensión justa y equitativa por ausencia de un Plan General que, legal y reglamentariamente contemple estos casos.

Tales razones decidieron a la Junta Directiva desde el año 1949 a celebrar un contrato con el competente profesional don Walter J. Dittel para la elaboración de un Plan General que contemplara, en armonía con las actividades y posibilidades econó-

micas de la Junta, las pensiones y beneficios que cubrieran a su personal, cuyo número es hoy mayor de dos mil empleados, de las eventualidades a que están expuestos en sus servicios habituales y muy especialmente en los que corresponde a retiro por incapacidad o edad muy avanzada.

El Actuario señor Dittel, después de haber discutido con los señores Directores y personal administrativo los diferentes aspectos de su importante trabajo, para lo cual se empleó considerable número de sesiones extraordinarias, cuyos detalles constan en actas, entregó en el mes de noviembre del año anterior, el Plan General con sus correspondientes reglamentos, trabajo que por haber resultado plenamente satisfactorio, fué definitivamente aprobado según consta en el Acuerdo VII de la sesión ordinaria verificada el 3 de diciembre de 1951.

La documentación a que se refiere este importante Plan, pasó a conocimiento del Ministerio de Salubridad Pública por medio del señor Director General de Asistencia, en solicitud de la aprobación reglamentaria. El Ministerio por su parte, le impartió su aprobación, sujeta a que la Asamblea Legislativa emitiera una ley que lo autorizara, a cuyo efecto redactó el proyecto de ley cuya copia, junto con el Reglamento del Plan General y con instrucciones de la Junta Directiva, me permito adjuntar a la presente.

La Junta Directiva considera como feliz oportunidad que el hecho de ser Diputado a la Asamblea Legislativa, al mismo tiempo que Director del Hospital San Juan de Dios, el doctor don Antonio Peña Chavarría, resulta la persona más indicada para explicar el citado proyecto de ley, en la seguridad de que en esa forma se habrá encontrado el mejor y más rápido camino para que el Plan General de Pensiones elaborado, sea muy pronto Ley de la República y para que, en consecuencia, el personal de nuestra Institución goce de inmediato de sus beneficios.

(f.) *Andrés Brenes Mata*

Delegado Ejecutivo de la Junta de Protección Social
de San José

Acojo para su trámite,

(f.) *Raúl Jiménez Guido*

PROYECTO DE LEY

La Asamblea Legislativa, etc...

DECRETA :

ARTICULO 1º—Se autoriza a la Junta de Protección Social de San José para establecer un plan de pensiones y otros beneficios de previsión social que cubra a los empleados y trabajadores de las dependencias e instituciones que dicha Junta tiene a su cargo y que el respectivo Reglamento indique.

ARTICULO 2º—El Plan a que se refiere el artículo anterior debe ser reglamentado por la Junta de acuerdo con las necesidades de protección que la misma determine y sujetarse a las bases financiero-actuariales que hayan sido recomendadas para el mismo.

ARTICULO 3º—A partir de la fecha de vigencia del Reglamento, el ingreso al Plan es obligatorio para todo nuevo empleado o trabajador que reúna los requisitos que aquel exija para pertenecer al mismo. El personal que se encuentre al servicio de la Junta en la referida fecha puede voluntariamente ingresar al Plan si reünere las condiciones que el citado Reglamento indique.

ARTICULO 4º—Es entendido que el Reglamento del Plan que la Junta apruebe, debe disponer lo necesario a fin de que exista la debida coordinación con el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social, de manera que contemple solamente los beneficios complementarios de los que dicho régimen otorga.

ARTICULO 5º—El Plan debe financiarse con contribuciones de sus miembros y de la Junta, debiendo ésta incluir en sus presupuestos las cantidades requeridas para sufragar la parte del costo total que le corresponda, de conformidad con las bases financiero-actuariales que inicial o posteriormente rijan para el Plan.

ARTICULO 6º—El Reglamento respectivo debe contener todas las disposiciones requeridas para que el Plan sea financieramente estable y debe comenzar a aplicarse al ser aprobado por el Poder Ejecutivo.

ARTICULO 7º—Esta Ley rige desde el día de su publicación.

DADO, etc.

Con vista del proyecto, la Junta Directiva procedió a recabar la opinión de la Sección Legal de la Institución, la cual, por medio de su Jefe Licenciado Gastón Guardia Uribe, se pronunció en los siguientes términos:

10 de Julio de 1952.

Señor Lic. don
Armando Aráuz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.
Presente.

Estimado señor:

Me refiero a la consulta de la Asamblea Legislativa acerca del Proyecto de Ley para crear un sistema de jubilaciones y pensiones en beneficio de los empleados de la Junta de Protección Social de San José; asunto sobre el cual me pide usted dictamen, en nota N° 1412 de 23 de junio último.

Aclarado el punto relativo al artículo 4 del proyecto,—por respuesta del señor

Oficial Mayor de la Asamblea Legislativa a la nota de usted fechada el 30 del mismo mes—, me permito exteriorizar mi criterio al respecto.

Tanto en la exposición de motivos como en el artículo primero del proyecto en estudio, se nos habla de un "Plan General de Pensiones, Jubilaciones y otros Beneficios de Previsión Social", de donde se sigue que para poder dar una opinión lo más acertada posible con respecto a la compatibilidad o incompatibilidad de dicho plan con el régimen de los seguros sociales, se hace necesario conocerlo de antemano.

Sería peligroso para la Caja admitir como viable y no contrario a sus intereses un proyecto de ley que deja para una reglamentación posterior, a juicio casi exclusivo del organismo a que se refiere, la formulación de un sistema de proyecciones tan amplias como el que se anuncia.

No hay posibilidad cierta de saber a priori si se trata de un plan que pueda clasificarse como de "seguro individual" o bien de "seguro social", aspecto de suyo primordial, puesto que si se tratara de un sistema de seguros sociales, la Caja tendría que oponerse a su creación, con fundamento, entre otras razones, en el artículo 73 de la Constitución Política y en la Ley N^o 17 de 14 de noviembre de 1941,—reformada por la N^o 17 de 22 de Octubre de 1943—, que creó el monopolio de seguros sociales, confiando su gestión e incremento a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por tal motivo, y a fin de evitar posibles torcidas interpretaciones futuras, recomiendo que se proponga la supresión, en el artículo primero, de la frase "y otros beneficios de previsión social", sustituyéndola por otra que aleje la posibilidad de pensar que la Junta de Protección Social pueda otorgar beneficios de previsión social, de los que son propios e inherentes a los Seguros Sociales, tales como la protección por enfermedad, maternidad y demás riesgos asumidos por la Caja.

Sobre el alcance y sentido que debe dársele al concepto "Previsión Social", me permito remitirlo, con el propósito de no repetir argumentos, a mi nota de 2 de los corrientes, que contiene el pronunciamiento acerca del proyecto para el nombramiento de un delegado de la Caja en el Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social.

Sobre la distinción entre el concepto de Seguros Sociales y Seguros Individuales, me permito, por la autoridad doctrinaria que representa, reproducir, de la obra de A. Manes, "Teoría General del Seguro", página 14, los siguientes párrafos:

"Otra clasificación muy importante cabe hacer de todos los seguros, según el modo como se implanten en la vida social del país. Para la aplicación del seguro, se siguen usualmente dos métodos, y atendiendo a ellos se distinguen los seguros en individuales y sociales. Los mismos términos indican ya claramente las características que sirven de norma para trazar esta clasificación; el seguro se rige en el primer caso por consideraciones de carácter individualista; en el segundo, por razones de orden social.

El método social del seguro, como rama de la política social que es, tiene por cometido y finalidad el asegurar las condiciones materiales de vida de una o más clases menesterosas de la sociedad, aunque en las manifestaciones que hasta el presente rigen se reduzca a cubrir sus necesidades en punto a los ingresos. Los seguros

individuales, en cambio, no se hallan, como su nombre lo indica, al servicio de una clase social, sino al de una determinada persona.

Claro está que hay también gradaciones intermedias; es decir, modalidades de seguros que participan de los dos métodos. Pero mediante un análisis minucioso no será difícil determinar cuál de los dos es el que prepondera y decide. Así, por ejemplo, no cabe duda que todos los seguros patrimoniales forzosos—el seguro obligatorio de inmuebles, el creado contra el pedrisco y los demás—, se deben incluir entre los seguros individuales, sin preocuparse de su carácter coactivo. Y del mismo modo que el hecho de decretar obligatoria una rama del seguro individual no le imprime carácter social, las que revistan esta forma no se convierten en individuales, por el mero hecho de hallarse desasistidas de coacción”.

No obstante lo anterior, y como en el artículo 4º del proyecto se habla de “la debida coordinación con el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social, de manera que contemple beneficios complementarios de los que dicho régimen otorga”, lo cual nos hace pensar que en el fondo, de lo que se trata es de crear un sistema de protección individual complementario y compatible como tal con el mínimo de seguridad social que actualmente garantiza el Estado, y no de crear un sistema dual, estimo que la Caja puede mostrarse de acuerdo, en principio, con la emisión del proyecto de ley que se propone, siempre que en él, de modo categórico, que no deje lugar a dudas, se delimiten los campos respectivos y se aclare en debida forma, para no quebrar el principio de la obligatoriedad del Seguro Social, la circunstancia de que los trabajadores de la Junta de Protección Social, de acuerdo con los Reglamentos de la Caja, continuarán protegidos por los regímenes de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte y demás riesgos contemplados por la Ley Constitutiva del Seguro Social.

Antes de continuar esta exposición, quiero aclarar que cuando aludo al mínimo de seguridad social que garantiza actualmente el Estado, debe entenderse que con ello no pienso que el Estado esté inhibido para ampliar en el futuro el contenido de ese mínimo, sino que por el contrario, la tendencia evolutiva en esta materia es precisamente la de ampliar cada vez más sus fronteras. Esa, y no otra, fué la idea que prevaleció en las conclusiones de nuestro reciente Seminario de Seguridad Social, celebrado en esta ciudad en el mes de enero de 1951.

Así, de acuerdo con esa idea, el Estado debe procurar en lo futuro, y en la medida de su capacidad económica para satisfacer esa necesidad social, que la protección que brindan actualmente los Seguros Sociales sea cada vez más amplia cuantitativa y cualitativamente; por lo que, de permitirse que una persona de derecho privado o de derecho público, como la Junta en este caso, pudiera adelantarse a ese proceso evolutivo, implantando un sistema de seguro social complementario al de la Caja, estaríamos de plano admitiendo futuros tropiezos para el desarrollo del Seguro Social en Costa Rica.

Esa es la razón por la cual insiste esta exposición en el empleo de la frase “un sistema de protección individual complementario y compatible con el mínimo de seguri-

ridad social que actualmente garantiza el Estado"; lo cual lleva por finalidad la de hacer el distinguo entre el sistema de protección individual y el social.

Con el objeto de que la Institución proteja sus intereses, en armonía con las observaciones apuntadas a través de este comentario, me permito sugerir las siguientes modificaciones al proyecto enviado por la Asamblea:

a).—Supresión, en el artículo primero, de la frase "y otros beneficios de Previsión Social".

Esa frase puede sustituirse por otra que abarque, concretamente, los beneficios que se piensan otorgar. No sugiero la redacción de esa posible sustitución por no conocer el alcance de la cobertura a que se ajusta el plan a que se refiere el proyecto.

b).—Cambio de la redacción del artículo 4, por otra que diga más o menos lo siguiente.

ARTICULO 4º.—Es entendido que el Reglamento del Plan que la Junta apruebe en ejecución de esta Ley, debe referirse únicamente a un sistema de protección individual complementario y compatible con las disposiciones de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 17 de 22 de octubre de 1943, y de sus reglamentos".

De usted más atento y seguro servidor,

Gastón Guardia U
Jefe Sección Legal.

Con base en el pronunciamiento transcrito y de acuerdo con amplias deliberaciones que alrededor del asunto se suscitaron, la Junta Directiva contestó la consulta de la Asamblea Legislativa por medio del Gerente, en los siguientes términos:

No. 1661-52.

17 de julio de 1952.

Señor
Oficial Mayor de la
Asamblea Legislativa.
S. D.

Estimado señor:

Tengo el honor de transcribir a usted la forma en que se pronunció la Junta Directiva de esta Institución al conocer del Proyecto de Ley para establecer un plan de pensiones y jubilaciones, para los empleados de la Junta de Protección de San José. El pronunciamiento fué emitido en el artículo 2º del Acta 1103 y textualmente dice:

ARTICULO 2º—Vista la consulta formulada por la Honorable Asamblea Legislativa en relación con el Proyecto de Ley para crear un sistema de jubilaciones y pensiones en beneficio de los empleados de la Junta de Protección Social de San José; estudiado el informe dado por el asesor legal de la Caja; y expuesto el parecer de cada uno de los miembros de la Junta Directiva, se acuerda evacuar dicha consulta en la forma que sigue:

Lamenta la Junta Directiva, porque no se le ha enviado un detalle completo del plan que pretende crear la Junta de Protección Social, no poder entrar a analizar a fondo el mismo, lo que sería necesario para poder dar una opinión lo más acertada posible con respecto a la compatibilidad e incompatibilidad de dicho plan con el régimen de los seguros sociales. Es así que, a pesar de que tanto en la exposición de motivos como en el artículo primero del proyecto en referencia, se habla de un "Plan General de Pensiones, Jubilaciones y otros beneficios de Previsión Social" se desconocen los alcances de éste, tanto en lo que se refiere a los beneficios que va a otorgar como a la cobertura de los mismos. No hay posibilidad cierta de saber a priori si se trata de un plan que pueda clasificarse como de "seguro individual" o bien de "seguro social", aspecto de suyo primordial, puesto que si se tratara de un sistema de seguros sociales, la Caja tendría que oponerse a su creación, con fundamento, entre otras razones, en el artículo 73 de la Constitución Política y en la Ley N° 17 de 14 de noviembre de 1941, —reformada por la N° 17 de 22 de octubre de 1943—, que creó el monopolio de los seguros sociales, confiando su gestión e incremento a la Caja Costarricense de Seguro Social. Analizado el contenido del artículo 4 del Proyecto, se desprende que se trata de crear un sistema que complete los beneficios que otorga el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja, o sea de protección individual complementaria. No hay duda que los actuales sistemas de Seguridad Social tienden a garantizar solamente un mínimo vital de acuerdo con las particulares necesidades y nivel de vida de la población asegurada, quedando entonces, a la voluntad de cada uno el procurarse, por su esfuerzo personal, el margen diferencial para que el nivel de vida de la familia no sufra merma en caso de los infortunios sociales. El ser humano debe ser previsor, y esta previsión lo lleva al convencimiento de que su voluntad debe ser perfeccionada en el sentido de la inquietud por el futuro. Por lo mismo, debe quedar claro, de que esta Institución admite que la Seguridad Social no anula la esfera de acción individual, sino todo lo contrario, ya que en realidad el nivel cultural de un pueblo se podrá medir en el grado en que la iniciativa particular complementa los sistemas de seguros sociales obligatorios. Pero al mismo tiempo reconoce la Junta Directiva que la implantación de sistemas especiales aislados del Régimen general, atenta contra varios de los principios fundamentales de la Seguridad Social. Esta debe entenderse en un doble sentido. Por una parte consiste, esencialmente, en la protección de los individuos frente a los diferentes estados de necesidad, asegurándoles condiciones dignas y justas de subsistencia; y por otra, en la política uniforme que han de seguir los Estados para realizar el fin común de bienestar social. Por lo mismo, la Seguridad Social es a la vez un pro-

pósito y un medio. Corresponde al Estado trazar las características de su política de Seguridad Social, en forma tal, que se logre el mayor cúmulo de esfuerzos aislados con un mayor rendimiento. No hay duda por lo mismo en cuanto a que se hace necesario coordinar todas las energías que se producen en forma simultánea, con un mismo fin, facilitando así las complejidades administrativas y de otra índole, especialmente en países pequeños, de economía reducida, como es el nuestro. De ahí, que el principio de *unidad* sea característico de los sistemas de Seguridad Social. Es cierto que la tendencia moderna es la de ampliar los riesgos, el campo de aplicación y las prestaciones, establecer un sistema de Seguridad Social que alcance al mayor número posible de personas y cubra los riesgos más importantes de la existencia, pero todo ello mediante una adecuada cooperación del Seguro Social, la asistencia social y hasta la higiene pública, pero fundamentalmente mediante la unificación de los servicios y organismos administrativos. En algunos países, como en Argentina, Brasil y Chile, se ha llegado a la refundición de las diversas instituciones aseguradoras. Pero el principio de "unidad" no impide que coexistan al lado del seguro obligatorio otros sistemas complementarios, como el que se trata de crear en el proyecto en comentario, con la sola diferencia de que la unidad se refiere a la institución aseguradora. Esto es lo que en Doctrina se denomina "Régimen de Libertad Subsidiada". El Seguro Social obligatorio otorga el mínimo de protección necesario, porque al Estado no se le puede pedir todo, y se deja campo a la acción particular para complementar dicho nivel, pero interviniendo el mismo Estado en mérito a la uniformidad de su política de Seguridad Social. Es así como en España existe el Régimen de Libertad Subsidiada, pero todo a cargo del Instituto Nacional de Previsión. De igual manera se procede en la Gran Bretaña a partir del año de 1933, en que se creó el Consejo Nacional de Servicio Social, cuyo fin primordial consiste en mantener la debida coordinación entre los diversos organismos, tanto oficiales como privados, que se ocupan de la administración de seguros sociales. Y a idénticas conclusiones se llegó en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social de Buenos Aires y en el Primer Congreso Iberoamericano de Seguridad Social de España, celebrados este año. Por nuestra parte, en estos momentos se hacen los estudios necesarios en combinación con el Gobierno de la República, para revisar todos los diversos sistemas aislados que existen, algunos de ellos sin una sólida base económica, y a fin de tratar de unificarlos y ser administrados por la Caja, terminando así con las grandes disparidades que hoy existen en la asistencia a las diferentes clases de necesitados que se encuentran en igualdad de condiciones. Es de notar igualmente que el éxito de la Seguridad Social depende en mucho del acoplamiento de toda la población en una sola Institución, tomando en cuenta tanto el seguro obligatorio como el complementario, por el mayor aporte que se obtiene, entrando aquí en juego los principios de las probabilidades y la ley de los grandes números, base matemática de los seguros. Antes de entrar a analizar el Proyecto en cuestión, la Junta Directiva ha considerado de su deber, por ser la Caja la Institución especializada sobre la materia y por contar con una experiencia de varios años, hacer las observaciones que hasta aquí quedan expuestas.

De no ser posible un estudio más cuidadoso del Proyecto y hasta tratar de ver la posibilidad de que fuera la propia Caja la que se hiciera cargo en lo futuro del Régimen de Libertad Subsidiada, a esta Institución le resulta imposible admitir aquél sin preocupación alguna, ya que se trata de un Proyecto de ley que deja para una reglamentación posterior, a juicio casi exclusivo del organismo a que se refiere, la formulación de un sistema de proyecciones tan amplias como el que se enuncia. Además, como se dijo antes, siendo tesis fundamental la de que el Estado debe procurar en lo futuro, y en la medida de su capacidad económica, que la protección que brindan actualmente los Seguros Sociales sea cada vez más amplia cuantitativa y cualitativamente, la circunstancia de que se permita a personas de derecho privado o de derecho público que se adelanten a ese proceso evolutivo, implantando un sistema de Seguro Social complementario al de la Caja, podría dar lugar a futuros tropiezos para el desarrollo del Seguro Social en Costa Rica. Además de las observaciones formuladas, concretamente se hacen al Proyecto las siguientes: Como el concepto de "Previsión Social" que se emplea en el artículo primero es muy amplio, y para evitar posibles erradas interpretaciones en el futuro, se debe suprimir la frase "y otros beneficios de previsión social", sustituyéndola por otra que aleje la posibilidad de pensar que la Junta de Protección Social pueda otorgar beneficios de previsión Social, de los que son propios e inherentes a los Seguros Sociales, tales como la protección por enfermedad, maternidad y demás riesgos asumidos por la Caja. Con el objeto de precisar la distinción entre el sistema de protección individual y el social y delimitar los campos de acción de la Junta y de la Caja, incluir la frase, que podría ser en el artículo cuarto, de "un sistema de protección individual complementario y compatible con el mínimo de seguridad social que actualmente garantiza el Estado". Igualmente se hace necesario dejar establecido que los servidores que comprende el Proyecto de la Junta, continuarán como asegurados obligatorios de la Caja dentro del sistema que ésta tiene, así como que el futuro Reglamento que se dicte será necesariamente consultado a esta Institución para su debida coordinación. Finalmente nos permitimos presentar las siguientes modificaciones al Proyecto:

"La Asamblea Legislativa, etc. . . .

DECRETA:

ARTICULO 1º—Se autoriza a la Junta de Protección Social de San José para que establezca un Régimen de Pensiones que cubra a todos los trabajadores de las dependencias e instituciones que dicha Junta tiene a su cargo.

NOTA: Del proyecto original se sustituye "plan de pensiones" por régimen de pensiones, se elimina frase que dice: "y otros beneficios de previsión social"; se elimina palabra "empleados" porque técnicamente la expresión "trabajadores" los cubre; y se deja lo del Reglamento para otro artículo.

ARTÍCULO 2°—Las prestaciones que otorgue la Junta de acuerdo con el artículo anterior, deben referirse exclusivamente a un sistema de protección individual complementario y compatible con las disposiciones de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 17 de 22 de octubre de 1943, y de sus Reglamentos.

NOTA: Este artículo es nuevo, aunque toma parte de la idea expuesta en el artículo cuarto del Proyecto.

ARTÍCULO 3°—El Régimen de prestaciones que otorgará la Junta deberá ser reglamentado por ésta de acuerdo con las necesidades de protección que la misma determine y sujetarse a las bases financiero-actuariales que hayan sido recomendadas. Dicho Reglamento debe disponer lo necesario a fin de que exista la debida coordinación con el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social, y previa su aprobación deberá necesariamente ser consultado con esta Institución.

NOTA: Se incluye el artículo segundo del Proyecto, lo mismo que el cuarto; se establece la obligación de la Consulta a la Caja.

ARTÍCULO 4°—El régimen se financiará con las contribuciones de los trabajadores que comprenda y de la Junta, debiendo ésta incluir en sus presupuestos el aporte que le corresponda, de conformidad con las bases financiero-actuariales que inicial o posteriormente se establezcan.

NOTA: Se sustituye "plan" por "Régimen"; se sustituye "miembros" porque pareciera que se trata de miembros de la Junta que es una hermandad, por la frase "trabajadores que comprenda"; se sustituye "las cantidades requeridas para sufragar la parte del costo total" por la frase "el aporte".

ARTÍCULO 5°—A partir de la fecha de vigencia del Reglamento que se dicte, el ingreso al Régimen es obligatorio para los nuevos trabajadores que reúnan los requisitos que aquél establezca para pertenecer al mismo. En cuanto a los trabajadores que presten sus servicios al entrar en vigencia dicho Reglamento y que reúnan las condiciones que éste indique, es facultativo el ingreso al Régimen.

NOTA: Es el artículo tercero del Proyecto, que en orden lógico debe ser posterior a los anteriores; se sustituye "plan" por "Régimen"; se elimina la palabra "empleo".

ARTÍCULO 6°—Todos los trabajadores al servicio de la Junta continuarán como asegurados obligatorios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que tiene establecido la Caja Costarricense de Seguro Social.

NOTA: Es nuevo.

ARTICULO 7º—El Reglamento respectivo debe contener todas las disposiciones requeridas para que el Régimen sea financieramente estable, y comenzará a regir a partir de la fecha en que sea aprobado por el Poder Ejecutivo.

NOTA: Corresponde al artículo sexto del Reglamento con pequeñas modificaciones de forma.

ARTICULO 8º—Esta Ley rige desde el día de su publicación.

Dada, e^v

Desea dejar constancia la Junta Directiva, que dentro de las ideas expuestas de una uniforme política de Seguridad Social, está dispuesta a prestar su colaboración tanto a la Honorable Asamblea Legislativa como a la Junta de Protección Social, pues considera que la función realizada a través de los Seguros Sociales, tiene una gran importancia, trascendiendo a la vida política, económica y social del país. Comprende que a todas las clases sociales interesa la Seguridad Social, por ser cada día más insegura la conservación de la riqueza individual y en cuanto es un medio de prevenir el acaecimiento de infortunios sociales, dando seguridad y confianza al hombre que trabaja.

También desea la Junta Directiva expresar que no tendría objeción que hacer si la Junta de Protección Social llegare a proporcionar a sus trabajadores beneficios adicionales de los que la Caja otorga en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, pues eso estaría dentro del concepto amplio que de la Seguridad Social ha quedado ya expresado. Naturalmente, esta nueva protección tendría que ser motivo de un articulado especial en el proyecto de ley que se ha venido comentando.

Cualquier aclaración o ampliación del pronunciamiento de la Junta Directiva que necesite la Honorable Asamblea Legislativa, se hará con mucho gusto y a la mayor brevedad, en el deseo de que el proyecto ahora en estudio, se convierta en una Ley acorde con los principios de la Seguridad Social ya consagrados por la técnica y por la doctrina.

Con las muestras de mi más alta consideración, suscribo atentamente,

Cipriano Güell P
Gerente

Como se puede apreciar, la Junta Directiva y la Gerencia sostuvieron en forma clara la tesis de que la Institución no se opone a la creación de regimenes complementarios de protección para ciertos grupos de trabajadores, pero que en todo caso debe quedar a salvo la vigencia de la Constitución y de la Ley.

Reseñamos también en este capítulo, otra situación particular en que se han producido resoluciones de la Junta Directiva que hacen relación a los principios generales sustentados respecto de los regímenes complementarios de protección social.

Al artículo 64 de la Ley Constitutiva de la Caja dice lo siguiente:

“Los Bancos y las empresas particulares cuyo capital sea mayor de un millón de colones y que al 14 de noviembre de 1941 hubiera establecido en favor de sus trabajadores un servicio social que comprenda iguales o mayores beneficios, en conjunto, a los acordados por esta Ley, podrán mantenerlo con autorización de la Junta Directiva de la Caja; y en tal caso, los patronos o los trabajadores respectivos quedarán exceptuados de las obligaciones del seguro social mientras los beneficios no fueran disminuidos en perjuicio de éstos”.

Esta disposición quiso ser aprovechada por la Compañía Bananera de Costa Rica y por los Bancos Nacional y Central para exonerarse de la obligación de contribuir, la primera, para el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y los segundos para Invalidez, Vejez y Muerte y para Enfermedad y Maternidad.

De acuerdo con el Reglamento General del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, los empleados y funcionarios de la Compañía Bananera de Costa Rica, deben estar dentro del régimen obligatorio establecido por el Seguro Social. La Compañía ha venido sosteniendo que ella se encuentra en el caso contemplado por el artículo 64 de la Ley, aún cuando en ningún momento ha podido demostrar que sus programas de protección son superiores a los que establece el Reglamento antes mencionado. Un análisis general hecho por los técnicos de la Caja, comparando las prestaciones que ofrece el Seguro Social con las que tiene establecidas la Compañía, demuestra claramente que éstas son inferiores. Esta inferioridad, desde luego, excluye toda posibilidad de que la empresa dicha quede exonerada de las obligaciones legales, toda vez que el artículo 64 de la Ley, si bien admite la existencia de regímenes de beneficios fuera de la Caja, es bajo la doble condición de que tales regímenes estuvieran establecidos ya el 14 de noviembre de 1941 y de que ellos ofrezcan a los trabajadores iguales o mayores beneficios que los ofrecidos por la Caja. En esta forma se cumple la característica esencial de toda la legislación social, cual es la de garantizar un mínimo de beneficios a los grupos protegidos por ella. En los actuales momentos, la Caja se dispone a compulsar por los medios legales a su disposición, el empadronamiento de aquellos empleados y funcionarios de la Compañía Bananera que deben estar asegurados.

En el mes de enero de 1944, el Banco Nacional de Costa Rica hizo solicitud para acogerse a los términos del artículo 64 de la Ley, ya transcrito. En aquella oportunidad las Secciones de Fiscalía y Actuariado se pronunciaron en contra de la solicitud del Banco, alegando razones muy claras de orden legal y otras de mucho peso de orden actuarial. Sin embargo, la situación nunca llegó a resolverse satisfactoria

mente y en el año de 1951, se volvió a plantear con caracteres decisivos. A la sazón, el problema se había complicado con la existencia del Banco Central, institución a la que habían pasado numerosos empleados del Banco Nacional y los cuales pretendían estar exonerados de las obligaciones legales impuestas por el Seguro Social, basados en las mismas razones que anteriormente habían alegado. Sus alegatos se fundamentaban en que la Ley creadora del Banco Central dice taxativamente que aquellos empleados provenientes del Banco Nacional conservan todos los derechos adquiridos en la Institución de origen. Es claro que pronto la Caja debió tomar disposiciones definitivas en cuanto a la situación de los Bancos, y después de haber recibido en varias ocasiones tanto a miembros de la Directiva del Banco Nacional como del Banco Central, se tomó el siguiente acuerdo:

Acta N° 1003. 14 de noviembre de 1951. Artículo 7:

“Dice el Sr. Sub-Gerente que desde la visita de los Directores y funcionarios del Banco Central para tratar el problema de la obligatoriedad en que se encuentran los empleados de aquella Institución de cotizar para el Seguro Social, el Asesor Legal de la Caja ha tenido algunas conversaciones con el abogado de aquella entidad bancaria, quien le ha prometido rendir el informe correspondiente, sin haberlo hecho hasta el momento; que la situación es de todo punto de vista irregular, por lo que recomienda que la Junta Directiva autorice a los organismos correspondientes de la Caja para que exijan a los Bancos Central y Nacional el empadronamiento de sus empleados, por lo cual se acuerda: conceder a los Bancos Central y Nacional un plazo de 8 días para proceder al empadronamiento de sus empleados, ya que no se ha llegado a ninguna solución satisfactoria como resultado de las conversaciones habidas. Caso de no hacerlo en ese plazo, la Sección de Fiscalía deberá proceder por la vía judicial. Igual medida deberá tomarse con la Compañía Bananera de Costa Rica y con todas aquellas empresas que hasta el momento no han cumplido con la obligación que establecen la Ley Constitutiva y los Reglamentos de la Caja”.

El señor Gerente del Banco Nacional pidió un aplazamiento prudencial de la medida tomada en el acuerdo transcrito, mientras los personeros del Banco podían entrevistarse nuevamente con la Junta Directiva. El señor Gerente del Banco Central solicitó de la Caja las razones de orden legal que esta Institución tiene para exigir el empadronamiento de los empleados del Banco en el régimen obligatorio del Seguro Social. Esas razones fueron expuestas en nota que textualmente dice:

Sr. don Angel Coronas,
Gerente del Banco Central,
Ciudad.

Estimado señor:

Debido a las conversaciones que hemos tenido en relación con la obligatoriedad del Seguro Social para los empleados de los Bancos Central y Nacional, en las que se han expresado las razones de orden legal que la Caja tiene para insistir en aquella obligatoriedad, no habíamos creído del caso contestar la atenta carta de ustedes fechada el 24 de marzo pasado.

Las razones que la Caja tiene para considerar que los empleados del Banco Central provenientes del Nacional están obligados al Seguro Social, están claramente expresadas en un pronunciamiento de nuestra Sección Legal vertido el 24 de enero de 1951 y que en lo conducente dice:

“Me refiero a su atenta N^o 104 de 15 de los corrientes en la cual me solicita opinión acerca de la nueva gestión del Banco Central para que se excluya de la obligatoriedad del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte a sus empleados, tomando en cuenta que muchos de ellos provienen del Banco Nacional y que los empleados de este último, por estar protegidos por un régimen especial, no están obligados al seguro obligatorio de acuerdo con el artículo 64 de la Ley de Seguro Social.

A juicio de esta Sección ni los empleados del Banco Nacional ni los del Central, están exonerados de la obligación de contribuir para el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Si hasta la fecha no han contribuido para el régimen del Seguro Social lo ha sido por una situación de hecho nacida del error,—desde luego inimputable a la Caja—, de creer que el artículo 64 de la Ley Constitutiva de la Caja los facultaba para no contribuir.

Me permito, para los efectos de apoyar la tesis legal expuesta, transcribir literalmente algunos de los argumentos dados por la Sección de Fiscalía al contestar una solicitud de los trabajadores de la Hacienda “La Luisa” para que se les excluyera de la obligación del Seguro Social, argumentos que resumen el criterio de esta Sección en cuanto al problema debatido.

“La Ley N^o 17 de 14 de noviembre de 1941, en sus artículos uno a tres, implantó el Seguro Social en el país con carácter de obligatorio y encomendó su aplicación e incremento a la Institución que denominó Caja Costarricense de Seguro Social.

Así pues, en virtud de la Ley citada y de las disposiciones de orden constitucional que vinieron a reafirmar posteriormente el principio de la obligatoriedad, el Estado, por medio de la Institución que al efecto creó, asumió el monopolio de los Seguros Sociales en Costa Rica excluyendo toda posibilidad de que los asegurados particulares pudieran dedicarse a ese ramo del Seguro.

Como excepción al principio general de la obligatoriedad, la Ley admitió, en su artículo 64, la posibilidad de que los Bancos y las empresas particulares de más de un millón de colones de capital que al 14 de noviembre de 1941 tuvieran ya organizado un sistema de beneficios sociales, que en conjunto fueran iguales o superiores a los prometidos por la Caja a sus asegurados, pudieran mantenerlos previa autorización de la Junta Directiva de dicha Institución.

El motivo de tal excepción residió en el hecho de que el legislador, por aplicación de la teoría jurídica de los derechos adquiridos, quiso respetar los derechos que hubieran adquirido los trabajadores ya protegidos por un régimen igual o superior al que se pensaba implantar en el país, pero no admitió, ni puede admitirse ahora sin que se falsee una de las bases fundamentales del Seguro Social como lo es el principio de la obligatoriedad, la creación de regímenes particulares con posterioridad a la fecha de promulgación de la Ley que le dió origen.

Como bien claramente se desprende del texto aludido, para que pueda prosperar una exclusión por tener los solicitantes un régimen de previsión particular, se requiere la coexistencia de las tres siguientes condiciones:

- a) Que el Banco, o la empresa particular, tengan un capital superior a un millón de colones.
- b) Que el sistema de beneficios sociales hubiera sido establecido desde antes del 14 de noviembre de 1941, fecha de la promulgación de la primera Ley del Seguro Social, y
- c) Que ese sistema, en conjunto, se encontrara en capacidad de otorgar a sus afiliados beneficios iguales o superiores a los que la Caja presta a sus asegurados.

Si bien es cierto que se da el primero de los requisitos citados, sea el de la financiación del capital señalado, los otros dos requisitos que deben coexistir no se dan en este caso en los términos prescritos por la Ley.

El sistema de previsión particular auspiciado por el Banco, no sólo no ha sido constituido con anterioridad al 14 de noviembre de 1941 sino que es de fecha muy posterior.

En cuanto a la igualdad o superioridad de beneficios otorgados por el Banco a sus empleados, considero, conforme lo ha demostrado el Lic. Alvaro Vindas en su informe N° AE-26-51, que el régimen particular de protección del Banco a sus empleados no puede tenerse como un sistema de previsión social que iguale o mejore el régimen estatal de los Seguros Sociales a cargo de la Caja.

Mi criterio es, pues, con un sentido estrictamente legal, que la Ley, dadas las circunstancias apuntadas, no admite la posibilidad de la exclusión".

Con toda consideración, expresamos a usted las muestras de nuestra más distinguida consideración,

Cipriano Güell P.
Gerente

La entrevista solicitada por los personeros del Banco Nacional, don Elías Quirós, gerente; Lic. Jorge Rossi Chavarría, Presidente de la Directiva y don Augusto Carballo Barrales, miembro de la misma Directiva, se llevó a cabo el día 3 de noviembre de 1952, de ella se levantó la siguiente acta:

Acta N^o 1147, 3 de noviembre de 1952. Artículo 1^o:

El Lic. Ruiz presenta un saludo cordial a los miembros de la Comisión invitándolos muy atentamente a exponer sus puntos de vista. Contesta el señor Carballo manifestando el placer que sienten en venir a cambiar impresiones con los señores Directivos de la Caja sobre puntos que interesan a ambas Instituciones y cede la palabra al señor Quirós.

Dice don Elías que ha sido una constante preocupación de las Juntas Directivas del Banco Nacional de Costa Rica el dotar a sus empleados de una serie de prerrogativas como concesión de créditos, atención médica, protección a los familiares en caso de muerte y otros servicios que va a enumerar, todo con el objeto de que los servidores se sientan realmente protegidos por la Institución.

La actual Junta Directiva, tomando en cuenta la situación difícil que se ha venido confrontando con la Caja Costarricense de Seguro Social, ha elaborado un plan de asistencia pública, en el que se otorga a los empleados beneficios considerables.

Sin embargo es de advertir que ellos gozan en la actualidad de muchas ventajas y así por ejemplo existen entre otras las siguientes:

En caso de fallecimiento de un empleado en servicio activo, el Banco da a su familia un auxilio para funerales y entierro, que asciende a ₡ 500.00 si ha servido a la Institución menos de 10 años y de ₡ 1.000,00 si tiene 10 o más años de servicios continuos. En caso de enfermedad, si el empleado tiene tres o más años de servicio continuo, tiene derecho a gozar de su sueldo completo durante los doce primeros meses; si tiene más de uno y menos de tres años de servicio continuo, goza de sueldo completo hasta por los tres primeros meses y si ha prestado sus servicios por un período no mayor de un año ni menor de tres meses, tiene derecho al sueldo de un mes. De acuerdo con el respectivo Reglamento, el personal goza de las ventajas de una Sección Especial de Préstamos; tiene asimismo participación en las ganancias del Banco y se paga la matrícula y demás gastos de estudio a quienes asisten a la Escuela de Ciencias Económicas. Faltaba únicamente para completar este cuadro de ventajas, una buena asistencia médica, lo que se venía planeando desde hacía ya mucho tiempo y gracias al empeño de ciertos Directivos, entre ellos el señor Rossi, se acaba de aprobar un reglamento que hace realidad ese anhelo. El fondo destinado a ese fin, se tomará con un aporte mensual del Banco de un porcentaje sobre el total de sueldos devengados por los empleados administrativos, que será fijado anualmente por la Junta Directiva, y de uno y medio por ciento mensual que deducirá el Banco de los sueldos y remuneraciones

especiales de los empleados que se acojan a este plan. El primer año el Banco aportará un dos y medio por ciento sobre el total de los sueldos y los empleados el uno y medio por ciento sobre los mismos. El auxilio médico comprenderá: Atención médica, laboratorio, quirúrgica, dental, farmacéutica, derechos de Clínica y Hospital, etc. y se hará extensivo a los familiares del empleado. Se establece también una Tarifa Quirúrgica que es copia de la que tiene el Instituto de Seguros.

Con todo eso se llena satisfactoriamente para los servidores del Banco una necesidad que se había tratado de solventar hace varios años. Como se puede apreciar, el auxilio es amplio y ello ha hecho pensar que los empleados no deberían estar empadronados en el Régimen del Seguro Social. Por otra parte la mayoría gana salarios mensuales mayores de ₡ 400.00. El plan de asistencia médica que entrará en práctica, es indiscutiblemente muy superior al régimen que la Caja tiene establecido y por esa razón es que expone todos esos puntos de vista para que sean considerados por los señores Directivos y se examinen con criterio humano y no legalista.

Manifiesta el señor Rosi que tanto la Directiva de la Caja como la del Banco han heredado una situación vieja, referente a si los empleados del Banco Nacional de Costa Rica deben o no entrar al régimen de Seguro Social. En cuanto al aspecto legal se refiere, el Banco ha venido sosteniendo el criterio de que la ley cubre su situación, si bien no es del todo clara. Fuera de eso es innegable que las ventajas que otorga a sus trabajadores son muy superiores a las que proporciona la Caja. Desde que está empeñada la controversia se viene hablando de un plan de prestaciones médicas y es en este año que se adoptó por fin ese plan, parecido al del Instituto Nacional de Seguros. El insistir en la inclusión de los trabajadores del Banco en el régimen del Seguro Social es contraproducente, ya que ello podría traer desprestigio para la misma Caja, tomando en cuenta la imposibilidad en que ella está de atender como es debido a servidores que gozan de un elevado standard de vida, comparado con el de los trabajadores comunes. Por eso estima lo mejor dejar las cosas tal como están, en espera de que la Caja pueda estar en condiciones de prestar los servicios deseables a los empleados del Banco. Siempre ha habido comprensión y cree que no llegará a existir ahora problema, pero si las cosas fueran forzadas habría necesidad de llevar el asunto a los Tribunales para que se decida lo que proceda.

Dice el señor Carballo que la Caja no puede ignorar el standard de vida bastante elevado de los empleados del Banco, en donde una minoría insignificante devenga salarios menores de ₡ 400.00 al mes. Si se insiste en el empadronamiento serán frecuentes las quejas, pues se notará la menor bondad de los servicios. Si la Caja persigue como uno de sus fines que el trabajador cuente con la mayor protección posible, deberá estar satisfecha con el régimen establecido por el Banco.

Manifiesta el Lic. Alfaro que la Junta Directiva de la Caja siempre ha demostrado su buena voluntad para contemplar este asunto, sin escapársele detalle alguno. Innegable es la importancia que tiene el grupo de empleados del Banco

Nacional de Costa Rica y eso ha señalado la conveniencia de buscar una solución satisfactoria. A pesar de venirse discutiendo sobre este asunto desde los primeros días de marzo del año 42, no se han tomado soluciones extremas, lo que demuestra que la Caja siempre ha observado una actitud prudente, conciliadora. La controversia se ha planteado más por la oposición de los empleados del Banco, que por el aspecto



Lic. FERNANDO ALFARO Y.
...lo aconsejable en materia de Seguro Social es que se mantenga un sistema de tipo universal...

legal, pues en su concepto, que estima ser también el de los señores Directivos, la Ley es bastante clara. Lo aconsejable en materia de Seguro Social es que se mantenga un sistema tipo universal, restringiendo las excepciones entre las cuales no está el Banco Nacional de Costa Rica, en el sentir de la Directiva de la Caja. Desde el punto de vista humano, de que ha hablado el señor Quirós, es lógica la resistencia de los empleados a que se les empadrene, pues desearán recibir los beneficios directamente de su propia Institución. Es explicable también por el ambiente que se hizo a la Caja del Seguro Social en momentos de su creación, a veces justo a veces injusto, circunstancias políticas, etc. Mucho se ha hecho por levantar el prestigio de la institución, desterrando la politiquería, mejorando servicios, al punto de que la Caja merece hoy día respeto y es acreedora a crítica sana y no mordaz.

La Institución ofrece a los trabajadores una protección mínima y requiere el aporte numeroso de las cuotas. No puede ser la posición de la Caja el pensar solamente en que empleados de determinada institución estén bien protegidos; tiene

la responsabilidad de que el sistema no se debilite y para ello no puede estar admitiendo excepciones, y esto debe comprenderlo el Banco. El ideal sería que la protección que él otorga a sus trabajadores fuera estimada como complementaria de la mínima que a su vez proporcionaría la Caja. El problema de los costos de servicios sería estudiado por una comisión actuarial de ambas Instituciones. La situación podría ser algo incómoda en cuanto implica dos tipos de cotización, pero no se rompería el sistema, y así contribuiría el Banco al robustecimiento de los Seguros Sociales en Costa Rica.

El señor Rosi dice que no puede expresar el criterio oficial, pero piensa que convendría estudiar la propuesta del Lic. Alfaro y en todo caso la llevará a conocimiento de la Junta Directiva.

El Dr. Quirce observa que la mayoría de los empleados del Banco Nacional de Costa Rica no tendrían que estar asegurados en el Régimen de Enfermedad y Maternidad, por cuanto devengan un salario mayor de ₡ 400.00 mensuales, y solamente estarían obligados a cotizar para Invalidez, Vejez y Muerte. Bien podría el Banco entonces otorgar sus beneficios en forma adicional. Sugiere para mayor ilustración del asunto, el estudio de la ley de la Junta de Protección Social recientemente promulgada.

El señor Carballo cree que puede llegarse a algún acuerdo y aboga por la mayor cordialidad entre ambas Instituciones, tal como ha venido existiendo hasta estos momentos".



Como puede observarse, la posición de la Caja ha sido siempre la de sostener la integridad de los seguros sociales bajo su dirección, sin oponerse, por supuesto, a que los patronos establezcan regímenes complementarios de beneficios en provecho de sus trabajadores.

El problema con el Banco Central fué ya dirimido en los tribunales competentes y judicialmente se declaró que los empleados de esta Institución están comprendidos dentro de la obligatoriedad del Seguro Social. Esta resolución judicial pone fin a las dudas que pudieran existir en cuanto a las facultades legales de la Caja para ejercer el *monopolio de los Seguros Sociales en Costa Rica*.

Gestiones y trabajos realizados por la Junta Directiva con el fin de arreglar definitivamente el problema de la Cuota Estatal

Dice el artículo 24 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social:

La Cuota del Estado como tal y como patrono se financiará:

- a) Con un aumento del veinte por ciento de todos los derechos y recargos, sin excepción, sobre la importación de licores, vinos, perfumes, cervezas, refrescos gaseosos, aguas minerales y artículos de lujo, de fabricación extranjera, que determine mediante decreto el Poder Ejecutivo;
- b) Con el quince por ciento del valor de los productos elaborados y vendidos por la Fábrica Nacional de Licores;
- c) Con un aumento del quince por ciento de todos los impuestos de consumo que soporte la cerveza fabricada en el país;
- d) Con un aumento del medio por millar, sobre el valor de los bienes inmuebles, aceptado por la Tributación Directa.
- e) Con un impuesto de consumo de medio céntimo por cada envase de refrescos gaseosos y aguas minerales que se elaboren en el país, sin excepción de ninguna clase; y
- f) Con un dos por ciento que se deducirá de todos los pagos que haga cualquiera de los tres poderes del Estado y las Municipalidades, excepto los que cubran sueldos o salarios, pensiones o jubilaciones, empréstitos internos o externos y subvenciones a instituciones de beneficencia, de previsión o de protección social.

Es entendido que este gravamen no pesará sobre ninguna de las ope-

Y el artículo 25 agrega lo siguiente:

raciones que realicen los Bancos y demás Instituciones del Estado, ni sobre los pagos que haga alguno de los Poderes de éste para satisfacer el importe de servicios suministrados al costo, o el de préstamos sin intereses.

El producto de los impuestos creados por el artículo anterior, ingresará directamente a la Administración General de Rentas del Estado, quien lo aportará a la orden de la Caja, la cual será la única autorizada para girar contra ella; y, si resultare insuficiente, la Junta Directiva lo pondrá en conocimiento del Poder Ejecutivo, quien enviará al Congreso la ampliación o aumento de tales impuestos.

Estas disposiciones legales normaron durante algún tiempo la contribución del Estado para el Seguro Social, en su doble condición de patrono y Estado. Los impuestos específicos creados por el artículo 24, como la propia Ley lo indica, estaban destinados a financiar aquella contribución, pero sin que se cerrara la posibilidad de aumentar los impuestos ante un posible déficit. Por eso el artículo 25 también transcrito establece el procedimiento mediante el cual la Caja puede buscar el aumento de los aportes del Estado.

El Estado en su calidad de patrono de miles de trabajadores, tiene las mismas obligaciones que un patrono particular. Debe contribuir con el 3% de los salarios de los trabajadores a su servicio, para el Régimen de Enfermedad y Maternidad; y con el 2½% de los salarios de esos mismos trabajadores para financiar el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. En su calidad de patrono, pues, el Estado debe contribuir con el 5½% de los salarios de sus trabajadores,—cuando ellos están protegidos por ambos regímenes—.

En su condición propiamente tal, es decir, como Poder Público encargado de la promoción del bienestar colectivo, el Estado a su vez debe contribuir con el 1% de los salarios de todos los trabajadores cubiertos por el régimen en el caso del Seguro de Enfermedad y Maternidad. Si se tratare de zonas cubiertas por el Seguro Familiar, este porcentaje se eleva al 2%. El régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, obliga también al Estado a contribuir con el 2½% de los salarios de los trabajadores obligados por el régimen.

Por lo que se deja reseñado se ve claramente que la obligación del Estado en relación con el Seguro Social es muy grande, y que ella tiende a aumentar cada día a medida que aumenten los salarios y el número de trabajadores protegidos por nuestros sistemas de beneficios.

Cuando la Caja comenzó a trabajar, la contribución estatal, representada por los impuestos detallados en el artículo 24 de la Ley, fué suficiente y hasta dejó algunos excedentes que fueron aplicados a crear un sistema de mejoras en las prestaciones por Invalidez, Vejez y Muerte para los servidores del Gobierno. Pero pronto el ensanchamiento de los servicios y de los grupos protegidos demostró que día a día el aporte del

Estado se hacía más insuficiente y que, en relación con los cálculos y previsiones consignados en los presupuestos, tal aporte anualmente dejaba un considerable déficit. El Estado, pues, estaba endeudándose con la Caja de Seguro Social. Pero no endeudándose en el sentido de que no pagara cuanto las rentas específicas producían, sino en el sentido de que su aporte era insuficiente para llenar las necesidades financieras del Seguro. Oigamos al respecto la opinión del Departamento Actuarial.

"Nuestra legislación social, en lo que a seguros sociales respecta, ha adoptado uno de los más comunes sistemas para financiar el costo de esta clase de servicios; el de la triple contribución forzosa.

El Estado al emitir la ley del seguro social impuso a los patronos y a los trabajadores una carga económica especial con carácter obligatorio; y a la vez se impuso, a sí mismo, el compromiso formal de contribuir con una parte proporcional, determinada en la misma Ley, para estos mismos fines.

El Estado vive del tributo de los ciudadanos, y por esta razón, para financiar estas nuevas cargas el legislador enunció en la ley del seguro social, —así lo creyeron—, los nuevos impuestos que se decretaban para suplir al Erario Público los fondos necesarios para cubrir el aporte a que el Estado se comprometía.

Parece que, al discutir la insuficiencia de los impuestos, algunos confundieron el término "cuotas" con el de "impuestos", queriendo dar a entender que el costo de la parte de la seguridad social a cargo del Estado ha sido fijado por la CAJA en la proporción que miden los impuestos sobre el consumo de licores, de artículos de lujo, de las negociaciones de particulares con el Estado, etc. La confusión es desafortunada. Los actuarios que trabajaron en la determinación de los costos de los seguros administrados por la CAJA, lo hicieron tomando como base los salarios por el hecho de que las prestaciones y servicios suministrados a través de dichos seguros, guardan una muy estrecha relación con ellos, de donde se originaron los porcentajes sobre las planillas que rigen en la actualidad. No lo hicieron tomando como base el consumo de licores, ni el de artículos de lujo, etc., ya que técnicamente era y es inadecuado hacerlo, pues la correlación estadística que entre una y otra cosa existe, es prácticamente cero. Desde un punto de vista estrictamente técnico, es inadmisibles, pues, que los costos de la seguridad social se fijen en función del consumo de artículos como los gravados por el artículo 24 de la Ley Constitutiva. Los impuestos creados entonces por el Estado y los que en futuro lleguen a crearse con el propósito de aumentar los fondos disponibles para la cancelación de las cuotas estatales del seguro social, son, simplemente, el medio o recurso a que el Estado echa mano para hacer frente a obligaciones de esta naturaleza. Así pues, no debe confundirse el costo con el recurso para financiarlo. La CAJA, para el fiel cumplimiento de sus obligaciones, necesita que las cuotas se le paguen en la proporción y oportunidad como las estimaciones técnicas y matemáticas lo hayan fijado. El interés que pueda tener en que las fuentes productoras de esos ingresos sean suficientes, viene siendo similar al que todo acreedor guarda respecto a la solvencia de su deudor, y a este grado se limita su interés respecto a los impuestos creados según el Artículo 24.

La CAJA sabe que en sus manos se ha puesto una delicada misión social para

que la cumpla, pero de no suministrársele los fondos que técnicamente se requieren, indiscutiblemente que le será imposible cumplirla. La CAJA no pretende que se le dé dinero en exceso, pero tampoco puede admitir, —sin peligro de incumplir su misión—, que se le dé menos.

La CAJA debe cuidarse mucho respecto a la estimación de costos. Cualquier deficiencia que en las cuotas se observe y que impida financiar adecuadamente los servicios a su cargo, sería de responsabilidad suya exclusivamente. Pero no así cuando la deficiencia viene siendo en los impuestos, en las fuentes de que el Estado toma dichos fondos. El caso del Estado vendría siendo similar al de un patrono particular a quien las rentas se le aminoren o agoten y se vea en congojas para cubrir la cuota del seguro social. Indudablemente que la CAJA lamentará situaciones como éstas, y hasta tratará de interceder para resolver la situación; pero de ninguna manera cabe culpar a la Institución porque las gestiones fracasen, o que la fuente se agote o sea insuficiente.

Las cuotas calculadas para el Seguro de Enfermedad y Maternidad contienen el costo por concepto de prestaciones monetarias, los costos por servicios médicos, hospitalarios y similares, así como también una parte sobre el costo de la apropiación y edificación de centros médicos, equipo, etc. etc., más lo relativo a costos administrativos. La cuota completa pagará todos estos servicios. Si se paga incompleta, sólo parte de ellos podrán suministrarse.

Los patronos particulares y los trabajadores han venido cumpliendo satisfactoriamente con lo que a ellos corresponde pagar para estos servicios. El resto, que queda a cargo del Estado, durante los años 1949 y 50, no se ha cubierto en su 100%. Esas diferencias que para algunos son "simples diferencias", para nosotros son "déficits reales", pues son parte de los hospitales, de las clínicas, de los equipos y otras instalaciones fijas que el seguro social no ha adquirido ni puesto al servicio del público, al cual se le ofrecieron y con quien el seguro se encuentra en deuda.

El régimen de Enfermedad y Maternidad es de reparto simple, y podría argumentarse diciendo que lo que pasó ya pasó, y lo que no se dió pues ya no se dió; que no hay razón para cobrar lo atrasado. Pero no: habiendo cumplido satisfactoriamente los patronos particulares y los trabajadores en general con sus aportes, la CAJA se expone a recibir de ellos fuertes y fundamentales reclamaciones, ya que se necesitan más centros médicos, más y mejores equipos; y ya que el Estado como patrono, incumpliendo parcialmente con sus pagos, ha recibido protección y atención constante para sus trabajadores asegurados en la misma forma que los demás. Hay que reponer lo que por falta de fondos no se hizo antes. Por tanto, lo de atrás no puede olvidarse. Debe cobrarse para cumplir así con las deudas que el Seguro tiene para con sus asegurados.

El régimen de Invalidez, Vejez y Muerte opera a base de prestaciones diferidas y del sistema de capitalización colectiva. Se supone que los dineros del presente se invertirán rindiendo intereses constantes con el objeto de dar pensiones en el futuro a aquellos que se invaliden, a los que lleguen a cumplir una edad igual o superior a 65 años, a viudas y a huérfanos. Se inauguró en 1947 con poco más de 12,000 asegurados

de los cuales cerca de 8,000 (las 2/3 partes) eran empleados del Estado a quienes se reconoció beneficios extraordinarios con carácter retroactivo.

Las cuotas por este concepto deben ser pagadas puntualmente a fin de invertir las de inmediato y lograr de esta manera la acumulación constante que el cálculo actuarial supone. De no pagarse con esa puntualidad, la CAJA tiene el derecho de cobrar los correspondientes intereses sobre los atrasos, pues de no ser así el equilibrio financiero actuarial se pierde con evidente perjuicio para el sistema.

Las diferencias que a partir de 1949 aparecen dentro de este Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, entre lo que debió haber ingresado a la CAJA por concepto de cuotas del Estado, y lo que realmente ingresó, son también "deudas" y no simples "diferencias". Contando con ellas es que la CAJA ha ofrecido pensiones a sus asegurados, para pagarlas en el futuro. Constituyendo nuestros compromisos una deuda para con la comunidad asegurada, es un hecho que esas diferencias deban ser pagadas a la CAJA para que ésta pueda cubrir el pago de las pensiones. Las cuotas que a la CAJA no pague el Estado, serán pensiones que la CAJA no podrá reconocer a sus asegurados.

Se ha querido decir, en cierto modo, que la CAJA se ha sobregirado, que no ha presupuestado bien, que ha hecho números alegres y que, al cerrar sus operaciones ha encontrado cómodo acudir al Estado diciéndole que el dinero que le dió no alcanzó. Estas apreciaciones son inexactas, sobre todo en lo que respecta a los años 1949-50-51 en los que la crisis de las cuotas del Estado se ha agravado.

La CAJA ha venido confeccionando sus respectivos presupuestos y controlándolos cada vez mejor, tomando como base los ingresos reales, los ingresos que tenía por cierto podría recibir de parte de los trabajadores en general, patronos particulares, y del Estado.

Para efecto de sus presupuestos la CAJA no ha tomado en cuenta esos dineros y al menos en lo que respecta de 1949 para acá puede garantizar que no ha sufrido sobregiro alguno.

Lo que sí es cierto es que esos ingresos reales con que ha presupuestado, se ha visto económicamente muy estrechada ya que el Seguro Social se encuentra extendido a zonas y a clases que para los ingresos que percibe la Institución resultan bastante amplias. En vista de tal circunstancia la CAJA pudo, obligada por ellas, abolir el seguro de alguno o algunos lugares del País donde ya se encuentra operando, pero semejante medida, por las consecuencias de orden social y moral que aparejaría, no nos hemos encontrado con valor ni de aconsejarla. Sería interesante que alguien nos indicara a qué lugar sacrificamos y qué lugar estaría anuente a aceptarlo, pese a las críticas que a diario se le hacen a la CAJA.

Respecto a extensiones lo único que hemos podido hacer hasta aquí —los que hemos colaborado con esta nueva administración—, es evitar extender el seguro a zonas nuevas. Si algún exceso ha habido sobre extensiones debe reconocerse que a la actual administración no cabe culpa alguna.

Por esta estrechez de orden económico en que los ingresos reales nos han colocado, al confeccionar los presupuestos de Enfermedad y Maternidad hemos

tenido que reducir al mínimo las partidas destinadas a apropiaciones y a reducir en lo posible los demás gastos corrientes con el objeto de adecuar los servicios a las posibilidades, evitando en todo momento sobregiros. Pero conscientes de que esas apropiaciones de las que la CAJA no se ha hecho todavía, entre las que cuentan la instalación de centros médicos, equipos, etc., y de que esas limitaciones en los servicios pueden dar lugar a protestas justas por parte de los patronos particulares y los trabajadores, se ha procedido a registrar las "diferencias" no enteradas por el Estado a la CAJA, en una cuenta especial bajo el nombre de "Cuotas del Estado no Recibidas". Dicha cuenta registra las diferencias entre lo que ingresó y lo que debió haber ingresado, y esto permitirá rendir cuentas más claras el día que a esta administración se le pidan respecto a los servicios y sus limitaciones.

Con esos dineros, —las "diferencias" que hemos llamado "déficits"—, ha contado la CAJA, no para gastarlos en el presente inmediato, sino para las instalaciones, los equipos, las pensiones y los servicios para el futuro, que constituyen los compromisos de la Institución con la comunidad. Se comprenderá que, de no rescatarse esos fondos y de seguir operando a base de aportes deficientes, el cumplimiento de nuestros compromisos será dudoso. La misión nuestra dentro de la Institución se contrae a la de simples funcionarios, —unos técnicos y otros administrativos—, que después de las advertencias del caso salvan su responsabilidad ante lo que suceda en el futuro. Los perjudicados serán los asegurados y, en general, la sociedad que en estos sistemas puede encontrar una ayuda muy eficaz para resolver, al menos en gran parte, los problemas de orden social de mayor gravedad. La mayor responsabilidad recae sobre el Estado, a quien en última instancia corresponderá resolver estos problemas a través de sus presupuestos nacionales, especialmente en lo que respecta a sus empleados. Bien sabido es que los pocos sistemas de pensiones que operan todavía fuera del Seguro Social, con respecto a los funcionarios públicos, están queriendo asfixiar ya al presupuesto nacional: qué sería entonces el día en que los 8,000 asegurados que la CAJA tiene en Invalidez, Vejez y Muerte, —empleados del Estado—, tuviesen que volver a acogerse a los sistemas de pensiones administrados directamente por el Estado? Hasta dónde llegaría el Presupuesto? Caben, desde luego, otras alternativas: como la de reducir los beneficios o la de recargar los aportes de patronos particulares y trabajadores. Cualquier cosa podría hacerse; sólo que es necesario decirlo públicamente a fin de que se enteren bien los afectados por estos sistemas.

Como ilustración numérica, y a fin de dar una idea mejor respecto a los ingresos de la CAJA y su movimiento de asegurados durante la vida de sus operaciones, adjuntamos algunos cuadros estadísticos.

Se aprecia en ellos que desde que la CAJA inició sus actividades hasta 1948, inclusive, la Institución recibió dinero en exceso. Hubo excedentes por cantidades realmente apreciables. Estos excedentes, más la suma de \$ 3,408,028.87, que la Junta Fundadora de la Segunda República pagó a la CAJA en reconocimiento a cuotas no enteradas a la Institución, por abusos cometidos en la administración pública de 1945 a 1947, de conformidad con el Decreto N^o 43 del 13 de diciembre de 1945, entraron a reforzar

los fondos del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, y especialmente se destinaron a financiar los beneficios extraordinarios que con carácter de retroactividad se reconocieron en favor de los empleados públicos al servicio del Estado en enero de 1947.

Se observa luego que a partir de 1949, inclusive, los ingresos reales resultaron menores a las cuotas que se estimó debieron ingresar a la CAJA, diferencia producida por la insuficiencia de los impuestos durante esos años. La diferencia se debe, no a disminución absoluta en los productos por impuestos, sino a que el número de asegurados, como lo muestran los cuadros adjuntos, ha venido aumentando año con año y, sobre todo, por el aumento notorio que en los sueldos se ha observado durante estos tres últimos años.

La imposibilidad de pasar por encima a un Decreto, —el 43 antes citado,— y a los cálculos técnicos que mediaron en su creación, ha impedido que los faltantes de estos últimos años se cubran con los sobrantes de los anteriores.

Los cuadros adjuntos ilustran, de mejor manera respecto a la historia financiera, —en lo que a ingresos se refiere—, y respecto al aumento en el número de asegurados en los dos sistemas vigentes”.

ASEGURADOS EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DESDE EL AÑO 1944 HASTA EL AÑO 1950

AÑO	AMBAS EMPRESAS						EMPRESAS PARTICULARES						TRABAJADORES DEL ESTADO	
	Enfer. y Mater.			Inv. Vej. Muer.			Enfer. y Mater.		Inv. Vej. Muer.		Enfer. y Mater.		Inv. Vej. Muer.	
	Patron.	Trabjs.	Trabjs.	Patron.	Trabjs.	Trabjs.	Patron.	Trabjs.	Trabjs.	Patron.	Trabjs.	Trabjs.	Trabjs.	
														Trabjs.	Patron.	Trabjs.	Patron.
1944	—	25,710	—	—	—	—	16,474	—	—	—	9,236	—		
1945	2,692	43,472	—	—	—	2,692	31,884	—	—	—	11,588	—		
1946	3,223	47,192	—	—	—	3,223	35,304	—	—	—	11,888	—		
1947	4,324	50,333	675	12,049	—	4,324	37,659	675	4,091	—	12,674	7,958		
1948 *	4,324	50,333	675	12,049	—	4,324	37,659	675	4,091	—	12,674	7,958		
1949	3,994	57,398	589	13,053	—	3,993	45,269	589	4,890	—	12,129	8,163		
1950	4,266	63,317	715	13,584	—	4,265	50,365	715	5,448	—	12,952	8,136		

* Para 1948 se repiten las cifras de 1947 por no haber estadísticas relativas a dicho año.

INGRESOS Y EGRESOS DE LOS SEGUROS
DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
(En Colones)

PERIODO:	TOTALES INGRESOS	Ingresos del Seguro de Enfermedad y Mater.	Ingresos del Seguro de Invalid. Vejez y Muer.
Desde el Inicio hasta el 31 de Dic. 1943	4,788,370.44	1,993,790.59	2,794,579.85
Año 1944	3,820,052.48	2,628,284.07	1,191,768.41
" 1945	5,199,194.93	3,771,227.71	1,427,967.22
" 1946	6,737,776.33	5,308,146.26	1,429,630.07
" 1947	8,592,305.44	5,961,209.13	2,631,096.31
" 1948	10,047,387.93	6,346,695.64	3,700,692.29
" 1949	14,471,870.23 *	7,267,495.44	7,204,374.79
" 1950	12,551,282.63	8,191,365.89	4,359,916.74

* Esta partida se compone de ₡ 3.408.028.87 que la Junta Fundadora de la Segunda República pagó a la CAJA por concepto de sumas que habían dejado de enterarse a ella en años anteriores, más ₡ 11,063,841.36 que produjeron las cuotas de los trabajadores, las cuotas de los patronos particulares y los impuestos para 1949. Lo pagado por la Junta se abonó íntegramente a Invalidez, Vejez y Muerte.

DETALLE SOBRE CUOTAS DEL ESTADO

(En Colones)

PERIODO:	Cuotas que debieron ingresar Seg./Liquidación	SUMAS REALMENTE INGRESADAS				DEFICIT (b)
		Total	Seg. Enfermedad y Maternidad	Seg. Invalidez Vejez y Muerte	Excedentes	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Desde el Inicio hasta el 31 de Dic. de 1943.	664,707.03	3,413,251.88	664,707.03	-----	2,748,544.85	-----
Año 1944	735,840.53	1,927,608.94	736,840.53	-----	1,191,768.41	-----
" 1945	1,041,490.02	2,469,457.24	1,041,490.02	-----	1,427,967.22	-----
" 1946	1,609,799.17	2,605,742.64	1,609,799.17	-----	99,943.47	-----
" 1947	2,674,244.41	2,812,270.32	1,743,713.72	1,068,556.60	138,025.91	-----
" 1948	3,093,144.95	3,636,126.37	1,800,496.19	1,835,630.18	542,981.42	-----
" 1949	3,759,040.00	3,283,116.15 (a)	1,795,812.87	1,487,303.28	-----	475,923.85 (c)
" 1950	4,123,151.81	3,355,294.89	2,078,194.85	1,277,100.04	-----	767,856.92 (d)

(a) A los ingresos de este año, deben sumarse ₡ 3,408,028.87 que la Junta Fundadora de la Segunda República pagó en este año a la CAJA por concepto de cuotas no entregadas en años anteriores al Seguro Social, suma que en su totalidad se abonó al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

(b) Los déficits que contiene esta columna se obtuvieron restando a la columna (2) la columna (3). Esta columna (3) significa el producto de los impuestos.

(c) De este déficit corresponden: ₡ 260,383.90 al Seguro de Enfermedad y Maternidad y ₡ 215,539.95 al de Invalidez, Vejez y Muerte.

(d) De este déficit corresponden: ₡ 252,770.74 al Seguro de Enfermedad y Maternidad y ₡ 515,086.18 al de Invalidez, Vejez y Muerte.

En febrero de 1950, el Auditor de la Caja presentó un primer informe que confirmaba en todos sus extremos las apreciaciones que la Gerencia había venido haciendo sobre la insuficiencia de la cuota del Estado, y desde esa época quedó planteada la necesidad de buscarle una solución a tan agudo problema financiero.

La preocupación siempre vigente de la Junta Directiva por encontrar una fórmula que permitiera a la Caja percibir del Gobierno una cantidad de dinero adecuada a las obligaciones sociales asumidas frente a los asegurados, encontró otro motivo para manifestarse cuando el Ministerio de Hacienda, planteó la necesidad de suprimir los impuestos específicos destinados a financiar los seguros sociales por parte del Estado, y consignar en lugar de ellos una asignación fija en el Presupuesto Nacional. Esa tendencia del Poder Ejecutivo quedó concretada en la nota que el Jefe de la Oficina de Presupuesto, envió a la Caja en julio de 1950 y que textualmente dice:

OFICINA DEL PRESUPUESTO

República de Costa Rica

ASUNTO: Remisión Proyecto Reforma
a la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

San José, Costa Rica, Julio 24 de 1950.

Señor don Miguel A. Dávila U.
Gerente de la Caja Costarricense
de Seguro Social,
Presente.

Muy estimado señor:

Para su consideración y de acuerdo con la conversación sobre el particular, me es grato remitir a Ud. el Proyecto de Reforma a la Ley Constitutiva de la Caja disponiendo que la cuota del Estado, como tal y como Patrono, se cubra mediante una suma fija que incluirá la Ley General de Presupuesto; asegurándole la puntual percepción de los pagos y que la fijación de tal suma no será inferior al producto en el año anterior de las rentas que se compensan.

Atentamente,

(f) Roberto Lizano Trejes
Jefe Oficina Presupuesto, a. i.

PROYECTO

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA

Considerando:

1º—Que la existencia de rentas afectadas con un fin especial está en contraposición con los propósitos de un eficiente ordenamiento de la Hacienda Pública.

2º—Que la ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en previsión de la garantía que necesariamente debe existir en cuanto al cumplimiento de las obligaciones del Estado con esa institución, creó varias rentas cuyo producto quedó afectado directamente con el fin previsto en dicha ley.

3º—Que es posible armonizar los propósitos de un ordenamiento fiscal con el espíritu de la Ley constitutiva de la Caja en cuanto a la garantía y seguridad que ésta debe tener respecto a las obligaciones del Estado.

Por tanto,

DECRETA:

Artículo 1º—Modifícase el artículo 25 de la Ley N° 17 de 13 de octubre de 1943 el cual se leerá así:

Artículo 25.—El producto de los impuestos creados por el artículo anterior ingresará directamente a la Administración General de Rentas del Estado, en compensación del cual se incluirá una suma anual en la Ley General de Presupuesto que el Tesorero Nacional hará efectiva mediante giros mensuales a la orden de la Caja. Si por cualquier circunstancia se suspendieran, atrasaran o disminuyeran los pagos, queda facultada la Caja para gestionar ante la institución que actúe como Cajero del Estado, que de las rentas generales del Gobierno retenga el monto de las cuotas adeudadas, solicitud que deberá atender sin demora.

Sin embargo, cuando la suma asignada en el Presupuesto General a favor de la Caja, fuere menor que el producto de las rentas compensadas, según liquidación del año anterior, a solicitud de la Caja, el Cajero del Estado continuará apartando y poniendo a su orden exclusiva el producto de las rentas dichas.

Artículo 2º—Esta Ley rige a partir del 1º de enero de 1951.

Dado en el Salón de Sesiones, etc.

Este proyecto de Ley no llegó nunca a la Asamblea Legislativa, seguramente porque el Ejecutivo pensó que, al incluir una partida global para la Caja en la Ley de Presupuesto para 1951, quedaba derogada la disposición contenida en el artículo 25 de la Ley Constitutiva de la Caja.

La opinión de la mayoría de los miembros de la Junta Directiva siempre fué adversa que se suprimieran los impuestos especiales para el seguro social en beneficio

de la unidad de Caja Fiscal. Creyeron siempre —y con no poca razón— que en la autonomía económica encuentra asidero firme la autonomía funcional de la Institución. Y solamente ante la persistencia de la tesis gubernamental de llegar a la unidad de Caja Fiscal, fué que llegaron a conformarse con tal decisión, no sin antes exponer su punto de vista en el sentido de que era preciso garantizar, por medio de una ley especial, la forma de pago de la cuota estatal al Seguro Social. Producto de esa inquietud de la Junta Directiva es el memorándum que a continuación se inserta:

“Nº 2676—50

MEMORANDUM DE: La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

PARA: El Sr. Ministro de Economía y Hacienda.

ASUNTO: Contribución del Estado como tal y como patrono, para los regimenes de Enfermedad y Maternidad, e Invalidez, Vejez y Muerte.

LUGAR Y FECHA: San José, 4 de agosto de 1950.

Por Ley Nº 17 de 22 de octubre de 1943, Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Estado hace frente a su cuota como tal y como patrono, por medio del producto de los impuestos señalados en el Artículo 24 de la citada ley.

El Supremo Gobierno desea suprimir todas las afectaciones especiales del régimen de la Hacienda Pública, entre otros motivos por la complicación que ese sistema le ocasiona en los métodos de tesorería y de contabilidad en general.

La Caja Costarricense de Seguro Social desea entrar en el análisis del problema con un criterio de conjunto, es decir, tomando en cuenta tanto el aspecto del Supremo Gobierno, como la trascendencia que el punto tiene para la Institución, haciendo efectiva en esa forma la bien entendida autonomía funcional, que debe regir tratándose de la unidad del Estado.

La doctrina sobre la materia, expresada por medio de tratadistas y recomendaciones internacionales, es unánime en que las instituciones de seguro o seguridad social deben tener un amplio margen de autonomía económica, jurídica y funcional. En un régimen de contribución tripartita como el de Costa Rica, la cuota del Estado como tal y como patrono es uno de los factores más importantes dentro de la enunciada autonomía económica. Es así como el legislador adoptó el método de garantizar por medio del producto de impuestos la contribución estatal, al igual que en muchos otros países como Brasil, Chile, Italia, Panamá, Perú, Rumania y Uruguay.

Todo régimen de Seguro Social se desenvuelve a base de un delicado mecanismo financiero, razón por la cual no es recomendable que la contribución estatal quede su-

jeta a la aprobación de un cuerpo de estructura eminentemente político como es la Asamblea Legislativa de cualquier nación.

Han considerado los tratadistas en la materia, que la contribución estatal debe estar plenamente garantizada para facilitar a las Instituciones correspondientes la realización de sus programas de manera permanente y progresiva. Igualmente advierten el peligro que podría existir, en el caso de que sus presupuestos fueran discutidos sin tomarse en cuenta los principios sobre los cuales descansan las entidades de Seguro Social. Como esta materia se presta fácilmente a discusiones que pueden ser motivadas únicamente por intereses extraños, las diversas Asociaciones Internacionales sobre Seguridad Social, se pronuncian decididamente en el sentido de alejar toda discusión al respecto de entidades u organismos ajenos a ellas, pero admitiendo sí, el control del Estado a través de las Oficinas correspondientes en cuanto a la formulación, liquidación y correcta y honesta aplicación de las normas fiscales en relación con sus presupuestos.

La Caja Costarricense de Seguro Social con todo respeto se permite defender la tesis de máxima garantía en la contribución del Estado, y considera el método de cesión del producto de impuestos, como el más recomendable; no podría por lo tanto apadrinar o aprobar siquiera alguna medida que contradijera lo anteriormente expuesto; sin embargo, como se dijo al principio de este memorándum, al mirar el problema con un criterio de conjunto, también toma muy en cuenta las necesidades del Supremo Gobierno, por lo que se permite respetuosamente hacer al Poder Ejecutivo, por medio del señor Ministro de Economía y Hacienda, la siguiente proposición:

1.—Eliminar la actual forma de financiación de la Cuota del Estado como tal y como patrono, lo que implica una simplificación en los métodos de tesorería y contabilidad para el Despacho de Hacienda.

2.—Sustituir el método actual por el de una cuota fija especial que se hará incidir sobre la renta de licores y que no podrá ser nunca inferior al monto que hayan producido en el último ejercicio las afectaciones especiales que actualmente se destinan a la Caja. Esta cuota que se pagará mediante entregas mensuales será separada siempre automáticamente por la Administración General de Rentas, a fin de que no figure como parte del Presupuesto del Estado.

3.—Fijar la suma exacta en la cual quedará afectada la renta de licores.

4.—Determinar detalladamente el procedimiento de pago a la Caja de la renta afectada a su favor, para asegurar una correcta y puntual percepción de los fondos.

5.—Incluir en el presupuesto general de gastos de la Nación las sumas adicionales que el Gobierno pueda destinar, de acuerdo con su situación financiera, para amortizar parcial o totalmente el faltante en las contribuciones que el Estado debería enterar anualmente a la Caja y que hasta el momento le ha sido imposible cubrir.

Se ha escogido la renta de licores por juzgar que es quizá la que reúne las características que la hacen aceptable técnicamente para cubrir las contribuciones que corresponden al Estado, por no estar quizá sujeta a grandes variaciones por inesperadas situaciones internacionales, tal como la guerra, y por ser su monto suficiente para cubrir aquellas obligaciones.

Consideramos que la anterior propuesta tiene la enorme ventaja de conseguir una simplificación de procedimientos para el Supremo Gobierno, y la de coordinar en lo posible los intereses de la Caja con las normas indispensables para el correcto funcionamiento de la Hacienda Pública.

Finalmente, hacemos constar que tenemos confianza en los diversos organismos que tendrían que intervenir actualmente en la formulación o revisión del presupuesto de la Caja, pero al mismo tiempo, no podemos pasar por alto la circunstancia de que nuestra gestión no se circunscribe al presente, sino que estamos obligados a velar por el futuro de la Institución.

Muy atentamente,

(f) *Miguel Angel Dávila*
Gerente."

La gestión contenida en el memorándum no llegó a tener éxito y en la Ley de Presupuesto para 1951, apareció una suma global fija como contribución del Estado para pagar sus cuotas como tal y como patrono. La partida consignada no llenó ni con mucho la suma que, según los cálculos actuariales, debería ingresar a la Caja para que ésta pudiera hacer frente correctamente a sus obligaciones. Por eso la Junta Directiva envió, en mayo de 1951, un extenso Memorándum al Poder Ejecutivo concebido en los siguientes términos:

MEMORANDUM DE: La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

PARA: El Poder Ejecutivo.

ASUNTO: Contribución del Estado para el financiamiento de los Seguros Sociales.

LUGAR Y FECHA: San José, 30 de mayo de 1951.

I.—OBJETO

La presente exposición tiene por objeto enterar al Supremo Gobierno de la República de la insuficiencia de la cuota estatal destinada al financiamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social. La cuota del Estado como patrono y como tal se cubre por medio de los impuestos expresamente establecidos en el artículo 24 de la Ley Constitutiva de la Caja.

Al presentar este Memorándum, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social cumple con el procedimiento indicado en la propia Ley Constitutiva que

dispone en su artículo 25: "El producto de los impuestos creados por el artículo anterior ingresará directamente a la Administración General de Rentas del Estado, quien la apartará a la orden de la Caja, la cual será la única autorizada para girar contra ella; y, si resultare insuficiente, la Junta Directiva lo pondrá en conocimiento del Poder Ejecutivo, quien enviará al Congreso la ampliación o aumento de tales impuestos".

Fué intención expresa y concreta del legislador que en ningún momento el Seguro Social percibiera menos de la suma necesaria para el mejor logro de sus fines, al disponer en forma terminante que si el producto de los impuestos "resultare insuficiente, la Junta Directiva la pondrá en conocimiento del Poder Ejecutivo, quien enviará al Congreso la ampliación o aumento de tales impuestos".

II.—ANTECEDENTES

La Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, número 17 del 22 de octubre de 1943, creó el sistema de financiación tripartita, a base de las cuotas forzosas de los trabajadores, de los patronos particulares y del Estado como patrono y como tal. Con el objeto de financiar la contribución del Estado como patrono y como tal, el artículo 24 de la citada Ley Constitutiva destina el producto de una serie de impuestos, que se debe apartar a la orden de la Caja.

Inicialmente, cuando el sistema de Seguros Sociales ofrecía a la población asegurada sólo la cobertura de los riesgos de Enfermedad y Maternidad, el producto de los impuestos creados para financiar la cuota del Estado bastó para hacer frente a la contribución a su cargo. Aún más: el producto de esos impuestos no sólo fué al principio suficiente, sino que además hubo sobrantes, con los que se constituyó una reserva a fin de hacer mejoras muy sustanciales a los servidores del Estado cuando el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte entró en vigencia el 1º de enero de 1947. No hay duda de que la implantación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte para los trabajadores públicos, entre otras causas, contribuyó a la desfinanciación de la cuota Estatal por insuficiencia del monto de los impuestos creados para satisfacerla.

Los nuevos riesgos cubiertos imponían al Estado una cotización del 2½% de los salarios como patrono, y del 2½% en su calidad de Estado. Además, es bueno advertir que a partir del 1º de julio del mismo año de 1947, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se extendió también a un grupo considerable de trabajadores particulares, teniendo el Estado en este caso que contribuir con un 2½% de sus salarios, en su calidad de Estado.

Con este somero análisis de antecedentes se desea dejar bien claro el historial de la cuota del Estado desde la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social hasta la fecha, y con ello demostrar que no obstante haber ido creciendo notablemente las obligaciones, no se aumentaron correlativa y proporcionalmente los impuestos destinados a satisfacerlas.

III.—IMPORTANCIA Y TRASCENDENCIA DE LA CONTRIBUCION DEL ESTADO

Constituye la organización de la Seguridad Social una de las principales preocupaciones del Estado moderno, ya que es considerada como el medio más eficaz y directo de dar protección a todo el que la necesita. Como un primer paso hacia el implantamiento de sistemas amplios y completos de Seguridad Social se establecen los Seguros Sociales que son, indudablemente, uno de sus pilares más importantes. Pero para que los sistemas de Seguros Sociales puedan convertirse en forma paulatina y segura en sistemas amplios y completos de Seguridad Social, requieren el apoyo firme y decidido de los Gobiernos.

Los seguros Sociales necesitan el respaldo de una sólida estructura financiera para su feliz realización. Es por ello que hacen uso de la ciencia Actuarial, para determinar que el monto de los beneficios a otorgar guarda relación o equilibrio con los recursos con que se ha de contar. Partiendo de la anterior premisa, es indudable que cualquier institución de Seguro Social correría inminente peligro de desfinanciación, si alguno de los factores considerados en sus cálculos, recursos y prestaciones, sufre algún desequilibrio.

Desde que la Caja Costarricense de Seguro Social empezó a funcionar, se sabía de antemano que estaba condenada a atravesar una grave situación financiera por la liberalidad de sus beneficios en relación con las contribuciones destinadas a hacerles frente. La Junta Directiva y la Gerencia actuales lo han comprendido así y están buscándole una solución oportuna y definitiva. Pero el problema toma caracteres todavía más alarmantes si ni aún las contribuciones previstas en los cálculos ingresan completas a la Institución: tal ocurre con los impuestos creados para cubrir la cuota del Estado como patrono y como tal, que han resultado del todo insuficientes. No escapa el elevado criterio del Poder Ejecutivo que la contribución del Estado es fundamental para poder realizar, en forma científica y seria, la actual protección y las futuras ampliaciones de los diferentes riesgos del Seguro Social en Costa Rica.

IV.—EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD Y LA CUOTA DEL ESTADO

a) *Generalidades.*

El déficit de la cuota estatal ocurrido durante el año de 1949 y el primer semestre de 1950, se aplicó en partes proporcionales a los Seguros de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte. A partir del 1º de julio del año próximo pasado se adoptó, como norma técnica en la materia, que el Seguro de Enfermedad y Maternidad debe recibir completa la contribución del Estado, quedando por tanto a cargo del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte la totalidad del déficit de la Cuota del Estado. Se procedió en esa forma porque dentro de un sistema de reparto simple, las entradas del año deben distribuirse dentro de ese mismo período en forma de prestaciones: caso concreto del Seguro de Enfermedad y Maternidad.

b) *Instalaciones materiales urgentes.*

Cabe recordar aquí que los servicios del Seguro de Enfermedad y Maternidad fueron extendidos a un amplio sector del país sin haber tenido el especialísimo cuidado de contar, en el momento de esas extensiones, con todas las instalaciones materiales del caso, tales como hospitales, consultorios, oficinas administrativas, equipo médico, mobiliario, etc., razón por la cual la Caja tiene hoy serios problemas que afrontar de inmediato. Para subsanar en parte esas imprevisiones, actualmente se está en conversaciones con funcionarios del Ministerio de Salubridad y de la Junta de Protección Social de San José, para ver si es posible construir un pabellón más en el Hospital Antituberculoso, con el fin de destinarlo a los enfermos del broncopulmonares que hay en el Hospital Central de la Institución, ya que es imposible mantenerlos en la situación en que están; el propio Director del Departamento de Prestaciones Médicas y los especialistas que atienden a esos enfermos, piden se haga cualquier sacrificio para solventar el problema. Ante el deseo de dar una solución adecuada se tropieza con el obstáculo económico: el costo de ese pabellón, según el ingeniero encargado de la construcción de aquel Hospital, señor Gutiérrez, es de ₡ 882.189.00

Por otro lado hay necesidad de pensar seriamente en un edificio para Hospital Central ya sea dentro de un plan nacional o particular. Se está purgando el pecado de haber destinado para el Hospital un edificio que no reúne las condiciones necesarias para ello. También es de urgencia resolver el problema del Hospital de Turrialba, el cual ha de ser para toda esa zona en general, tomando en cuenta que en ella está establecido el Seguro Familiar. Estas construcciones deben contemplarse dentro de un plan técnico para no incurrir de nuevo en las deficiencias que contemplamos en la actualidad, y con miras no sólo a las necesidades del momento sino también a las futuras, por lo menos para algunos años.

Además del pabellón en el Hospital Antituberculoso, del Hospital Central y del Hospital de Turrialba, existe una necesidad apremiante de realizar varias construcciones en algunas provincias, tales como Dispensarios en Juan Viñas, Peralta y Villa Quesada; edificios para Dispensarios y Oficinas en Puntarenas y Heredia, teniendo la Caja para estos últimos, los terrenos respectivos de su propiedad.

A pesar de la urgencia del programa de construcciones que bien podríamos calificar de necesidad inmediata, no existe la pretensión de realizarlo en un período más o menos corto. Pero es firme el propósito de pensar en la mejor forma de hacerlo de manera gradual y dentro de un correcto planeamiento.

c) *Seguro Familiar.*

La protección familiar, puesta en vigencia desde hace algunos años en la provincia de Heredia y en los cantones de La Unión, Jiménez y Turrialba, ha resultado una experiencia difícil desde el punto de vista financiero, ya que para esta protección únicamente se impuso una cotización adicional de 1% con relación a la protección directa (1/2% más a cargo de los trabajadores y 1/2% más a cargo de los patronos). Con

ese insignificante aumento en la cotización, la Caja adquirió la obligación de atender un promedio de cinco familiares por cada asegurado directo, con el agravante de que en esta protección especial el Estado no tiene a su cargo contribución adicional alguna, como sería necesario. Nótese pues a las claras, la imprevisión de tal medida.

d) *Mayor uso de los servicios y aumento en los costos.*

Dos razones principales han hecho que la demanda por los servicios médicos que otorga la Institución sea cada día mayor; a) el alto costo de la vida ha obligado a quienes antes podían pagar un médico particular a recurrir actualmente a los servicios del Seguro Social; y b) la confianza cada día creciente en los servicios médicos de la Institución. El mayor uso de los servicios del Seguro Social ha venido a representar para la Caja un enorme aumento en sus gastos, cosa que se ha reflejado en el mayor número de horas médicas de consulta, en el aumento del personal médico hospitalario y en la excesiva cantidad de recetas que se despachan. La mayor afluencia de los asegurados ha obligado a aumentar y perfeccionar todo el engranaje de la Institución.

Los decretos de salarios mínimos han hecho aumentar también considerablemente los egresos de la Institución, al extremo de que los dos últimos promulgados, (julio de 1949 y diciembre de 1950), representan un aumento anual de ₡ 125.000.00 aproximadamente, por ese concepto.

La vigencia de los recargos cambiarios significó un aumento en los gastos por razón de medicinas y equipo importados de alrededor de ₡ 150.000.00 anuales, sin tomar en cuenta el mayor valor de las medicinas compradas en el país por la misma razón; por otro lado, la Caja paga también a un precio más elevado todos los implementos, medicamentos y materiales que usa en lo médico y en lo administrativo.

Contrasta notablemente el aumento siempre creciente en el costo de los servicios y su demanda, con la circunstancia de que los recursos no han mejorado en la misma proporción.

Se comprende sin mayor esfuerzo la difícil situación de la Caja, si se agrega que no obstante lo antes expuesto, se continúa otorgando a los asegurados los beneficios inicialmente contemplados en la Ley, sus Reglamentos y acuerdos de la Junta Directiva.

e) *Demanda de nuevas extensiones del Seguro de Enfermedad y Maternidad.*

La Caja está estudiando el serio problema originado en la exposición que antecede, pero su resolución no sólo depende del estudio sobre la liberalidad de los beneficios sino que también, en buena parte, de la contribución económica del Estado al Seguro Social.

Son muchas y muchas las solicitudes y mayor la necesidad de extensión a nuevas zonas del país del Seguro de Enfermedad y Maternidad. El propio señor Presidente de la República, en su mensaje a la Asamblea Legislativa con motivo de su toma de posesión, se refirió a la necesidad de llevar la protección del Seguro Social a la zona bananera del Pacífico.

Pero la cruda verdad es que para que el Seguro de Enfermedad pueda extenderse a nuevas zonas es absolutamente indispensable no sólo que el Estado cubra el déficit de su cuota, sino que además mejore su aporte en la proporción en que se requiera para poder darle protección a las poblaciones del país que más urgentemente la está necesitando.

V.—EL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE Y LA CONTRIBUCION DEL ESTADO

En anteriores líneas se indica que en la actualidad el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte está soportando el déficit total de la Cuota del Estado. El sistema financiero sobre el cual se basa el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, es el de capitalización, por lo que durante estos primeros años la mayor parte de las contribuciones de trabajadores, patronos y el Estado, se destinan a ser invertidas, con el objeto de que a una tasa de interés pre-determinada en los cálculos actuariales, puedan suministrar los recursos necesarios para hacerle frente a las prestaciones del sistema. Es lógico que los cálculos matemáticos realizados no puedan operar si el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte no cuenta con las contribuciones previstas.

Como se hizo oportunamente del conocimiento del Honorable Gobierno y de la opinión pública, del estudio actuarial realizado por el señor C. J. Nesbitt se desprende un déficit actuarial de dicho régimen. Este déficit se origina en la desproporción existente entre los recursos con que cuenta el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, y los beneficios a otorgar. Así pues, el señor Nesbitt, al hacer sus cálculos, supuso que el Estado paga su contribución completa del 2½% como patrono y del 2½% como tal para ese sistema. Desde hace algunos meses la Junta Directiva de esta Institución está estudiando el problema a efecto de solucionar esa liberalidad de los beneficios del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, pero es indispensable poder contar a ciencia cierta con la contribución del Estado, pues de lo contrario el déficit supuesto aumentaría sustancialmente.

No obstante lo dicho, cabe advertir que algunas circunstancias quizá no suficientemente ponderadas por el señor Nesbitt, tales como el tipo de rédito promedio o las devoluciones de cuotas a asegurados, pueden llegar a tornar la situación de este régimen a través del tiempo, en un poco más favorable.

Muy importante es anotar que de los 12.000 asegurados, aproximadamente, del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, son trabajadores del Estado más o menos 8.400, lo que da una clara idea de que ese sistema es casi un Seguro para los empleados públicos. Esto todavía viene a reforzar más la necesidad de que el Estado solucione el problema de su contribución al Seguro Social.

A manera de ejemplo —y para demostrar la enorme trascendencia que para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte tienen las sumas dejadas de percibir—, es bueno observar que \$ 1,000.000.00 de reservas colocado a un tipo de interés del 4% anual durante 25 años, le proporciona recursos por más de \$ 2,600.000.00. Tal el efecto sorprendente del interés compuesto en el sistema de capitalización.

VI.—CONCLUSION Y CONSIDERACIONES FINALES

Con base en todo lo expuesto, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social presenta respetuosamente al Supremo Gobierno de la República, el cobro de la deuda proveniente de la insuficiencia de la cuota estatal durante los años de 1949 y 1950, cuota que le corresponde en su calidad de patrono y de Estado. Asimismo solicita formalmente, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley Constitutiva de la Caja antes transcrito, se pida a la Honorable Asamblea Legislativa la ampliación o aumento de los impuestos destinados al financiamiento de la cuota del Estado como patrono y como tal.

El estado actual de la deuda correspondiente a los años de 1949 y 1950 (Anexo N° 1) es el siguiente:

Déficit en el año 1949	₡ 475.930.84
Déficit en el año 1950	767.811.67
Total	<u>₡ 1.243.742.51</u>

El déficit de la cuota estatal correspondiente al primer trimestre del año 1951, asciende aproximadamente a la cantidad de ₡ 250.000.00.

No escapa al elevado criterio del Poder Ejecutivo, que a medida que el tiempo avanza la situación será más difícil de reparar, tanto por la cuantía de la deuda cuanto por el quebranto que significa para la Institución.

La Junta Directiva confía, ya que no sólo es inquietud nacional sino también internacional, que el Poder Ejecutivo comprenda claramente la necesidad de resolver la situación que se deja planteada, ya que uno de los fines esenciales del estado moderno es apoyar moral y económicamente los programas de Seguridad Social.

ANEXO N° 1.

SITUACION DE LA CUENTA DEL ESTADO POR LA INSUFICIENCIA DE LAS RENTAS PARA CUBRIR SUS OBLIGACIONES COMO TAL Y COMO PATRONO, EN LOS AÑOS 1949 Y 1950.

SEG. DE ENFERM. Y MATERN.	AÑO 1949	AÑO 1950	TOTALES
Estado como patrono de trabajadores no protegidos por el Seg. Familiar 2.5%..	761,232.72	880,166.64	
Estado como patrono de trabajadores protegidos por el Seg. Familiar 3%.....	87,306.55	93,695.80	
Estado como tal, trabajadores no protegidos por el Seg. Familiar	1,005,256.68	1,147,647.47	
Estado como tal, trabajadores protegidos por el Seg. Familiar	202,404.66	209,458.55	
<i>Total Obligaciones Enferm. y Mater.....</i>	<u>2,056,200.61</u>	<u>2,330,968.46</u>	4,387,169.07
SEG. DE INVAL. VEJEZ Y MUERTE			
Estado como patrono	612,844.80	649,926.66	
Estado como tal	1,090,001.58	1,142,211.44	
<i>Total Obligaciones Inval. Vejez y M.....</i>	<u>1,702,846.38</u>	<u>1,792,138.10</u>	3,494,984.48
<i>Total Obligaciones del Estado 1949-50....</i>			<u>7,882,153.55</u>
Bónos:			
RENTAS DEL ESTADO			
Licores Nacionales	2,214,358.24	2,147,771.86	
Tributación Directa	424,814.95	470,639.95	
Impuestos Aduanas	176,692.56	270,431.93	
Timbres 2%	242,574.25	219,502.65	
Cerveza Nacional	145,665.00	160,647.00	
Refrescos Nacionales.....	78,932.50	86,286.00	
	<u>3,283,037.50</u>	<u>3,355,279.39</u>	
Más cuota pat. Inst. Cáncer	78.65	15.50	
	<u>3,283,116.15</u>	<u>3,355,294.89</u>	
<i>Déficit Total 1949-50</i>			<u>6,638,411.04</u> <u>1,243,742.51</u>

DISTRIBUCION DEL DEFICIT

Seguro de Enfermedad y Maternidad.....	260,334.41	253,548.23	
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.....	215,596.43	514,263.44	
	475,930.84	767,811.67	1,243,742.51

El señor Gerente, acompañado del Ministro de Trabajo y a la vez Presidente de la Directiva de la Institución, hicieron entrega personal en manos del señor Presidente de la República del documento transcrito, y oportunamente informaron a la Junta Directiva que el Jefe del Ejecutivo se había mostrado muy interesado en buscar una solución adecuada al problema de la insuficiencia de la cuota estatal. Dijo en aquella ocasión el Presidente, que la Caja podría ayudar a la solución del problema proponiendo la creación de nuevos impuestos o pidiendo la extensión de los ya existentes. Además solicitó un estudio en el cual se contemplara, no solamente la estimación de la cuota gubernamental en relación con las necesidades actuales, sino la estimación correspondiente con miras a las extensiones futuras que se tuvieran en mente. Atendiendo a las sugerencias del señor Presidente de la República, la Junta Directiva acordó en su sesión de 13 de julio de 1951 lo siguiente:

“Que el Departamento Actuarial haga un estudio que permita determinar las necesidades actuales de la Caja, así como la posibilidad de las extensiones inmediatas del Seguro de Enfermedad y Maternidad a nuevas zonas y lo que costaría extenderlo a toda la población trabajadora del país, con el objeto de señalarle al Poder Ejecutivo el aumento de la cuota estatal que sería necesario en cada una de esas posibilidades”.

El 13 de junio de 1951, el señor Presidente de la República envió la siguiente carta circular a los miembros de la Junta Directiva de la Caja:

Señores

“Junio 13, de 1951.

Don Rubén González Flores, Presidente,
 Dn. don José Ml. Quirce M., Vice-Presidente,
 Don Rogelio Valverde Vega, Vocal.
 Don Otto Fallas Monge, Vocal.
 Don Fernando Alfaro Iglesias, Vocal.
 Don Claudio González Quirós, Vocal.

Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.
 CIUDAD.

Estimados señores:

Tengo el gusto de avisar a Uds. recibo de su atenta comunicación de mayo veinti y uno, que me fué entregada hoy por el Sr. Gerente de la Caja Costarricense

de Seguro Social, junto con la exposición de la misma procedencia sobre la situación de la Caja en referencia con la insuficiencia de la cuota estatal destinada a su sostenimiento.

De conformidad con lo convenido en la conversación con el Sr. Gerente, en la cual estuvo presente el señor Ministro de Trabajo, Presidente de esa Directiva, esperearemos a que los Miembros del Consejo de Gobierno hayan recibido y estudiado copias de la exposición que me fué entregada para convocarlos a Consejo una vez que, además, la Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social haya completado el estudio del problema que anuncia en la misma exposición, a fin de invitarla para que asista al Consejo con el interés de que los resultados de ese estudio sean la base para la consideración del asunto.

Soy de Uds. muy atento y seguro servidor,

(f) Otilio Ulate''.

El señor Presidente ratifica en su carta el deseo de que la Caja someta al Poder Ejecutivo un estudio detallado del monto de la cuota estatal al presente y también en relación con las extensiones planteadas para el futuro. Por eso la Junta Directiva presentó un extenso memorándum respondiendo a las peticiones del Presidente; ese memorándum dice lo siguiente:

MEMORLINDUM DE: La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

PARA: El Poder Ejecutivo.

ASUNTO: Aporte del Estado para el ejercicio del año 1952.

LUGAR Y FECHA: San José, 18 de agosto de 1951.

I.—INTRODUCCION

Tiene este Memorándum por objeto elevar al conocimiento del Supremo Gobierno de la República la estimación relativa a la suma que en su calidad de patrono y como tal corresponde al Estado aportar a la CAJA a fin de financiar los servicios del Seguro Social durante el año de 1952.

Presentar al Ejecutivo un informe completo que le permita conocer las estimaciones, coberturas y costos, con fundamento en un programa de largo alcance, que contemple la total cobertura en todo el territorio nacional, requiere un estudio sumamente laborioso y complejo, y un detenido trabajo de investigación que permita enfocar, de la manera más adecuada, las necesidades del futuro en materia de seguridad social, consideración habida de las posibilidades económicas y generales del país.

En este plan trabaja intensamente la Caja y oportunamente lo elevará a conocimiento del Poder Ejecutivo para los fines pertinentes.

A ello se debe que este informe se limite, por ahora, a contemplar las necesidades de la Caja para el próximo año 1952, con el objeto de que sea conocido por las oficinas encargadas de la elaboración del presupuesto nacional, a su debido tiempo, y de conformidad con la obligación que a la Caja impone el artículo 25 de la Ley Constitutiva.

La Caja ve con especial simpatía la idea del Poder Ejecutivo, la cual ha sido inquietud suya también, en el sentido de llevar el Seguro Social a las zonas bananeras y a otros lugares del país que urgen de estos servicios. No obstante se ha visto obligada a aplazar estas extensiones para el año 1953 por razones de imposibilidad material; pero, considerando que le es factible incrementar los servicios en otras zonas del país donde le es posible aprovechar instalaciones fijas con que ya cuenta, así como también coordinar fácilmente los servicios de unas regiones con otras y lograr un mayor aprovechamiento de su ya existente organización, se ha trazado un plan inmediato de extensiones que tiene por objeto llevar el Seguro de Enfermedad y Maternidad a lugares que lo han solicitado, que lo necesitan y a los que la CAJA puede garantizarles sus servicios e iniciarlos en el próximo año de 1952.

Por razones especiales de orden técnico y administrativo, las extensiones en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se aplazan para años futuros, por lo que durante el año 1952 esta cobertura se mantendrá a los trabajadores cubiertos hasta el presente año.

II.—PLAN INMEDIATO DE EXTENSIONES EN EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Como antes se dijo, con el propósito de hacerlo efectivo a partir del año de 1952, la CAJA ha proyectado un plan inmediato de extensiones que tiene por objeto llevar el Seguro de Enfermedad y Maternidad a los lugares siguientes:

- a) *En la Provincia de San José:* a los cantones de SANTA ANA, MORA, PURISCAL, PEREZ ZELEDON Y ACOSTA.
- b) *En la Provincia de Alajuela:* a algunos distritos circunvecinos, al distrito Central del Cantón Central, y al Cantón de NARANJO, a más de que se procederá a una revisión completa respecto al empadronamiento en el distrito central. Además, se desea estudiar la posibilidad de extender los servicios a los cantones de Alfaro Ruiz y Poás.
- c) *En la Provincia de Cartago:* a los distritos circunvecinos, al distrito Central del cantón Central, a los cantones de PARAISO, EL GUARCO y OREAMUNO, a más de una revisión completa respecto al empadronamiento en el distrito Central.
- d) *En la Provincia de Limón:* una revisión similar a las de Alajuela y Cartago.

go, en el distrito Central del Cantón Central, a más de incorporar algunos distritos circunvecinos al mismo, que por razón de vías de comunicación, concentración de trabajadores, necesidades, etc., permitan hacerlo.

- e) En la Provincia de Puntarenas: al cantón de ESPARTA y también una revisión completa en el distrito primero a fin de asegurar trabajadores que aún no lo están, así como extender los servicios a algunos distritos no cubiertos, del Cantón Central.

Se estima que para llevar a efecto las anteriores extensiones es necesario que el Estado, en su calidad de tal, contribuya con una suma adicional al año, de ₡ 154,300.00 distribuidos así:

Para la Provincia de SAN JOSE	₡ 38,300.00
Para la Provincia de ALAJUELA	44,800.00
Para la Provincia de CARTAGO	39,900.00
Para la Provincia de LIMON	4,000.00
Para la Provincia de PUNTARENAS	27,300.00

III.—DEFICITS DE LAS CUOTAS DEL ESTADO DURANTE LOS AÑOS 1949-50 y 51

Tal y como se manifestó en el Memorándum que lleva fecha 30 de mayo de 1951, los déficits en las cuotas del Estado correspondientes a los años 1949 y 1950 ascienden a la suma de ₡ 1,243,742.51 de lo cual una parte corresponde al Seguro de Enfermedad y Maternidad y otra al de Invalidez, Vejez y Muerte.

En vista de que el aporte fijado en el Presupuesto nacional para el pago de las cuotas del Seguro Social a cargo del Estado no alcanza a cubrir la suma total que de acuerdo con los porcentajes sobre las planillas corresponde aportar al Estado, se ha estimado el nuevo déficit que se originará al cerrar las operaciones de la CAJA al 31 de diciembre de 1951. Dicha estimación alcanza a la suma aproximada de ₡ 1,200,000.00, que corresponde íntegramente al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

De esta manera los déficits acumulados al 31 de diciembre de 1951 ascenderán, en números redondos, a la suma de ₡ 2,440,000.00.

Las anteriores diferencias que técnicamente resultan ser déficits, representan:

a) En el Seguro de Enfermedad y Maternidad, parte de los hospitales que todavía no se han construido y que deben construirse, parte de los centros de asistencia médica que no han sido levantados y que deben levantarse, parte de los equipos que la CAJA no ha adquirido y que debe adquirir, todo a fin de cumplir mejor su misión social y otorgar servicios más oportunos y eficientes; y,

b) En lo que al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte respecta, dichos déficits vienen siendo también parte de las Pensiones que a viejos, inválidos, viudas y huérfanos está la CAJA obligada a pagar en el futuro, de acuerdo con la ley y reglamentos respectivos.

Es fundamentalmente por tener el Estado la obligación moral y legal de garantizar los beneficios a los asegurados, que tales dineros deben ser pagados a esta Institución y razón por la que solicitamos que su importe total se incorpore en la contribución que se reconozca a la Caja en el presupuesto de la Nación para el año 1952.

Es necesario hacer notar que sobre las sumas que corresponden a déficits del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, el Estado debe reconocer el interés actuarial correspondiente. Como muy bien se sabe, dicha protección tiene como régimen financiero el de capitalización colectiva, dentro del cual es indispensable el elemento interés. La falta de colocación de las sumas en referencia no ha permitido el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte devengar ese interés, por lo que deseamos plantear ese aspecto también al Poder Ejecutivo.

IV.—CONTRIBUCION CON RESPECTO A LA POBLACION ASEGURADA EN LA ACTUALIDAD

De acuerdo con la población actualmente asegurada, se estima que las cuotas del Estado, al liquidar nuestro ejercicio correspondiente a 1951, alcanzarán a un total de ₡ 4,560.000.00. Por tanto, previendo posibles aumentos en los salarios de trabajadores ya asegurados, con respecto a esta misma población el aporte del Estado para 1952 puede estimarse en ₡ 4,788.000.00, cuya distribución vendría siendo la siguiente:

a) Para el Seguro de ENFERMEDAD Y MATERNIDAD....	₡ 2,700.000.00
Estado como patrono	₡ 1,120.000.00
Estado como tal	1,580.000.00
	<hr/>
b) Para el Seguro de INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE.....	₡ 2,088.000.00
Estado como patrono	₡ 766.000.00
Estado como tal	1,322.000.00
	<hr/>
Total	₡ 4,788.000.00
	<hr/>

V.—ESTIMACION GLOBAL DEL APOORTE DEL ESTADO PARA EL AÑO 1952

De acuerdo con las anteriores estimaciones se llega a la conclusión de que, a fin de cancelar las diferencias (o déficits) atrasados más la que en 1951 se produzca, así como para financiar el costo de los actuales servicios, más los que lleguen a suministrarse a través de las nuevas extensiones proyectadas para 1952, el Estado debe aportar a la CAJA, para el próximo año venidero, la suma global de ₡ 7,382.300.00 que se detalla de la siguiente manera:

a) Para el Seguro DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD....	₡	3,368.182.64
Por déficits años 1949 y 1950	₡	513.882.64
Por Estado patrono		1,120.000.00
Por Estado como tal (s/exten. vigentes)		1,580.000.00
Por Estado como tal (s/nuevas extens.)		154.300.00
		<hr/>
b) Para el Seguro de INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	₡	4,014.117.36
Por déficits años 1949-50-51	₡	1,926.117.36
Por Estado patrono		766.000.00
Por Estado como tal (s/exten. vigentes)		1,322.000.00
Por Estado como tal (s/nuevas extens.)		.....
		<hr/>
Suma Total Aporte del Estado 1952	₡	7,382.300.00
		<hr/>

VI.—POSIBLES FUENTES PARA FINANCIAR LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO PARA CON LA CAJA

De muy buen grado y en atención a la solicitud hecha por el Señor Presidente de la República, la Caja presta su colaboración sugiriendo algunos renglones de impuestos que podrían proporcionar recursos para financiar el pago del actual déficit en la cuota del Estado y su obligación completa como tal y como patrono, para el año de 1952. No obstante, desea hacer algunas consideraciones de carácter general en relación con el problema.

La sugerencia que nos permitimos más adelante hacer, se basa fundamentalmente, en planes inmediatos que tiene el Poder Ejecutivo en materia tributaria, más no en un estudio de la capacidad contributiva de los costarricenses en los distintos renglones de tributación, ya que la Institución no cuenta con los elementos técnicos del caso especializados en ese ramo, ni con las fuentes de información y análisis. Sin embargo, los impuestos que nos permitimos sugerir como posibles fuentes de recursos, tienen entre otras ventajas el de ser directos, por cuanto la Caja considera que la más justa forma de financiar las cuotas del Estado al Seguro Social, es por medio de una contribución de los habitantes que sean parte activa del proceso de producción, la cual debería ser en relación a los ingresos de cada uno de ellos.

Consideramos que los recursos para completar el aporte del Estado al Seguro Social para el año de 1952 y el pago de las sumas dejadas de percibir durante los años de 1949, 1950 y 1951, podrían obtenerse del producto del nuevo impuesto al café y/o del producto de la reforma al impuesto sobre la renta.

Cualquier otra colaboración que esté al alcance de la Caja en la materia, será presentada en el momento que la requiera el Poder Ejecutivo.

El resumen de los cuadros finales presentados en esta exposición da idea clara del problema planteado. Para pagar los déficits acumulados y responder en forma adecuada a sus obligaciones para con el sistema nacional de Seguridad Social, el Gobierno debió aportar en el presupuesto del año de 1952, la suma global de ₡ 7,382.300.00. Analizado el presupuesto mencionado, nos encontramos con que solamente aportó la suma de ₡ 3,420.000.00. Siempre quedaba un déficit de ₡ 3,962.300.00 pesando gravosamente sobre la economía de la Caja.

En el mes de setiembre de 1951, la Junta Directiva vuelve a insistir en su preocupación por el grave problema planteado. Por eso el día 19 de setiembre, se altera el orden del día para conocer de este asunto, y se llega al acuerdo de nombrar una comisión integrada por el señor Gerente y por el Director Lic. Rodrigo Madrigal Nieto, a fin de que redactaran una nueva exposición ante el Poder Ejecutivo. Parece que luego se cambió de opinión en cuanto al envío de esta exposición y en su lugar se llegó al acuerdo de invitar al señor Presidente de la República y al Ministro de Economía y Hacienda para tratar con ellos, de viva voz y en sesión especial, el problema de la insuficiencia de la cuota estatal. El acuerdo oficial invitando para tal efecto al señor Presidente y a su Ministro de Hacienda, se tomó en la sesión N^o 993 del 24 de octubre de 1951.

La sesión especial se llevó a cabo el 1^o de noviembre de 1951, y de ella se tomó la siguiente acta:

Sesión extraordinaria celebrada a las dieciocho horas y treinta minutos del día 1^o de noviembre de 1951, con asistencia de los Directores señores González Flores, quien preside, Quirce, Alfaro, Madrigal, Valverde y Fallas y de los señores Gerente, Sub-Gerente, Auditor, y Jefes del Departamento Actuarial y de la Sección Legal. En calidad de invitados especiales asisten los señores Presidente de la República y Ministro de Economía y Hacienda. Actúa como Secretario de Actas Ricaurte París.

Artículo 1^o.—El señor Presidente de la Directiva presenta en nombre de la Junta Directiva un respetuoso saludo al señor Presidente de la República y al señor Ministro de Hacienda y expresa su reconocimiento por haber aceptado la invitación para que concurrieran a esta sesión, con el propósito de cambiar impresiones a fin de ver si es posible unificar pareceres para resolver el problema que la Caja confronta. Agrega que esta reunión fué convocada con motivo de unas declaraciones del Sr. Ministro de Hacienda que se refieren al déficit de la cuota del Estado, y para cambiar impresiones y exponer algunos puntos de vista. Seguidamente el señor Ministro de Economía dice: "al formular el Presupuesto nos hemos atendido al artículo 24 de la Ley Constitutiva de la Caja que establece taxativamente los impuestos establecidos para financiar la cuota del Estado. Nosotros vemos lo que han dado esas rentas y se pone una cuota equivalente o más alta de lo que en realidad se ha fijado, de manera que el Gobierno no debe a la Caja. El

artículo 25 de la citada Ley dispone que: "El producto de los impuestos creados por el artículo anterior ingresará directamente a la Administración General de Rentas del Estado, quien la apartará a la orden de la Caja, la cual será la única autorizada para girar



Ing. Alfredo Hernández V. Ministro de Economía y Hacienda. Tuvo a su cargo el Ministerio de Trabajo del 14 de marzo al 1º de setiembre de 1952. En tal carácter presidió durante ese tiempo la Junta Directiva del Seguro Social. ... Su paso por la Institución fué altamente provechoso para ésta.

contra ella; y, si resultare insuficiente, la Junta Directiva lo pondrá en conocimiento del Poder Ejecutivo, quien enviará al Congreso la ampliación o aumento de tales impuestos". Este artículo fué modificado por la Ley de Presupuesto del año 1945 y ahora se incluye una suma fijada en el Presupuesto general de la Nación. La Caja no ha sufrido ningún perjuicio porque se le han dado todas esas rentas y un poco más; creo que el año pasado les dimos como ₡ 100.000.00 más de lo que produjeron los impuestos establecidos por el artículo 24. Lo que procedería, si es insuficiente y de acuerdo con la segunda parte del artículo 25, es decirle al Congreso que necesita crear tales o cuales impuestos para poder financiar la Caja. Uds. dicen que hay un déficit o sea que la cuota que ha dado el Estado ha sido insuficiente para los servicios de la Caja. La Caja puso servicios mayores que sus recursos sin tenerlos, por lo que en realidad hubo de parte de la Caja una violación de la Ley Constitutiva, que dispone en su artículo 57 que la Caja "queda autorizada para limitar la prestación o prestaciones en atención a los recursos con que cuente". Es cierto que no fué esta Directiva. Pero basado en eso es que nosotros sostenemos que no le debemos a la Caja. Si la Caja tiene mayores necesidades y considera que deben ponerse nuevos servicios hay que estudiar qué rentas se deben crear y decirselo al Congreso. Para pagar esos servicios adicionales hay que aumentar los ingresos. Y el Congreso decide si da esos recursos o si no los da. A nosotros lo que nos correspondería sería estudiar qué rentas podrían utilizarse para financiar nuevos servicios para

el desarrollo del Organismo. Si la Caja está sobregirada, si ha pasado de lo que corresponde de acuerdo con sus cálculos actuariales, eso se hizo contra la Ley porque la Ley le permitía hacer sólo lo que los cálculos actuariales indiquen. En el momento de aumentar esos servicios, si el cálculo actuarial demostraba que no eran suficientes, debió dirigirse al Ejecutivo para que éste lo hiciera del conocimiento del Congreso para que él determine lo que debe hacerse. Esa es realmente la posición del Ministerio de Hacienda al decir que no les debemos. Si el Gobierno tiene mayores recursos puede contribuir en mayor escala a estas Instituciones, pero si no los tiene sería desequilibrar la economía del país”.

El Lic. Alfaro pide la palabra y manifiesta: “para la Caja tiene un gran interés esta conversación con el señor Presidente y con el señor Ministro de Hacienda, porque tal vez sirva para fijar algunos conceptos que han sido puestos en duda con argumentos que deben examinarse cuidadosamente. Yo no quisiera extenderme en esto, porque tal vez es mejor que a medida que vayan surgiendo los puntos de vista los vayamos aclarando. Pero sí quisiera referirme, en primer término, a lo que podríamos llamar una historia resumida del establecimiento del Seguro Social. Cuando se estableció en 1941 el Seguro Social, desde luego Costa Rica no tenía cálculos actuariales. Entonces se siguió un sistema de cálculos actuariales que había servido de base para el establecimiento del Seguro Social en Chile. El Actuario chileno Rolando González tuvo los proyectos de Ley y Reglamentos y se siguió el sistema, prácticamente universal, de la triple contribución, pero para fijar esa triple contribución se aplicaron reglas bastante más moderadas que las que aplicaba la Ley chilena. Las sumas de aportes que la Ley chilena tenía como cuotas del Estado, patronal y obrera llegaba a un porcentaje bastante más alto que el porcentaje adoptado para Costa Rica. Rolando González, tomando en cuenta el campo de extensión del Seguro en Costa Rica y los riesgos que se iba a cubrir, dió su aprobación y sugirió algunas modificaciones a los planes que se tenía en proyecto. La experiencia ha venido a demostrar que la previsión del 2½% como cuota patronal y 2½% como cuota obrera y 1% como cuota estatal es insuficiente, no hay la menor duda. Pero el problema no se debe solamente a la insuficiencia del cálculo actuarial, sino a que ni siquiera las previsiones actuariales se están cubriendo en este momento, para que la Institución pueda hacerle frente a las obligaciones. Estos cálculos fueron insuficientes, tal vez por falta de un sólido estudio actuarial. Eso en cuanto a la crítica muy justificada que se le pueda hacer a las bases de los cálculos. En cuanto al aspecto legal, aquí sí diferimos completamente del criterio del señor Ministro de Hacienda. El artículo 22 establece el sistema de ingresos del Seguro en la siguiente forma: “Los ingresos del Seguro Social obligatorio se obtendrán por el sistema de triple contribución, a base de las cuotas forzosas de los asegurados, de los patronos particulares, del Estado y de las otras entidades de Derecho Público, cuando aquél o éstas actúen como patronos y, además, con las rentas que señala el artículo 24”. Es el artículo que pudiéramos llamar fundamental. Establece el sistema de triple contribución a cargo de los asegurados, de los patronos particulares, del Estado y de las otras entidades de Derecho Público. Luego viene el artículo 23 a disponer que las cuotas y prestaciones serán determinadas de acuerdo con el

costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales”. Con apoyo en esa disposición legal los Reglamentos señalaron la cuota del Estado como patrono y como tal con base en determinados cálculos actuariales, independientemente de si éstos son o no correctos. Luego el artículo 24 establece los “recursos” con los cuales el Estado financiará su cuota. Este artículo se refiere a los “recursos” para cubrir la cuota del Estado en su doble calidad de patrono y de Estado, de acuerdo con los porcentajes que indican los cálculos. Eso es lo fundamental. La financiación viene como una necesidad nacional ante una nueva obligación que se le imponía al Estado, obligación que hasta ese momento no existía. Entonces el Estado necesitó recursos que estableció por medio del artículo 24 de la Ley Constitutiva. Se financiaron así las cuotas que el Estado de acuerdo con las previsiones debía pagar. Esto es tan claro, que una Ley posterior, del 13 de diciembre de 1945, estableció lo siguiente:

“Artículo Unico.—Interprétanse los artículos 24 y 34 de la Ley de Seguro Social N^o 17 de 22 de octubre de 1943, en el sentido de que, cualquier excedente que hubiere originado en los impuestos y contribuciones del Estado, presentes o futuros, después de pagadas la “cuota patronal del Estado” y la “cuota del Estado como tal”, respecto de los seguros establecidos o que se establezcan en adelante, pasará íntegramente a constituir las reservas necesarias para los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte y cualesquiera otros no implantados aún, todo sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 35 de la citada Ley”.

Es decir, confirma que esos impuestos se han creado para pagar la cuota del Estado como tal y como patrono, cuotas que tienen vida propia en la Ley, porque las ha creado el artículo 23. Con vista de lo difícil que efectivamente resulta financiar los sistemas de Invalidez, Vejez y Muerte, vino esta Ley a decir: “estos impuestos tienen por fin cubrir estas cuotas, pero si algo quedare debe dejarse como reserva para el sistema de Invalidez, Vejez y Muerte”. Otro asunto es si las previsiones de los actuarios fueron o no suficientes; este es un problema de mucho más largo alcance y que estamos estudiando. El problema de la financiación tiene dos aspectos: un problema inmediato y un problema de largo alcance. Pero hay una realidad: que ese 2½% hoy no alcanza. Al principio el Seguro se comenzó a desenvolver muy lentamente. Entonces esos impuestos bastaron porque el Estado pagaba un 1% por unos pocos asegurados. Diferimos del criterio del señor Ministro de Hacienda en cuanto a si el Estado debe o no debe. Reconocemos que no solamente se nos está entregando el producto íntegro de los impuestos establecidos en el artículo 24 de la Ley Constitutiva, sino algo más. Eso está bien desde el punto de vista del destino que el Estado le da al producto de esos impuestos, y viendo el problema desde ese ángulo no hay la menor duda que el Estado ha cumplido con creces sus obligaciones. Así lo hemos comentado nosotros, y lo hemos hecho con la más absoluta sinceridad al elogiar la brillante labor de ordenamiento del Ministerio de Hacienda. Pero cuando entramos a analizar si el Estado está cumpliendo la obligación legal de cubrir el 2½% de los salarios de cada uno de sus trabajadores, los números indican que no ha bastado ese producto para cubrirlos; que además de ese 2½% debe cubrir el 1% como cuota estatal por los salarios de todos los asegurados, —particulares y pú-

blicos—, resultan los impuestos escasos. De ahí viene el por qué hemos expuesto la preocupación que tenemos de no poder contar con los recursos necesarios de acuerdo con la Ley. En esto estriba la diferencia de criterio de si el Estado nos debe o no”.

La Presidencia le concede la palabra al Lic. Madrigal, quien dice: “Deseo dividir en dos aspectos fundamentales los puntos tratados por el señor Ministro de Hacienda, para ir aclarando parcialmente la discusión. El Lic. Alfaro ha hecho una clara exposición de los puntos en que hemos venido apoyando nuestro criterio, pero quisiera agregar unas palabras para ver si podemos concretarnos en un punto que considero fundamental. Nos hablaba el señor Ministro del déficit que existe hoy día con motivo de gestiones erróneas verificadas por la anterior administración de la Caja, y por lo exiguo de las cuotas frente a los beneficios de los regímenes. Ciertamente las aseveraciones hechas por el señor Ministro tienen pleno fundamento, pero para el objeto de la presente reunión es preciso que distingamos dos déficits: 1º hay un déficit que se origina en los hechos y observaciones principalmente formulados por el Sr. Ministro Hernández. En efecto, tanto el actuario Sr. Nesbitt como sus colegas los señores Kormes y Pomeranz y más tarde el Sr. Vindas entre nosotros, parecen concordar en que la cuota correcta para el sostenimiento del régimen, arriba a un doce por ciento aproximadamente que como se ve difiere mucho de lo fijado por la ley en la actualidad. Igualmente el primero de los actuarios mencionados, manifiesta que para los actuales asegurados en el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte la cuota aproximada debería ser de un 9.13% y para los nuevos entrantes hombres alrededor de un 12.52% y para las mujeres de un 8 y resto %. Todo esto lo señalo para que el señor Ministro de Hacienda vea que somos conscientes de ese aspecto del problema y no crea que lo desestimamos. Lejos de eso, estamos buscándole —como problema a largo alcance que es— una solución adecuada que nos permita, tomando en cuenta el complejo y amplio número de factores que entran en juego, darle una solución atinada. Pero hay un segundo déficit, concreto, diferente, que se refiere específicamente al monto de la cuota del Estado con relación a la cuantía del capital asegurado en la Institución y que considero que es el problema que nos ha llevado a reunirnos y el que tenemos que examinar ahora. Naturalmente que el aporte correcto de la cuota del Estado viene a ayudar a la solución de ambos problemas, ya que con cuanto más dinero contemos para colocar y obtener intereses, resulta a la larga de gran provecho en un régimen de capitalización como es el nuestro. Por un estudio del Departamento Actuarial y Estadístico, se determina que el rédito promedio de todas las colocaciones del régimen podría ser de un 7.85%, pero con el déficit que se opera en la cuota del Estado, baja a un 5.80% lo que como es fácilmente comprensible perjudica seriamente los intereses de la Institución. Ahora bien, el segundo déficit a que antes me referí consiste a mi modo de ver en lo siguiente: el Estado tiene un monto de capital asegurado en la Institución y no paga sino el porcentaje que correspondería a un monto muy inferior del capital asegurado que tiene. El hecho de que el artículo 24 de la Ley señale los impuestos, no quiere decir que ese sea el monto total a que está obligado el Gobierno, sino que ese artículo simplemente señala los medios de financiación de la cuota que en su monto debe cumplir con lo que dispone el artículo 23 de la misma Ley.

Este déficit que se ha venido operando juzgó la Junta Directiva más prudente, en julio del año pasado, hasta por razones de conveniencia nacional, hacerlo recaer en el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y no sobre un régimen de reparto como el de Enfermedad y Maternidad, porque esto habría traído consecuencias graves inmediatas como la de limitar servicios en nuestros propios hospitales. Quiero hacerle ver finalmente al señor Ministro de Hacienda, que si pedimos la diferencia en la cuota, no es para hacer ampliaciones ambiciosas que aunque se justificarían muy bien desde un punto de vista social, no podrían sustentarse dada la actual situación económica del Estado, sino que tales peticiones las formulamos única y exclusivamente para que se cubra la cuota establecida hoy día por la ley y para tratar de cumplir por nuestra parte con los compromisos legales que en la actualidad confronta la Institución. Deseo hacerle observar al señor Ministro que las ampliaciones a que nos referimos en el segundo de los memorándums elevados a conocimiento del Poder Ejecutivo, como necesarias y posibles para el año 52, son aquellas mínimas que nos permitan aprovechar mejor instalaciones que ya tenemos en diferentes lugares del país, y que se efectuarían, con el único objeto de que el costo de operación de nuestros servicios pudiera ser rebajado un poco en relación con el monto de capital asegurado. Ampliaciones de orden social nos hemos privado de hacerlas inclusive a zonas que podrían obtener grandes beneficios con ellas para no aumentar el problema de la cuota del Estado. De manera pues que yo quería destacar estos aspectos para rogarles muy atentamente que circunscribiéramos la discusión al punto fundamental que estamos tratando de resolver por ahora".

Seguidamente el señor Ministro de Economía y Hacienda dice: "Las amplias explicaciones de los licenciados Alfaro y Madrigal Nieto realmente no vienen a contradecir el argumento fundamental. La Ley me dice: para cubrir tal cosa tiene que usar tales impuestos. Para que la Caja aumente sus servicios tiene que contar con recursos. Antes de aumentar los servicios debió haber contado con los recursos. Si el Estado le debiera, el Estado tiene obligación de poner en sus presupuestos anuales la cuota que le corresponde como Estado y como Patrono. Entonces muy bien, en el momento de elaborar el presupuesto, en primer lugar tendría que tomar en consideración cuál es el porcentaje, cuánto es la suma que le corresponde como patrono y cuánto como Estado. Si la Ley está vigente hay que cumplirla; si es mala hay que cambiarla. El artículo 24 de la Ley Constitutiva de la Caja dice que lo que le corresponde al Estado lo cubrirá con los impuestos que se señalan. Si se necesitan más la Caja deberá pedirlos. La Ley no dice cuál es la cuota estatal y cuál la patronal. Si la Ley dijera eso, entonces sí la cosa sería diferente. Insiste luego en su tesis de que la Caja, antes de establecer el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte debió decirle al Ejecutivo que faltaría tanto. Mientras esta Ley esté vigente yo tengo que darle a la Caja lo que corresponde a estos impuestos. Lo que proponga la Caja me parece que de acuerdo con la Ley debe proponerlo antes de que se produzca el déficit. Pero la Caja aumentó servicios sin contar con los recursos. La Ley del 45 dice que esos sobrantes no los puede cobrar el Ejecutivo como una cuestión de previsión. Ahora, qué es lo que corresponde en este momento hacer: solicitar al Congreso —por medio del Poder Ejecutivo— la reforma de la Ley

Constitutiva. Entonces nosotros vamos al Congreso y le decimos: necesitamos más rentas para poder cubrir lo que corresponda a la Caja de Seguro Social, o si ya se produjo la equivocación, por cualquiera que fuera el motivo, hay que decirle al Congreso: ya se produjo este déficit, que no se puede pagar con los impuestos actuales, y necesitamos que los recursos sean un poco más grandes para poder nivelar la situación del Seguro Social, para lo cual deben variar la Ley. En realidad a mí me parece que lo que ocurrió es que se entró en el Seguro de Invalidez, sin haber calculado si existían los recursos para tal cosa. Me han dicho varios que han estado aquí que una de las cosas que producen el déficit es el seguro familiar en los lugares en que existe. Se debió haber visto si la Caja contaba con los recursos necesarios. Asume la Caja con un medio por ciento más el Seguro de toda una familia. Yo creo que ahí hubo una imprevisión de parte de la Caja, asumió un servicio para el que no estaba capacitada en ese momento e incumplió lo que dice el artículo 57. Lo conveniente sería que algún día tuviéramos el Seguro Familiar en todo el país. Pero antes de asumir un servicio yo creo que la Caja, de acuerdo con la Ley, debe ver si hay recursos. Repito que la Caja antes de producirse el déficit debió comunicar que iba a asumir tal servicio: entonces el Poder Ejecutivo debió enviar los proyectos de Ley al Congreso. En esa forma es como veo el problema mientras la Ley esté así, mientras el Congreso no lo resuelva, tenemos que ajustarnos a esta Ley”.

De nuevo interviene el Lic. Alfaro y manifiesta: “Nos dice don Alfredo que la Ley está vigente y hay que cumplirla. Para mí la obligación del pago de la cuota que con base en los cálculos actuariales fija la Junta Directiva y el artículo 24, no son disposiciones que se contradicen ni que se excluyen, son disposiciones que se complementan. Don Alfredo dice: no podemos pagar más que lo que dice el artículo 24. Eso en cuanto al aspecto legal. Pero, en cuanto al otro aspecto, el Lic. Madrigal hizo una exposición muy concreta sobre los dos problemas. El haber asumido nuevos servicios debo decirle a don Alfredo que tal vez soy uno de los más convencidos de sus propias ideas, pero afirmaba que el Seguro Familiar es una de las imprudencias más grandes que ha cometido la Institución. Pero no se diga que la imprevisión afecta la situación financiera de la Caja en cuanto a lo que el Estado debe dar. En lo que sí se hizo mal al implantar el Seguro Familiar fué en creer que un 1% más sería suficiente para dar esa protección. Pero cosa totalmente diferente es la de que con qué recursos contaba la Institución. Crítiquese, y es perfectamente aceptable, que haya creído la Institución en algún momento que con esos porcentajes iba a poder dar todo. Ya no es un problema que por falta de cálculos se haya producido la falta de recursos. Dice que él aceptaría la obligación del Estado si dijera la Ley que en el Presupuesto se debe incluir lo referente al pago de las cuotas. Me parece que esa es una obligación de la nueva Ley de Presupuesto por una razón de ordenamiento para que el fisco se desenvuelva en una forma técnica de acuerdo con disposiciones fiscales aportadas”.

El señor Sub-Gerente pide la palabra y dice: “Yo quiero referirme únicamente a la situación real actual sin entrar a analizar otros aspectos. Los Seguros Sociales funcionan a base de una prima promedio y al darse la protección de Enfermedad se dijo que las primas que deben pagarse eran de 6%, y en el de Invalidez, Vejez y Muerte las

primas eran de 7½%. Desde luego, con esa base técnica actuarial, se ofrecieron determinados beneficios. La Institución mantiene ese ofrecimiento pero las contribuciones no le llegan completas, y al no tener esas contribuciones ha venido esta situación con el Estado; la responsabilidad de que los beneficios se realicen es del Estado, aunque haya una Institución autónoma que administra los Seguros Sociales. Uno de los problemas básicos a resolver, es que la Institución por lógica y por responsabilidad, no puede seguir ofreciendo los servicios. El otro punto es el del modus operandi que tiene la Ley Constitutiva de la Caja en relación con la deuda del Estado. La contribución será fijada por la Junta Directiva de la Institución y así se ha hecho en todos los lugares por ser un aspecto que le corresponde a la Institución. Por esa razón la Junta Directiva indica las contribuciones que se necesitan. Todos estamos de acuerdo en que estas Instituciones a la hora de ampliar los beneficios y de imponer nuevas cargas lo deben de hacer en íntima relación con el Estado. Toda la Junta Directiva ha estado de acuerdo en que esas extensiones se deben realizar de acuerdo con el Estado. Pero ahora nos encontramos ante una situación creada a la que debemos hacerle frente. Es cierto que no tenemos ahora un déficit que pudiéramos llamar de carácter financiero de caja, pero nos estamos creando un enorme déficit financiero para el futuro”.

De nuevo interviene el señor Ministro de Economía y Hacienda y dice: “Con la explicación del señor Brenes veo que la Caja incumplió la Ley Constitutiva ofreciendo servicios sin tener recursos. La Caja sabía lo que producían las rentas y debió haberle dicho al Poder Ejecutivo que se iba a producir un déficit. Porque la Caja no puede operar si todavía no tiene los recursos. Hay un problema planteado, la Caja necesita resolverlo y estudiarlo. Ir al Congreso y decir lo que ha ocurrido. La Ley de ordenamiento fiscal se promulgó desde setiembre de 1945. Quiere decir que si esta Ley se promulgó en 1945 la Caja de Seguro Social inmediatamente debió haber dicho que era necesario modificarla porque se incluiría la Institución dentro de las leyes de ordenamiento fiscal. Estoy de acuerdo en que existe un problema y eso no lo discuto; también estoy de acuerdo en que la cuota debe fijarla la Caja. El Poder Ejecutivo no considera que es un problema al cual debe desentenderse, pero sí considera que el problema debe plantearse ante el Poder Legislativo. No me estoy desentendiendo del problema y creo —por el contrario— que hay que atacarlo, pero planteándolo al Poder Legislativo.

Luego el Lic. Madrigal expone que: “La obligación del Estado frente a la situación de hecho que confronta la Caja la tiene contraída con una parte muy amplia del pueblo de Costa Rica. Interpreto como una oferta que esta Junta estima en mucho, las últimas palabras del Ing. Hernández en el sentido de que él no se desentende del problema y que por el contrario el Gobierno lo recogerá y se lo planteará al Poder Legislativo. No quisiera eso sí que quedara flotando como para la presente Junta Directiva y Gerencia de la Institución, la pequeña crítica que se ha hecho de imprevisión; y aunque comprendo que todas estas situaciones hay que observarlas desde un punto meramente objetivo no quisiera que nosotros cargáramos con ese pecado, como posiblemente el señor Ministro no le gustaría cargar con los de los de algunos de sus antecesores en el Ministerio. Por otra parte, ¿se puede exonerar al Estado de la obligación de cubrir la

cuota total que le corresponde por el hecho de que oportunamente no se le avisó de las extensiones que se iban a realizar? Yo creo que no. Hay que contemplar la obligación social y de orden moral también que tiene el Estado frente a los asegurados. Nos aconsejaría acaso el Poder Ejecutivo denegar servicios o establecer limitaciones? Estoy seguro de que no lo haría y por lo tanto deberíamos ya que la conversación ha llegado a este punto, concretar medios de buscarle solución al problema.

Dice el señor Ministro de Hacienda: "A mí lo que me interesa dejar claro es que el Estado ha cumplido estrictamente con la Ley. El problema es de la Caja y hay que buscarle solución. El Seguro se ponía en cualquier zona más por una razón política que por otra cosa, sin ninguna técnica y sin ningún estudio. Todos esos fueron factores que vinieron a entorpecer el funcionamiento de la Caja. El Poder Ejecutivo no debe desentenderse del problema y estoy dispuesto a cooperar".

A una insinuación del señor Presidente de la República de que la Caja manifieste la clase de impuestos y las fuentes de donde habían de tomarse los recursos necesarios para cubrir el aumento el Lic. Madrigal responde que a su juicio esta Institución no está capacitada desde ningún punto de vista para realizar un pronunciamiento como el que sugiere el señor Presidente ya que siendo la Hacienda Pública algo tan complejo, no parecería natural que la Caja indicara la fuente de los tributos, porque un consejo de tal naturaleza hasta podría entorpecer los planes orgánicos que en la materia tenga el Poder Ejecutivo. Que a lo más que podría llegar la Caja sería a indicar el monto de lo adeudado y del déficit actual, para que el Ejecutivo señale el impuesto adecuado; que en alguna oportunidad informalmente se pensó en que el impuesto del café que se proyecta podría servir quizá para pagar todo lo atrasado.

El Lic. Alfaro pide la palabra y dice: "Tal vez sería conveniente que nos pusiéramos de acuerdo, si es que esto es posible, con la forma de enfocar esto sin que signifique sacrificios. Nos ha molestado un poco que después de elaborar un memorándum aparezcan en los periódicos frases como: "es falso que el Estado le deba al Seguro Social". Yo quisiera que quede reconocido en esta sesión que de acuerdo con los Reglamentos, sí le debe el Estado al Seguro Social. El Ministro señor Hernández no acepta la proposición del Lic. Alfaro, y a sugerencia del señor Presidente de la República, se conviene en que funcionarios de la Caja harán un estudio para determinar la obligación del Estado para con la Institución, a efecto de ponerlo en manos del Ministerio de Hacienda, quien lo enviará a la Asamblea Legislativa solicitando la ampliación de los impuestos creados o el establecimiento de otros nuevos, todo de acuerdo con la Caja.

Pronto el señor Sub-Gerente de la Caja entró en conversaciones con el señor Ministro de Economía y Hacienda, buscando una fórmula satisfactoria para que el Estado contribuyera con las sumas suficientes para el desarrollo normal de las actividades del Seguro. De estas conversaciones informó a la Junta Directiva a mediados de noviembre de 1951, diciendo que el Ministro estaba en disposición de aumentar la cuota

estatal hasta una suma que cubriera la obligación del Estado en años venideros y además a incluir en el presupuesto una suma adecuada destinada a amortizar la deuda acumulada. La solución, según el Sub-Gerente señor Brenes parecía aceptable, y de inmediato el y el Jefe del Departamento Actuarial se impusieron la tarea de preparar un informe en que apareciera claramente establecido el déficit acumulado por deficiencia en el monto de la cuota estatal.

En un principio se tuvo la esperanza de que, en vista del progreso alcanzado en las conversaciones con los personeros del Gobierno, éste destinará parte del superávit



Don Rubén González Flores, Ministro de Trabajo hasta el mes de abril de 1952. "... los ₡ 500.000.00 son una contribución extraordinaria del Estado para construir dispensarios, pero no abono a la cuota estatal".

fiscal del ejercicio de 1951, a pagar, aunque fuese en parte, el déficit acumulado en la Caja. Sin embargo nada de eso sucedió. Si bien el Gobierno destinó la suma de medio millón de colones para la Caja Costarricense de Seguro Social, proveniente de la distribución del superávit fiscal, tal suma fué entregada más bien en calidad de auxilio extraordinario para la construcción de dispensarios, que como abono al déficit estatal. Tal situación aparece clara en el artículo 6º del acta Nº 1038 de la sesión del 6 de febrero de 1952, y que textualmente dice:

"Informa el Sr. González Flores que en conversación sostenida con el Sr. Ministro de Economía y Hacienda, éste la manifestó que tanto él como el Sr. Presidente de la República no habían incluido en la distribución del superávit del Estado suma alguna para amortizar o cancelar el déficit de la cuota estatal, porque consideran que eso sería simplemente una solución parcial de los problemas del Seguro Social y ellos están estudiando en estos momentos la manera de solucionarlo en forma integral. Que sin embargo, la partida de ₡ 500.000.00 que aparece en la distribución del superávit del Estado

a favor de la Caja, debe tomarse simplemente como un auxilio extraordinario del Estado para la Caja, que sirva para la construcción de Dispensarios en los lugares en que más se requieran”.

Se ve claro que la situación quedaba completamente igual, con el agravante de que, por ser insuficiente el aporte gubernamental, el déficit aumentaba en forma que no dudamos en calificar de alarmante. Por eso la Junta Directiva acordó el 14 de mayo de 1952, enviar otro documento al Poder Ejecutivo, en el cual le transcriben las partes conducentes de los dos informes del Departamento Actuarial. El documento en referencia dice lo siguiente:

MEMORANDUM DE: La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

PARA: El Poder Ejecutivo.

ASUNTO: Comentario y remisión de los informes del Departamento Actuarial de la Caja denominados “Resultados Financieros del año 1951” y “Costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar”.

FECHA: San José, 14 de mayo de 1952.

La Junta Directiva de la Caja ha considerado de gran importancia poner en manos del Poder Ejecutivo, los informes elaborados por el Departamento Actuarial y Estadístico de la Institución y presentados bajo los nombres de “Resultados Financieros del año 1951” y “Costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar”. Y se ha considerado de gran importancia, porque ambos se refieren en forma la más clara y con el acopio de abundantes informaciones estadísticas, a la gestión del Seguro Social en el año 1951, sus problemas, la necesidad de resolver en el plazo más perentorio la insuficiencia de la cuota del Estado y la revisión de los porcentajes vigentes para financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad.

LA CUOTA DEL ESTADO Y SU INSUFICIENCIA

Resulta sumamente interesante hacer énfasis en la conclusión contenida en la parte II del informe 3-52, “Situación Financiera de la Caja”, A—“Ingresos y Egresos” y que dice:

“El Estado, en su condición de tal, cumplió satisfactoriamente con el aporte correspondiente al Seguro de Enfermedad y Maternidad, pero no en cuanto al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. La situación empeoró, pues mientras que

en 1950 contribuyó con algo, en 1951 no contribuyó. Más bien quedó a descubierto un saldo por más de ₡ 7.000.00 en su cuenta de Estado Patrono.²

La anterior afirmación está íntimamente relacionada con las conclusiones contenidas en la parte I del informe 3-52, en cuanto a que “la Caja no hizo extensión nueva alguna, en 1951, ni a nuevas zonas ni a nuevos grupos de trabajadores, de tal manera que el número de asegurados en este año fué casi igual al anterior.

Merece verse con especialísima atención el punto 1) de la Parte IV, “Ingresos por concepto de cuotas y déficits en las cuotas del Estado”, razón por la cual nos permitimos, de la manera más atenta, hacer una transcripción fiel del mismo:

“Los ingresos por este concepto aparecen normales en lo que respecta a las cuotas de los trabajadores, —particulares y de Estado—, y patronos particulares, pero no así en lo que respecta a las cuotas del Estado como Patrono ni de Estado como Tal. En nuestro informe correspondiente al año anterior, hicimos referencia a los déficits de las cuotas estatales y comentamos la urgente necesidad de solucionar el problema que se presentaba sobre este particular. En esta ocasión volvemos sobre lo mismo, sólo que con mayor seriedad planteamos el problema, ya que éste se agudiza cada vez más. En el año anterior la dificultad estaba en que la cuenta del Estado como Tal no se cubría en su totalidad; pero en este año la cuestión se ha agravado tanto que nos encontramos, con que no sólo el Estado, en su calidad de Tal, no contribuyó absolutamente con nada, sino que no cubrió ni su cuota que como patrono le corresponde, pues dejó de pagar por este concepto,—el de Patrono—, ₡ 7.384.68. El déficit total asciende a ₡ 1,300.717.54 mientras que para el año anterior ascendió solamente a ₡ 767.856.92, lo que indica que el déficit aumentó en casi un 100% del año 1950 a 1951. La situación que así se le presenta a la Caja en su Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, es tan crítica que no cabe más, al menos por nuestra parte, que hacer la advertencia seria y formal de que esta situación, es, precisamente, la que va a terminar con este régimen si es que el Estado, a través de sus correspondientes Ministerios, no resuelve este asunto y cumple con la obligación adquirida. Durante el año 1951, debido a estos déficits, el aporte para dicho seguro alcanzó a menos del 5% cuando el costo actuarial ha sido fijado en 7.5%. Este Departamento cree de su obligación hacer las advertencias del caso y después de haberlo hecho muchas veces en años anteriores, hace la denuncia por una vez más, limitándose a esto que es lo único que puede hacer. Allá los organismos superiores correspondientes que tomen cartas sobre este asunto a fin de ver si se puede seguir con los programas de pensiones actuales o si se liquidan, pues debe saberse que planes como estos que no tengan suficiente respaldo financiero, al carecer de base económica se convierten en planes demagógicos muy perjudiciales para la comunidad asegurada. El historial del Estado, con respecto al cumplimiento de sus obligaciones para con el Seguro Social, lo muestra el cuadro siguiente que resume los déficits totales anuales y acumulados:

Año	Déficit Anual	Déficits Acumulados
1949	₡ 475.923.85	₡ 475.923.85
1950	767.856.92	1.243.780.77
1951	1,300.717.54	2,544.498.31 ¹⁷

Sobre otros aspectos referentes al inmenso perjuicio y gran inestabilidad que significa para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte la insuficiencia de la cuota del Estado, ya esta Junta Directiva ha enviado al Poder Ejecutivo otros memorándums exponiendo con crudeza, si se quiere, la gravedad de la situación. Sin embargo, deseamos advertir que el desproporcionado aumento que año con año presenta la insuficiencia de la cuota del Estado, no obstante la ínfima variación en el número de trabajadores asegurados, se debe al aumento en los salarios de los trabajadores asegurados.

Es por esa razón que, respetuosamente rogamos al Poder Ejecutivo el cuidadoso estudio que merece este delicado asunto, antes de que la solución venga muy tardíamente, ocasionando las gravísimas consecuencias que para el país significaría la desaparición o el debilitamiento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, sistema que debe encontrar el más decidido apoyo de parte del Estado que es, en primer término, quien debe velar por su fortalecimiento y consolidación económica, ya que por su medio —y como parte del programa nacional de seguridad social— se logra uno de los fines fundamentales del Estado.

INFORMES SOBRE “COSTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD CON Y SIN PROTECCION FAMILIAR”

Con fecha 3 de noviembre del año 1951, el Departamento Actuarial y Estadístico de la Caja presentó a esta Junta Directiva un informe sobre “Revisión Financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad”, por el que, previo un análisis a fondo de los costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad, se llega a la conclusión de que resulta de imprescindible necesidad financiar debidamente ese régimen, tanto en lo que se refiere al Seguro con protección familiar y sin ella. Sin embargo de que el informe o revisión dichos era contundente, esta Junta Directiva, antes de tomar ninguna medida, pidió al Departamento Actuarial una verificación de los resultados a que había llegado, tomando como base del nuevo estudio un período mayor.

En cumplimiento de lo ordenado por esta Junta Directiva, en el mes de abril del año en curso, presentó el Departamento Actuarial y Estadístico el nuevo informe solicitado sobre el particular, y copia del cual acompañamos al presente memorándum.

Puede observarse en el nuevo informe que lleva N° 4-52, al igual que en el primero sobre este mismo asunto, que los gastos del Seguro de Enfermedad y Maternidad siguen un ritmo ascendente que guarda gran desproporción con el aumento de los ingresos, por las razones y datos estadísticos que sirven de base al mismo y que son, principalmente, el mayor uso que de los servicios hacen cada día los asegurados y el aumento en el costo de operación debido a innumerables causas.

Ha sido precisamente la limitación en los recursos, lo que ha imposibilitado casi en forma absoluta, la adquisición de los activos necesarios para otorgar en mejor forma los servicios que está obligada a prestar la Institución: no ha habido margen para destinar suma alguna a la construcción de hospitales, dispensarios, adquisición de equipo médico, etc. No escapa al elevado criterio del Poder Ejecutivo, que para lograr instalaciones materiales bien equipadas y adecuadas a las necesidades de la Caja, se requiere una inversión de varios millones de colones, instalaciones que deben mantener una íntima relación con el desenvolvimiento mismo que vaya adquiriendo el Seguro Social.

Reafirma el nuevo informe rendido por el Departamento Actuarial su tesis de que el costo de operación neto —sin incluir la adquisición de activos— debería ser del 5.5100% de los salarios asegurados, en lo que se refiere al Seguro sin protección familiar; y del 9.7064% —también sin incluir la adquisición de activos— en cuanto al Seguro con protección familiar.

Como es sabido, la Caja percibe actualmente el 6% de los salarios tratándose del Seguro sin protección familiar, (2.5% patronos, 2.5% trabajadores y 1% Estado) y el 7% de los mismos en el seguro con protección familiar, (3% patronos, 3% trabajadores, y 1% Estado). Hay, pues, una diferencia a favor de la Caja de 4900% en el primero, y una diferencia en contra de 2.7064% en el segundo. Lo cual quiere decir, que si bien en el seguro sin protección familiar ha quedado un pequeño margen para la adquisición de activos, el Seguro con protección familiar ha consumido esa diferencia a favor. Y lo que es peor aún, se está trabajando en la actualidad con un presupuesto sumamente recargado que no permite mejorar ni variar en lo más mínimo los servicios actuales, pues ello implicaría automáticamente un desequilibrio financiero del régimen.

Llegamos, pues, a la conclusión, fundamentada hasta la saciedad, de que procede —si se quiere sacar adelante el sistema de enfermedad y maternidad— una revisión inmediata de los recursos actuales. Pero esta Junta Directiva —pese a la recomendación terminante del Departamento Actuarial— no desea proceder a efectuar esa revisión hasta no conocer la actitud que ante este hecho asumirá el Poder Ejecutivo. Primero, porque se siente obligada a hacerlo así; y, segundo, porque para dar cualquier paso sobre este delicado problema es indispensable saber si el Estado se encuentra en condiciones de contribuir con su aporte, como corresponde, por tratarse de una función social por excelencia.

Del señor Presidente de la República y demás Miembros del Poder Ejecutivo, nos suscribimos con la mayor consideración como sus atentos y seguros servidores,

(f) José Manuel Quirce
Vice-Presidente

(f) Rodrigo Madrigal N.
Vocal

(f) Otto Fallas M.
Vocal

(f) Fernando Alfaro J.
Vocal

(f) Rogelio Valverde T.
Vocal

(f) Claudio González Q.
Vocal

Pocos días después de haberse enviado el memorándum transcrito, el señor Ministro de Economía y Hacienda, a la sazón sirviendo el Ministerio de Trabajo por recargo que se le hizo por ausencia del titular, y fungiendo en calidad de tal como Presidente de la Junta Directiva de la Caja, pidió que se incluyera en la orden del día un punto destinado a discutir ese documento. La discusión fué sumamente interesante por lo que en ella expresó el Ministro Ing. Alfredo Hernández Volio y quedó consignada en el artículo 3º del acta N° 1079 del 21 de mayo de 1952, que textualmente dice:

Se cambia impresiones sobre el último memorándum enviado al Poder Ejecutivo, y con el cual se acompañaron los informes del Departamento Actuarial y Estadístico "Resultados Financieros del año 1951" y "Costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar". A preguntas del Sr. Hernández, explica el Lic. Vindas que antes de 1949 los ingresos y contabilidades de los Seguros de Enfermedad y Maternidad se llevaban conjuntamente, pero que a partir de ese año se procedió a la separación que era indispensable, por tratarse de regímenes enteramente distintos; fué a partir de esa fecha que la insuficiencia de la cuota del Estado se hizo recaer sobre el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, por tratarse de un régimen de prestaciones diferidas, no haciendo recaer suma alguna sobre el Seguro de Enfermedad y Maternidad, el cual, por tratarse de un régimen de reparto, necesita día a día de sus ingresos. Pide la palabra el Sr. Sub-Gerente para hacerle una recapitulación de algunos aspectos importantes al Sr. Hernández. Empieza manifestando que efectivamente se llevaban en común los fondos de los regímenes de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, así como sus contabilidades; fué así como la Junta Directiva procedió a hacer una separación, para que cada uno quedara definido con sus activos y pasivos. Naturalmente, al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte hubo que dejarle activos fácilmente realizables, como corresponde de acuerdo con un criterio de sana política financiera, destinándose a Invalidez activos que iban a producir rentas y que podrían luego convertirse fácilmente en efectivo; fué así como se le adjudicó al referido régimen de Invalidez, la Finca "La Caja", bonos, etc.; en esa forma puede asegurarse que hoy Invalidez tiene sus reservas en debida forma, con los activos más adecuados. Al Seguro de Enfermedad y Maternidad se le adjudicaron activos que tienen su razón de ser por la índole de los servicios mismos que presta, al hacerse la distribución de activos y contabilidades; cuando se adoptó ese sistema fué que apareció, precisamente, la insuficiencia en la cuota estatal, que como se sabe representa en su calidad de Estado, el 1% de todos los salarios asegurados; como el Seguro de Enfermedad es un régimen de reparto y el dinero es indispensable para otorgar diariamente los servicios, por un lado, y por otro, por haber sido establecido primero ese régimen, es que se pensó en cargar o aplicar la suma que dejaba de ingresar en la cuota correspondiente al Estado al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; en esa forma se ha venido desde entonces operando, comprendiendo, naturalmente, la gravedad que esa situación entraña para el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. El Sr. Hernández se refiere a las palabras del Sr. Brenes y dice que según entiende, el Seguro de Enfermedad se encuentra más o menos bien. Aquí interrumpe el Lic. Madrigal para manifestar que si bien Enfermedad ha podido contar con los recursos necesarios para sus

servicios, estos no han sido todo lo eficientes que fuera de desear, ni se ha podido aumentar su radio de acción por no haber dispuesto de los fondos necesarios para adquirir las instalaciones materiales y equipo médico necesarios. El Sr. Hernández pregunta qué posibilidad habría, en el seguro de Enfermedad, de aumentar la cuota, así como si el aumento debe cargarse por iguales partes a las cuotas obrera y patronal o si esas cuotas pueden ser diferentes. El Sr. Sub-Gerente contesta que la Caja no está obligada a mantener porcentajes iguales en las cuotas de los patronos y los trabajadores; que con base en los estudios del Departamento Actuarial ya se conoce el costo exacto del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar, siendo el problema inmediato a resolver el de determinar la forma en que habrá de distribuirse el aumento que necesariamente tendrá que hacerse en la cuota de ese sistema; insiste en cuanto a que el Seguro de Enfermedad le taltan recursos para necesidades apremiantes, como construcción de un hospital en Turrialba, adquisición de equipo médico, construcción de dispensarios en varios lugares del país, etc. Termina manifestando el Sr. Sub-Gerente, que el Seguro de Enfermedad ha llegado, por la limitación de sus recursos, y la insuficiencia de la cuota del Estado, a cierto grado de estabilización. El Sr. Hernández manifiesta que ha venido pensando en la forma de solucionar el problema de la Caja en lo que se refiere a la cuota del Estado; que ha creído que la mejor forma de evitar que en el futuro se vuelva a presentar una situación como la actual, sería la de señalar en el presupuesto general del Estado ciertos porcentajes que mantengan una relación directa entre el aumento de los salarios y el aumento de la cuota misma, buscando una solución de carácter permanente; se refiere, a manera de ejemplo, al porcentaje señalado por la Universidad en el presupuesto del Ministerio de Educación, de manera que cada vez que hay un aumento en aquél, consiguientemente se incluye el porcentaje para la Universidad. Respecto a la idea del Sr. Hernández, manifiesta el Sr. Sub-Gerente y algunos señores Directores que esa solución sería muy conveniente en lo que se refiere a la cuota del Estado en su calidad de patrono, pero no parece aplicable en lo que se refiere a la cuota del Estado como tal. Manifiesta el Sr. Hernández que de todas maneras lo que sí parece mejor es buscar la forma de lograr que la cuota del Estado vaya aumentando proporcionalmente al aumento de los salarios asegurados, logrando en esa forma una solución de carácter permanente”.

En el mes de julio de 1952, estaba la Directiva estudiando de lleno el problema del alza de cuotas para financiar correctamente el Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar. Como es natural, la discusión de este asunto trajo nuevamente al tapete la cuestión de la cuota del Estado y de la insuficiencia de la misma para cubrir la previsiones financieras de la Institución. En el acta de la sesión N^o 1096, celebrada el 30 de julio del año ya indicado, aparece el artículo 3^o que en lo conducente dice:

“El señor Presidente de la Directiva, ingeniero Hernández Volio manifiesta que es muy posible que en el Presupuesto Nacional del próximo año se incluya una partida de ₡ 1,300.000.00 para pagar la cuota del Estado como tal y como patrono, y además otra de ₡ 280.000.00, destinados a la amortización del déficit hasta ahora acumulado. El Lic. Brenes aclara al señor Hernández Volio lo siguiente: La suma de ₡ 1,300.000.00 calcu-

lada de más para el presupuesto de 1953, es insuficiente porque ella hace referencia a las obligaciones del Estado como patrono y como tal del año 1951, y durante el año 1952 se ha demostrado que tales obligaciones van en aumento y que apenas se podría cubrir incluyendo en el presupuesto una suma de ₡ 1,500.000.00 además de lo que antes se entregaba a la Caja. Manifiesta también que la suma de ₡280.000.00 para amortizar el déficit acumulado hasta diciembre de 1951, es insuficiente porque ella no toma en cuenta las sumas que se acumularán en 1952, y que montan más o menos a un millón y medio de colones. Se calcula que apenas con una amortización de ₡ 500.000.00 podría ser cubierto este déficit. El señor Presidente de la Directiva Ingeniero Hernández Volio se muestra conforme con las anteriores aclaraciones del señor Brenes."

Es importante manifestar que el señor Ministro de Economía y Hacienda, a la sazón también Ministro de Trabajo y Presidente de la Junta Directiva, estuvo de acuerdo con las manifestaciones del Sub-Gerente señor Brenes, conforme queda indicado en el párrafo transcrito del acta 1096. En su contacto real con la Institución, el señor Ministro se había dado perfecta cuenta de la situación financiera de la Caja y los motivos técnicos que la impulsaban a requerir el pronto arreglo de la situación creada por la insuficiencia de la cuota estatal. Por eso, y desde que adquirió una visión completa del problema, estuvo dispuesto a poner todo su empeño en arreglar las relaciones del Estado con la Caja. En la sesión del 7 de julio de 1952, el señor Ministro informó a la Directiva que había conversado con el señor Presidente de la República en relación con el déficit del Estado con la Caja y que el señor Presidente se había mostrado anuente a que en el presupuesto del año próximo se incluyeran las partidas necesarias para cubrir el déficit y para pagar la cuota del Estado como patrono y como tal.

En el Presupuesto Nacional que ha de regir para el año de 1953, y como culminación de los esfuerzos continuados de la Junta Directiva y de la Gerencia por conseguir que el Estado llegue a aportar lo que le corresponde para financiar debidamente nuestro sistema de Seguridad Social, figura una partida de un poco más de cuatro millones y medio de colones para financiar la cuota del Estado como tal y como patrono. Y además figura otra partida de doscientos cincuenta mil colones, como "Amortización Deuda Acumulada por insuficiencia cuota del Estado 1948-1949". Importa destacar que la primera partida mencionada es muy superior a las que hasta ahora había percibido la Caja como contribución del Estado, lo que pone de manifiesto el deseo, traducido en hechos, del Poder Ejecutivo de colaborar efectivamente a la solución del problema financiero de la Caja.

Es también muy importante destacar el hecho de que, en la propia Ley de Presupuesto, se ha reconocido que el Estado tiene una deuda con la Institución, a la cual se ha hecho un abono de doscientos cincuenta mil colones; el resto de esa deuda que hoy monta a una suma cercana a los cuatro millones de colones, es posible que se vaya amortizando en el curso de presupuestos venideros. En todo caso, es preciso dejar constancia que la actitud del Poder Ejecutivo ha variado sustancialmente, siendo actualmente favorable a los intereses de la Caja. Reconocido legalmente el déficit existente y ante la actitud ya permanente de amplia comprensión para nuestros problemas, es muy posible

que en el curso del año de 1953 llegue a culminar en un arreglo completo el largo proceso de negociaciones relativas a la insuficiencia de la cuota estatal.

En el fondo de este asunto palpitan principios de filosofía política. Se trata nada menos que de determinar si la Seguridad Social se ha integrado a los fines esenciales del Estado, adquiriendo el rango que ostentan por ejemplo la Educación y Seguridad Públicas o si ella debe considerarse simplemente como una actividad accesoria dentro del engranaje de los servicios públicos, a la cual el Gobierno da una subvención por considerarla simplemente útil. En realidad, la Seguridad Social ha devenido últimamente fin primordial de los Estados. Se ha caído en la cuenta de que una de las fuentes constantes de malestar entre los pueblos es la inseguridad social. También se ha observado que la asistencia pública, en su concepto arcaico de caridad o limosna, en vez de solucionar el problema más bien lo agudiza porque atenta contra elementales principios de dignidad personal.

En la afanosa búsqueda de una fórmula capaz de atacar con éxito la inseguridad social, sin menoscabo de la libertad y la dignidad de los hombres, se llegó a los Seguros Sociales, como sistemas coordinados y solidarios de acción colectiva para combatir los riesgos que amenazan a cada paso la salud y la vida de las personas. Encontrado ese camino, han entrado por él la mayor parte de los Estados civilizados de la tierra, empeñados en conseguir el bienestar de los respectivos conglomerados humanos.

En Costa Rica, esa tendencia se viene abriendo paso en forma palpable. Por todos los ámbitos del país se nota el deseo de poner en ejercicio las nuevas técnicas que en esa materia se están usando, y el Estado mismo, por medio del Poder Ejecutivo, se ha expresado en términos que no dejan lugar a dudas en cuanto a que, entre los fines esenciales del mismo, figura ya LA SEGURIDAD SOCIAL.

Síntesis de las resoluciones de la Junta Directiva y de los Estudios Técnicos que sirvieron de base para el aumento de las cuotas destinadas a financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad

En el mes de octubre de 1951, al entrar a conocer la Junta Directiva del proyecto de presupuesto para 1952, apareció clara la difícil situación financiera porque venía atravesando el régimen de Enfermedad y Maternidad. En aquella oportunidad y para poder balancear el presupuesto, fué preciso reducir sustancialmente algunas partidas, con el único argumento de que en otra forma los egresos resultarían superiores a los ingresos. Ante tal situación el señor Sub-Gerente Lic. Jorge Brenes Cedeño, manifestó a la Junta Directiva que era preciso abocarse decididamente a resolver el problema financiero. Sugirió que la Junta Directiva tomara un acuerdo autorizando los estudios *del caso, tanto para contemplar la posibilidad de elevar el tope de salarios asegurables más allá de ₡ 400.00 que es lo que fija actualmente la Ley, como para determinar la conveniencia de elevar las cuotas obreras, patronales y estatales destinadas a la financiación del régimen de Enfermedad y Maternidad.* Naturalmente, la Junta Directiva estuvo anuente a las proposiciones del señor Brenes, y por unanimidad acordó autorizar los estudios de que se ha hecho referencia.

Ya antes de esta ocasión, con motivo de la discusión de la reforma al Reglamento de los riesgos de Enfermedad y Maternidad, el 30 de abril de 1951, se había encargado al Departamento Actuarial y Estadístico hacer una revisión financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad, con y sin protección familiar.

El informe del Departamento Actuarial fué conocido en la sesión de la Junta Directiva del 4 de diciembre de 1951 y dice en su parte final:

RESULTADOS DEL ESTUDIO:

"A).—Sin tomar en cuenta lo que correspondería cargar por concepto de adquisición de activos en San José y Provincias, ni lo que correspondería cargar a estas

últimas por concepto de "gastos administrativos indirectos", la revisión financiera realizada por esta vez nos lleva a las siguientes conclusiones respecto al costo de los servicios, —limitados al grado y suficiencia actuales—, del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin cobertura familiar.

1.—El costo medio del seguro, en toda la República, resulta ser del 5.70011% sobre los primeros ₡ 400.00 de sueldo mensual, correspondiendo a prestaciones en dinero 0.65093, a prestaciones en especie 4.29441% y a administración 0.75477%.

2.—El costo medio del seguro sin protección familiar alcanza al 5.08842%, de lo cual corresponde a prestaciones en dinero el 0.67068%, a prestaciones en especie 3.61890% y a administración 0.79884%.

3.—El costo medio del seguro con protección familiar alcanza al 8.75812%; de lo que corresponde a prestaciones en dinero 0.50939%, a prestaciones en especie 7.77420% y a administración el 0.47453%.

4.—Se observa que el costo mayor del seguro sin protección familiar está en San José, siguiendo Alajuela y Cartago, después Puntarenas y finalmente Limón, lo cual parece justificarse debido al mayor uso que de los servicios del Seguro se hace en esos diferentes lugares. El mayor costo de las prestaciones en dinero están en San José, lo que parece tener su explicación debido a los mayores salarios que se pagan en la capital y a que las actividades industriales son mayores en esta provincia que en las demás. En este aspecto le sigue Alajuela y después los otros lugares en igual orden que antes se mencionaron. Las prestaciones en especie se encarecen más en Alajuela y Cartago que en San José, fenómeno explicable debido a que el costo medio baja de acuerdo con la magnitud del grupo y en San José la concentración es mayor que en los demás lugares. Puntarenas y Limón mantienen los costos más bajos, debido posiblemente, a lo modesto de los servicios médicos en estos lugares. Los gastos administrativos resultan también mayores en San José, siguiendo Alajuela, luego Cartago, después Puntarenas y por último Limón, justificándose el encarecimiento mayor en San José porque esta provincia soporta los gastos administrativos indirectos que correspondiendo, en parte, a provincias, no han sido cargadas a ellas.

Respecto a las zonas en donde existe el seguro con protección familiar, se observa que el costo mayor está en La Unión; Heredia y Turrialba guardan mucha similitud aunque un poco mayor en la primera.

Los cocientes resultantes entre los gastos y los ingresos resultan en estos lugares superiores a la unidad, lo que indica que en estas zonas se ha venido operando a base de un costo mayor que el que permiten los recursos, razón por la que se impone un ajuste adecuado en las cuotas. Los costos por prestaciones en dinero, en especie y administrativos locales, guardan cierta paridad en los tres lugares, sólo que en La Unión sí se observa un aumento notorio en el costo relativo a las prestaciones en especie y en la administración. Es posible que se deba a las condiciones especiales de dicho lugar y al uso frecuente que se hace de los servicios en San José, con lo que hacen incurrir a la CAJA en un doble gasto.

B).—Los porcentajes de costos mencionados antes que contiene el Cuadro N°

5, deben ser aumentados a fin de prever la adquisición de activos en San José y provincias, así como aumentar, en lo que respecta a estas últimas, —provincias—, un poco más para prever los gastos administrativos indirectos. De esta manera, si sobre la cuota neta del 5.088+2% que corresponde al Seguro de Enfermedad y Maternidad sin Protección Familiar, cargáramos un 0.9% de los salarios (o sea el 15% de la cuota) para adquisición de activos, el porcentaje total a cargar sobre los primeros ₡ 400.00 de sueldo mensual, alcanzará al 6%, lo cual coincide con la cuota actual vigente; y si hiciéramos lo mismo en el Seguro de Enfermedad y Maternidad con Protección Familiar cargando un 0.9% de los salarios por adquisición de activos y además un 0.34% para financiar los gastos administrativos indirectos (Directiva, Gerencia, servicios técnicos en San José, etc.) la cuota total a cobrar sobre los mismos primeros ₡ 400.00 de salarios, alcanzará al 10%.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE LOS RESULTADOS:

A).—Es importante, y muy necesario, tomar bien en cuenta que el 10% resultante para el seguro con protección familiar, se refiere al costo de dicha cobertura en el grado y la suficiencia bajo los cuales se opera en la actualidad. Es bien sabido de todos, las limitaciones grandes a que nos vemos sometidos en la atención diaria de los asegurados y también el hecho de que en adquisición de activos se ha de invertir para poder financiar el costo corriente de las necesidades más apremiantes. De ahí que en Heredia se trabaja en un local inadecuado, que en Turrialba se carezca de una mejor instalación y, en fin, que la Caja, sus funcionarios y asegurados, tengan que amoldarse a las muy modestas condiciones en que actualmente se trabaja. Es decir, que de 10% sería suficiente para continuar trabajando financieramente equilibrado, pero soportando las mismas limitaciones actuales. Mientras que, para lograr una atención mejor, la que normalmente pueda esperarse, comparable la atención familiar con la que reciben los trabajadores asegurados de San José, habría necesidad de cobrar entre un 11% y un 12%.

En aquellas zonas donde opera el seguro familiar, por cada 100 consultas de trabajadores asegurados, se presentan 168 de familiares, y por cada 100 estancias hospitalarias de trabajadores asegurados se presentan 61 de familiares. Según anteriores cuadros, el costo de los servicios de policlinica (medicina exterior) puede estimarse en el 2.6345% y el costo de los servicios hospitalarios en el 1.01545%. De todo lo cual se desprende que, para una atención similar a los familiares, se requeriría un porcentaje adicional muy aproximado al 5%, que sumado al 6% que se cobra en el seguro sin dicha protección, daría 11%. Ahora bien, como el primer número de pacientes obligaría a mayores facilidades de local, equipo, etc., es de suponer que se necesite contar con un 0.5% a un 1% más para esta ampliación. De ahí que el porcentaje total para el seguro con protección familiar, ande entre el 11% y 12%.

B).—Este estudio preliminar que se resume en el presente informe, lo recomendamos como guía orientadora en nuestras actuales gestiones y a manera de ilustración que permita a todos nosotros conocer de mejor manera y en forma más cierta la con-

dición económica de nuestro seguro de Enfermedad y Maternidad, con y sin protección familiar. No sería recomendable proceder, tomando como base única este estudio, al cambio del porcentaje de las cuotas. Este paso podría darse a raíz de otra revisión financiera que abarque un período igual o mayor a un año y que tenga como base datos que emanen de una contabilidad de costos bien llevada. Este Departamento está ya en disposición de realizar estos estudios en forma más rápida y precisa, para lo cual cuenta con la información estadística necesaria, pero urge la organización contable de costos que aún no se ha establecido en la Caja. Aconsejamos, por tanto, que a fin de poder contar con tan indispensables elementos, se ponga especial cuidado sobre este particular, —el de la contabilidad de costos”.

Como resultado de la discusión de este informe actuarial, se consignó en el acta N° 1011 celebrada el ya indicado 3 de diciembre, lo siguiente:

“Seguidamente el Lic. Vindas insiste en que para realizar el estudio se tomaron como base los servicios actuales, con todas sus limitaciones, y sin entrar a analizar si son o no suficientes ni si debe o no cobrarse más o menos. También insiste en que por falta de una contabilidad de costos hubo que aplicar métodos indirectos, cuyos resultados no puede garantizar, sino cuando se lleve ese tipo de contabilidad y permita corroborar el trabajo que hoy se presenta; pero agrega que, sin embargo, los resultados parecen lógicos, como puede observarse en el informe. Continúa diciendo que se tomaron para efectuar el estudio datos correspondientes al primer semestre del año en curso, porque fué apenas en el año 1950 que se pusieron en práctica sistemas estadísticos, pero que sólo les merecen confianza las informaciones obtenidas este año, por ser ahora que se lleva un adecuado control. Advierte que es inconveniente tomar informaciones de períodos tan cortos, ya que pueden resultar afectadas por circunstancias especiales, pero que fué necesario hacerlo así por las razones dichas. Termina diciendo el Lic. Vindas, que él no aconsejaría que se cambien las cuotas tomando como única base el estudio que se conoce. Pide la palabra el Sr. Sub-Gerente y dice que a él sí le parece que debe tomarse una medida respecto del Seguro Familiar; que debe tomarse en cuenta que en estos asuntos siempre se parte de bases más o menos ciertas; termina diciendo que no es conveniente esperar más, porque el problema cada día se hará más grave. A pregunta de algunos señores Directores, el Lic. Vindas dice que una nueva revisión, que comprendiera todo el año de 1951, podría tenerla lista más o menos para marzo del año entrante, pero advirtiéndole que por el mismo método indirecto que ahora se aplicó, ya que la contabilidad de costos apenas empezará a trabajar el año entrante y habría que esperar que terminara para tomar esos datos como base de un estudio. El Sr. Sub-Gerente insiste en la necesidad de tomar una decisión: o se aumentan las cuotas o se disminuyen los beneficios. El Sr. González Quirós está de acuerdo con que se haga nuevo estudio que comprenda todo el año de 1951, pero pensando en proteger todo el país con el Seguro Familiar. Finalmente se acuerda por

unanimidad: 1º) encargar al Departamento Actuarial nuevo estudio sobre el Seguro de Enfermedad con protección familiar, tomando la información de todo el año de 1951, a efecto de proceder con base en él a elevar las cuotas; 2º) encomendar a la Gerencia para que vaya informando a los sectores interesados, sobre la elevación que habrá que hacer en las cuotas de los trabajadores con derecho a protección familiar, debido al alto costo del servicio."

Como se ve, se había ya llegado al convencimiento, con base en la realidad fiscal afrontada por la Caja, de que era preciso proceder a un reajuste de las cuotas en el Seguro de Enfermedad y Maternidad. Pero también se advierte que la decisión final, no se ha querido tomar sino después de haber hecho todos los estudios técnicos que la medida requiere. El nuevo informe preparado por el Departamento Actuarial, con base en la resolución tomada en el acuerdo 1º de la sesión celebrada el 3 de diciembre de 1951, dice textualmente:

ASUNTO: Informe N° 4-52 Costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar.

PARTE I

INTRODUCCION

1.0.—En este informe presentamos el resumen de los estudios realizados por el Departamento Actuarial y Estadístico con respecto al costo del Seguro de Enfermedad y Maternidad con protección familiar y el costo del mismo sin dicha protección.

1.1.—A fines del año 1951 habíamos elaborado ya un estudio similar preliminar, en el cual la información estadística y contable estaba muy incompleta, lo que nos imposibilitaba para garantizar aquellos resultados. El mencionado estudio preliminar sirvió, más que todo, para determinar las pautas de este nuevo, sobre el que podemos garantizar mejor los resultados a que hemos llegado. Los resultados obtenidos en ambas ocasiones guardan bastante similitud, lo que hace creer en que son representativos de la realidad.

1.2.—Es necesario advertir, previamente, que este estudio tiene por objeto, más que todo, efectuar una revisión financiera sobre el costo de los programas que actualmente está haciendo efectivos la CAJA, en su Seguro de Enfermedad y Maternidad, tomando como base los primeros ₡. 400.00 de salario mensual y las actuales prestaciones que en el orden médico, hospitalario y monetario están otorgándose a los asegurados, principalmente, con el objeto de determinar cuánto está consumiendo la protección al trabajador y su familia conjuntamente, y cuánto la protección limitada exclusivamente al primero. De tal manera, que no hemos de ocuparnos, al menos por ahora, en contemplar mejoras ni ampliaciones, sino que nos concretaremos a la determinación del

costo corriente (que no incluye la adquisición de activos como hospitales, clínicas, etc.) de lo que en la actualidad está dándose.

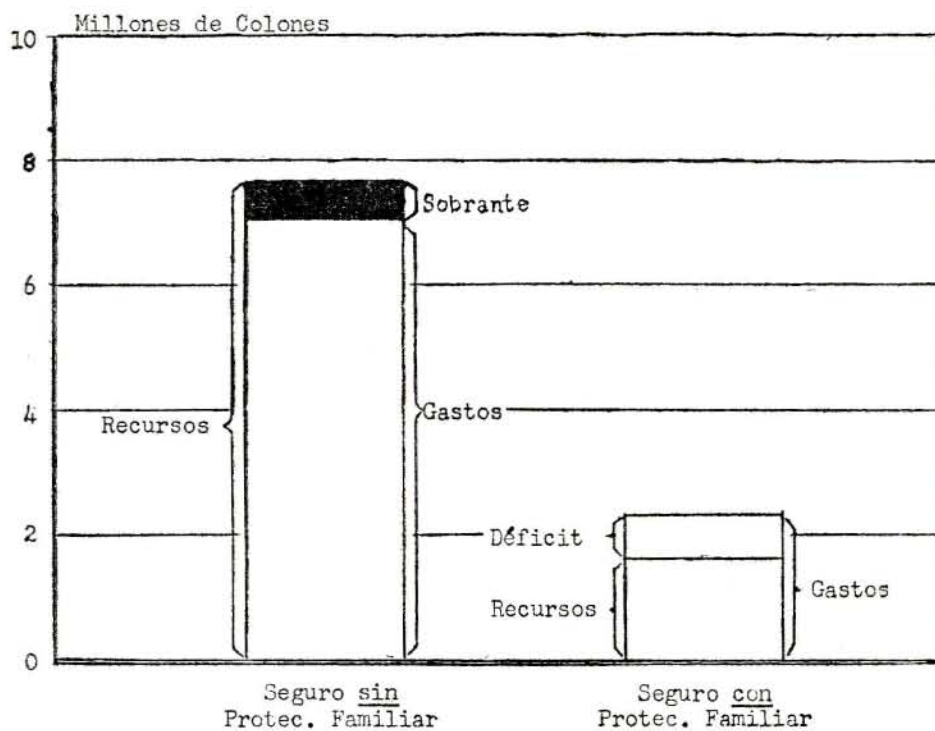
1.3.—Aparentemente en las finanzas del Seguro de Enfermedad y Maternidad, en todo el país, no hay problema alguno, ya que los análisis financieros correspondientes a los últimos años muestran "superávits" financieros, lo que indica, por tanto, que la CAJA no se ha excedido en sus gastos corrientes, que le ha alcanzado para éstos y, lo que es más, que le ha sobrado para constituir reservas y para adquirir unos pocos activos. Pero esta situación favorable es inconsistente, pues los mencionados "superávits" han surgido de las privaciones que en otros órdenes han venido sufriendo los programas del Seguro de Enfermedad y Maternidad. Más bien, este Seguro ha venido siendo agobiado cada vez más por cargas mayores que encarecen sus costos de operación. De 1945 a 1951, los ingresos por asegurado aumentaron en un 65%, pero los gastos aumentaron en un 72%, observándose, por otro lado, que de 1950 a 1951 el uso del seguro, por asegurado, aumentó en un 12%, ya que en 1950 se atendieron 5 consultas por trabajador asegurado y en 1951 5.6. Así pues, el Seguro de Enfermedad y Maternidad ha venido recargándose cada vez más en sus costos corrientes, privándose en forma más acentuada de la adquisición de activos como hospitales, clínicas y equipos, pese a las necesidades cada vez más crecientes y sentidas sobre este particular. Este Seguro se ha logrado sostener en pie por ser un régimen de reparto cuya ductibilidad es característica de los regímenes de este tipo, característica que le permite operar aún bajo el rigor de las condiciones económicas más difíciles.

1.4.—Cuando en un régimen de reparto la situación es apurada y difícil, la gestión se dirige, especialmente, en recortar de acá para agregar allá, lo cual es, sin más ni menos, la situación que hemos venido soportando en nuestro régimen de Enfermedad y Maternidad. Del producto del 6% para la atención del seguro exclusivo al trabajador (Seguro Directo, se ha venido tomando parte para agregar al producto del 7% correspondiente al Seguro con protección familiar y completar así, como única solución, los fondos necesarios para el otorgamiento de esos servicios al trabajador y su familia conjuntamente. Claro está que situación tal no puede permanecer indefinidamente ya que llega el momento crítico en que las finanzas del sistema terminan por desequilibrarse, siendo allí donde sobreviene entonces el derrumbamiento total del sistema.

1.5.—El sistema financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad puede compararse con una bolsa de hule cuya elasticidad le permite, hasta cierto punto, soportar cargas cada vez mayores. A medida que esa carga aumenta, la capa que cubre la superficie tiende a ser más delgada y menos resistente, hasta que llega el momento en que se verifica la primera ruptura y de allí en adelante daños catastróficos que aniquilan totalmente el objeto. Tal es la situación de nuestro régimen de Enfermedad y Maternidad al que ya las cargas, —principalmente las del seguro familiar—, están debilitándolo, de tal manera, que pronto nos iremos a ver en la penosísima situación de contemplar pacientes solicitándonos alojamiento, atención médico-hospitalaria, medicinas, etc. etc., y la CAJA sin hospitales, sin clínicas, con escasa existencia de medicinas y, en fin, sumidos en el mayor de los compromisos, debido todo al desequilibrio entre las cargas y los recursos.

1.6.—El Seguro que hemos dado en llamar “directo”, por soportar cargas del “familiar” que no le corresponden, corre el peligro, al igual que este último, de desfinanciarse muy pronto si no nos apresuramos en establecer el cobro de la contribución justa que los afiliados al Seguro Familiar deban pagar, así como el establecimiento de otras medidas que nos pongan a salvo de esta situación. Por eso el principal objeto de este estudio está en tratar de determinar el costo real que sobre los primeros ₡ 400.00 de sueldo mensual viene costándole a la CAJA la atención que en casos de enfermedad y maternidad otorga a los trabajadores asegurados y a los familiares que conviven y dependen de él.

COMPARACION ENTRE LOS RECURSOS Y LOS GASTOS REALES (*)
DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
AÑO 1951



(*) No incluye adquisición de activos como hospitales, clínicas, etc.

1.7.—En la parte final de este mismo estudio, incluiremos también la estimación de una cuota total única que incluye en ella, a más del costo justo de operación del sistema con y sin protección familiar, una porción destinada a la construcción de centros hospitalarios y asistenciales de que tanto carece la CAJA.

1.8.—Para la elaboración de este estudio hemos realizado un cuidadoso análisis respecto de los ingresos, salarios y gastos por lugares y zonas, a fin de obtener la más justa distribución de los mismos y determinar así el costo real de operación local por cada uno de los principales lugares del país en que estamos interesados.

1.9.—Aconsejamos consultar nuestros informes estadísticos y también nuestro Informe N° 3-52 sobre "Resultados Financieros del año 1951", a fin de ampliar el contenido del presente estudio.

PARTE II

SALARIOS Y CUOTAS

a.—Salarios

2.0.a.—Los salarios controlados por la CAJA en 1951 a través de su Seguro de Enfermedad y Maternidad, limitados éstos a ₡ 400.00 mensuales, se estiman en la suma de ₡ 151,832.881.00, distribuidos así:

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION POR LUGARES DE LOS SALARIOS CONTROLADOS POR LA C. C. S. S.

(Limitados a ₡ 400.00 mensuales)

LUGAR	SALARIOS
<i>Salarios totales</i>	₡ 151,832.881.00
Provincia de San José	87,002.236.00
Provincia de Alajuela	18,791.870.00
Provincia de Cartago (menos Turrialba, La Unión y Jiménez)	4,950.083.00
Provincia de Heredia	9,956.493.00
Cantón de La Unión	2,324.111.00
Provincia de Limón	9,249.564.00
Cantones de Turrialba y Jiménez	11,579.108.00
Provincia de Puntarenas	7,979.416.00

2.1.a.—Se estima, asimismo, que la distribución de los salarios correspondientes a las zonas con protección familiar y aquellas donde ésta no existe, es como sigue:

CUADRO N° 2

DISTRIBUCION POR ZONAS DE LOS SALARIOS CONTROLADOS
POR LA C. C. S. S.

(Limitados a ₡ 400.00 mensuales)

ZONAS	SALARIOS
Salarios totales	₡ 151,832.881.00
Zonas con protección familiar	23,859.712.00
Zonas sin protección familiar	127,973.169.00

2.2.a.—De los anteriores salarios, se estima también que éstos provienen de las fuentes siguientes:

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION POR ACTIVIDADES DE LOS SALARIOS CONTROLADOS
POR LA C. C. S. S.

(Limitados a ₡ 400.00 mensuales)

Sobre Empleados del Estado	₡ 43,143.762.00
Sobre Empresas Particulares	108,689.119.00
Agric., ganad. selv. y pesca	₡ 21,955.202.00
Industrias extractivas	108.689.00
Industrias de transformación	34,563.140.00
Industrias de Edif. y construcción	7,608.238.00
Transportes y comunicaciones	12,607.938.00
Comercio	16,085.990.00
Servicios personales y hoteles	4,021.497.00
Servicios Públicos	11,738.425.00
Salarios Totales	₡ 151,832.881.00

(NOTA.—Los salarios correspondientes a trabajadores asegurados de la Provincia de Guanacaste, se incluyen entre los correspondientes a la Provincia de San José).

b.—Cuotas

2.0.b.—El monto total de cuotas percibidas por la CAJA durante 1951, en su Seguro de Enfermedad y Maternidad, asciende a ₡ 9,366.648.03 cuya procedencia se estima así:

CUOTAS PERCIBIDAS POR LA C. C. S. S.
CUADRO N° 4

DETALLE	SUMAS
Cuotas Totales	₡ 9,366.648.03
Cuotas de trabajadores y Patronos Particulares	5,651.590.00
Cuotas de trabajadores del Estado y del Estado como Patrono	2,196.729.22
Cuotas del Estado como Tal	1,518.328.81

2.1.b.—El ajuste y la distribución de estas cuotas se resume en el cuadro N° 5, el cual obedece a un cuidadoso análisis relativo a la procedencia de los salarios sobre los que fueron cargadas esas cuotas.

CUADRO N° 5
DISTRIBUCION DE CUOTAS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
AÑO 1951
(En Colones)

REGION	TOTALES	PARTICULARES	C. C. S. S.	NORTHERN	ESTADO	ESTADO COMO TAL
		Cuota Patronal y Obrera	Cuota Patronal y Obrera (6%)	Cuota Patronal y Obrera	Cuota Patronal y Obrera	
Zonas con Seg. Familiar	1,670.179.88	1,151.422.80	25.149.60	17.763.60	237.246.76	238.597.12
Zonas sin Seg. Familiar	7,696.468.15	3,978.509.20	159.596.40	319.148.40	1,959.482.46	1,279.731.69
TODA LA REPUBLICA	9,366.648.03	5,129.932.00	184.746.00	336.912.00	2,196.729.22	1,518.328.81
San José	5,234.585.74	2,882.288.85	137.838.00	94.497.60	1,249.938.93	870.022.36
Alajuela	1,129.763.02	633.977.80	13.504.80	.....	294.361.72	187.918.70
Cartago	297.363.77	133.676.95	2.152.80	.....	112.033.19	49.500.83
Heredia	696.954.53	408.053.80	9.204.00	.....	180.131.80	99.564.93
La Unión	162.687.79	124.987.10	1.279.20	.....	13.180.38	23.241.11
Limón	555.533.04	144.965.50	3.355.20	224.650.80	90.065.90	92.495.64
Turrialba y Jiménez	810.537.56	618.381.90	14.666.40	17.763.60	43.934.58	115.791.08
Puntarenas	479.222.58	183.600.10	2.745.60	.....	213.082.72	79.794.16

NOTA.—Las cuotas correspondientes a trabajadores de la Provincia de Guanacaste, se incluyen en la Provincia de San José.

GASTOS CORRIENTES

PARTE III

3.1.—Los gastos corrientes del Seguro de Enfermedad y Maternidad están constituidos por 3 principales clases de gastos, a saber: Prestaciones en Especie, Prestaciones en Dinero y Gastos Administrativos.

Los gastos corrientes totales, —que no comprenden la adquisición de activos—, ascendieron en 1951, a ₡ 9,367.258.54, cuya distribución se resume en el Cuadro N^o 6 siguiente:

CUADRO N^o 6

DISTRIBUCION POR LUGARES DE LOS GASTOS DE LA C. C. S. S.

AÑO 1951

(En Colones)

R E G I O N	Gastos Totales	Prestaciones en Especie	Prestaciones en Dinero	Gastos Administrac.
<i>Toda la República</i>	9,367.258.54	6,637.316.10	1,040.340.40	1,689.602.04
Prov. de San José.....	5,017.195.82	3,260.755.68	711.948.63	1,044.491.51
Prov. de Alajuela	1,078.669.93	745.945.10	127.524.97	205.199.86
Prov. de Cartago (me- nos La Unión, Tu- rrialba y Jiménez)....	265.574.46	201.339.74	14.839.05	49.395.67
Prov. de Heredia	950.137.76	787.218.94	51.779.24	111.139.58
Cant. de La Unión	283.924.69	232.452.66	13.008.40	38.463.63
Prov. de Limón	331.296.52	244.869.23	29.060.14	57.367.15
Cant. de Turrialba y Ji- ménez	1,081.856.23	892.296.47	65.715.75	123.844.01
Prov. de Puntarenas	358.603.13	272.438.28	26.464.22	59.700.63

NOTA.—Los gastos ocasionados por los asegurados de la Provincia de Guanacaste, se incluyen entre los gastos de la Provincia de San José.

3.2.—Tomando como referencia las zonas en las que existe protección a la familia y aquellas en que no existe dicha protección, la distribución de gastos es como sigue:

CUADRO N° 7

DISTRIBUCION POR ZONAS DE LOS GASTOS DE LA C. C. S. S.

AÑO 1951

(En Colones)

REGION	Gastos Totales	Prestaciones en Especie	Prestaciones en Dinero	Gastos Administrac.
En toda la República...	9,367.258.54	6,637.616.10	1,040.340.40	1,689.602.04
Zonas con protec. Fam.	2,315.918.68	1,911.968.07	130.503.39	273.447.22
Zonas sin protec. Fam.	7,051.339.86	4,725.348.03	909.837.01	1,416.154.82

3.3.—Resumiremos luego la forma en que cada una de las 3 clases de gastos fueron determinados y distribuidos en este estudio:

a.—Prestaciones en Especie

Las Prestaciones en Especie están representadas por los servicios médico-hospitalarios que la CAJA otorga a sus asegurados, incluyendo en ellos, desde luego, los servicios farmacéuticos, de laboratorio, y todos aquellos servicios anexos a la medicina establecidos por la Institución para sus asegurados.

Dos clasificaciones generales podemos distinguir en esta clase de servicios que son: Los servicios hospitalarios o de medicina interna, y los servicios de policlínica o de medicina externa.

1.—Los servicios hospitalarios, —de medicina interna y cirugía—, ha venido otorgándolos la CAJA a través de su Hospital Central en San José, del Hospital en Turrialba y de los hospitales particulares con quienes ha logrado contratar servicios para sus asegurados. En vista de que de los hospitales en San José, hacen uso, tanto asegurados de esta provincia como de otras, y con el propósito de obtener una distribución justa y equitativa, hemos investigado el uso que de cada uno de estos centros hace cada una de las provincias y cantones de que hemos venido ocupándonos en este estudio. De esta manera, tomando como base el gasto total observado en el Hospital Central de la CAJA, y los gastos correspondientes a los otros hospitales particulares contratados en San José, hemos logrado prorratear los gastos en la forma como se resume en los Cuadros N° 8 y N° 9 que se adjuntan seguidamente.

CUADRO N° 8
DISTRIBUCION DE GASTOS DEL HOSPITAL CENTRAL (*)
AÑO 1951

LUGAR	% DE USO	COSTO
<i>Toda la República</i>	100.00	₡ 2,087,227.52
San José	61.48	1,283,227.48
Alajuela	8.90	185,763.25
Cartago	3.69	77,018.70
Heredia	10.90	227,507.80
La Unión	3.87	80,775.70
Limón	3.09	64,495.33
Turrialba	6.36	132,747.67
Puntarenas	1.71	35,691.59

(*) Incluye los gastos por biblioteca médica.

CUADRO N° 9

DISTRIBUCION DE GASTOS EN HOSPITALES PARTICULARES

AÑO 1951

LUGAR	TOTALES EN COLONES	SANATORIO DE LAS MERCEDES		ASILO CARLOS Ma. ULLOA		HOSPITAL S. JUAN DE DIOS		ASILO CHAPUI		SANATORIO CARLOS DURAN	
		Colones	% Uso	Colones	% Uso	Colones	% Uso	Colones	% Uso	Colones	% Uso
<i>Toda la República</i>	159.315.77	14.920.04	100.00	22.369.13	100.00	22.816.25	100.00	40.288.35	100.00	58.922.00	100.00
San José	98.441.08	14.920.04	100.00	7.220.76	32.28	14.162.05	62.07	21.965.21	54.52	40.153.02	68.18
Alajuela	11.211.29	.....	.....	2.715.61	12.14	1.781.95	7.81	1.357.72	3.37	5.356.01	9.09
Cartago	7.266.11	.....	.....	6.967.98	31.15	.....	.....	298.13	0.74	.....	.....
Heredia	5.083.25	.....	.....	.....	.....	2.105.94	9.23	2.977.31	7.39	.....	.....
La Unión	4.477.76	.....	.....	.....	.....	702.74	3.08	3.775.02	9.37	.....	.....
Limón	6.947.36	.....	.....	5.464.78	24.43	257.82	1.13	1.224.76	3.04	.....	.....
Puntarenas	2.788.19	.....	.....	.....	.....	107.24	0.47	.....	.....	2.680.95	4.55
Turrialba	23.100.73	.....	.....	.....	.....	3.698.51	16.21	8.690.20	21.57	10.712.02	18.18

2.—Los servicios de policlínica en San José, también están sirviendo indistintamente a los asegurados de esta provincia como a los asegurados de las demás. En forma similar a la distribución de los gastos hospitalarios antes mencionados, hemos prorrateado, en el Cuadro N° 10, los gastos ocasionados en la Policlínica Central, tomando como base el uso que de estos servicios, hizo cada una de las provincias durante el año 1951.

CUADRO N° 10

DISTRIBUCION DE GASTOS DE LA POLICLINICA CENTRAL

AÑO 1951

LUGAR	% DE USO	COSTO
Toda la República	100.00	₡ 2,175,121.09
San José (*)	86.39	1,879,087.12
Alajuela	2.28	49,592.76
Cartago	1.24	26,971.50
Heredia	4.56	99,185.52
La Unión	3.15	68,516.31
Limón	0.33	7,177.90
Turrialba	1.80	39,152.18
Puntarenas	0.25	5,437.80

(*) En San José se incluyen los gastos de Guanacaste.

3.—A más de los anteriores gastos, están los *gastos locales*, tanto de hospitales como de policlínica, en que incurrieron las diferentes provincias haciendo uso de centros ubicados en ellas mismas y a su servicio exclusivo. Esta distribución la contiene el Cuadro N° 11.

CUADRO N^o 11

DISTRIBUCION DE GASTOS LOCALES EN PROVINCIAS
POR PRESTACIONES EN ESPECIE

AÑO 1951

LUGAR	COSTO
<i>Toda la República</i>	₡ 2,215.651.72
San José	
Alajuela	499.377.80
Cartago	90.083.43
Heredia	455.442.37
La Unión	78.682.89
Limón	166.248.64
Turrialba	717.608.43
Puntarenas	208.208.16

Todos estos gastos así prorrateados, en conjunto suman los ₡ 6,637.616.10 que como monto total por Prestaciones en Especie se mencionó anteriormente, en el punto 3.2.

b.—Prestaciones en Dinero

La distribución de los gastos por Prestaciones en Dinero, fué tomada directamente de los registros de la Contabilidad que llevan esa distribución en la misma forma como se presentan en este estudio.

c.—Gastos Administrativos

Como gastos administrativos hemos incluido todos aquellos ocasionados por el pago del personal puramente administrativo, así como el gasto de otros servicios similares, más todos aquellos que conciernen a la depreciación y conservación de activos al servicio de la administración del seguro.

Hemos tomado especial interés en tratar de obtener un prorrateo justo respecto de aquellos sueldos del personal en servicios centrales en San José que, como los Sres. Directores, Gerentes, personal de Actuariado y Estadística, personal de Auditoría, y otros más, en su trabajo diario lo hacen para toda la República y no solamente para asegurados locales de San José. Para esta distribución hemos tomado en cuenta el número de trabajadores asegurados por localidad y otras consideraciones, si se quiere subjetivas, pero que creímos necesarias a fin de llegar a esa distribución justa y equitativa a que nos proponíamos. De esta manera logramos confeccionar el Cuadro N^o 12.

CUADRO N° 12

DISTRIBUCION DE GASTOS ADMINISTRATIVOS Y OTROS GASTOS

AÑO 1951

L U G A R	Suma en ₡	Por Administración	Por Depreciación
<i>Toda la República</i>	1,689.602.04	1,256.044.03	433.558.01
San José	1,044.491.51	722.794.50	321.697.01
Alajuela	205.199.86	181.213.86	23.986.00
Cartago	49.395.67	38.797.67	10.598.00
Heredia	111.139.58	77.971.58	33.168.00
La Unión	38.463.63	23.402.63	15.061.00
Limón	57.367.15	50.030.15	7.337.00
Turrialba	123.844.01	106.338.01	17.506.00
Puntarenas	59.700.63	55.495.63	4.205.00

PARTE IV

COSTO DEL SEGURO CON RESPECTO A LOS SALARIOS

4.0.—Con base en todas las anteriores cifras, hemos armado el Cuadro N° 13 en el que aparecen los porcentajes de costo sobre los salarios, limitados éstos a ₡ 400.00 mensuales.

4.1.—Se observa que, relacionando los costos totales del seguro familiar con los salarios correspondientes a las zonas afectadas por dicho seguro, la cuota neta de contribución para gastos corrientes (que no incluye la adquisición de activos), debería ser de 9.7064%; cuota que se compone así: el 8.0134% por concepto de Prestaciones en Especie, el 0.5469% por concepto de Prestaciones en Dinero y el 1.1461% por concepto de Gastos Administrativos en los que se incluye la Depreciación y Otros Gastos.

4.2.—Se observa, por otro lado, que la relación de los salarios y lo gastado por concepto de Seguro de Enfermedad sin protección familiar (Seguro Directo) indica que la cuota neta por gastos corrientes (sin incluir la adquisición de activos) debería ser del 5.5100%; distribuyéndose esta cuota total así: el 3.6924% por concepto de Prestaciones en Especie, el 0.7110% por concepto de Prestaciones en Dinero y el 1.1066% por concepto de Gastos Administrativos, Depreciación y Otros Gastos.

4.3.—Del detalle que contiene el Cuadro N^o 8 podemos obtener los costos netos que por concepto de gastos corrientes se observan en las diferentes provincias de la República y en los Cantones de la Unión, Turrialba y Jiménez. En este análisis nos encontramos con que los costos varían mucho entre una localidad y otra. Así por ejemplo, Limón y Puntarenas mantienen los porcentajes de costo más bajos mientras que La Unión es la que lo mantiene más alto; lo cual puede explicarse por existir en La Unión el Seguro Familiar sobre una población agrícola donde el grupo familiar es, no sólo mayor, sino de enfermedades infantiles más frecuentes, y, por tanto, de una necesidad médica mayor y de un uso constante de los servicios de la CAJA; mientras que en los puertos de Limón y Puntarenas, posiblemente por las condiciones tan modestas bajo las cuales operan estos centros y la poca confianza que los asegurados tienen sobre los servicios, es que el uso disminuye y consecuentemente los costos bajan más que en las otras regiones.

4.4.—Se observa el hecho de que el llamado "Seguro Directo", consume menos de la cuota del 6% que en la actualidad se cobra para este propósito. Precisamente es esa diferencia, —del 0.49% sobre los salarios—, la que está siendo destinada a cubrir los déficits que se operan en el seguro familiar, así como en adquirir los muy escasos activos que ha venido adquiriendo la Institución.

CUADRO N° 13

CUADRO QUE MUESTRA LA ESTIMACION DE CUOTAS REALES POR CONCEPTO DE GASTOS CORRIENTES (*)
 SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
 (Según Experiencia del Año 1951)

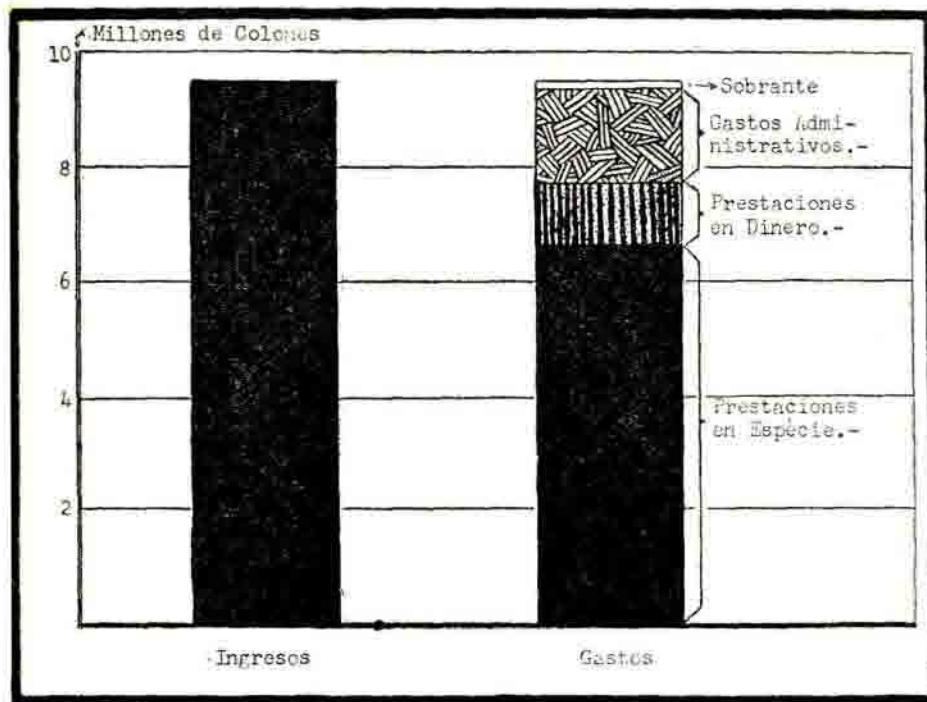
REGION	Salarios anuales limitados a ₡ 400.00	GASTOS TOTALES		PREST. EN ESPECIE		PREST. EN DINERO		GTOS. ADMINISTRAC.	
		Colones	% s/ planillas	Colones	% s/ planillas	Colones	% s/ planillas	Colones	planillas /s %
Zona con Seg. F.	23,859.712.00	2,315.918.68	9.7064	1,911.968.07	8.0134	130.503.39	0.5469	273.447.22	1.1461
Zona sin Seg. F.	127,973.169.00	7,051.339.86	5.5100	4,725.348.03	3.6924	909.837.01	0.7110	1,416.154.82	1.1066
REPUBLICA	151,832.881.00	9,367.258.54	6.1695	6,637.316.10	4.3715	1,040.340.40	0.6852	1,689.602.04	1.1128
San José (**)	87,002.236.00	5,017.195.82	5.7667	3,260.755.68	3.7479	711.948.63	0.8183	1,044.491.51	1.2005
Alajuela	18,791.870.00	1,078.669.93	5.7401	745.945.10	3.9695	127.524.97	0.6786	205.199.86	1.0920
Cartago	4,950.083.00	265.574.46	5.3651	201.339.74	4.0674	14.839.05	0.2998	49.395.67	0.9979
Heredía	9,956.493.00	950.137.76	9.5429	787.218.94	7.9066	51.779.24	0.5200	111.139.58	1.1163
La Unión	2,324.111.00	283.924.69	2.2165	232.452.66	10.0018	13.008.40	0.5597	38.463.63	1.6550
Limón	9,249.564.00	331.296.52	3.5818	244.869.23	2.6474	29.060.14		57.367.15	0.6202
Turrialba y Jiménez	11,579.108.00	1,081.856.23	9.3432	892.296.47	7.7061	65.715.75	0.3142	123.844.01	1.0696
Puntarenas	7,979.416.00	358.603.13	4.4941	272.438.28	3.4143	26.464.22	0.5675	59.700.63	0.7482

(*) No incluye la adquisición de activos como hospitales, clínicas, equipos, etc.

(**) Incluye los gastos de la provincia de Guanacaste, que son muy pocos.

INGRESOS Y GASTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

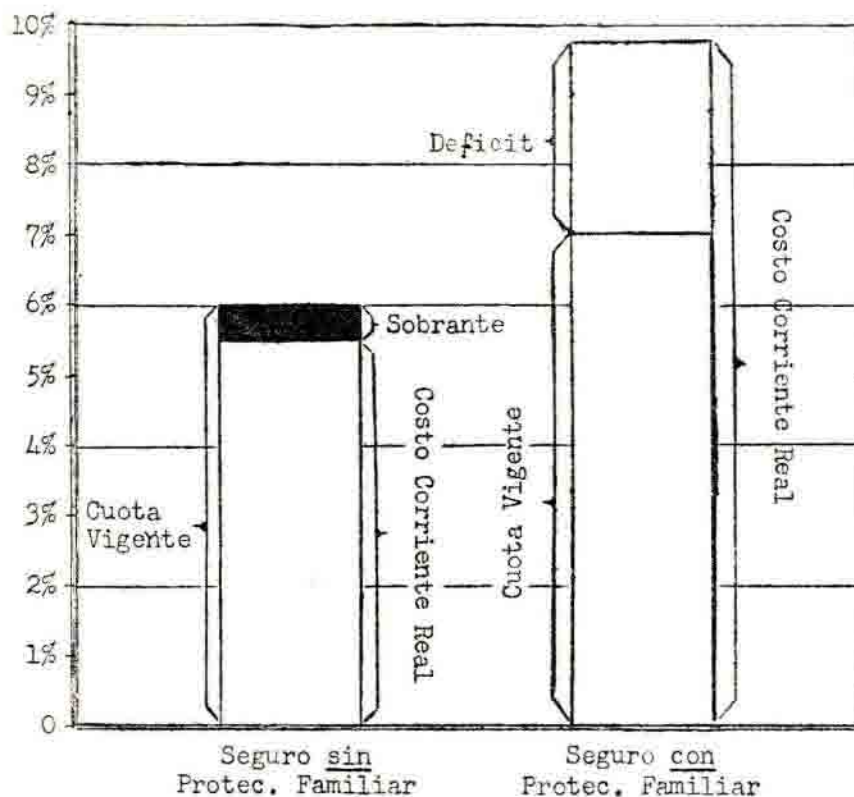
AÑO 1951



4.5.—Se nota asimismo, que la diferencia entre el costo corriente del Seguro Familiar (sin incluir la adquisición de activos), y la cuota que actualmente está siendo cobrada por estos mismos servicios (el 7%) es aproximadamente del 2.7% sobre los salarios, lo que expresado en otros términos, equivaldría a decir que en la actualidad está cobrándose únicamente por allí del 72% del verdadero costo de los servicios corrientes, operando, por consiguiente, con un déficit del 28% sobre el costo verdadero, aún sin incluir, —lo repetimos—, la adquisición de activos.

4.6.—Se llega a la conclusión, finalmente, de que la cuota neta resultante, para el seguro con protección familiar es del 9.7064% y 5.5100% para el denominado "seguro directo".

CUOTAS VIGENTES Y COSTOS REALES DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD CON Y SIN PROTECCION FAMILIAR



NOTA: En este costo no se incluye la adquisición de activos.-

PARTE V

ESTIMACION DE LA CUOTA BRUTA

5.0.—En el anterior capítulo llegamos a la determinación de la cuota neta necesaria para financiar los costos corrientes de las prestaciones médico-hospitalarias que actualmente están siendo otorgadas a los asegurados. Esta cuota no incluye la adquisición de activos y como es lógico, el Seguro de Enfermedad y Maternidad requiere de fondos, no solamente para financiar sus costos corrientes, sino también para adquirir clínicas,

hospitales, equipos, etc. etc., que le permitan contar con todos aquellos bienes necesarios para el fiel cumplimiento de las obligaciones contraídas con el público.

5.1.—Según nuestro análisis financiero (véase informe N^o 3-52), durante el año 1951, para invertir en adquisición de activos sólo le sobró al Seguro de Enfermedad y Maternidad la suma de ₡ 92.103.82, lo que, sobre el total de los salarios controlados por la Institución, significa por ahí del 0.06%, suma que por sí sola demuestra lo escasa de ella misma.

5.2.—A nuestro juicio, en el Seguro de Enfermedad y Maternidad deben ser corregidas las actuales tarifas, no sólo con el objeto de que en el Seguro con protección familiar se pague el precio justo del costo corriente de las prestaciones que se otorgan, sino, a la vez, con el propósito de que se constituyan también anualmente, los fondos necesarios para dotar a la Institución de centros hospitalarios y de equipos adecuados.

5.3.—Partiendo del supuesto de que, tanto en el denominado "Seguro Directo" como en el Seguro Familiar, hubiese necesidad de ampliar o de mejorar los servicios que actualmente se suministran, cabe la posibilidad de pensar en que, de acuerdo con los resultados que aparecen en el Cuadro N^o 13, el costo neto de los servicios corrientes se fijen: en un 6% para el llamado "Seguro Directo" y en un 10% para el Seguro con protección familiar.

5.4.—Y cabe, por otro lado, —previendo la necesidad de dotar a ambos seguros de una red hospitalaria que enfoque las necesidades del presente y las de un futuro cercano—, la posibilidad de recargar una extra-prima del 1% con el fin exclusivo de destinar su producto a clínicas, hospitales y equipos, con lo cual la CAJA podría contar al año con ₡ 1,500.000.00 suma que podría servir para contratar con alguna institución financiera, nacional o extranjera, un empréstito por 15 o 20 millones de colones, —depende del plazo que para efectos de amortización se nos conceda—, y con ello poder empezar el levantamiento de esa red hospitalaria propia que tanto necesitamos. Las reservas mismas del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, siempre que se cumpla fielmente con el pago de los intereses y las amortizaciones, podrían servir para el levantamiento de esa red hospitalaria.

5.5.—Concretamente, tomando como base el estudio resumido aquí, y un programa de levantamiento de centros hospitalarios y asistenciales como antes quedó descrito, concluimos el presente informe manifestando que, las cuotas que actualmente rigen en el Seguro de Enfermedad y Maternidad administrado por esta Institución, y hasta tanto el actual límite de salarios no se cambie, debieran ser modificadas de la siguiente manera:

En el Seguro sin protección familiar en vez del 6%, el 7%.
(seguro directo)
En el Seguro con protección familiar en vez del 7%, el 11%.

5.6.—Es posible que a muchos parezca exagerado la diferencia entre la cuota para el seguro con protección familiar y la correspondiente al seguro sin ésta (que es del 4%), pero en la realidad no hay tal. Más bien, si hiciéramos una simple relación

aritmética entre la diferencia en las cotizaciones y la diferencia en el uso que del seguro se hace en cada caso, encontraríamos que todavía la diferencia parece baja. Efectivamente: según nuestros récords estadísticos, tenemos que durante el II Semestre de 1951, en aquellas zonas donde opera el Seguro Familiar, —Heredia, La Unión, Turrialba y Jiménez—, el total de consultas ascendió a 52.677, de las cuales 33.224 (el 63%) correspondieron a familiares y 19.453 (el 37%) a trabajadores asegurados. Esto indica que, por cada trabajador atendido se atendieron también 1.7 familiares más; o, lo que es lo mismo, pero dicho en otra forma, que para atender a la atención de familiares a la par de los trabajadores asegurados, la CAJA tuvo que reforzar sus servicios de consulta en un 170%. Sin embargo, el aumento en las cuotas significa que, en vez de pagar ₡ 1.00 en el llamado "seguro directo", en el familiar tendrán que pagar ₡ 0.67 más, lo que, dicho en otras palabras, significa reforzar las cuotas en un 67%. Es decir: la CAJA, a cambio de un aumento en las cuotas del 67%, asume la responsabilidad de un aumento en la consulta del 171%.

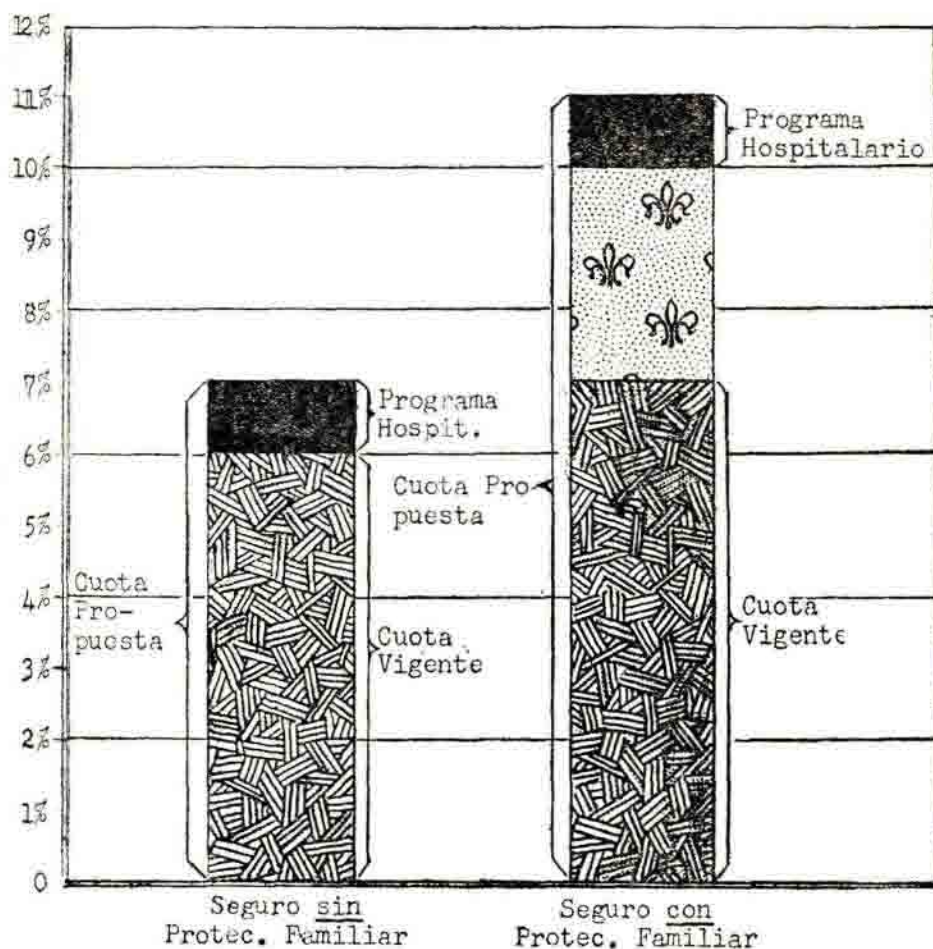
Claro está que la anterior relación no puede exponerse ni aceptarse en la forma aritmética antes presentada, pues debemos recordar que los familiares no gozan de beneficios que, como los monetarios y otros, gozan los trabajadores cotizantes, ni tampoco las dolencias de éstos, —por lo general niños—, son de la gravedad ni prolongación de las dolencias de los trabajadores adultos. La cuestión debe enfocarse tomando en cuenta los costos reales ocasionados por esa mayor atención, lo cual ha sido, sin más ni menos, lo que hemos hecho en este estudio, en el que hemos tratado de ser lo más justos y exactos posible.

5.7.—Para terminar, hemos de agregar que, según nuestras estimaciones, el seguro familiar consumió en 1951, en cifras redondas, la suma de ₡ 2,315.900.00 cuando el producto neto del 7%, destinado para el mismo, fué de ₡ 1,670.200.00, lo que evidentemente originó un déficit de ₡ 645.700.00. Este déficit se financió tomando fondos del que se ha dado en llamar "seguro directo" y de otros ingresos diversos.

Alvaro Vindas

San José, Costa Rica, abril de 1952.

CUOTAS VIGENTES Y CUOTAS PROPUESTAS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD CON Y SIN PROTECCION FAMILIAR



Señores
Gerente y Sub-Gerente
de la Caja Costarricense de Seguro Social
don Cipriano Güell, y
don Jorge Brenes
S. D.

Estimados señores:

Haciendo referencia a nuestro informe N° 3-52 de fecha 31 de marzo de 1952, y con la intención de reforzar nuestra opinión respecto de la necesidad de aumentar las

cuotas en el Seguro de Enfermedad y Maternidad y las justificaciones que al respecto dimos, nos permitimos transcribir, para ilustración de Uds., y de los señores Directores, lo siguiente, que se refiere a la experiencia obtenida en Perú, de 1941 a 1949:

“La revisión actuarial puso de manifiesto la insuficiencia de los recursos destinados a la cobertura de los diferentes riesgos, en especial el de enfermedad y maternidad cuyo costo fué calculado en 1937 en el 2,4% de las salarios, pero que ha sido de:

3,91% en	1941
4,34% en	1942
4,75% en	1943
4,64% en	1944
4,21% en	1945
4,48% en	1946
4,81% en	1947
5,10% en	1948
5,69% en	1949

El mayor costo proviene de distintos y múltiples factores, entre los que figuran en primer término el aumento continuo de los gastos de asistencia y la estabilización de las cotizaciones sobre los salarios que regían en 1937. En estas condiciones, mientras los ingresos eran los mismos que los calculados hace más de diez años, los egresos crecían según disminuía el valor adquisitivo de la moneda.

El desequilibrio entre el monto de los recursos y el de los gastos del seguro de enfermedad y maternidad debió cubrirse con los fondos de reserva de los riesgos de invalidez y vejez de los que se ha dispuesto las siguientes cantidades:

En 1945 S/.	1,943.890.58
En 1946 ”	3,434.030.94
En 1947 ”	5,177.977.26
En 1948 ”	7,517.426.96
En 1949 ”	12,000.000.00

Hasta el año 1948 el déficit era de “acumulación de fondos”, o sea que no se constituían en la integridad de sus montos las reservas técnicas, pero los ingresos normales alcanzaban para cubrir los gastos y aún quedaba en favor de las reservas un apreciable saldo. A partir de 1949, la situación es distinta, pues el total de los recursos (6% de los salarios) no cubre el monto de los gastos”.

Lo anterior fué escrito por el actuario brasileño Gastao Quartín Pinto de Moura en su informe técnico que resumía el estudio realizado por él, de febrero a agosto de

1949, sobre el Seguro de Enfermedad y Maternidad de Perú. Nótese que el aumento en los costos, durante los 9 años observados, fué de un 50% sobre el costo original.

Atentamente,

DEPARTAMENTO ACTUARIAL Y ESTADISTICO

Alvaro Vindas
Jefe.

21 de junio de 1952.



*El actuario de la Caja, Lic. Alvaro Vindas González.
"...en el aspecto actuarial marchamos correctamente
y tenemos confianza de que los problemas pendientes
se solucionarán pronto y satisfactoriamente..."*

El señor Lic. Alvaro Vindas González, autor del estudio, se presentó a la Junta Directiva en la sesión del día 2 de abril de 1952 para dar explicaciones verbales sobre el mismo y el artículo 3º de esa sesión dice lo siguiente:

"La presidencia concede la palabra al Lic. Vindas, quien manifiesta que la revisión que contiene el informe a que ha sido llamado para una explicación verbal, ha sido necesaria por dos razones fundamentales, a saber: a) porque el Seguro de Enfermedad y Maternidad está siendo obligado a trabajar con el mismo monto de ingresos que hace cerca de 10 años se le fijó, mientras que los gastos suben cada vez más debido al costo creciente que también se refleja en los índices del costo de la vida; y b) porque en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte se está dando el caso de pensiones sumamente bajas, al punto que amenazan con que en el futuro lleguen a ser casi de ningún provecho para los pensionados. Sobre este segundo aspecto agrega que la depreciación de la moneda da

una idea más clara respecto al poder adquisitivo que se le procura al pensionado, el cual, de no procederse a un ajuste oportuno, será cada año que pase, menor y menor. Para mayor información hace ver que: la pensión promedio de los actualmente pensionados por invalidez, asciende a ₡ 123.84 por mes; la correspondiente a vejez a ₡ 113.20, la de orfandad a ₡ 14.39, la de viudez a ₡ 41.07 y la de madres a ₡ 16.40. Seguidamente hace un ligero comentario relativo a los índices de precios y también respecto a la devaluación del colón, que aparecen en su informe, ambas series comprendiendo el período de 1943 a 1951. El Sr. Vindas hace notar que el principal interés sobre esta revisión y la posible variación del tope de salario vigente, —de ₡ 400.00 a uno superior—, lo tienen: la Caja en cuanto respecta al Seguro de Enfermedad y Maternidad, y los asegurados en cuanto a Invalidez, Vejez y Muerte. Después de los análisis y comentarios respecto al costo de vida y la depreciación del colón, el Sr. Vindas se refiere al análisis de salarios que contiene su informe. Hace ver que es importante analizar los salarios a fin de determinar el porcentaje de población que la Caja cubría hace 10 años ciertos límites de salarios, especialmente en el de los ₡ 400.00 mensuales, y el mismo porcentaje que cubría en 1946 y después en 1950. Para este análisis presenta estudio sobre las planillas de los patronos asegurados en la Caja y de asegurados en el Instituto Nacional de Seguros, lamentándose no poder presentar el análisis de otras planillas que abarquen un número mayor y más variado debido a la carencia de fuentes de información exterior. El Sr. Vindas explica cómo obtuvo las conclusiones que se resumen en su informe. Hace ver, seguidamente, que este análisis del porcentaje de cobertura es importante, muy en especial, para justificar ante los señores médicos una variación tal en el límite del salario tope que no significará aumento alguno en el porcentaje aquel que hace diez años estuvieron anuentes a que controlara el Seguro bajo sus servicios. Finalmente el Sr. Vindas agrega que, con base en los análisis expuestos antes, ha llegado a la conclusión que contiene en su parte final el informe que lo trajo a esta Junta, o sea: que el salario tope que en 1952 llena las mismas características del fijado en 1942 para aquella época, —el de ₡ 400.00—, viene siendo de ₡ 650.00 a ₡ 700.00; haciendo ver que la variación puede hacerse de inmediato en Enfermedad y Maternidad, y no así en Invalidez, Vejez y Muerte donde debe procederse a una variación total de los costos, antes de tal variación, a fin de prever el costo adicional que tal variación implique por razones del otorgamiento de nuevas pensiones decretadas sobre un salario superior. Refiriéndose después el Sr. Vindas a observaciones del Dr. Quirce, —el que hacía ver que algunos médicos esgrimían el argumento de que al variar el salario tope, ingresarían al Seguro un número más crecido de asegurados, sin tener la Caja medios materiales para hacer frente a esa mayor demanda de servicios—, el primero, —el Sr. Vindas—, hizo ver que, efectivamente, él experimentaba ese mismo temor, razón por la cual se ha apresurado a terminar el estudio relativo al costo del Seguro con y sin protección familiar, con base siempre en los primeros ₡ 400.00 de sueldo, a fin de

no variar todavía el salario tope, sino variar el porcentaje que actualmente se cobra sobre las planillas, para lo cual la Caja contará ya con estudios cuidadosos que permitirán demostrar al público la razón del aumento. En vista de que este nuevo trabajo y el informe financiero correspondiente a 1951 están ya casi terminados, el Sr. Vindas se permite esbozar su plan de la siguiente manera:

- 1^o—No variar todavía el tope de salario, sino aplazar el asunto para cuando la Caja se encuentre debidamente preparada en hospitales, clínicas, personal, equipos, etc.
- 2^o—Eleva las cuotas del Seguro Familiar al costo justo, tomando como base el estudio que sobre costos está terminando el Departamento Actuarial.
- 3^o—Recargar una sobre-tasa del 1% a los nuevos porcentajes que resulten, con el propósito de destinarlo exclusivamente a Hospitales, clínicas, equipos, etc.
- 4^o—Como la Caja controla ₡ 150.000.000.00 de salarios al año, ese 1% produciría ₡ 1,500.000.00 anuales.
- 5^o—Con ₡ 1,500.000.00 la Caja podría contratar, ya sea dentro del país o fuera, un empréstito hasta por ₡ 20,000.000.00, los que cancelaría en el término de 20 años, si el interés fuera del 4% anual, o en 27 años si el interés fuera del 6%.
- 6^o—Con los ₡ 20.000.000.00 la Caja podría levantar su más completa red hospitalaria en todo el país, tratando de que a cada provincia se le favorezca en la medida que contribuye.

Refiriéndose al anterior plan, el Sr. Vindas agrega que, aunque parezca demasiado ambicioso, él se lo ha imaginado así observando las grandes necesidades de la Caja en todo el ámbito nacional y con miras a estructurar un plan funcional que prevea adecuadamente el futuro. No cree en que un plan similar, de por sí limitado, pueda pensarse en términos de un proyecto de menos de ₡ 10,000.000.00. Comenta el caso del Hospital Antituberculoso que está en construcción en San José, cuyo presupuesto original fué de ₡ 3.000.000.00 y ahora va por ₡ 6.000.000.00. Termina diciendo que el plan podría ser más modesto, reduciendo de ₡ 20,000.000.00 a lo que se crea conveniente, pero que en todo caso no vé otro camino que el del empréstito y amortizaciones sacadas de una sobre-tasa en el porcentaje que se cobra por el costo corriente del Seguro. Los señores Directores hicieron otras preguntas al Sr. Vindas, quien, después de contestarlas y no tener más que atender en esta sesión, se retiró de la misma con la venia de la presidencia".

Inmediatamente después de las explicaciones del licenciado Vindas, la Junta Directiva abordó con toda seriedad y empeño el análisis, tanto del informe técnico como de todos los aspectos concurrentes relativos al alza de las cuotas para financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar.

A fines del mes de junio de 1952, se produjo la primera sesión en que la Junta Directiva se dispuso a estudiar y resolver el problema de la financiación del régimen. Era evidente, y así lo reconocieron todos los integrantes de dicha Junta, que era preciso proceder cuanto antes a la elevación de las cuotas patronales, obreras y estatales. El paso siguiente consistía en estudiar la forma de repartir la carga financiera entre los tres sectores que contribuyen para el Seguro Social.

Según los informes del Departamento Actuarial, el seguro con protección familiar tiene un costo del 11% de los salarios pagados en la zona asegurada. Ese 11% debía repartirse entre trabajadores, patronos y Estado. Después de amplias discusiones, en que se analizó pormenorizadamente la situación económica de cada uno de los sectores afectados, se llegó, por proposición del Ministro de Economía y Hacienda, a la sazón Ministro de Trabajo y por lo tanto Presidente de la Junta Directiva, a distribuir el porcentaje en la siguiente forma: Patronos 5%; trabajadores 4% y Estado 2%. Una vez que los porcentajes para financiar el seguro familiar quedaron acordados se entró a definir las cuotas que pagarían los interesados en aquellas zonas en que no existe la protección familiar, sino solamente la protección directa y personal para el cotizando. Ese seguro directo, como comúnmente se le llama, alcanza un costo del 7% de los salarios de los trabajadores cubiertos por el régimen. Las cuotas quedaron en este caso distribuidas así: trabajadores 3%; patronos 3% y Estado 1%.

Es preciso advertir que en el costo de cada modalidad de protección, va incluido un recargo que se destinará a la adquisición de activos fijos: hospitales, equipos, instrumental para esos mismos hospitales etc. Para todo sistema de seguro social resulta fundamental proveerse de su propia red hospitalaria. Al fin y al cabo, es la prestación de los servicios médicos lo que constituye la espina dorsal del sistema de protección. De nada sirve una buena legislación sobre seguridad social; de nada tampoco una administración bien planeada y eficiente, si las instalaciones materiales son inadecuadas. El seguro social en Costa Rica ha venido careciendo de ese soporte material constituido por hospitales, clínicas, dispensarios, etc., necesario para atender a los asegurados conforme a sus aspiraciones y conforme lo desea la Institución. Por eso es que ese 1% será destinado exclusivamente a la adquisición de los activos fijos necesarios para garantizar a los asegurados una atención lo más eficiente posible, de acuerdo con los últimos adelantos de la ciencia y de la técnica.

Con motivo del alza de las cuotas, la Junta Directiva tuvo entre manos otro problema que ha venido siendo discutido desde hace muchos años: es el que se refiere al tope de salarios asegurables. Algunos miembros de la Junta creyeron que el problema financiero solucionado con el alza de las cuotas podía también solucionarse ampliando reglamentariamente el campo de aplicación del Seguro en relación con las personas. Por el Reglamento actual, están obligados al Seguro solamente aquellos individuos que ganan cuatrocientos colones o menos de salario al mes. —Esta es regla general.— Sin embargo, algunos miembros de la Directiva estiman que semejante limitación es improcedente y que todos los asalariados, cualquiera que sea su sueldo o salario, deben cotizar para el Seguro Social, sobre la base máxima de cuatrocientos mensuales. La cuestión presenta

sus dificultades: en primer lugar, se presume que inmediatamente que la limitación desapareciera, serían insuficientes los medios con que la Caja cuenta para atender a la mayor población asegurada; y en segundo término, que la profesión médica se ha opuesto enérgicamente a esta medida por cuanto considera la universalización del Seguro Social como contraria a los intereses del ejercicio privado de la profesión médica. Sin embargo, la Junta Directiva consideró que en todo caso, era bueno ir haciendo estudios para determinar en cualquier momento qué número de personas ingresarían de más al Seguro



El Dr. José Manuel Quirce Morales, representante médico en la Junta Directiva. "...Tengo el temor de que si se amplía el límite de salarios asegurables, la Caja no pueda atender de inmediato la mayor demanda de servicios..."

si se aumentara el límite de los salarios y en qué capacidad estaríamos de hacer frente a la mayor demanda de asistencia médica.

Pese a la cautela con que la Junta Directiva trató este asunto, todo parece indicar que, conforme a una observación superficial de la realidad económica del país, el límite de cuatrocientos colones es inadecuado, ya que nadie puede hacer frente a los gastos que las enfermedades propias y de la familia implican, con un salario como el indicado. Tarde o temprano, habrá que revisar ese límite, ya que el objetivo de la seguridad social es el de proteger a las personas que, por salarios insuficientes, no pueden hacer frente con éxito a los riesgos que las amenazan.

A través de más de ocho prolongadas sesiones, que abarcan un período de cerca de cuatro meses de trabajos, estudios y deliberaciones relativas al alza de las cuotas, se tomó el siguiente acuerdo, en la sesión del 26 de setiembre de 1952:

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Considerando:

1) Que conforme a los artículos 23, 42 y 57 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 17 de 14 de noviembre de 1941, reformada por la N° 17 de 22 de octubre de 1943, la Junta Directiva tiene amplias facultades para proceder al aumento de cuotas, y que esas facultades encuentran también confirmación en los artículos 73, 188 y 189 de la Constitución Política vigente;

2) Que la fijación de cuotas para financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad fué hecha en 1942, reservándose la Caja, desde luego, la facultad de revisarlas en el futuro, de acuerdo con la experiencia obtenida y las condiciones de la economía nacional;

3) Que de acuerdo con el informe N° 4-52 titulado "Costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin Protección Familiar", rendido por el Departamento Actuarial y Estadístico de la Caja, en abril del presente año, ha quedado plenamente demostrada la necesidad de aumentar las cuotas para financiar correctamente el Seguro de Enfermedad y Maternidad;

4) Que después de amplias deliberaciones en las que todos los miembros de la Directiva expusieron las razones que tuvieron a bien en relación con este asunto, se llegó a tomar los acuerdos que constan en los artículos 5º, del Acta N° 1105 de la sesión celebrada el 21 de julio de 1952; 6º, del Acta N° 1108 de la sesión celebrada el 28 de julio del año en curso, y 3º, del Acta N° 1109 de la sesión celebrada el 30 de julio de 1952, que decretan por su orden el alza de las cuotas para Seguro Familiar, para el Seguro Directo y la fecha desde la cual entrarán en vigencia estas medidas, sea a partir del 1º de octubre de 1952; y

5) Que en consecuencia procede reformar las disposiciones pertinentes del Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad.

ACUERDA:

Reformar los artículos 9º, 23, 26, 29, 32, 34, 35 inciso 2), 40 y 58 del Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad, los cuales en adelante se leerán así:

Por tanto,

Artículo 9º—Las cuotas para financiar los regímenes de Enfermedad y Maternidad, serán las siguientes:

- a) Para los trabajadores al servicio de empresas particulares, del Estado o de sus Instituciones, el 3% de sus salarios;
- b) Para los Patronos, ya se trate de particulares, del Estado o de sus Instituciones, el 3% de los salarios de sus trabajadores;

- c) Para el Estado como tal, el 1% del monto de los salarios de todos los trabajadores cubiertos por el régimen; y
- d) En los casos de Seguro Familiar, los trabajadores pagarán el 4% de sus salarios; los patronos, ya se trate de particulares, del Estado o de sus Instituciones, el 5% de los salarios de sus trabajadores; y el Estado como tal el 2% del monto de los salarios devengados por los trabajadores protegidos por el beneficio familiar.

La deducción debe practicarse tanto sobre el monto ordinario del salario, como sobre las retribuciones extraordinarias o especiales. Si resultaren fracciones se elevarán los céntimos de tal modo que el importe de las cuotas termine en cero o cinco.

Los patronos quedan obligados, en el momento de pagar los salarios respectivos, a deducir de los mismos la cuota de los trabajadores.

Artículo 23.—Cuando los asegurados requieran los servicios de la Caja, el patrono queda obligado a concederles el tiempo necesario para recibirlos. Al efecto les entregará su libreta o carnet de identificación y una constancia en que se expresen el tiempo de trabajo y el monto de lo cotizado en las últimas cuatro semanas, si se trata de trabajadores que devengan salarios por el sistema de unidad de tiempo, y únicamente el monto de lo cotizado dentro de ese período, cuando se trate de trabajadores que devengan salarios por unidad de obra. La Caja suministrará fórmulas especiales para que los patronos extiendan la constancia mencionada.

Artículo 26.—Los que dejaren de ser asegurados activos y obligados y enfermaren dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha de la terminación del contrato de trabajo, conservarán únicamente el derecho a las prestaciones indicadas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 15, cuando hayan cotizado ininterrumpidamente en los tres meses anteriores a la fecha de su cesantía, si se tratare de trabajadores que devengaron salarios por unidad de tiempo. De la misma prerrogativa gozarán los trabajadores que, ganando salarios por unidad de obra, hayan pagado en el mismo término una cotización no menor de siete colones con veinte céntimos. En estos casos, y si se tratare de una misma enfermedad, de acuerdo con los términos del artículo 24, se les otorgarán esas prestaciones hasta su total restablecimiento o hasta que cumplan el plazo máximo de cincuenta y dos semanas de que habla el inciso 3) del artículo 32.

Si transcurridos los treinta días de conservación de derechos volvieren a ser asegurados activos y obligados, e incurrieren en una nueva enfermedad, deberán, para tener derecho a las prestaciones indicadas en el artículo 15, haber cumplido, según el caso, los plazos de espera y montos de cotización señalados en los artículos 32 y 34. El cumplimiento del nuevo plazo de espera o el nuevo pago de la cotización mínima, en su caso, no se exigirá a aquellos trabajadores que reingresen al Seguro antes de la expiración de los treinta días de conservación de derechos.

Artículo 29.—Cuando falleciere un asegurado que hubiere cubierto por lo menos las cuotas correspondientes a tres meses de trabajo en los últimos seis meses anteriores a la enfermedad o a la muerte, siempre que se tratare de un asegurado que devengó salario por unidad de tiempo, o de un trabajador que hubiere cotizado con un mínimo de siete colones con veinte céntimos, dentro del mismo término, si devengó

salario por unidad de obra, los parientes que comprueben su calidad de tales, a juicio de la Gerencia, tendrán derecho a la suma de ciento treinta y siete colones con cincuenta céntimos, en concepto de cuota de sepelio. No se pagará ésta cuando la muerte hubiere ocurrido como consecuencia de un riesgo profesional de los contemplados en el Capítulo II, del Título IV del Código de Trabajo.

Artículo 32.—Tratándose de asegurados que trabajan en forma continua, y a quienes se pague salario a base del sistema de unidad de tiempo, se observarán en cuanto a plazos de espera y otorgamiento de prestaciones, las siguientes reglas:

- 1) Las prestaciones establecidas en el artículo 15 de este Reglamento se otorgarán únicamente a los asegurados activos que hubieren cubierto, por lo menos, la cotización correspondiente a las últimas cuatro semanas ininterrumpidas de trabajo anteriores a la fecha en que el asegurado solicite las prestaciones en referencia;
- 2) Se entenderá por asegurado activo aquel que estuviese trabajando y cubriendo la cotización respectiva; y
- 3) Las prestaciones señaladas en los incisos a), b), c) y d), del artículo 15 de este Reglamento, se concederán, tratándose de la misma enfermedad, hasta por un plazo máximo de cincuenta y dos semanas, aunque el trabajador pierda su condición de asegurado activo después de iniciado el tratamiento. No obstante, en este último caso, perderá el derecho a la continuación del tratamiento si lo abandona por más de un mes sin expresa autorización del médico tratante.

En los casos de enfermedades prolongadas tales como sífilis, tuberculosis, diabetes, úlceras duodenales, etc., se computará como comprendido dentro del plazo de las cincuenta y dos semanas, el tiempo que el paciente permanezca bajo la acción de un determinado tratamiento, aun cuando no se encuentre hospitalizado ni asista a la consulta médica ni sea visitado por el médico. Los intervalos de descanso dentro del tratamiento no se tomarán en cuenta para el cómputo dicho, a menos que el trabajador haya sido incapacitado.

Artículo 34.—Tratándose de trabajadores que por la naturaleza de los servicios que prestan o por la índole de la actividad patronal no trabajan en forma continua, ya sea que devenguen salarios por unidad de tiempo o por unidad de obra, se entenderá que los plazos de espera quedan reducidos a un mínimo de cotización y en cuanto a ellos regirán las siguientes reglas:

- a) Las prestaciones indicadas en el artículo 15 se otorgarán únicamente a aquellos trabajadores que hubieren pagado, como mínimo y dentro de las cuatro semanas anteriores a la fecha en que el asegurado solicite las prestaciones en referencia, una cotización no menor de dos colones con cuarenta céntimos, cualquiera que sea el número de días trabajados dentro de ese plazo.

Es entendido, en este caso, que la deducción debe practicarse sobre el monto del salario que realmente haya devengado el trabajador dentro del lapso antes indicado;

- b) Los trabajadores a que se refiere este artículo no necesitan estar trabajando al momento de solicitar la prestación; bastará únicamente que hayan pagado la cotización mínima estipulada en el inciso a) anterior, para que se les otorguen sus derechos.

Artículo 35.—El riesgo de Enfermedad comprende el pago de un subsidio en dinero, que se otorgará de acuerdo con las siguientes reglas:

- 1) El subsidio en dinero se pagará únicamente cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, debidamente declarada por los médicos de la Caja. El dicho del patrono, del trabajador o la declaración del médico no funcionario de la Caja, carecen de valor para la determinación del número de días de la incapacidad; el subsidio se cubrirá hasta por un plazo máximo de veinticinco semanas. En ningún caso se pagará subsidio por los cuatro primeros días de incapacidad;
- 2) La cuantía del subsidio será igual al cincuenta por ciento del salario promedio devengado por el asegurado durante el último mes de cotización anterior al de la enfermedad. Cuando se trate de los trabajadores a que se refiere el artículo 34, el subsidio se calculará promediando los salarios durante los últimos tres meses anteriores a la incapacidad. Si el periodo de cotización fuere menor a tres meses, el promedio se hará sobre el número de meses cotizados con anterioridad a la incapacidad; y
- 3) En todos los casos el subsidio se cancelará semanalmente por períodos vencidos y siempre que se acompañe, en los casos en que no existe hospitalización, la constancia patronal de que en su empresa el trabajador no se ha ocupado en labores remuneradas, y del porcentaje del salario que estuviere recibiendo, para los efectos del artículo 37.

Artículo 40.—Las prestaciones indicadas en el artículo anterior se otorgarán a las trabajadoras, aseguradas activas, que hayan cotizado por lo menos durante seis meses, en los doce meses anteriores al parto, si devengan salario por unidad de tiempo, o con la suma de catorce colones con cuarenta céntimos, distribuída en un período no menor de seis meses, también dentro de los doce anteriores al parto, cuando estén en el caso del párrafo primero del artículo 34.

Cuando la trabajadora pierda su calidad de asegurada activa, después de iniciado el tratamiento, se continuará éste hasta el parto, pero únicamente con derecho a la prestación señalada en el aparte a) del artículo anterior, y en el entendido de que haya completado el plazo de espera o mínimo de cotización ya indicados.

Artículo 58.—Las prestaciones del beneficio familiar se otorgarán, tratándose de la misma enfermedad, hasta por un plazo máximo de 26 semanas y siempre que, con anterioridad a la solicitud de servicio, el asegurado tenga cotizaciones correspondientes a ocho semanas o más de trabajo ininterrumpido en los casos en que el salario se

pague a base del sistema de unidad de tiempo. Cuando se trate de los trabajadores indicados en el párrafo primero del artículo 34, se requiere que dentro de esas ocho semanas, el trabajador haya cotizado con un mínimo de seis colones con cuarenta céntimos.

2º—Derogar el artículo 61 del mismo Reglamento ya citado.

3º—Estas Reformas entran en vigencia a partir del día 1º de octubre de 1952.

Lic. Rogelio Valverde Vega, miembro de la Junta Directiva, que participó activamente en los trabajos y estudios en relación con el aumento de cuotas.



Con el acuerdo transcrito se cerró el trabajo de la Junta Directiva en cuanto al problema de aumentar las cuotas para financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad e inmediatamente la Gerencia procedió a hacer una extensa campaña de divulgación sobre los motivos reales que determinaron aquella medida; sobre los fundamentos legales en que la misma encontraba apoyo; sobre las consideraciones técnicas que la aconsejaron y sobre los proyectos que en cuanto a adquisición de activos fijos habían tomado forma y realidad al aumentarse las cuotas. La hoja de divulgación que se hizo circular profusamente dice lo siguiente:

LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL EXPLICA LAS RAZONES QUE HAN DETERMINADO EL AUMENTO DE LAS CUOTAS PARA FINANCIAR LOS REGIMENES DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

1).—Los cálculos y estudios que sirvieron de base a la fijación de las cuotas hasta ahora vigentes, fueron hechos en 1942 y como es natural, no respondían a una realidad determinada por la experiencia. Después de diez años de vida, la Caja Costarricense de

Seguro Social afronta una situación completamente distinta: el número de asegurados que asisten a los centros médicos ha crecido de modo insospechado; los precios de los medicamentos se han elevado considerablemente; los costos de operación han subido en forma acelerada. Los propios autores de los cálculos de 1942 — previeron esta situación y en las hojas de divulgación que en aquella época hicieron circular, expresamente se dice lo siguiente:

“Ninguna de las cuotas, tanto de los trabajadores como de los patronos y del Estado, son definitivas. Estas cotizaciones han sido calculadas en la República de Chile, por matemáticos chilenos, con base en las experiencias del Seguro Social de aquel país, y el Reglamento costarricense las tiene como punto de partida o como base de estudio. De modo que son cotizaciones fijadas PROVISIONALMENTE. La Caja de Seguro Social está haciendo cálculos más exactos, basados en la realidad costarricense, y sin duda alguna el monto de esas contribuciones será modificado de acuerdo con las condiciones de la economía nacional y los seguros que sea posible cubrir en determinado momento”.

2).—El artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social manifiesta que “las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, de acuerdo con el COSTO DE LOS SERVICIOS que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales”; y el artículo 42 de la misma Ley establece: CADA TRES AÑOS, Y ADEMÁS, CUANDO LA JUNTA DIRECTIVA LO JUZGUE CONVENIENTE, SE HARÁN REVISIONES ACTUARIALES DE LAS PREVISIONES FINANCIERAS DE LA CAJA. Naturalmente, el costo de los servicios a que se refiere el artículo 23 de la Ley no pudo ser determinado de antemano y no es sino hasta ahora, después de casi diez años de experiencia y de recopilación de datos concretos, que se ha podido llegar a fijar científicamente el costo real de los servicios que se prestan en las diferentes regiones en que está establecido el Seguro Social.

3).—De 1945 a 1951, los ingresos por asegurado aumentaron en un 65%, pero los gastos aumentaron en un 72% observándose, por otro lado, que de 1950 a 1951 el uso del Seguro, por asegurado, aumentó en un 12% ya que en 1950 se atendieron 5 consultas por trabajador asegurado y en 1951 5,6. Es de advertir que en lo que va del año de 1952, el promedio es de 7 consultas por trabajador asegurado, lo que indica un uso creciente del Seguro por parte de los trabajadores. En esta forma, el Seguro de Enfermedad y Maternidad ha venido recargándose cada vez más en sus costos corrientes, privándose de la adquisición de activos fijos como hospitales, clínicas, y equipos, pese a las necesidades cada vez crecientes sobre este particular. Este seguro se ha logrado sostener en pie por ser un régimen de reparto cuya ductilidad es característica de los regímenes de este tipo, característica que le permite operar aún bajo condiciones económicas muy difíciles.

4).—Las cuotas vigentes para financiar el Seguro sin protección familiar (Seguro Directo) son las siguientes: 2½% los trabajadores; 2½% los patronos y 1% el Estado; TOTAL 6% de los salarios pagados en las zonas controladas por el Seguro. La observación de los gastos por concepto de este Seguro demuestra que la cuota neta por gastos

corrientes es aproximadamente del 6% de los salarios. Esto indica que todo cuanto ingresa para financiar el Seguro Directo se gasta en la atención de los fines de la Caja, sin que HAYA LA POSIBILIDAD DE CAPITALIZAR SUMA ALGUNA PARA LA ADQUISICION DE ACTIVOS FIJOS COMO CLINICAS, HOSPITALES Y EQUIPO.

5).—Las cuotas vigentes para financiar el Seguro CON PROTECCION FAMILIAR, son las siguientes, en las zonas de Heredia, Turrialba, Jiménez y Tres Ríos: 3% los trabajadores; 3% los patronos y 1% el Estado. TOTAL 7% de los salarios que se pagan en las zonas ya indicadas. En cuanto al Seguro Familiar la situación es más grave todavía, puesto que la Caja está percibiendo el 7% de los salarios y los gastos que le ocasiona la atención de este Seguro es del 10% de esos salarios aproximadamente. Un 3% del costo de las prestaciones queda en descubierto. Así, en 1951, según estimaciones del Departamento Actuarial, el Seguro Familiar consumió la suma de ₡ 2,315.900.00 cuando el producto neto del 7% destinado para el mismo fué de ₡ 1,670.200.00, lo que evidentemente originó un déficit de ₡ 645.700.00, que se financió tomando fondos del Seguro Directo y de otros ingresos diversos.

6).—La situación real que resulta de los párrafos anteriores, determinó una corrección de las actuales cuotas, no sólo con el objeto de que SE PAGUE EL PRECIO JUSTO DEL COSTO CORRIENTE DE LAS PRESTACIONES QUE SE OTORGAN, sino que, a la vez, para que se constituyan anualmente LOS FONDOS NECESARIOS PARA DOTAR A LA INSTITUCION DE CENTROS HOSPITALARIOS Y EQUIPOS ADECUADOS. En esta forma y después de largas deliberaciones y estudios la Junta Directiva, en sus sesiones de los días 21 y 28 de julio pasado, acordó elevar las cuotas en la siguiente forma:

Para las regiones donde no existe el Seguro Familiar:

Patronos 3%; Trabajadores 3%; Estado 1% TOTAL 7%

Para las regiones donde existe el Seguro Familiar:

(Provincia de Heredia y Cantones de Turrialba, Jiménez y La Unión)

Patronos 5%; Trabajadores 4%; Estado 2% TOTAL 11%

7).—Se puede notar que entre los costos reales del "Seguro Directo" y del Familiar, y el monto de las cuotas ya aumentadas, hay una diferencia del 1%. Ese 1% es una extra-prima destinada exclusivamente a la adquisición de HOSPITALES, CLINICAS Y EQUIPOS. El producto del 1% de extra-prima es algo más de ₡ 1,500.000.00 al año, con lo cual la Caja queda capacitada para financiar la construcción de una red hospitalaria dotada de todos los adelantos de la ciencia, para mejorar la atención de los asegurados.

8).—Los cálculos y conclusiones que determinaron a la Junta Directiva a corregir las cuotas en el Seguro de Enfermedad y Maternidad, han sido elaborados por el Departamento Actuarial y Estadístico, con base en los datos reales recopilados a través del tiempo que lleva de trabajar el Seguro Social.

9).—El aumento de las cuotas comenzará a regir el 1º de octubre del presente año, y la Caja hará llegar a todos los patronos, durante el mes de setiembre, las tablas que les permitan hacer las deducciones de los salarios con base en el 3%, el 4% o el 5% según el caso, a fin de que las planillas del mes de octubre sean pagadas de acuerdo con las nuevas cotizaciones.

Por la Junta Directiva,

Cipriano Güell
Gerente.

En ningún momento la Junta Directiva y la Gerencia desestimaron la posibilidad de que algunos sectores interesados del país, hicieran manifestaciones adversas a la trascendental decisión que se acaba de tomar y por eso en todo momento estuvieron dispuestos a contestar públicamente esas manifestaciones. En realidad, la reacción que se produjo fué insignificante, lo que indica claramente que el país entendió con facilidad los motivos sustanciales que determinaron el reajuste de las cuotas. La Cámara de Agricultura de Costa Rica, en comunicación de 11 de setiembre de 1952, expone la opinión de que la Caja no tiene facultades legales para la elevación de cuotas. Esta nota dice lo siguiente:

LA CAMARA DE AGRICULTURA Y EL AUMENTO DE LAS CUOTAS
PATRONALES Y OBRERAS ACORDADO POR LA JUNTA DIRECTIVA
DEL SEGURO SOCIAL

Con motivo de que la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social no ha contestado la comunicación que esta cámara enviara a su conocimiento con fecha 11 del mes en curso, en la cual le expusiera sus puntos de vista de oposición al aumento de las cuotas patronales y obreras y siendo este un asunto de carácter público de indudable trascendencia cuya importancia se acentúa si se toma en cuenta el perentorio plazo que para su ejecución le ha señalado la Junta Directiva mencionada, la Cámara de Agricultura se ve precisada a hacer pública la comunicación referida, para el debido conocimiento de todos sus afiliados en el país:

11 de Setiembre de 1952.

Señor don Cipriano Güell
Gerente de la Caja Costarricense
de Seguro Social
S. O.

Señor Gerente:

La Cámara de Agricultura, a instancias de un grupo numeroso de sus miembros, ha procedido, en sus últimas sesiones, al examen de la resolución tomada por la Junta

Directiva de esa institución que determina la elevación de las cuotas patronales y obreras, vigentes en la actualidad, por las razones y para los fines que explica en los avisos publicados oportunamente en los diarios nacionales.

Al término de ese estudio, la Cámara ha llegado a conclusiones en el sentido de que el aumento acordado por la Junta Directiva no se ajusta a las condiciones, —de forzoso acatamiento—, que estipula la ley como indispensables para la fijación o variación de las cuotas que sostiene el Seguro Social en cualquiera de sus ramas.

Al efecto, la Cámara se permite hacer notar la redacción, clara y terminante, de la ley que rige a esa institución:

“Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales”.

Esto quiere decir, ni más ni menos, que la Junta Directiva de la Caja está limitada en sus facultades de fijación de cuotas por el costo de los servicios que brinda y los cálculos actuariales respectivos.

En otras palabras, que la Junta Directiva no puede proceder a su arbitrio, por bien intencionadas que sean sus disposiciones, en la fijación de cuotas; la ley, que en este caso debe ser de interpretación restrictiva, la limita al costo de los servicios y a las tablas actuariales que proceden.

La razón es bien clara: siendo los seguros de carácter forzoso las cuotas que se fijan a patronos y obreros tienen verdadero carácter de contribuciones y así lo reconocen los artículos 22 y 23 de la ley constitutiva de la Caja.

La Asamblea Legislativa, al entregar a la Junta Directiva la facultad de fijar las cuotas o contribuciones dichas, en cierta forma hizo delegación de funciones que le son propias (Artículo 21, Inciso 13 de la Constitución Política) y como este hecho es de suma gravedad, precisaba ordenar y limitar la concesión, —única que existe en Costa Rica—, de fijar tales cuotas o contribuciones.

Y lo hizo con la mejor lógica posible: reatando obligadamente el costo de los servicios, las tablas actuariales correspondientes y las cuotas respectivas.

Así ha de interpretarse necesariamente, si es que requiere interpretación, el Artículo 23 de la ley de la Caja.

Ahora bien: los avisos publicados en los diarios por la Caja, para explicar las razones de su proceder, dejan constancia de lo siguiente: “La observación de los gastos por concepto de este Seguro demuestra que la cuota neta por gastos corrientes es aproximadamente del 6% de los salarios. Esto indica que todo cuanto ingresa para financiar el Seguro Directo se gasta en atenciones de los fines de la Caja sin que haya la posibilidad de capitalizar suma alguna para la adquisición de activos fijos como clínicas, hospitales y equipos”. Y, (7). Se puede notar que entre los costos reales del “Seguro Directo” y del Familiar, y el monto de las cuotas ya aumentadas, hay una diferencia del 1%. Ese 1% es una extra-prima destinada exclusivamente a la adquisición de HOSPITALES, CLINICAS Y EQUIPOS. El producto del 1% de extra-prima es algo más de ₡ 1,500.000.00 al año, con lo cual la Caja queda capacitada para financiar la construcción de una red

hospitalaria dotada de todos los adelantos de la ciencia, para mejorar la atención de los asegurados".

De tales manifestaciones se desprende que el costo de los servicios, en el presente, está cubierto por las cuotas vigentes en la actualidad, y que, al elevarlas la Junta Directiva. —con un loable propósito de bien general pero sin apoyo legal alguno—, ha sido con la finalidad de financiar la construcción de una red hospitalaria mediante una *extra-cuota* a cargo de patronos y obreros (no del Estado) que la Constitución y la ley no le permiten imponer.

Con base en las razones expuestas, la Cámara de Agricultura solicita formalmente a la Junta Directiva de la Caja, la revocatoria del acuerdo de fijación de nuevas cuotas, en cuanto estas excedan de la cantidad necesaria para cubrir los costos de los servicios que presta la Institución, según los cálculos actuariales respectivos.

Del señor Gerente me complace suscribirme muy atento y seguro servidor,

P./CAMARA DE AGRICULTURA,
Jorge Arguedas Truque,
Secretario.

La comunicación de la Cámara de Agricultura fué ampliamente analizada por los funcionarios competentes de la Caja y de ese análisis resultó la contestación que textualmente dice:

27 de Setiembre de 1952.

Sr. Don Jorge Arguedas Truque,
Srío. Cámara de Agricultura.
S. D.

Estimado Señor:

Doy a usted las razones que la Junta Directiva de la Caja ha sustentado, —según acuerdo firme de la sesión N° 1131 del 26 de los corrientes—, como causa del rechazo de la solicitud que por su digno medio planteó la Honorable Cámara de Agricultura en nota de 13 de setiembre último, para que se revoquen los acuerdos adoptados en sesiones de 24, 28 y 30 de julio en curso, a tenor de los cuales se dispuso la elevación de las cuotas obreras, patronales y estatales, tanto para el seguro directo como para el familiar.

En síntesis, y según se desprende en extracto del pliego de petición, las objeciones al aumento de cuotas se hacen descansar, por una parte, en que la Institución no está autorizada legalmente para decretar ese aumento, y por la otra, en que las sumas destinadas a la adquisición de hospitales, clínicas y equipos, —según el aviso publicado por la Caja en que se informa al público del aumento—, no constituye parte del costo del seguro.

Tocante a lo primero, debo manifestarle que la afirmación de que la Caja carece de apoyo legal y constitucional para decretar el referido aumento de cuotas, no pasa de ser una simple opinión interpretativa de esa Honorable Cámara.

Veamos el por qué de la proposición que antecede.

El artículo 23 de la Ley Constitutiva de la Caja, reza textualmente:

“Las cuotas y prestaciones serán determinadas por la Junta Directiva, de acuerdo con el costo de los servicios que hayan de prestarse en cada región y de conformidad con los respectivos cálculos actuariales”.

Como quiera que la Cámara piense que tal artículo no autoriza a la Institución para la elevación de cuotas decretada, habremos de analizarlo en su verdadero sentido.

Queda bien claro en su primera parte, —a menos que se le dé una interpretación reñida con su propio texto y contra toda la lógica jurídica—, que tal artículo sienta el principio de que es a la Directiva de la Caja a quien corresponde, sin intervención de ningún otro organismo estatal, la determinación del monto de las cuotas que deben satisfacer los contribuyentes que participan en la financiación tripartita del Seguro Social.

Una interpretación contraria atentaría contra el principio de la autonomía Institucional, —exigencia sine-qua non adoptada por la generalidad de los países que han legislado en materia de Seguridad Social—; autonomía garantizada también por los artículos 188 y 189 de nuestra Constitución Política.

El requisito de que esa determinación se haga de conformidad con los cálculos actuariales, no es más que un mero requisito de orden técnico y no legal. Mal podría la Junta Directiva, aunque tal recomendación no existiera en el artículo mencionado, proceder a un aumento de cuotas sin una base técnica que lo aconseja.

Así, en este caso, —y como consta del Informe Actuarial N° 4-52 “sobre costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad con y sin protección familiar”, del mes de abril último—, el Departamento Actuarial, según revisión practicada al efecto, determinó esos costos y recomendó la imperiosa necesidad de aumentar las cuotas en relación con el costo aludido.

La confusión de la Cámara nace quizás de que fuera inducida a error por la publicación del aviso mencionado, al no haber aclarado suficientemente lo que en la técnica de los Seguros, tanto individuales como sociales, debe entenderse por costo de los servicios o prestaciones otorgadas.

Dentro del problema de la determinación del costo del servicio, debe distinguirse, entre otras cuestiones, las relativas a la fijación de los gastos de administración, tales como salarios, etc., y la fijación de las sumas a invertir en la adquisición de los llamados “activos fijos”, como hospitales, clínicas y equipos. Se trata pues, en el fondo, de una simple distribución presupuestaria de las partidas tomadas de los ingresos que, de antemano, se destinan a cubrir los costos del Seguro, tanto dentro del régimen de reparto como dentro del de capitalización. La Caja ha venido consignando en sus presupuestos anuales —reiteradamente— partidas para la adquisición de “activos fijos” tales como equipos, dispensarios, etc., por lo que, en realidad, no se trata ahora de ninguna innovación. Simplemente, y como lo demuestra el acucioso estudio actuarial ya referido, algunas partidas resultaban insuficientes, por lo que se recomendó destinar en lo sucesivo sumas presupuestarias más altas para atender a esa finalidad.

Queda pues demostrado, —por lo menos así lo espero—, que no se trata de cobrar una cuota adicional “prohibida por la Constitución y la Ley”, sino lisa y llanamente, de distribuir una parte de los ingresos, —cuotas—, con destino a la finalidad mencionada, operación que se lleva a cabo presupuestariamente. Este, y no otro, es el sentido que debe dársele a la publicación informativa que hizo la Caja, y que tanto parece haber alarmado a los personeros de la Cámara, alarma nacida de un mal entendido, como es evidente.

Confirmando aquella disposición de la Ley, de que las cuotas pueden ser elevadas por la Junta Directiva cuando así sea recomendable a virtud de estudios actuariales, nos dicen los artículos 42 y 43 respectivamente.

“Cada tres años, y además, cuando la Junta Directiva lo juzgue conveniente se harán revisiones actuariales de las provisiones financieras de la Caja”.

“La Caja regulará la distribución de sus fondos con arreglo a los cálculos actuariales que le sirvieron de base o con los que se adopten en virtud de los resultados que arrojen las revisiones ordenadas en el artículo anterior”.

Me parece, en consecuencia, que después de la lectura de este último artículo, no puede quedar la menor duda de que la Institución goza de una amplia libertad para la distribución de sus ingresos y para determinar la fijación de los costos del Seguro.

A mayor abundamiento cabe citar también el artículo 33, que se refiere, precisamente, al destino que en relación a los costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad, regulados por el régimen de reparto, debe dársele a las cuotas patronales.

“El fondo del régimen de reparto estará formado por las cuotas de patronos y se destinará a las prestaciones que exijan los seguros de enfermedad y maternidad, con la extensión que indique la Junta Directiva, y a cubrir, además, LOS GASTOS que ocasionen los mismos seguros, así como los de administración en la parte que DETERMINE LA JUNTA DIRECTIVA EN EL PRESUPUESTO CORRESPONDIENTE, todo de acuerdo con los cálculos actuariales”.

El artículo 35, que de seguido transcribo, faculta a la Directiva hasta para variar la aplicación de los fondos de reparto y capitalización, según criterio suyo y de acuerdo con los respectivos cálculos actuariales.

“No obstante lo dispuesto en los dos artículos anteriores, la Junta Directiva puede variar la aplicación de los fondos correspondientes a cualquiera de los regímenes de reparto y de capitalización colectiva si, de acuerdo con los cálculos actuariales, fuere aconsejable esa medida para el mejor éxito del seguro social”.

El artículo 14 de la misma Ley, en lo conducente, dispone:

Son atribuciones de la Directiva:

- c) Acordar las inversiones de los fondos de la Caja;
- f) Dictar los reglamentos para el funcionamiento de la Institución. . .”

En consecuencia, la Caja no sólo está facultada para proceder a la elevación de las cuotas cuando el resultado de la revisión de cálculos actuariales así lo aconseje, sino que también está autorizada para reformar el propio reglamento que determina la fijación de cuotas.

Abrigo la esperanza, aclarado como espero el mal entendido, que los miembros de la Cámara, poseedores todos ellos de un amplio criterio, le brinden en esta oportunidad su valiosa colaboración a la Caja, a efecto de que esta entidad pueda llevar a cabo con éxito su trascendente función social.

De usted muy atento y seguro servidor,

Cipriano Guell P.
Gerente.

Esta exposición de carácter doctrinario y de sólidos fundamentos jurídicos fué luego confirmada por la opinión de varios juristas consultados específicamente por una de las Cámaras.

La Cámara de Comercio de Costa Rica también abordó con toda seriedad la importante cuestión y para analizarla a fondo en su aspecto legal constituyó una Comisión de Jurisconsultos, los cuales estaban encargados de determinar si la Caja Costarricense de Seguro Social por medio de su Junta Directiva, estaba o no facultada constitucional y legalmente para imponer la medida relativa al reajuste de las imposiciones destinadas a financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad. Consecuencia del estudio hecho por la Cámara de Comercio sobre esta interesante cuestión, fueron la carta y el acuerdo enviados por ella a la Caja y que textualmente dicen:

CAMARA DE COMERCIO

DE COSTA RICA

10 de octubre de 1952.

Ref. N° 3300.

ASUNTO: Copia que se envía del
Art. 3° de la sesión
del 8 de este mes.

Sr. Gerente
Hon. Caja Costarricense de Seguro Social
San José.

Estimado Sr. Gerente:

Nos permitimos enviarle con ésta una copia del acuerdo tomado por nuestra Junta Directiva en su sesión del 8 de este mes, tal como parece en nuestro Boletín publicado en La Nación y Diario de Costa Rica de esta fecha.

Deseamos manifestar al Sr. Gerente que lo dicho en este acuerdo no significa meramente una crítica irresponsable de los procedimientos de ese importante Organismo y esperamos que nuestra opinión como se declara en ese acuerdo y la de otros organismos, especialmente la Hon. Cámara de Agricultura de Costa Rica, han dado en publicaciones anteriores al 8 de octubre, aún cuando en ellas no está basada la nuestra sino en la propia investigación jurídica que hemos hecho acerca del particular la cual en esa materia es desde luego favorable a la actuación de Uds., sino una crítica constructiva indicatoria que realmente se necesita un estudio muy amplio del asunto, por consideración de la materia.

De Uds. Attos. affmos. y S. S.,

CAMARA DE COMERCIO DE COSTA RICA,
(fdo.) *Juan Fernández Morúa*, P. E.
Vicepresidente Ejecutivo.

EL PAIS NO ESTA PREPARADO PARA EL SOSTENIMIENTO PROGRESIVO DEL SEGURO SOCIAL

Sesión Octubre 8 de 1952

DICTAMEN JURIDICO ACERCA DEL AUMENTO DE CUOTAS EN EL REGIMEN DE MATERNIDAD Y ENFERMEDAD hecho por la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Se leyó el Dictamen, acerca de este aumento, presentado por la Comisión Especial de Jurisconsultos nombrada en la sesión anterior. Se encuentra absolutamente claro en todos sus conceptos relativos a lo sometido, agregando muy valiosas informaciones. Se encuentra que el aumento hecho por la Junta Directiva de aquel Organismo nacional autónomo tiene todo el apoyo legal y constitucional estando fundamentado en el Art. 23, relacionados con los Arts. 42 y 43 de su Ley Constitutiva y los Arts. 188 y 189 de la Constitución Política. NO está afectado por el Inc. 13 del Art. 121 de dicha Constitución, porque en realidad no se trata de un impuesto sino de una cuota distributiva del costo total de los servicios de la Institución a quienes pagan las cuotas, de conformidad con cálculos actuariales cuya proporción ha venido desquiciándose desde hace algún tiempo lo que ha hecho imperativo ese aumento. Es de notar que en ese costo se incluyen las inversiones hechas para atender el servicio, tales como hospitales, clínicas, equipos, etc. y forman un "activo fijo" del organismo, lo que es indispensable en toda empresa de seguros si ha de subsistir. Y relacionando también los Arts. mencionados de la Ley Constitutiva de la Caja con los Arts. 13, 33 y 35, se llega a la conclusión jurídica de que está facultada para aumentar las cuotas y aún para reformar el Reglamento que determina la fijación de las mismas. Discutido ampliamente el dictamen se llegó a las siguientes conclusiones: 1.—Que el país no estaba ni está preparado para el sostenimiento progresivo de un organismo que puede llegar a absorber una enorme cantidad del poder

económico individual —del que proviene el del Estado como tal— meramente por el uso de las facultades omnímodas que en el asunto le da la ley a su pequeño grupo de dirigentes. Tal situación debe ser estudiada profundamente por los dirigentes del país.

2.—Que es público y notorio, por medio de quejas que se oyen por todas partes, que los servicios que da el organismo dicho por cuyo costo se cobran obligatoriamente las cuotas a trabajadores y patronos, no es satisfactorio.

3.—Que existen numerosos cotizantes que no acuden jamás al uso de ese servicio, en la forma que hoy se da, pues rehuyen lo que tiene apariencias de una caridad y no de un derecho por el cual se paga.

4.—Que en casos del conocimiento de alguno o algunos de los presentes han sufrido molestias indebidas, que se causan en forma autoritaria, por no haber, al parecer, uniformidad o seguridad en los métodos que se adoptan en ese organismo, en cuanto a sueldos mínimos en planillas, etc., lo que demuestra también que no hay aún la debida preparación para manejar los problemas que son inherentes a asunto de tal importancia.

5.—Que no guarda armonía el servicio dado con el costo para cada uno de los que cotizan, muy especialmente fuera de la capital de la República, y a continuar esa situación, se hace preciso obtener esa armonía. En atención a eso y otros puntos de menores alcances que se mencionaron. SE ACORDO: declarar que el organismo adolece de graves defectos que seguirán ocasionando la queja de los cotizantes si no se remedian, pero no estamos en condiciones de señalarlos en forma que puedan terminar, lo que corresponde a grandes entendidos en la materia, y que debe hacerse un estudio completo de dicho organismo tomando en cuenta las posibilidades económicas del cotizante que forma una enorme cantidad de los pobladores adultos de la República. Y, entre tanto, no debería permitirse el aumento constante que es posible para el sostenimiento de tal organismo.



Es claro que el acuerdo tomado por la Honorable Cámara de Comercio, además de abordar el problema de las cuotas hacia referencia a otras situaciones, ajenas al mismo, que debieron necesariamente ser explicadas públicamente para evitar que el público quedara impresionado por apreciaciones que, por venir de un organismo tan serio como el mencionado, perjudicaban evidentemente el prestigio de la Caja. En todo caso, lo medular del problema en debate quedó completamente claro, ya que la Cámara de Comercio en su propio acuerdo manifiesta que la Comisión de Jurisconsultos encontró los procedimientos de la Junta Directiva de la Institución, ajustados en todo a la Constitución y a las leyes. Contestando la carta de la Cámara, la Gerencia de la Caja, envió la siguiente nota, que también fué publicada en todos los periódicos más importantes del país:

Octubre 15 de 1952.

Señor
Vice-Presidente Ejecutivo
de la Cámara de Comercio de Costa Rica,
don Juan Fernández Morúa.
Ciudad.

Estimado Señor:

Tenemos el gusto de acusar recibo de su atenta comunicación del 10 de octubre presente, junto con la cual nos ha enviado la copia de un acuerdo tomado recientemente por la Honorable Cámara de Comercio, en relación con las facultades que tiene la Caja Costarricense de Seguro Social para aumentar las cuotas destinadas a financiar los beneficios que otorga a sus asegurados.

El dictamen presentado en relación con este asunto por la Comisión Especial de Jurisconsultos nombrada por la Cámara, es la confirmación de la tesis sostenida por la Caja en cuanto a sus facultades constitucionales y legales para decretar el aumento de las cuotas destinadas a financiar los diferentes regímenes de protección a su cargo. Es también la confirmación de su punto de vista relativo a que las cuotas no son impuestos sino la distribución del costo de los servicios entre los elementos que por ley están llamados a sufragarlos.

Para la Caja es especialmente grato que la Comisión de Jurisconsultos haya declarado válida su tesis, con lo cual también se aclaran las apreciaciones que equivocadamente había sostenido en forma pública la Cámara de Agricultura. Como referencia, también podemos manifestar que la Cámara de Industrias, al conocer el problema del alza de las cuotas, arribó a las mismas conclusiones que ahora sustentan los juristas comisionados por la Cámara de Comercio y que por eso se abstuvo de hacer manifestaciones de ninguna clase sobre el asunto, dando con ello otra clara muestra del empeño que al estudio de estos delicados problemas sociales, han dedicado las honorables Cámaras Patronales.

Todos los sistemas de Seguridad Social, en cualquier parte del mundo, funcionan con base en cálculos actuariales que demuestran al final de periodos de tiempo regulares, las condiciones financieras dentro de las cuales esos servicios se están prestando, e indican los reajustes que se imponen para mantener balanceadas las Instituciones encargadas de administrar los seguros sociales. Si no fuese así, posiblemente ya en muchos países habrían desaparecido dichos sistemas, con perjuicio muy grande sobre todo para los trabajadores. En la literatura especializada que por razón del trabajo diario nos vemos obligados a estudiar, nos encontramos muy a menudo con informaciones que demuestran cómo los diferentes Institutos de Seguro Social van decretando el reajuste de las imposiciones conforme se aumenta el costo de operación o se amplían los servicios. Es claro que la ampliación de los sistemas de beneficios, tiene que ser acordada tomando en cuenta la potencialidad económica del país para no gravar la economía en forma des-

proporcionada. *El aumento progresivo del Seguro Social, debe asentarse sobre el aumento progresivo de la riqueza nacional.*

Las conclusiones a que arriba la Junta Directiva de la Cámara después de discutir el dictamen de que se ha hecho referencia, merecen un detenido comentario por parte de la Gerencia, ya que ellas encierran cargos que es bueno aclarar definitivamente.

La Seguridad Social es el esfuerzo de la colectividad para crearle a todos y a cada uno de sus componentes una existencia digna. Hacia esa finalidad fundamental deben aspirar todos los Gobiernos y todas las sociedades civilizadas de la tierra. Todos los pueblos pueden, en determinado momento de su desarrollo, pagar un sistema de Seguridad Social. Imperfecto cuando la economía es débil, puede llegar a grados muy elevados de perfección en aquellos países de economía fuerte. Esto es una cuestión de progreso económico y social, que se va imponiendo por el deseo cada vez más patente de que la gente viva mejor. El país está preparado en este momento para pagar el sistema de Seguro Social establecido y en el futuro, si el ritmo de su crecimiento económico sigue como va, podrá pagar algo mejor todavía que lo presente. Es, como se dijo, una cuestión de crecimiento y de progreso económico y social.

Las Instituciones de Seguridad Social se van organizando en todo el mundo más o menos sobre los mismos patrones. Todas descansan sobre el concepto de la autonomía, pues se ha llegado a constatar que esa es la mejor manera de que los programas de beneficios se administren eficientemente. La suma de poder que el Gobierno delega en esas Instituciones es la necesaria para que ellas puedan realizar con éxito sus delicadas funciones, y creemos que no es del caso hacer referencia a las personas que, al administrarlas, hacen uso de aquel poder. El poder, por muy corto que sea el número de dirigentes que lo ejercita, es beneficioso cuando las manos que lo ejercen están limpias y cuando las actuaciones de esos dirigentes deban imperativamente ceñirse al texto de los Reglamentos, de las Leyes o de la Constitución. Mientras esto ocurra no habrá las omnímodas de que habla la Cámara.

Dice la segunda conclusión a que arriba la Directiva de la Cámara, a raíz del informe de los Jurisconsultos, que es público y notorio que los servicios de la Caja —según las quejas que se oyen por todas partes— no son satisfactorios. La afirmación hecha así de modo general y sin concretar en lo más mínimo, podría tenerse por mal intencionada si no viniera de un organismo tan serio como el que la formula. Pareciera que es muy oportuna esta ocasión para que hagamos una gentil invitación a la Directiva de la Cámara, a fin de que en cualquier momento estudie, por medio de técnicos especialmente designados, la clase y calidad de servicios que ofrecemos a los asegurados. Aquí en la Caja encontrarán todas las fuentes de información que quieran y podrán examinar libremente nuestros servicios médicos, nuestras farmacias, nuestros laboratorios y en fin todas nuestras instalaciones. Es claro que nuestro Hospital Central no es adecuado; que el de Turrialba tampoco lo es, pero dentro de las posibilidades damos lo mejor. Ahora hemos elevado las cuotas precisamente para hacer una red hospitalaria a la altura de los últimos adelantos de la ciencia y para comprar todo el equipo que nos hace falta para

colocarnos a la cabeza del país en esa materia. En otro punto de esta carta haremos referencias más concretas a los servicios médicos que da la Caja.

Es cierto que numerosos cotizantes no concurren nunca al Policlínico, ni al Hospital en San José, ni a los servicios médicos en las Sucursales. Eso no tiene nada de raro. Todos los sistemas de Seguro Social se basan en la cotización de un gran número de contribuyentes que permiten pagar los riesgos que aquejan a unos pocos. Es erróneo creer que a cada asegurado se le van acumulando sus cuotas y que tales cuotas serán destinadas única y exclusivamente a pagar las prestaciones de aquel asegurado. En esa forma no se pagarían las prestaciones de nadie. Porque si la Directiva de la Cámara profundiza un poco en estas cuestiones, se dará cuenta de que hasta ahora, lo más que un asegurado pagaba a la Caja eran ₡120.00 al año, suma que no alcanza a nadie ni para hacer frente a los primeros gastos que demanda una enfermedad seria. Es precisamente con las sumas que muchos asegurados no ocupan, con las cuales se cubre el riesgo de los que enferman y cuyas curaciones llegan a costar a veces muchos miles de colones. En el Hospital Central se han realizado intervenciones quirúrgicas de gran magnitud para restablecer la salud de asegurados, a veces campesinos, que de otra manera hubiesen muerto irremediamente. Esas operaciones que fuera del Seguro cuestan miles de colones, se pagan de los fondos que la Institución crea de las contribuciones de todos y destina a la atención de los enfermos. El Seguro Social, si bien se estudia, es una forma obligatoria de solidaridad social. Como sería imposible que los hombres concurrieran voluntariamente a formar un fondo destinado a proteger en determinadas circunstancias a sus semejantes, la Ley los obliga a protegerse mutuamente por medio del Seguro Social.

Resulta aventurada la afirmación de la Cámara en cuanto a que muchos asegurados rehuyen las atenciones del Seguro Social. Eso puede ser cierto en casos aislados pero la experiencia diaria nos enseña que cada día concurren más personas en demanda de nuestros servicios médicos; a veces los servicios todos se ven abarrotados de pacientes, como ocurre muy a menudo en el Policlínico. El día lunes pasado, por ejemplo, se vieron en aquel centro asistencial 2.332 atenciones de diferente índole distribuidas así: 673 consultas en medicina general; 15 curaciones en venéreas; 1074 inyecciones, 20 aplicaciones de fisioterapia; 72 placas de rayos X; 185 atenciones en urología; 32 consultas en broncopulmonares; 216 exámenes de laboratorio y 45 curaciones en cirugía menor. Los empleados del Policlínico terminaron la jornada de trabajo casi agotados y nosotros sentimos la presión de que es preciso ampliar los servicios para atender la constante demanda de los mismos.

Algunos señores patronos deben haber recibido molestias por las compulsiones que nuestros Inspectores hacen a menudo para recordarles el cumplimiento de los Reglamentos. Seguramente la Cámara se refiere a los constantes esfuerzos que hemos venido haciendo para darle cabal aplicación al artículo 34 del Reglamento de Enfermedad y Maternidad, que regula el caso específico de los trabajadores que, por devengar salarios por unidad de obra o por trabajar en forma completamente anormal, no llegan nunca a completar sus plazos de espera. Por el Reglamento anterior esos trabajadores no estaban comprendidos dentro del régimen obligatorio del Seguro Social. Ahora sí lo están pero por la propia

indole del trabajo que desempeñan o por la modalidad con que devengan el salario, ofrecen a menudo muchos problemas. Pero no es cierto que la Caja carezca de personal competente para desarrollar eficientemente sus funciones. Aquí hay un equipo de empleados que tienen una alta especialización en materia de Seguridad Social, y la Institución está dirigida por una Junta Directiva en la que hay distinguidos profesionales, versados en cuestiones sociales. Tanto es así, que nuestra Caja de Seguro Social es la más avanzada de todo Centroamérica y también aventaja a otras instituciones del resto del Continente. Lo que sucede es que, por un viejo defecto de los costarricenses, somos los últimos en reconocer nuestras propias bondades y virtudes.

La conclusión quinta hace referencia vaga a los servicios que se prestan fuera de San José, diciendo que no guarda relación el servicio que se da con lo que pagan los asegurados por él. Suponemos que se hace referencia a las zonas donde se ha establecido el Seguro Familiar. La Caja ha demostrado actuarialmente que el Seguro Familiar dejó una enorme pérdida el año pasado, precisamente porque ese Seguro es sumamente caro. Con poco esfuerzo mental, se puede medir lo que significa el compromiso de atender, por cada asegurado directo, a casi toda su familia. Los Dispensarios de Heredia, Turrialba, Tres Ríos y Juan Viñas, presentan un interesante campo de estudio para los miembros de la Cámara que, interesados en estos problemas, quieran palparlos más de cerca. La protección familiar es una carga muy pesada, y la Caja ha llegado a meditar profundamente en la conveniencia de suprimirla. Y esta idea no es raro que de un momento a otro se exponga al público, para que los trabajadores de las zonas rurales donde está establecido digan si el Seguro los está defraudando o los está efectivamente protegiendo. Son ellos los que mejor podrán decir si es caro el 4% de sus salarios que pagan, en comparación con los servicios que reciben ellos y toda su familia.

Dice uno de los acuerdos tomados por la Honorable Cámara que esta Institución adolece de graves defectos pero que no los pueden puntualizar en forma concreta. Como en la nota que se nos ha enviado transcribiéndonos el mencionado acuerdo se dice que él fue tomado con el alto y sano interés de colaborar en el mejoramiento de la Caja, nos sentimos autorizados para manifestar que la enunciación de un cargo tan grave por parte de un organismo de tanta responsabilidad como la Cámara de Comercio no debe ser hecho en forma general sino de manera concreta. Si se concretan cargos estaremos en posibilidad de desplegar todas nuestras energías y todos los medios con que cuenta la Institución para buscar el origen de los males y corregirlos radicalmente. Pero si en forma vaga y general se nos dice que la Caja adolece de graves defectos, lejos de colaborar con nosotros se nos está causando el perjuicio que necesariamente surge de las afirmaciones que, hechas por un organismo de prestigio, quedan flotando en el ambiente respaldadas por aquel prestigio.

La Gerencia de la Caja mantiene las puertas de la Institución completamente abiertas a todas las personas—patronos y trabajadores especialmente—para que se acerquen y con claridad expongan las quejas que tengan en relación con los servicios que se dan a los asegurados. Con motivo del alza de las cuotas hemos dicho francamente cuanto había que decir para que se viera la necesidad imperiosa de tomar esa medida; y aquí están

trabajadores siempre manifestaron su deseo de que la imposición que pesa sobre ellos no fuese aumentada, proponiendo que el necesario reajuste de aquéllas, se distribuyera entre el Estado y los patronos.

Como puede apreciarse por las informaciones anteriores, el proceso que culminó con el reajuste de las cuotas destinadas a financiar el Seguro de Enfermedad y Maternidad, fué largo y laborioso; durante él la Junta Directiva, la Gerencia y los otros funcionarios de la Caja estudiaron detenidamente todos los aspectos con la más absoluta seriedad técnica, dando así muestras de que están a la altura de las responsabilidades que la Administración y Gobierno de una Institución como la Caja demanda de ellos.



Don Claudio González Quirós, representante obrero en la Junta Directiva... propuso que el aumento de las cuotas se distribuyera entre el Estado y los patronos sin aumentar la contribución de los trabajadores.



El Lic. Francisco Ruiz Terrónlez, Ministro de Trabajo desde el 1º de setiembre de 1952. En tal calidad preside con gran acierto la Junta Directiva del Seguro Social.

Informe de la Gerencia

Señores

Miembros de la Junta Directiva
de la Caja Costarricense de Seguro Social,
Pte.

Señores Directores:

La Gerencia tiene mucho gusto de presentar a la Honorable Junta Directiva un informe general de la marcha de la Institución durante el año de 1952.

Es evidente que la Caja Costarricense de Seguro Social va hacia su consolidación definitiva. Si bien quedan todavía muchos problemas por resolver y es preciso luchar tenazmente para perfeccionar la estructura total de la Institución, debemos mostrarnos



*Don Cipriano Güell P.,
Gerente de la Caja.
"...Administrativamente
hemos alcanzado un alto
grado de eficiencia,
en este aspecto no te-
nemos nada que desear
a las demás instituciones
autónomas del Estado".*

optimistas en cuanto a los progresos realizados en todos los campos en que el Seguro Social se ha desplazado.

Las Oficinas Centrales desempeñan sus labores administrativas con un índice de eficiencia que no tiene nada que desear al que se alcanza en las demás instituciones au-

tónomas del país. El personal se ha ido capacitando y seleccionando hasta tal punto, que se puede manifestar complacidamente que hoy contamos con un equipo de trabajo idóneo y responsable.

Los servicios médicos han mejorado notablemente. En la Memoria Anual de 1951 se presentan todas las reformas materiales que se hicieron ese año con miras a mejorar la atención de los asegurados. Tales mejoras se han traducido en una mayor eficiencia de los servicios, los cuales atienden hoy más cantidad de asegurados y en condiciones mucho más eficientes. En la parte de esta Memoria dedicada a los Servicios Médicos se podrá apreciar con mayor amplitud lo que se deja expuesto.

El trabajo en las Sucursales ha merecido la atención especial de la Gerencia. Se ha querido dar a nuestros servicios en provincias un ritmo parecido al que tienen los de San José; para eso se ha trabajado y se trabaja en la unificación de sistemas administrativos, en la centralización de atribuciones en manos del Jefe de la Sección de Sucursales, y en una labor inspectiva más acentuada y permanente. Aún cuando el acondicionamiento material de nuestras agencias locales obstaculiza muchas veces las intensas labores que ellas realizan, podemos manifestar que, en general, el trabajo administrativo y la prestación de los beneficios se lleven a cabo con eficiencia digna de encomio.

Como el trabajo realizado en los principales Departamentos y Secciones de la Caja será presentado en capítulos separados, después de estas palabras introductorias, la Gerencia se permitirá presentar alguna información sobre varios problemas específicos que se han abordado en el curso del año, indicando al mismo tiempo la resolución que se dió a los mismos, o las razones que mediaron para no solucionarlos.

a).—*Reorganización de la Secretaría General y de la Sección de Divulgación.*

En el mes de julio se llevó a cabo una completa reorganización de la Secretaría General, —convirtiéndola en Secretaría de la Gerencia—. Como el funcionario a cargo de esta Secretaría tiene oportunidad de controlar todo el movimiento de la Institución, se pensó en recargar en el mismo las funciones de divulgación, antes a cargo de una Sección especial. También se recargó en la Secretaría de la Gerencia la Secretaría de la Junta Directiva, pero luego hubo de ser puesta ésta en manos de otro funcionario porque se vió claramente que el recargo resultaba demasiado gravoso para el Secretario de la Gerencia.

Las labores de divulgación han quedado pues, centralizadas, y a pesar de las limitaciones de presupuesto se ha realizado una labor efectiva en este aspecto. Cada día que pasa se afirma el convencimiento, sustentado en forma clara por la Gerencia, de que se hace preciso realizar grandes campañas de divulgación tendientes a ilustrar a patronos y trabajadores sobre la realidad del Seguro Social. Existe la evidencia de que la mayor parte de las quejas que ocurren contra la Caja provienen del desconocimiento casi total que se tiene de las leyes y reglamento que regulan la prestación de los benefi-



El Secretario de la Gerencia, Lic. Armando Arauz Aguilar... se ha empeñado en que esta "Memoria" sea lo más completa posible.

cios. Alrededor del Seguro Social se hizo mucha demagogia en el pasado, y esa demagogia confundió en muchos casos la mente de algunas personas que exigen de la Caja cosas imposibles o fuera de la Ley.

Se puede afirmar que la nueva organización dada a la Secretaría de la Gerencia y el rumbo que ha tomado la divulgación, están dando buenos resultados. Las labores de Secretaría propiamente marchan eficientemente y la divulgación se está haciendo de modo efectivo. Es posible que en el futuro, con mejores medios económicos a su alcance, esta actividad, vital para la Caja, llegue a alcanzar la importancia que todos deseamos que alcance.

Personal de la Secretaría de la Gerencia: De izquierda a derecha, de pie: Lic. Armando Arauz A., Srta. Lijia Cruz, Srta. Norma Loaiza, Srta. Eliette Vargas y Sr. Gonzalo Peralta. Sentadas: Srtas. Maria del S. Abellán, Guadalupe Pérez R. y Martha Bomilla.



b).—*Se crea la Sección de Servicio Social:*

El Servicio Social es una actividad que cada día viene imponiéndose como técnica aplicada a resolver muchos problemas de tipo individual y colectivo que hacen relación directa a la salud de los individuos y de los grupos.

Especialmente en Instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social, tal actividad resulta de gran importancia, por cuanto la población asegurada con la cual la Institución tiene contacto, es aquella que acude ya con uno o varios problemas personales y de familia planteados.

En años anteriores, el servicio social formaba parte de la Sección de Inspección y Visitaduría Social. A partir del mes de diciembre de 1952, la Inspección quedó con sus funciones específicas y la "Visitaduría Social", pasó a ser la nueva Sección de Servicio Social.

Como paso previo al funcionamiento de esta Sección, su Jefe el Lic. Carlos María Campos, presentó el siguiente trabajo, que fija las bases sobre las cuales ha de descansar el trabajo de la Sección a su cargo:

11 de diciembre de 1952.

Sr. don Cipriano Güell P.,
Gerente de la Caja Costarricense
de Seguro Social.
S. D.

Señor Gerente:

Siguiendo sus instrucciones y conforme a las bases que sentáramos para el desarrollo de mi trabajo, por este medio me permito presentar a usted un proyecto de Manual en el que se describe la Organización y Rutinas Administrativas de la Sección de Servicio Social.

Como una manera de hacer más claro mi pensamiento y a la vez, dejar constancia de la razón de ser del proyecto que someto a su consideración, deseo hacer unos comentarios generales acerca del Servicio Social y sus tareas dentro de una Institución de Seguros Sociales. También deseo hacer algunas acotaciones al Manual que acompaño:

El Servicio Social es una profesión que, mediante una actividad de ayuda y vinculación, presta asistencia a los individuos y a los grupos; a efecto de que puedan utilizar sus propias potencialidades y los recursos de la comunidad, para satisfacer sus necesidades y solucionar los problemas que los afectan. De esto se desprende que el Servicio Social presenta tres características:

- Es una actividad de ayuda.
- Es una actividad Social.
- Es una actividad de vinculación.

Como actividad Social que nació a la sombra de la Asistencia Social, se desarrolla usualmente bajo los auspicios de organizaciones gubernamentales; utiliza sus recursos (los de la entidad gubernamental) y los de otras organizaciones de modo tal, que los individuos, las familias y los grupos en situación precaria o desventajosa pueden aprovecharlos; y presta su atención en todos aquellos problemas que impiden a los individuos o grupos, alcanzar un nivel mínimo conveniente de bienestar social.

Para llevar a cabo su cometido, el Servicio Social, se preocupa del hombre como individuo, del hombre en su vida de relación y de la relación de los diversos grupos. De aquí han nacido los tres métodos clásicos de la profesión, que se conocen como: Servicio Social Individual o Servicio Social de Casos; Servicio Social de Grupos; y Organización de la Comunidad para el Bienestar Social, o Servicio Social en función de la Comunidad. El Servicio Social Individual a su vez se divide en varias ramas o especializaciones tales como: Servicio Social Familiar, Servicio Médico Social, Servicio Social Psiquiátrico, etc.

Usando el término con un sentido no profesional, podemos decir que una Institución de Seguro Social es una Institución de Servicio Social, en cuanto tiene por finalidad prestar ayuda a aquéllos que por distintas razones confrontan problemas de índole económica o de salud. Perfeccionando la idea, y usando el término más en consonancia con los usos y acuerdos modernos, diremos que el Servicio Social —como profesión que por su naturaleza debe buscar el primer término el conocimiento del hombre y del medio en que se desenvuelve—, es un instrumento valioso de que se vale la Institución de Seguros Sociales, para conocer y servir mejor al objeto de todas sus actividades: el hombre.

Por la organización misma del Seguro Social, el Servicio Social trabaja dentro de él, empleando básicamente el método Individual o de Casos. En determinadas oportunidades se emplea el método de Grupos: organización de Clubes de Madres, Centros de Recreación para Menores, etc.; y en otras, el relativo a la Comunidad: Coordinación de Servicios, Organización de nuevos servicios, promoción de actividades complementarias a las del Seguro, etc.

En principio, es posible desarrollar tareas de Servicio Social, dentro de las distintas coberturas del Seguro Social. En la práctica, esto es posible siempre que se cuente con una organización flexible y eficiente, una base económica sólida, y un personal suficientemente preparado y entrenado.

Desarrollando los conceptos del párrafo anterior, se puede aceptar que es posible organizar el Servicio Social en la Caja, tanto dentro del Programa de Enfermedad y Maternidad, como dentro del de Invalidez, y Vejez, y del Programa de la Vivienda.

Para llevar a cabo tales labores, nos encontramos con las siguientes dificultades prácticas inmediatas: Organización inadecuada en algunos aspectos para los efectos del Servicio Social. Por ejemplo: falta de uniformidad en los métodos de control de pacientes, falta de uniformidad en el uso de ciertos términos, etc. Reducido número del personal de Servicio Social y bajo nivel de preparación profesional del mismo. Falta de experiencia de parte de Médicos y Enfermeras, en cuanto a la utilización profesional del Trabajador Social.

Considerando la situación enunciada, he creído lo más prudente iniciar las actividades de la nueva Sección, dentro de unos Servicios específicos en el orden médico: Venereología, Bronco Pulmonares y Oncología; y prestar nuestra colaboración al Departamento de la Habitación. Dentro de los aspectos indicados, es mi propósito ordenar el

*Lic. Carlos María Campos Jiménez,
Jefe de la Sección de Servicio Social
"...El Servicio Social es una profesión que presta asistencia a los individuos y a los grupos..."*



trabajo de modo tal, que sea posible analizar sus resultados dentro de un período más o menos corto, a fin de poder perfeccionar y ampliar progresivamente las tareas de la Sección.

En el Manual que acompaño se describen las funciones de la Sección en términos generales y se detallan las rutinas a seguir en el desempeño de la tarea. El éxito de nuestras labores dependerá en gran parte, de la capacidad que pueda tener para ordenar las experiencias que se obtengan y analizarlas en sus aspectos positivos y negativos para el trabajo de la Sección. Será necesario también organizar Cursos para los actuales Trabajadores Sociales, a fin de conocer la altura de su preparación profesional. Estos Cursos los impartiré personalmente. Cuando estén adelantadas las gestiones que he iniciado ante la Escuela de Servicio Social de la Facultad de Economía de la Universidad, buscaremos la fórmula para que los actuales Trabajadores Sociales puedan seguir los cursos regulares de dicha Escuela.

La distribución del trabajo con el personal actual, la he pensado hacer del modo siguiente: dos Trabajadores Sociales para cada uno de los Servicios de Venereología, Bronco-Pulmonares y Oncología, y dos para el Departamento de la Habitación. En lo que se refiere al Departamento de la Habitación, no hemos acordado aún, en detalle, la mecánica de nuestra labor.

Las tareas encargadas al Supervisor en el Manual, las realizaré personalmente, como una forma de conocer mejor a cada uno de los Trabajadores Sociales, y considerando que el número de ellos no amerita el nombramiento de un Supervisor.

Para los efectos presupuestarios consiguientes, y para los efectos del desarrollo de mi programa, considero que dentro de los primeros seis meses del año, debo estar en capacidad de conocer nuestras posibilidades para extendernos a otros Servicios, y los cambios que haya que hacer en nuestro enfoque del problema. Creo que el programa Materno-Infantil amerita un trabajo intensivo del Servicio Social, pero no me atrevo a recomendar la iniciación de tales tareas, hasta tanto no haya adquirido la suficiente experiencia dentro de la Institución y con relación al personal a mis órdenes. De iniciar esas labores, a medio año, necesitaría se aumentara el personal en unos cuatro Trabajadores Sociales.

En todo lo que aquí no haya considerado y usted crea necesario debo aclarar o ampliar, tendré mucho gusto en hacerlo.

Con muestras de la mayor consideración, me suscribo muy atentamente,

Carlos Ma. Campos J.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

MANUAL EN QUE SE DESCRIBE LA ORGANIZACION DE LA SECCION DE SERVICIO SOCIAL Y SUS RUTINAS ADMINISTRATIVAS

I.—Objeto del Manual.

- a).—Describir la organización de la Sección; y
- b).—Describir sus funciones y rutinas administrativas.

II.—Disposiciones Generales:

Dentro de los principios anteriores corresponde a la Sección:

La Sección de Servicio Social tiene como funciones:

- a).—Organizar, dirigir y coordinar las actividades de los Trabajadores Sociales y determinar su campo de actividades;
- b).—Coordinar sus labores con las de aquellas dependencias de la Caja que tengan relación con sus actividades, por razón de sus funciones específicas o conexión administrativa; y
- c).—Coordinar las actividades de Servicio Social de la Caja, con las de otras entidades públicas y organizaciones privadas, de conformidad con las normas que al efecto dicte la Gerencia.

- 1.—Colaborar con la Dirección de Prestaciones Médicas en la solución de los problemas conjuntos, tanto de orden médico asistencial, como en aquellos derivados de la atención de los afiliados al régimen de la Caja.
- 2.—Atender los reclamos de los asegurados cuyas prestaciones se hayan demorado, como una forma de llevar tranquilidad al ánimo de aquéllos, y de enlace entre el asegurado en tratamiento y las oficinas administrativas correspondientes.
- 3.—Orientar, ayudar y enseñar a los asegurados en tratamiento, o dados de alta, sobre la mejor forma de hacer uso de los recursos de la Caja o de la comunidad, en beneficio de su bienestar general y el de su familia.
- 4.—Investigar las causas de ausencia a tratamiento de los asegurados, a efecto de interesarlos en su tratamiento y de llevarlos a considerar la conveniencia de reanudarlo, ayudándoles a remover los obstáculos que puedan ser la causa de su inasistencia a tratamiento.
- 5.—Usar las técnicas del Servicio Social, en beneficio de un mejor servicio para los asegurados, de la reorganización de planes recreativos para los pacientes en tratamiento, y de una mayor armonía entre los asegurados y los miembros del personal de la Caja.
- 6.—Organizar el estudio sistemático de aspectos económico-sociales, de grupos de asegurados, como una de las formas de conocer la realidad socio-económica del elemento humano que cubre la Caja.
- 7.—Colaborar con los programas de Prevención y Rehabilitación, en aquello que esté dentro del radio de acción de sus tareas de relación humana con los asegurados y la comunidad.
- 8.—Realizar gestiones ante los patronos para la admisión o readmisión de asegurados en tratamiento o dados de alta, como una forma de cooperar en las tareas de orientación profesional de los trabajadores, cambios de trabajo en prevención, y
- 9.—Promover y organizar en general, todas aquellas actividades propias del Servicio Social, que puedan ayudar a perfeccionar y consolidar el régimen de Seguro Social y sus principios.

III.—Organización:

Para realizar sus funciones, la Sección de Servicio Social está organizada del modo siguiente:

a) Jefe de la Sección.

El Jefe de la Sección es el titular de la misma y tiene por funciones:

- 1.—Organizar, dirigir y coordinar la acción de todo el personal de la Sección en lo que se refiere al cumplimiento de las disposiciones específicas de este Manual, y a las generales contenidas en los Reglamentos y Ley Constitutiva de la Caja; y
- 2.—Servir de órgano de contacto entre la Sección y los demás organismos de Servicio Social, públicos o privados, para los efectos de coordinar las actividades de Servicio Social de la Caja con las de aquellas entidades, todo dentro de las normas que al respecto dicte la Gerencia.

El Jefe de la Sección depende directamente de la Gerencia, y ante ella es responsable de sus actividades y cumplimiento de la Ley.

b) *Supervisor de Servicio Social.*

El Supervisor tiene por función la guía y orientación del Trabajador Social, en lo que se refiere a la aplicación de las técnicas del Servicio Social en las distintas tareas que aquéllas tienen que realizar.

El Supervisor debe tener conferencias con cada Trabajador Social, por lo menos una vez a la semana.

Mensualmente el Supervisor debe rendir un informe al Jefe de la Sección, sobre las actividades realizadas y problemas confrontados.

Para una mejor orientación de sus actividades, el Supervisor debe periódicamente entrevistar con los Jefes de los distintos Departamentos o Servicios que tengan relación con sus tareas.

c) *Trabajador Social.*

El Trabajador Social tiene por función atender los casos que se pongan en su conocimiento, por razón de su función, y tramitarlos usando para ello las técnicas propias del Servicio Social.

Los casos se distinguen en intensos y breves, según haya o no necesidad de recurrir a las técnicas del Servicio Social Individual o de Grupo, o sólo se concrete la intervención a gestiones administrativas, aclaración o dudas, o trabajo más o menos rutinario que no tenga trascendencia como para iniciar un expediente social. Los Trabajadores Sociales se dividen en tres categorías "A", "B" y "C".

Son Trabajadores Sociales Clase "A", las personas graduadas en una Escuela de Servicio Social y que hayan trabajado por lo menos seis meses al Servicio de la Caja.

Son Trabajadores Sociales Clase "B", los que estén asistiendo con regu-

laridad a las Clases de la Escuela de Servicio Social, sin haber obtenido aún el título respectivo.

Son Trabajadores Sociales Clase "C", los que no siendo graduados en Servicio Social, tampoco sean estudiantes de la Escuela respectiva.

Las tareas y responsabilidades de los Trabajadores Sociales son las siguientes:

- i) Servir, en los casos necesarios, de nexo entre el paciente y sus familiares, a efecto de mantenerlo vinculado con los mismos;
- ii) Poner en conocimiento del médico, cualquier información que obtenga en relación con los asegurados que pueda servir a aquél para hacer un diagnóstico más perfecto, y recomendar el tratamiento más adecuado;
- iii) Atender los reclamos de los asegurados cuyas prestaciones se hayan atrasado;
- iv) Investigar las causas de ausencia a tratamiento de los asegurados, tanto para los efectos legales correspondientes, como para interesarlos en su tratamiento y llevarlos a considerar la conveniencia de reanudarlo, ayudándoles a remover los obstáculos que puedan ser la causa de su inasistencia a tratamiento;
- v) Formar Expediente Social de los casos bajo tratamiento social. Se llama Expediente Social, el que se forma no sólo con la Historia Social del individuo, sino también con toda otra información o documento que el Trabajador Social pueda allegar para el mejor conocimiento y tratamiento del caso;
- vi) Promover la organización de las familias que habitan las ciudades del Departamento de la Habitación, a efecto de desarrollar en ellas un mayor espíritu de cooperación, un más alto grado de comprensión de sus deberes individuales y sociales y el mejoramiento de sus condiciones de vida;
- vii) Servir de nexo entre los asegurados y el personal técnico administrativo de la Caja, para lograr la mejor armonía en sus relaciones;
- viii) Explicar a los asegurados los alcances de sus derechos y obligaciones con la Caja, con miras a lograr su mayor participación posible en las tareas preventivas de la Institución y una mayor comprensión hacia las medidas protectoras y curativas que se adopten con los asegurados bajo tratamiento;
- ix) Rendir un informe estadístico mensual de sus actividades generales;

- x) Colaborar en las tareas de adaptación de los rehabilitantes, a fin de lograr su pronta incorporación a la vida activa;
- xi) Desarrollar las actividades propias del Servicio Social familiar con miras al mantenimiento y fortalecimiento de la unidad familiar; y
- xii) Todas aquellas otras que la experiencia y la técnica aconsejen como necesarias para el mejor logro de sus finalidades de bienestar social.

Para efecto de distribución de labores, los Trabajadores Sociales estarán destacados en determinados Departamentos o Servicios, y sus funciones en los mismos se regularán por las instrucciones específicas que el Jefe de la Sección debe emitir.

Todos los Trabajadores Sociales de la Sección deben llevar un Diario de sus actividades.

d) El Auxiliar de la Sección tiene por funciones:

- i) Recibir y contestar o hacer los proyectos de contestación de la correspondencia de carácter rutinario;
- ii) Ordenar y mantener el archivo de la Sección;
- iii) Llevar un inventario del Activo Fijo de la Sección, y velar porque haya siempre papelería, formularios y útiles de escritorio para que no se interrumpan o dificulten las labores del personal;
- iv) Llevar el control de los informes que periódicamente deben enviar los Trabajadores Sociales; y
- v) Todas las demás propias de su cargo.

Quando las necesidades lo ameriten, existirá uno o más oficiales cuyas funciones específicas se determinarán.

e) *Secretaria.*

La Secretaria, además de sus funciones mecanográficas debe ayudar al Auxiliar cuando las necesidades lo exijan.

IV.—*Rutinas administrativas de la Sección.*

a) *Investigación de los casos de ausencia a tratamiento.*

1.—Todos los días los Trabajadores Sociales destacados en el Hospital Cen-

tral, deben solicitar de las Secretarías de los Servicios de Venereología, Bronco-pulmonares y Oncología, la lista de los asegurados que no llegaron a tratamiento el día anterior.

- 2.—Dentro de los días siguientes, el Trabajador Social debe hacer la correspondiente Visita a efecto de poder determinar la causa de la ausencia a tratamiento. Esta Visita se hará, al domicilio del asegurado o al lugar en donde trabaje, según lo ameriten las circunstancias, o a ambos lugares.
- 3.—Dentro de los cinco días siguientes a la notificación de la ausencia a tratamiento del trabajador, el Trabajador Social debe presentar el Informe de Causas de Ausencia respectivo. Este informe debe presentarse en duplicado sobre cada caso, a efecto de que una copia quede en la Sección, y otra se presente al Jefe del Servicio Médico que sigue el tratamiento.
- 4.—En el correspondiente Informe debe anotarse si el asegurado está recibiendo Subsidio Económico. Cuando el asegurado esté recibiendo Subsidio Económico y la causa de ausencia a tratamiento puede imputársele a él, el Jefe de la Sección debe informar a la Sección de Subsidios para los efectos consiguientes.
- 5.—Cuando a juicio del Trabajador Social, las circunstancias lo ameriten debe aprovechar la Visita que se haga al hogar del asegurado para llenar la Ficha Social del asegurado.

b) *Reclamo de pago de prestaciones.*

- 1.—Todos los días, los Trabajadores Sociales destacados en el Hospital Central, deben visitar las Salas de Hospitalizados, a fin de elaborar la lista de los asegurados que reclaman pago de prestaciones o revisión del monto de lo pagado.
- 2.—En los formularios correspondientes, el Trabajador Social debe enviar los reclamos a la Sección de Subsidios, por medio del Auxiliar de la Sección de Servicio Social.
- 3.—Una vez anotado en el formulario por Subsidios el motivo de la demora en el pago o la fórmula para el pago de las prestaciones, debe el Trabajador Social poner en conocimiento del reclamante la causa del atraso en su pago o la fórmula como se calculó su salario.
- 4.—La gestión ante la Sección de Subsidios debe hacerse dentro de las veinticuatro horas siguientes al reclamo por el asegurado. Debe aclararse siempre al paciente, que todo reclamo de pago hecho después del día Martes de cada semana, no será pagado sino hasta el Viernes de la semana siguiente.

5.—Los formularios de reclamo de pago de prestaciones, deben enviarse a la Sección de Servicio Social para su archivo y de su exclusión de la lista de reclamos pendientes. Este envío debe hacerse todos los sábados.

c) *Elaboración de Fichas Sociales.*

1.—El Trabajador Social debe elaborar la Ficha Social de aquellos casos que lleguen a su conocimiento, siempre que la duración del tratamiento lo amerite, o sea necesario por razón de la naturaleza del caso o porque así lo solicite el Médico que atiende al paciente, o el Director de Prestaciones Médicas u otro funcionario que tenga que ver con el tratamiento del asegurado.

2.—La Ficha Social debe entrar a formar parte principal del Expediente Social que se forma en cada caso con toda la información y documentos relativos a la vida socio-económica del asegurado. En los Expedientes Sociales, la información y documentos deben archivar en orden cronológico de gestión o recibo. Una vez terminada la intervención del Trabajador Social en un caso, por haberse dado de alta al paciente en su proceso curativo o de rehabilitación, debe pasarse el Expediente Social respectivo a la Sección de Servicio Social para su archivo en el Archivo General de Expedientes Sociales que debe tener la Sección.

d) *Control de Casos en tratamiento.*

Siempre que el Médico Director de un Servicio o encargado de una Sala lo solicite, el Trabajador Social debe hacer las Visitas de Control necesarias para determinar si el asegurado sigue las instrucciones médicas en lo que se refiere al tratamiento. Conforme al resultado de sus investigaciones, el Trabajador Social debe coordinar con el Médico lo referente al tratamiento social del caso.

e) *Labores en relación con el Departamento de la Habitación.*

1.—El Trabajador Social destacado en el Departamento de la Habitación debe ocuparse de hacer la intervención social de todas las personas que presenten solicitud de vivienda ante el Departamento.

2.—Una vez hecha la adjudicación de las casas el Trabajador Social debe cooperar en la preparación del adjudicatario en todo lo referente a sus derechos y obligaciones para con el Departamento y en lo que tiene relación con el cambio de residencia, de tipo de casa, y de medio.

- 3.—Dentro de las ciudadelas del Departamento, corresponde al Trabajador Social promover la organización de sus ocupantes, a efecto de coordinar sus esfuerzos y desarrollar su interés en pro del bienestar social del grupo, del mantenimiento de las casas y del espíritu de cooperación necesario para superar los problemas que la vida social trae consigo.

V.—Relaciones con otras dependencias.

Toda información o estudio social que se necesite para los efectos especiales de alguna otra dependencia de la Caja, debe solicitarse al Jefe de la Sección, quien debe en cada caso, determinar los alcances del estudio que se solicita y la persona o personas que deben llevarlo a cabo, si no estuviere comprendido dentro de las labores especialmente asignadas a algún Trabajador Social.

En cuanto a las relaciones de la Sección con la de Inspección, y para la delimitación de funciones entre los Inspectores y los Trabajadores Sociales, debe tomarse en cuenta primordialmente, que las tareas de los Inspectores están orientadas hacia la vigilancia en el cumplimiento de la Ley, y que las labores de los Trabajadores Sociales se orientan especialmente hacia un mejor conocimiento de los asegurados y del medio que los rodea, como una forma de poder ayudarlos y orientarlos en la solución de sus problemas psico-socio-económicos.

Las relaciones con las demás dependencias de la Caja, se regularán en lo aquí no previsto, por los Reglamentos Generales de la Caja, o por las disposiciones que emita la Gerencia."

Como puede observarse, la Sección tendrá a su cargo funciones sumamente importantes que se dirigen sobre todo a mantener un contacto permanente y beneficioso

El Personal de la Sección de Servicio Social. Todos trabajan con gran entusiasmo y la Institución espera muchas ventajas de su trabajo.



con los asegurados que concurren a los centros médicos de la Caja en busca de prestaciones médicas.

Se tiene la esperanza de que cada día el Servicio Social dará frutos más provechosos para las relaciones de la Caja y sus asegurados enfermos.

c).—*Trabajo que se viene realizando para reorganizar el Departamento de Auditoría:*

Desde que a mediados de año el Departamento de Auditoría quedó sin Jefe por renuncia del titular don Juan Elías Herrera, la Gerencia consideró que debía llevarse a cabo un trabajo de reorganización en el mencionado Departamento. Por eso en la sesión de Junta Directiva celebrada el 2 de junio de 1952, el señor Gerente manifestó lo siguiente:

Nosotros hemos pensado que hay absoluta necesidad de reorganizar el Departamento de Auditoría revisando y modificando sistemas de procedimientos. Para conseguir tales finalidades, se ha pensado en tres sistemas: 1º—Nombrar una persona capaz para que haga un estudio a fondo y presente un plan completo de reformas; 2º—Nombrar el nuevo Auditor y encargar a éste, que reorganice el Departamento; 3º—Que se nombre al nuevo Auditor y al mismo tiempo a otra persona para que entre ambos, reorganicen el Departamento de Auditoría. Yo he hecho, dice el Sr. Gerente, un memorándum rápido sobre lo que me parece debe contemplar una reorganización del Departamento de Auditoría. Esos puntos son los siguientes:

NECESIDADES DE REORGANIZACION

Control.—Revisar sistema y procedimientos y establecer todos los necesarios para llegar a controlar todo lo controlable, empezando por hacer una simple minuta de todo lo concerniente a dicha materia.

Tomar en cuenta las disposiciones legales y reglamentarias en cuanto a subsidios e incapacidades y para otros capítulos que puedan estar en las mismas disposiciones, con el fin de que el control llegue a sí aquéllas han sido bien aplicadas.

Bodega Central.—Revisar los procedimientos que se siguen para entrada y salida de mercadería y para fijar cantidades mínimas. Lo mismo para fijar los costos, que tengo noticias que para algunos artículos aún subsiste el de promedios.

Sus relaciones con la Sección de Compras, estableciendo sistema para que esté bajo la dirección de ésta, en cuanto al movimiento de la mercadería.

Fijar el procedimiento práctico y rápido para que los costos se comuniquen al entregar las mercaderías a las dependencias que las necesiten, para lo cual la Bodega los ha de tener; en compras en plaza al recibir la mercadería, y en mercaderías importadas fijar una fecha máxima para que se le comuniquen.

También hay que fijar el procedimiento para que en Farmacia y Hospital tengan noticias de las existencias, tanto de medicinas como demás implementos en Bodega de modo que no se dé el caso de haber existencia de algo que se está necesitando y no lo sepan las dependencias que puedan tener necesidad de ello.

Asimismo se debe fijar procedimiento para los informes a Máquinas o Contabilidad en forma tal que no produzcan atrasos en las dichas Secciones. *Muy importante este extremo.*

Sucursales.—En el orden administrativo se necesita coordinar todos los procedimientos y normas con el fin de que sean uniformes entre sí y en relación con los que se usan en las Oficinas Centrales.

Hay que ver el sistema adecuado para que se atiendan las peticiones de material de oficina, ya que en la forma como ahora se hace, los trabajos se atrasan.

Analizar el por qué de muchos errores en los informes mensuales que hacen perder mucho tiempo en los Oficinas Centrales. Fijar verdaderas sanciones para los atrasos que aún se presentan en el envío de dichos informes.

Máquinas.—Hacer un estudio respecto a si el equipo en uso es capaz de dar el rendimiento que se necesita actualmente por los trabajos a efectuarse y los más que se le deben dar; en caso negativo señalar las fallas y, si es necesario, escribir a la casa matriz para que subsane todas las deficiencias y se cambien las máquinas que no rindan el trabajo debido. Se me ha informado que varios de los atrasos provienen de las máquinas.

Contabilidad.—Hacer una revisión general del sistema que se lleva. Los atrasos siguen; se atribuyen unos a demoras en los informes, otros pueden provenir de otras dependencias, e, incluso, puede ser el resultado del sistema o procedimiento. Recuerdo que en la parte del informe del señor Zeledón Venegas referente al Departamento de la Habitación, se extrañó que hubieran unos 80 libros auxiliares. Tomóse en consideración que por más que se ha hablado, que se han fijado normas para que reciban los informes a tiempo, que se han efectuado reuniones, los Balances y Estados de situación siempre se dan con más de un mes de atraso. El Jefe de la Sección no puede hacer un estudio a fondo, por el trabajo de rutina diario.

Contabilidad de Costos.—Es esencial establecerla con buenas bases. Es urgente para nuestros Hospitales, especialmente para el de Turrialba ya que es necesario fijar otra tarifa para las atenciones a Salubridad y al Instituto de Seguros que tienen precios ridículos en las actuales circunstancias. Para elevarlos hay que demostrarles los verdaderos costos.

En el Hospital Central no hay necesidad de señalar su importancia.

En lo que resta de talleres también se necesita ya que la Institución nunca ha sabido lo que es el costo de su trabajo. En la reparación de vehículos, nada se ha hecho para fijar el importe de cada una de ellas. Eso, además serviría para determinar si los operarios en realidad rinden lo humanamente posible en sus labores: hoy no se sabe el tiempo que se emplea en cada trabajo.

Depto. Habitación.—Como se pide una revisión o estudio del sistema de la Con-

tabilidad, y habiendo en ésa la parte del Departamento, habrá que estudiar los procedimientos establecidos para que aquélla reciba los informes y datos de éste.

Ingresos.—Aun cuando esta Sección anda bien, es tal su movimiento, tal la cantidad de papeleo y fórmulas que debe usar, que es bueno que también se estudien procedimientos para ver si es posible simplificarlos sin perder de vista la claridad necesaria y la distribución de los ingresos en forma correspondiente.

Requisiciones.—(Palabra mal usada). Estudiar el procedimiento de ellas desde que se inician hasta que terminan, para poder fijar en dónde fallan y el por qué. Incluso, si es del caso, delinear otra fórmula para que se pueda avisar de inmediato, la suerte que ellas corren.

Pedidos Exterior.—Elaborar un registro para éstos en el que consten sus pormenores más esenciales, pero especialmente su valor, aún siendo estimativo. Es necesario



Parte del Personal de la Sección de Máquinas I. B. M. Esta Sección será utilizada para mecanizar muchos procesos contables.

para tener a la vista el movimiento general de inversión en este renglón, lo que haya pendiente de pagos y sus fechas. A la vez, en este capítulo, estudiar la fórmula de un crédito bancario o bien interno por medio del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Con vista de las palabras del señor Gerente la Junta Directiva entró de lleno a la consideración de este importante problema, pues para una Institución tan compleja y de tanta envergadura como la Caja, el sistema de contraloría constituye algo primordial. Es natural que para dar comienzo a una labor de revisión y considerar a fondo lo que en realidad debe ser la función de la Auditoría, la Junta Directiva debía tener una visión real de las funciones que en aquel tiempo desempeñaba la Auditoría. Por eso se pidió al Sub-Auditor una descripción global de las que efectivamente se estaban realizando. El informe del Sub-Auditor dice lo siguiente:

Señores
Miembros de la Junta Directiva,
Pte.

Estimados señores:

De acuerdo con los deseos de ustedes, expresados en el último párrafo del artículo 4º del acta N° 1084 del 2 de este mes, me permito rendir un informe sumario de las funciones que en la actualidad lleva a cabo el Departamento de Auditoría.

TRAMITACION DE TODOS LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LOS PRESTAMOS HIPOTECARIOS

En la actualidad y de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento de Inversiones de la Institución, corresponde al Auditor la tramitación de todos los documentos relacionados con las solicitudes para préstamos hipotecarios, en relación con lo cual se realiza la siguiente rutina:

Entrega de las fórmulas de solicitud correspondientes; recepción de las mismas cuando estén debidamente llenadas; revisión a efecto de determinar si todos los requisitos que en ellas se piden han sido debidamente considerados; anotación en un registro de solicitudes presentadas; remisión a la Junta Directiva. Una vez hechas las selecciones por ésta, llegan de nuevo al Auditor quien las distribuye por orden de presentación durante todos los meses del año, tomando en consideración las disponibilidades de efectivo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. En cada caso, el Auditor comunica al interesado lo resuelto por la Junta Directiva.

Conforme llega el turno a cada uno de los préstamos seleccionados, se les solicita a los interesados que hagan el depósito para el peritazgo. Una vez hecho el depósito, se envían dos notas, una al perito para que proceda a efectuar el avalúo respectivo y otra a la Sección Legal para el estudio correspondiente. Estos documentos los recibe el Auditor, quien los adjunta al expediente y los remite, con nota en la cual resume los datos suministrados por el ingeniero y el abogado, a la Junta Directiva. Si ésta aprueba en definitiva el préstamo, el Auditor comunica este hecho a la Sección Legal con los datos necesarios (cuota, plazo, monto de la póliza contra incendio etc.), y al interesado.

Frecuentemente la Junta Directiva o la Sección Legal solicitan datos adicionales, para lo cual se ve el Auditor obligado a enviar nuevas notas a quien corresponda y comunicar luego los resultados.

Deben también considerarse los casos en que los interesados solicitan preferencia en el otorgamiento de sus préstamos; estas solicitudes, como todo lo demás, corresponde tramitarlas al Auditor.

Por último, hay que tener en cuenta el tiempo que emplea el Auditor en la atención personal de los interesados, quienes vienen con cierta frecuencia a exponer diversas situaciones en relación con sus solicitudes.

He querido hacer una descripción detallada de la rutina relacionada con la tramitación de los préstamos hipotecarios para que se pueda apreciar el tiempo que emplea el Auditor en llevar a cabo una función que teóricamente no le corresponde y que puede representar, en números conservadores, un 25% de su labor total.

Ese porcentaje de tiempo lo podría dedicar a la revisión y organización de sistemas necesarios para la mejor marcha del aspecto financiero de la Institución.

En relación con lo anterior, considero que los señores Directores deben dar una solución inmediata al problema planteado, reformando el Reglamento de Inversiones en las partes que proceda, a fin de asignar esas funciones a la Gerencia, quien las delegará en alguno de los empleados dependientes funcionalmente de ella.

Arqueos.—Se realizan arqueos frecuentes en la Sección de Caja, incluyendo en la revisión el efectivo y los comprobantes respectivos, así como también todos los documentos y valores en custodia, conforme lo aconseja la técnica.

Se llevan a cabo arqueos periódicos en todas las Sucursales de la Institución, lo mismo que en las Cajas Chicas que hay en el Hospital Central, en la Proveduría General, en los Talleres y en la Farmacia Central.

Revisión de Planillas.—Se revisan en todos sus detalles las planillas de los trabajadores del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Talleres, Construcciones, Conservaciones, etc.), del Departamento de la Habitación (Reparaciones, conservaciones, construcciones) y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (planillas Finca La Caja). Además, se controlan las planillas de préstamos a empleados y a particulares para construcción.

Para el control de la planilla de sueldos de los empleados fijos de presupuesto se basa este Departamento en la de la quincena anterior, verificando que todos los cambios estén representados por los documentos respectivos, (acciones de personal, notas sobre horas extraordinarias trabajadas, etc.) Se revisan en detalle todos los cálculos.

Inventarios.—Se efectúan revisiones frecuentes en la Proveduría General, Bodega Calderón Muñoz, Bodega de Oficinas Centrales, Bodega de Farmacia Central y de todas las Bodegas de las Farmacias en Sucursales.

Estas revisiones consisten en inventarios físicos, parciales o totales, según los casos, cuyo resultado se compara con los datos que muestran los tarjeteros de inventario permanente y con los datos globales de las cuentas de control respectivas en los registros de la Contabilidad, para determinar las responsabilidades del caso y para efectuar los ajustes pertinentes.

Presupuestos.—El trabajo al respecto consiste en la confección, control y liquidación de los presupuestos del Seguro de Enfermedad y Maternidad, Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y del Departamento de la Habitación, así como también en la confección periódica de Estados de Presupuesto.

Informes de Materiales Entregados.—Se revisan y controlan todos los informes de las salidas de materiales, según el siguiente detalle:

Informes de materiales entregados por la Bodega Calderón Muñoz, Proveduría General, Bodega de Farmacia y Farmacia Central. El control que se hace es completo, verificando las operaciones y revisando los códigos de cuenta y de destino y constatando

que todos los materiales entregados tengan el documento (recibo) que compruebe que fueron recibidos por la Sección correspondiente.

Estados diarios de Caja de Sucursales.—Se reciben diariamente los estados del movimiento de Caja de todas las Sucursales, en relación con los cuales se lleva a cabo una revisión completa.

Se verifica que todos los pagos estén debidamente respaldados por comprobantes; se comprueba que las operaciones aritméticas estén correctas y que los diferentes cargos se hagan a las cuentas que corresponda. Se controla que depositen diariamente los saldos en efectivo del día anterior, menos una suma para comenzar operaciones del día. Se lleva un inventario permanente de las fórmulas numeradas que se les envía y las que gastan. Se comprueba que cada gasto no exceda de una suma que al respecto se les ha fijado. Para erogaciones mayores debe haber autorización expresa de la Auditoría.

Al finalizar cada mes se revisa el informe resumen que envían las Sucursales con el resumen de ingresos y gastos que hace, con base en los estados diarios, la Sección de Contabilidad.

Tramitación de las Solicitudes de Mercaderías.—Al Departamento de Auditoría corresponde autorizar y tramitar todas las solicitudes de compra de mercaderías y de entrega de las mismas, cuando hay existencia en las Bodegas respectivas. Como requisito previo la Auditoría determina los cargos a las cuentas, poniendo en el documento los códigos respectivos. Las solicitudes constituyen el documento básico para efectuar Reservas de Crédito en el control de Presupuesto, cuando el estado de la cuenta así lo amerite.

Cheques y Otros Comprobantes de Pago.—En la Auditoría se confeccionan todos los cheques y comprobantes de cargo de la Institución, con excepción de los sueldos que son emitidos por la Sección de Máquinas; sin embargo, a estos últimos, que son más de ochocientos por quincena, se les marca con el protector en este Departamento.

Una vez confeccionados los cheques son revisados por un empleado, quien los anota en un tarjetero para el control individual de pagos. Luego se registran en las tarjetas de presupuesto y después son refrendados por el Auditor o Sub-Auditor.

Una vez firmados por el Gerente o Sub-Gerente son remitidos nuevamente a la Auditoría, la cual se encarga de entregarlos a los interesados.

En relación con los cheques se lleva un control de los saldos de las cuentas corrientes de los Seguros de Enfermedad, Invalidez y del Departamento de la Habitación en cada uno de los Bancos. En los estados que al efecto se hacen se suministran también los saldos tomando en consideración los cheques emitidos y no entregados aún.

Con respecto a este capítulo considero necesario hacer notar que, según mi criterio, no son funciones propias del Departamento de Auditoría la confección de cheques, ni la entrega de los mismos a los interesados, ni llevar el estado de las cuentas corrientes con los Bancos.

Revisión y Control del Pago de Subsidios.—Este trabajo se lleva a cabo periódicamente tanto en San José como en las Sucursales. Al respecto se verifican y comprueban todos los cálculos y cuando se considera necesario se revisan las planillas respectivas.

Revisión de Ingresos.—Como en el caso anterior, se hacen revisiones periódicas en San José y en las Sucursales; en éstas se revisan los tarjeteros patronales y los de adjudicatarios de las casas del Departamento de la Habitación; en relación con estos últimos y cuando se considera necesario, se hacen investigaciones discretas y directas para determinar si algunos de ellos han pagado sus cuotas y el empleado de la Sucursal no ha hecho el entero correspondiente. En este mismo aspecto se lleva control numérico de las fórmulas de recibo.

En la Sección de San José se revisa, además, los tarjeteros de préstamos (para construcción a empleados, a particulares y los hipotecarios). Se comprueba que las cuotas estén bien calculadas, que los saldos estén correctamente establecidos, etc. Además se controla que se envíe a los interesados los avisos correspondientes cuando están atrasados y que se remitan los casos a la Sección Legal cuando proceda el cobro judicial.

Sección de Contabilidad.—En esta Sección se hacen revisiones de las diferentes cuentas de sus registros y se confrontan con las tarjetas de control de Presupuesto.

Además, se ordena la realización de algunos “asientos de diario”, y de asientos de rectificación y de ajuste.

Proveeduría General.—Además de la realización de inventarios a que ya me referí, se hacen revisiones periódicas a fin de determinar si se despachan con prontitud todos los materiales solicitados por medio de requisiciones debidamente aprobadas por la Auditoría.

Ordenes de Compra y Facturas.—Se revisan, controlan y refrendan todas las Ordenes de Compra emitidas por la Sección correspondiente, y las facturas por cobros a la Institución.

Bonos.—Se mantiene un registro detallado de los Bonos que tiene la Caja, los cuales se encuentran en custodia en una Cajita de Seguridad del Banco Nacional de Costa Rica. Trimestralmente se procede al recorte y cobro de los cupones de intereses correspondientes.

Otras Labores.—Se verifican los cálculos pertinentes para determinar las sumas que procede cargar a las diferentes cuentas por concepto de las primas pólizas de Seguros contra Riesgos Profesionales, con base en las planillas a pagar.

Se ha procedido, hasta el momento, a calcular el monto del trezavo mes que corresponde a cada uno de los empleados de la Institución.

Se han realizado también los cálculos de las retenciones que por concepto del Impuesto sobre la Renta corresponde pagar a algunos empleados de la Institución.

Se hacen revisiones periódicas en el Departamento de Inyectables de la Caja.

Se han revisado e implantado sistemas para un mejor control de las actividades financieras de la Institución. (Sistema de Costos del Departamento de Prótesis Dentales; instrucciones a todos los encargados de Bodegas para un mayor ordenamiento de la gestión de compras y recepción y control de pagos por mercaderías y servicios. En proyecto, implantación de un sistema científico de contabilidad de Costos para los trabajos ejecutados por los Talleres de la Caja).

Por lo menos una vez al año se realizan inventarios completos de los materiales,

maquinaria y herramientas de los Talleres, así como también de las mercaderías de la Proveeduría del Hospital Central.

Procede mencionar, además, las labores corrientes de correspondencia y archivo.

Por último, cabe mencionar el hecho de que la Auditoría ha tenido una preocupación constante porque los servicios que presta la Institución se realicen dentro de la mayor economía posible, sin menoscabo de la eficiencia de los mismos.

En espera de haber cumplido a satisfacción lo que se me solicitó, me suscribo de los señores Directores, atento y seguro servidor,

Laureano Echandi V.

Sub-Auditor.

El Sub-Auditor Sr. Echandi, (centro) reuniendo con el Jefe de Contabilidad (izquierda), con el Lic. Mario Jiménez R. (derecha), estudiando los planes de reorganización de la Auditoría.



En vista del documento anteriormente transcrito, la Junta Directiva se dio cuenta de que en realidad, la Auditoría de la Caja había venido actuando como una dependencia en que las tareas de tipo administrativo superaban a las típicas de contraloría.

Por eso se dispuso la contratación de un técnico a fin de que llevase a cabo una revisión completa de los sistemas contables de la Institución y de que propusiera la organización apropiada que debía darse al Departamento de Auditoría. Para tal labor fue contratado el Contador Público Autorizado Lic. Mario Jiménez Royo. El contrato correspondiente dice lo que sigue:

Primera.—El señor Jiménez se compromete a prestar sus servicios profesionales, —no sujetos al vínculo de subordinación— a la Caja Costarricense de Seguro Social, y a realizar, en consecuencia, la siguiente labor; a) Un estudio de la organización administrativa de las distintas secciones de la Caja en los aspectos contable y conexos, a efecto de proponer una nueva reglamentación que garantice la aplicación de sistemas de mayor simplicidad y eficiencia; b) Determinación y definición de las funciones propias

de la Auditoría en relación con la Directiva, Gerencia y demás Dependencias de la Institución; c) Formulación de un sistema de control tanto para los regímenes de reparto y capitalización del seguro como para el Departamento de la Habitación; d) Establecimiento de métodos de contraloría eficaces para las Dependencias de la Institución que así lo requieran; e) Establecimientos de sistemas de contabilidad de costos para las dependencias en donde sea necesario; f) Reorganización del sistema de presupuestos de los distintos regímenes del Seguro y del Departamento de la Habitación; g) Reorganización del sistema de Contabilidad general para la Caja; h) Obligación de colaborar activamente en la ejecución y realización progresiva de sus planes, reglamentos, métodos o sistemas



Lic. Mario Jiménez R., Contador Público Autorizado. La Caja ha contratado sus servicios como técnico en asuntos contables y de contraloría.

recomendados y aprobados por la Institución. *Segunda.*—El señor Jiménez se obliga, de acuerdo con los deseos de la Junta Directiva o de la Gerencia, a realizar los trabajos y estudios enumerados en la cláusula anterior, en el orden de prioridad que la Junta o la Gerencia le indique. *Tercera.*—La Caja se obliga, atendiendo a la circunstancia de tratarse de una Institución de funciones especializadas y complejas, a facilitar la labor del señor Jiménez proporcionándole la más amplia cooperación de sus funcionarios, lo mismo que los estudios y experiencias con que cuenta. *Cuarta.*—El señor Jiménez presentará sus planes tan pronto como los vaya desarrollando y la Junta Directiva o en su caso la Gerencia, se reservarán el derecho de aprobarlos o improbarlos. *Quinta.*—La Caja, sea que no crea satisfactorios o adaptables los planes propuestos o que por cualquier otra circunstancia no pueda o no desee ponerlos en práctica, así como en el caso de incumplimiento, podrá ponerle término al presente contrato en cualquier momento sin que quede obligada a pagar ninguna indemnización al señor Jiménez ni a ninguna otra persona que por cuenta del señor Jiménez pueda haber colaborado o intervenido en el trabajo. *Sexta.*—El señor Jiménez queda obligado a dedicarle a la ejecución de las labores especificadas en este contrato un mínimo de 25 horas a la semana y percibirá, como único honorario, la suma de veinte colones por cada hora de trabajo personal que le de-

dique, ya sea dentro de la Institución o en su propia Oficina. Cuando de acuerdo con el aparte h) de la cláusula primera el señor Jiménez deba vigilar la ejecución de sus planes o recomendaciones, en consulta con la Gerencia fijará el número de horas a la semana que dedicará a esa labor de vigilancia. En este caso recibirá por cada hora de trabajo el mismo honorario estipulado al comienzo de esta cláusula. *Sétima.*—Previa autorización de la Gerencia, el señor Jiménez puede emplear, bajo su absoluta responsabilidad y en forma eventual, los servicios de otros técnicos de su misma categoría profesional y que no sean empleados de la Caja. Esta pagará al señor Jiménez las sumas que éste pague a dichos técnicos, calculadas de acuerdo con la tarifa con que se cubren los honorarios del señor Jiménez. El personal de la Caja que deba trabajar como auxiliar del señor Jiménez será designado por la Gerencia y pagado por la Institución según sus Reglamentos y el Código de Trabajo. *Octava.* Es entendido, que por tratarse de un típico contrato de ser-

El Sub-Auditor Sr. Echandi, el Sub-Gerente Sr. Brenes y el Lic. Mario Jiménez R. estudian los planes contables y de Auditoría.



vicios profesionales no sujeto al vínculo de subordinación jurídica a que se refiere el artículo 18 del Código de Trabajo, el señor Jiménez no queda obligado por la prestación de este servicio a contribuir para ninguno de los regímenes de la Caja ni tendrá derecho tampoco a ninguna de las prerrogativas que los reglamentos de la Caja otorgan a sus trabajadores. *Novena.*—Sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta, el presente contrato se suscribe por el término de seis meses, y se prorrogará automáticamente por períodos iguales si la Gerencia, con un mes de anticipación por lo menos a cada fecha de vencimiento, no denuncia su vigencia.

Puede notarse que la Institución desea que el técnico haga un amplio estudio que le permita sugerir los mejores métodos de organización interna, y por eso detalla en el contrato en forma meticulosa los problemas en que desea ver fijada la atención preferencial del Licenciado Jiménez.

Desde el mes de setiembre de 1952, el Lic. Jiménez trabaja intensamente en el estudio de la realidad actual de la Caja, y ya ha presentado algunos planes de reorgani-

zación funcional que están trabajando satisfactoriamente. Todos estos planes han sido de conocimiento de la Junta Directiva, la cual ha hecho oportunamente las observaciones que ha creído conveniente. La Gerencia tiene la esperanza de que con las medidas que se han venido tomando por consejo del Lic. Jiménez y con las que en el futuro se tomarán, los procedimientos administrativos, contables y de Auditoría, alcanzarán su máxima eficiencia.

d).—*Prohibición de los empleados y funcionarios de la Caja de participar en la política electoral:*

Es conveniente que quede constando en esta Memoria todo el proceso que originó una nota de varios médicos de la Caja, en que solicitaban la derogatoria o reforma del artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja y del reglamento correspondiente.

Ese artículo es el que prohíbe a los funcionarios y empleados de esta Institución tomar parte activa en la política electoral, dentro y fuera de las horas de trabajo. Los médicos consideraron que tales disposiciones legales eran altamente restrictivas de la libertad de los empleados en su calidad de ciudadanos, y por eso presentaron el memorial que textualmente dice:

San José, 12 de mayo de 1952.

Junta Directiva
de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los suscritos médicos y cirujanos al servicio de la CAJA, muy respetuosamente manifestamos:

El artículo 11 de la Ley Constitutiva de la CAJA, le prohíbe a los miembros de la Junta Directiva, al Gerente, al Sub-Gerente y al personal de la Caja, tomar parte activa en asuntos de política electoral, sin perjuicio de que —con toda libertad— cumplan con sus deberes cívicos.

Esa prohibición rige desde su promulgación en 1943. Pero la Constitución Política de la República emitida el 7 de noviembre de 1949, en su artículo 98, estableció: "Todos los ciudadanos tienen derecho de agruparse en partidos para intervenir en la política nacional."

Es obvio que no pueden coexistir ambas disposiciones, y es indiscutible que el precepto constitucional prevalece, sin reservas, sobre cada ley secundaria que lo contradiga.

Creemos, pues, oportuno —salvo el criterio superior de los honorables Directores— instar la reforma de aquel artículo 11 citado. A ello conduce esta petición que con todo respeto hacemos, rogando a la Directiva promover la reforma del citado artículo 11, con el fin de evitar la transgresión en que no queremos incurrir; no es nuestro propósito tomar parte activa en lucha eleccionaria desatada, pero sí quisiéramos que nuestros derechos fundamentales de ciudadanos, no se hallen en conflicto ni restringidos por la ley prohibitiva. Bien sabido es que nuestras actividades electorales, son inofensivas y no afectarán jamás el cumplimiento recto de nuestros deberes profesionales.

Dr. Enrique Berrocal, Dr. Alfonso Acosta Guzmán, Dr. Rafael A. Núñez, Dr. Odilón Brenes G., Dr. Isaías Alvarez, Dr. Delfin Elizondo, Dr. Roberto Rodríguez, Dr. Humberto Araya R., Dr. Chacón Jinesta, Dr. Joaquín Berrocal, Dr. Miguel González B., Dra. Marietta Rímola, Dr. Fernando Trejos Escalante, Dr. Roberto Salazar Esquivel, Dr. José Luis Orlich, Dr. Carlos Mena Ugalde y otras.

(f) *Dr. Alfonso Acosta Guzmán.*

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA

Considerando:

Que las disposiciones legales de carácter secundario, que le coartan a los ciudadanos el ejercicio de su derecho a intervenir en la política nacional, han quedado en pugna con el precepto fundamental del artículo 98 de la Constitución Política de la República que instituyó ese decreto, correlativo de los deberes cívicos,

DECRETA:

Artículo 1^o.—Modifícase el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, N^o 17 de 22 de octubre de 1943 el cual artículo regirá en los términos siguientes:

Artículo 11.—Queda prohibido a los integrantes de la Junta Directiva, al Gerente, al Sub-Gerente y al personal de la Caja, intervenir activamente en asuntos de política electoral o ejercer actividades extrañas al cargo que desempeñan, en lugares u horas de su trabajo propio al destino que sirven. Tal restricción no coarta su libertad, ni sus derechos y deberes cívicos que ejerciten fuera del tiempo o jornada de su trabajo efectivo y fuera del lugar donde presten sus servicios.

Artículo 2^o.—Esta ley rige desde su publicación.

Comuníquese al Poder Ejecutivo

Dado en el Salón de Sesiones de la Asamblea Legislativa, Palacio Nacional, etc.

La Junta Directiva de la Institución conoció la petición de los médicos en la sesión ordinaria celebrada el día 12 de junio de 1952 y acordó enviarla a la Sección Legal para obtener un pronunciamiento sobre el asunto. La Sección Legal se pronunció en la siguiente forma:

2 de junio de 1952.

Sres.
Miembros de la Junta Directiva,
Pte.

Señores Directores:

El señor Secretario de Actas, en nota N° 102 de 24 de los corrientes, me dice lo siguiente:

"En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3° del acta 1075 de la sesión ordinaria celebrada el día 12 del mes en curso, me permito acompañarle la petición formulada por el Cuerpo Médico de la Caja, instando a la Junta Directiva a auspiciar la reforma al artículo 11 de la Ley Constitutiva, por considerar los petentes que dicho artículo es inconstitucional.

Desea la Junta Directiva conocer el criterio de la Sección a su cargo, sobre la constitucionalidad del referido artículo 11 y la conveniencia o inconveniencia de una reforma al mismo en los términos propuestos, y cuyo texto le envío adjunto."

Dos son, pues, las cuestiones que se someten a la consideración de la Sección Legal: la primera relativa a la presunta inaplicabilidad del artículo 11 de la Ley Constitutiva, por contrario al texto del artículo 98 de la Constitución Política; y la segunda relativa a la conveniencia o inconveniencia de que sea la propia Directiva de la Caja la que propicie la reforma del citado artículo en los términos propuestos por varios funcionarios médicos de la Institución.

Dice textualmente el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja, N° 17 de 22 de octubre de 1943, lo siguiente:

"Queda prohibido a los miembros de la Junta Directiva, al Gerente, al Subgerente y al personal de la Caja, tomar parte activa en asuntos de política electoral, sin perjuicio de que con toda libertad cumplan con sus deberes cívicos".

El punto a dilucidar es el de saber si tal disposición es contraria al texto del artículo 98 de la actual Constitución Política, que en lo conducente dice textualmente:

"Todos los ciudadanos tienen derecho a agruparse en partidos para intervenir en la política nacional."

El artículo 135 del Código Electoral contiene una serie de disposiciones que prohíben a funcionarios públicos tales como el Presidente de la República, los Secretarios de Estado (hoy Ministros), los Oficiales Mayores, los Gobernadores, etc., tomar parte en las actividades de los partidos políticos, por lo que, por analogía de razones, habría que

suponer que de ser inaplicable por inconstitucional el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja, también lo sería el citado artículo 135 del Código Electoral.

El señor Secretario del Partido Liberación Nacional consultó al Tribunal Supremo de Elecciones, concretamente, el caso de los empleados y funcionarios públicos, así como el de los empleados y funcionarios de las Instituciones Autónomas y Semi-autónomas cuyas leyes o reglamentos les impedían manifestar su partidatismo político; y dicho Tribunal, en resolución de 26 de mayo último, se pronunció en el sentido de que deben respetarse y acatarse las prohibiciones del artículo 135 del Código Electoral, así como las contenidas en las leyes orgánicas de las instituciones autónomas y semi-autónomas.

Tal resolución implica una opinión interpretativa acerca de la vigencia de las prohibiciones del artículo 135 del Código Electoral y de las Instituciones Autónomas; lo cual excluye la posibilidad, según esa misma opinión, de que tales disposiciones sean inaplicables por inconstitucionales.

Como de conformidad con el inciso 3º del artículo 102 de la propia Constitución Política corresponde al Tribunal Supremo de Elecciones "interpretar en forma exclusiva y obligatoria las disposiciones Constitucionales y Legales referentes a la materia electoral; y como de acuerdo con el artículo 103 sus resoluciones no tienen recurso, salvo la acción por prevaricato, estimo que tal interpretación debe tenerse por obligatoria.

La resolución del Tribunal dice lo siguiente:

"A excepción hecha de los funcionarios enumerados en los apartes segundo y tercero del artículo 135 del Código Electoral, debe entenderse que los demás funcionarios y empleados de la Administración Pública sí pueden dedicarse a trabajos o discusiones que tengan carácter de propaganda política fuera de las horas de oficina.

Pero en lo que respecta a las instituciones autónomas o semi-autónomas del Estado, si sus leyes orgánicas promulgadas con posteridad a la emisión del Código Electoral prohíben a sus personales toda intervención en política excepto la emisión del voto, tal prohibición debe acatarse."

Como quiera que la resolución del Tribunal Supremo de Elecciones, al evacuar la consulta que le formuló el Secretario General del Partido Liberación Nacional, *no da razones legales* para justificar que "las instituciones autónomas o semi-autónomas del Estado", según el apartado final de dicha resolución, puedan restringir, mediante sus leyes orgánicas toda intervención política que no sea la emisión del voto, estimo de algún interés manifestar que a mi manera de ver esas razones legales pueden fundarse en el hecho de que las enunciadas restricciones *no coartan* el derecho de "agruparse en partidos para intervenir en la política nacional", que consagra el artículo 98 de la Constitución Política en vigencia.

En efecto, el hecho de *agruparse en partidos* no supone ni acarrea por sí solo la facultad de *ejercer actividades* electorales o de propaganda, puesto que la palabra agrupar

("apiñar", "reunir en grupo", según el léxico), no está ceñida a la creación de facultades o atribuciones de ninguna especie. Y aún habida cuenta de que el consabido derecho de agrupación fué constitucionalmente autorizado para *intervenir en la política nacional*, no se puede llevar arbitrariamente el término "intervenir" hasta extremos irrestrictos, comprensivos de *actividades* que la ley no contempla, y que viven y vivirán por siempre reñidas con la índole de ciertas funciones públicas, que por interés social deben permanecer al margen del desenfreno pasional de la política de bandería.

Justamente por estas razones de sana moral administrativa y de buen desempeño de las funciones públicas que requieren un clima de sosiego espiritual, o de adhesión incondicional a las instituciones sociales de servicio público permanente, es por lo que el Tribunal Supremo de Elecciones, en uso de la exclusiva facultad de interpretar las disposiciones constitucionales y legales referentes a la materia electoral que le concede el inciso 3) del artículo 102 de la Constitución, prohió el contenido del artículo 135 del Código Electoral de 1946; haciendo ahora extensivas sus restricciones de actividad electoral a las *leyes orgánicas de las instituciones autónomas y semi-autónomas* promulgadas con posterioridad a la emisión del Código Electoral. Y es obvio que si no se refiere a las leyes orgánicas anteriores a dicho Código, fué porque las disposiciones de éste no podían tener efecto retroactivo; mas nunca por excluirlas, desde que donde hay la misma razón debe haber la misma disposición.

Por lo expuesto, y en relación con la segunda de las cuestiones propuestas, estimo como inconveniente y contrario a los altos intereses de la Caja Costarricense de Seguro Social que sea la propia Junta Directiva de la misma la que se dirija a la Asamblea solicitando una reforma como la que se propone, reforma que no contiene ningún límite a la intervención política de sus funcionarios.

Considero que la prohibición contenida en el artículo 11 de la Ley —que impide participar activamente en la política electoral—, constituye una sabia medida que viene a robustecer el principio de la autonomía, tan indispensable para el buen funcionamiento de instituciones apolíticas como lo es y lo ha de ser la Caja Costarricense de Seguro Social.

En cuanto al Reglamento de dicho artículo, —punto no consultado—, puede ser reformado por la Directiva en cualquier momento, caso de que llegare a estimarse que es demasiado severo, sin necesidad de recurrir a la Asamblea Legislativa.

De ustedes atento y seguro servidor,

(f) *Gastón Guardia U.*
Jefe Sección Legal.

A pesar de lo concluyente del anterior informe y de que la Sección Legal hace un claro y definitivo pronunciamiento oponiéndose a la reforma del artículo 11 de la Ley, la Junta Directiva quiso conocer el criterio del Tribunal Supremo de Elecciones, máxima autoridad en materia electoral en Costa Rica. Para tal efecto encargó a la Gerencia para redactar una carta de consulta, la cual fué enviada en los siguientes términos:

Señores
Magistrados del Supremo
Tribunal de Elecciones,
Ciudad.

Señores Magistrados:

Debido a que un grupo de empleados y funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, ha solicitado la reforma de las disposiciones legales y reglamentarias que restringen las actividades políticas electorales que ellos pudieran realizar, la Junta Directiva de la Institución antes de dar una respuesta a esa solicitud, ha querido oír el autorizado criterio de ese Alto Tribunal, a fin de ajustar su conducta a las disposiciones del más autorizado Organismo de la República en materia electoral. Por lo tanto, en la sesión celebrada el día 18 del presente mes tomó el acuerdo que literalmente dice:

“Pedir al Tribunal Supremo de Elecciones una interpretación de los artículos 26 y 98 de la Constitución Política en vigencia, a fin de determinar qué actividades políticas de los ciudadanos pueden ser restringidas en virtud de una ley especial y cuáles deben ser consideradas como no restringibles al tenor de dichos artículos”.

La Junta Directiva hace la anterior consulta con el fin de determinar si el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja y el Reglamento correspondiente, armonizan o no con los citados artículos de la Constitución, en las limitaciones que impone a los funcionarios y empleados de la Caja en lo que se refiere a actividades de carácter político electoral. Con esa finalidad, nos permitimos enviar el texto del artículo 11 ya mencionado y del Reglamento relativo al mismo.

“Artículo 11.—Queda prohibido a los miembros de la Junta Directiva, al Gerente, el Sub-Gerente y al personal de la Caja, tomar parte activa en asuntos de política electoral, sin perjuicio de que con toda libertad cumplan con sus deberes cívicos”.

Aprovechamos esta oportunidad para hacer llegar a los distinguidos miembros del Tribunal, las muestras de nuestra más distinguida consideración,

(f) *Cipriano Güell P.*
Gerente.

La contestación del Tribunal Supremo de Elecciones, última palabra en cuanto a

la interpretación de la Ley en materia electoral, sienta la tesis de que la prohibición contenida en el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja debe mantenerse en plena vigencia, tanto porque no es inconstitucional como porque hay razones de alto interés social que obligan a esta clase de instituciones a mantenerse al margen de las pasiones políticas. El pronunciamiento del Supremo Tribunal es como sigue:

Nº 185.

San José, 4 de julio de 1952.

Sr. Don Cipriano Güell P.
Gerente de la Caja
Costarricense de Seguro Social
Ciudad.

Señor Gerente:

Este Tribunal Supremo ha tenido conocimiento de su Nota Nº 1469-52, fecha 26 del mes de junio de este año, en la cual manifiesta Ud. que un grupo de funcionarios y empleados de ese importante organismo solicitó la reforma de las disposiciones legales y reglamentarias que restringen las actividades político-electorales que ellos pudieran realizar, y que antes de formular la respuesta, la Honorable Junta Directiva de esa Institución Social quiso oír el criterio del Tribunal Supremo, suplicando al mismo que se digne dar una interpretación de los artículos 26 y 98 de la Constitución Política para determinar qué actividades políticas pueden restringirse en virtud de una ley especial y cuáles no. Consulta que servirá para saber si el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja y Reglamento respectivo no pugna con los citados artículos de la Carta Magna. Además se acompañó el Reglamento del artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobado en sesión Nº 583 del 17 de setiembre de 1948.

Estudiando el artículo 11 del Reglamento se llegó a la conclusión de que no desarmónica con los preceptos constitucionales y que todo lo que allí se indica sobre las prohibiciones a funcionarios y empleados, en punto a sus actividades políticas, no se aparta de la que manda el artículo 98 de la Constitución Política que categóricamente dice: "Todos los ciudadanos tienen derecho a agruparse en partidos para intervenir en la política nacional", porque ese derecho lo tienen los funcionarios y empleados de la Caja, a quienes también reglamentariamente se les advierte que no pueden dar adhesiones o felicitar a Jefes de partidos políticos, ni concurrir a manifestaciones políticas u otras actividades que allí se indican, prohibiciones que no entorpecen el cumplimiento de los deberes cívicos; que sustenten ideas políticas con tal de no ser contrarias a los principios democráticos; que integren a su hora las mesas de votación; que desempeñen los cargos concejiles y emitan el voto por su candidato. El artículo 135 del Código Electoral prohíbe que los empleados públicos, durante las horas de oficina, se dediquen a trabajos o discusiones con tendencia a propaganda política. Porque es sabido que las leyes tienen que completar lo que la Constitución Política, por su imposición simplista, no puede abarcar.

La ley en sí tiene en cuanto a ese particular un carácter reglamentario. Finalmente, debe tenerse en cuenta que las pasiones políticas se desbordan con facilidad si no se mantienen dentro de la prudente barrera de la prohibición indispensable para el orden, sobre todo en organismos como el de la Caja, el cual tiene una función esencialmente social, y está obligado a impedir todo lo que desarmonice y a establecer, en cambio, todo lo que una a los asociados.

Por todas las razones especificadas, el Tribunal Supremo considera legal el Reglamento del artículo 11 de la Ley Constitutiva de ese organismo.

Aprovecho esta oportunidad que me permite suscribirme de Ud., Señor Gerente, con toda consideración y respeto, su muy atento y seguro servidor,

(f) Juan Rafael Calzada C.
Magistrado-Secretario.

Con base en los dos pronunciamientos de que se ha hecho relación, el de la Sección Legal de la Caja y el Tribunal Supremo de Elecciones, quedó completamente aclarada la situación de los funcionarios y empleados de la Caja en cuanto a militancia activa en la política electoral se refiere. Quedó claro que la sabia disposición contenida en el artículo 11 de la Ley Constitutiva y complementada en el Reglamento respectivo, debía aplicarse en toda su extensión a fin de proteger a la Institución de las incursiones, de suyo peligrosas, de las pasiones políticas dentro de su funcionamiento. Por eso la Junta Directiva no esperó más, y comisionó a la Gerencia para contestar el memorial de los médicos en los siguientes términos:

Nº 1584 - 52.

10 de julio de 1952.

Sr. Dr. Alfonso Acosta Guzmán y Compañeros,
Hospital Central del Seguro Social,
Pte.

Estimados Señores:

Contesto a nombre de la Junta Directiva, el atento memorial de Ustedes de fecha 12 de mayo de 1952. Este asunto fué conocido en la sesión del 9 de junio de 1952, acompañado ya de un amplio dictamen rendido por la Sección Legal de la Institución. En aquella oportunidad la Junta Directiva acordó: 1º—Que la Junta no debe propiciar ante la Asamblea Legislativa ninguna reforma del artículo 11º de la Ley Constitutiva de la Caja y 2º—Que se pase una copia del Reglamento del artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja a todos los señores Directores, con el fin de que estudien la posibilidad de reformarlo, si ello fuese necesario.

En la sesión del 16 de junio, se volvió a conocer detenidamente el artículo 11 de la Ley y el Reglamento correspondiente. Los señores Directores debatieron todos y cada

uno de los factores positivos y negativos que la solicitud de los señores médicos implicaba. Para resolver de acuerdo con la opinión de la más alta autoridad de la república en materia electoral, se acordó en esta fecha:

“Enviar una consulta al Tribunal Supremo de Elecciones en dos sentidos: 1º—Si el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja se opone a la Constitución o está acorde con ella en cuanto a limitaciones que contiene y 2º—Si el Reglamento del artículo 11 de esa Ley interpreta bien las disposiciones de aquél texto legal o se excede limitando más la participación de los empleados en las actividades políticas.”

El 18 de junio se conoció nuevamente del problema y se acordó modificar el acuerdo anterior, a fin de hacer la consulta al Tribunal Supremo de Elecciones en la siguiente forma:

“Pedir al Tribunal Supremo de Elecciones una interpretación de los artículos 26 y 98 de la Constitución Política en vigencia, a fin de determinar qué actividades políticas de los ciudadanos pueden ser restringidas en virtud de una ley especial y cuáles deben ser consideradas como no restringibles al tenor de dichos artículos.”

La Junta Directiva hace la anterior consulta con el fin de determinar si el artículo 11 de la Ley Constitutiva de la Caja y el Reglamento correspondiente, armonizan o no con los citados artículos de la Constitución, en las limitaciones que impone a los funcionarios y empleados de la Caja en lo que se refiere a actividades de carácter político electoral. Con esa finalidad, nos permitimos enviar el texto del artículo 11 ya mencionado y del Reglamento relativo al mismo.”

Acatando la resolución de la Junta Directiva, la Gerencia presentó en la sesión del 25 de junio, una fórmula de redacción de la consulta que se enviaría al Tribunal Supremo de Elecciones y esa fórmula fué aprobada.

El día 4 de julio, el Tribunal contestó la consulta de la Caja en la forma que ustedes podrán leer en una copia que me permito enviarles. Con base en ese pronunciamiento la Junta Directiva tomó en la sesión del lunes 7 de julio el siguiente acuerdo:

“Contestar a los estimables médicos que suscriben la petición del 12 de mayo de 1952, que la Junta Directiva se pronuncia por el mantenimiento del artículo 11 de la Ley y del Reglamento respectivo, tal y como están ahora vigentes, por no considerar oportuna una reforma al Reglamento citado en las circunstancias actuales.”

He hecho una relación pormenorizada de los trámites, resoluciones y consultas de que fué objeto la estimable petición de ustedes, porque tanto la Gerencia como la Junta

Directiva pusieron especial empeño en resolver este asunto de la mejor manera, ya que en él iba envuelta una cuestión fundamental para esta Institución.

Les remito con mucho gusto copias poligrafiadas de los documentos que sirvieron para sustanciar la solicitud de ustedes y para fundamentar el acuerdo definitivo de la Junta Directiva.

Aprovecho esta oportunidad para expresarles las muestras de mi más distinguida consideración,

Cipriano Güell P.
Gerente.

Con esta contestación terminó el interesante proceso que se deja reseñado en relación con este delicado asunto. Y ya es hora de poder afirmar que el resultado a que se llegó es tan acertado que, hasta el momento, la Caja se ha visto completamente sustraída de todas las actividades políticas —directas o indirectas— y nada ha turbado la armonía y la eficiencia con que sus empleados y funcionarios llevan a cabo sus labores. Se puede afirmar que la experiencia adquirida en este aspecto es altamente constructiva y sirve para demostrar cómo, cuando se trabaja con más apego a la técnica que a la política, estas instituciones caminan a paso seguro hacia su propia consolidación.

e).—*Pasos Preliminares a la consolidación del nuevo Hospital:*

En visita que la Junta Directiva hizo al Hospital Central en horas de labor intensa, los señores Directores pudieron darse cuenta cabal de la forma en que los señores médicos y demás empleados de aquel centro deben llevar a cabo sus labores, dada la estrechez en que han de desenvolverse en medio del gran número de asegurados que, a diario, solicitan los servicios del Seguro. En vista de eso y dado que se había acordado el aumento de las cuotas del Seguro de Enfermedad con y sin protección familiar, y de cuyo aumento el 15% se destinó a formar un fondo de reserva que permita enfrentarse a la construcción de hospitales y dispensarios, en sesión de la Junta que se verificó el mismo día de la visita, a moción de su presidente, don Alfredo E. Hernández, se acordó autorizar que empezaran los estudios pertinentes para la construcción de un nuevo hospital que reúna todos los requisitos necesarios para una mejor atención a los asegurados enfermos.

Cumplimentando el acuerdo referido, de inmediato se conversó con los personeros del Servicio Cooperativo Interamericano, en solicitud de la ayuda técnica que ese organismo ofrece, muy especialmente en asuntos de Salubridad. La petición fué atendida y el Arquitecto señor De Moulin, técnico en hospitales, fué encargado de los estudios preliminares. Al efecto, empezaron las conversaciones de dicho señor con la Dirección de Prestaciones Médicas y con la Gerencia para recopilar todos los datos estadísticos necesarios y para fijar las necesidades de nuevos servicios y amplitud de los mismos. Son varias las entrevistas realizadas y ellas continúan. Como el señor De Moulin tiene además a

su cargo varias obras similares en otros países, el Servicio Cooperativo ha destacado a otro Arquitecto, para que atienda los trabajos a realizarse en Costa Rica.

Se está, pues, en los estudios preliminares. Hay que precisar que esos son amplísimos y de mucho cuidado. Los datos necesarios para poder realizar una obra real dentro de las necesidades, no sólo presentes sino también futuras para un número determinado de años, son cuantiosos; de ahí que los estudios no se lleven a cabo con la celeridad que el público demanda y como es el interés de la Institución. Hay que sacrificar este interés en pro de que la obra a llevar a cabo, responda perfectamente a las necesidades mencionadas. Sin embargo, abrigamos la esperanza de que en el próximo año esos estudios estén terminados para que podamos dar noticias más concretas que permitan vislumbrar que la nueva obra llegará a ser una realidad muy pronto.

f).—*El problema de las pensiones de los servidores del Estado:*

Desde hace largos años el problema de las pensiones de los servidores del Estado se ha venido agravando y complicándose cada vez más. Por un sentimiento altruista, muy propio de quienes llevan en el espíritu altos conceptos de solidaridad humana, se han venido dando leyes para proteger a los empleados que, después de haber entregado lo mejor de su vida al servicio público, deben retirarse a gozar de un merecido descanso remunerado. Sin embargo, esas leyes no han respondido en ningún momento a un estudio técnico de tipo actuarial, por medio del cual se hubiese dado una firme base financiera a los regímenes de beneficios. Se puede afirmar, sin temor a equivocaciones, que actuarialmente todos los regímenes de pensiones que hoy protegen a diferentes grupos de funcionarios públicos, están quebrados. No tienen bases técnicas las leyes que protegen al Magisterio Nacional; las relativas a algunos empleados del Ministerio de Gobernación y Policía como Correos y Telégrafos; las que protegen a los trabajadores de la Municipalidad de San José y del Ferrocarril al Pacífico, etc. Día a día los presupuestos respectivos ven crecer el renglón destinado al pago de esas pensiones hasta el punto de que en estos momentos, el Ministerio de Economía y Hacienda se muestra sumamente preocupado por lo que pesa ya en el Presupuesto Nacional el renglón destinado a pensiones. Esos regímenes no tienen fondos de reserva; ni tienen, por lo consiguiente, inversiones que garanticen el normal pago de las mismas en el momento en que el beneficiario llegue a adquirir sus derechos. En el instante mismo en que el Estado, por necesidades fiscales de otro orden se viese imposibilitado para cubrir las sumas siempre crecientes que debe pagar a sus pensionados, los sistemas de pensiones entrarían definitivamente en crisis.

Todo parece indicar que la política más prudente es la de tratar de unificar todos los regímenes de pensiones para los trabajadores del Estado, organizándolos científicamente a fin de que respondan efectivamente a los fines que se persiguen, sin constituir una gravosa carga para el Presupuesto Nacional. Así lo ha comprendido el actual Ministro de Economía y Hacienda, Ing. Alfredo Hernández Volio, quien ha impulsado las gestiones

preliminares que se han entablado entre funcionarios de la Caja y del Ministerio de Economía y Hacienda, con el fin de planear la unificación de sistemas de pensiones para empleados y funcionarios del Estado en manos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por parte de la Caja han intervenido en estas conversaciones los señores Jorge Brenes Cedeño, Sub-Gerente de la Institución, y Alvaro Vindas González, Jefe del Departamento Actuarial, y por parte del Ministerio de Economía y Hacienda, los señores Roberto Lizano y Roger Villalobos, altos funcionarios de ese Ministerio.



El Sub-Gerente de la Caja, don Jorge Brenes Cedeño, quien ha intervenido activamente en las conversaciones que se llevan a cabo con los personeros del Ministerio de Economía y Hacienda, para buscar una solución al grave problema de las pensiones del Estado.

Como resumen de las conversaciones preliminares, los señores Brenes y Vindas presentaron a los señores Lizano y Villalobos el siguiente memorándum, a fin de que fuese de conocimiento del Ministerio de Economía y Hacienda:

Julio 7 de 1952.

Señores
Don Roberto Lizano y
Don Roger Villalobos
Presente.

Muy señores nuestros:

Adjunto a la presente tenemos el agrado de enviarles el resumen de la conversación que con los suscritos sostuvieron Uds. hace algunos días, en relación con un nuevo Plan de Pensiones para los servidores del Estado, y en concordancia con lo dispuesto en el inciso i) del artículo 3º del Ante-Proyecto del Estatuto de Servicio Civil.

Con muestras de la mayor consideración, nos suscribimos de ustedes muy atentos y seguros servidores,

Jorge Brenes Cedeño.

Alvaro Vindas González.

MEMORANDUM DE: Jorge Brenes C., y Alvaro Vindas G.

PARA: Sres. Roberto Lizano y Roger Villalobos.

ASUNTO: Los regimenes de Pensiones de los servidores del Estado
y un nuevo Plan de acuerdo con la Ley de Servicio Civil.

LUGAR Y FECHA: San José, Julio de 1952.

I.—INTRODUCCION

El presente memorándum tiene por objeto resumir la conversación sostenida hace pocos días, por los suscritos, en nuestras Oficinas, con los Sres. Roberto Lizano y Roger Villalobos, respecto a la posibilidad de establecer un sistema único de pensiones para todos los servidores del Estado, ya que el proyecto de Ley de Servicio Civil tiende a amparar a todos los servidores públicos en este sentido. Los señores Lizano y Villalobos han venido en representación del Ministerio de Economía y Hacienda ya que dicho Ministerio se encuentra justamente interesado en lograr una resolución definitiva respecto al problema de las pensiones actuales y futuras que sobre los empleados públicos se contemplan a través de los múltiples sistemas vigentes. Este memorándum no tiene carácter de documento oficial de la Caja Costarricense de Seguro Social ya que hasta el momento los dirigentes superiores de dicha institución no han conocido de estas gestiones. Debe considerarse como el resumen de lo convenido entre los suscritos y los mencionados señores Lizano y Villalobos y con el fin de fijar las bases de una posible propuesta formal que posteriormente haga el Ministerio de Economía y Hacienda u otra agencia gubernamental a los personeros de la CAJA, con el objeto de analizar el agudo problema que sobre este particular se presenta y buscarle resolución al mismo a través de una cooperación conjunta entre la CAJA y las demás dependencias del gobierno.

II.—SITUACION ACTUAL DE LOS REGIMENES DE PENSIONES DEL ESTADO

En lo que a pensiones se refiere, los servidores del Estado se encuentran distribuidos en dos grupos, a saber: a) los que de 1947 en adelante cotizan y están protegidos por la Ley del Seguro Social; y b) los que a aquella fecha prestaban ya servicios al Estado y que se encuentran afiliados a sistemas particulares de pensiones en sus correspondientes Ministerios, administrados directamente por el Estado.

La situación verdadera que se presenta para el Estado en sus sistemas particulares de pensiones, —las del grupo b)—, es bien conocida. Presenta un problema financiero bastante crítico y la situación se hará cada vez más difícil, por las razones siguientes:

1º—Porque dichos regimenes se han establecido empíricamente en carencia abso-

luta de las bases matemáticas o financiero-actuariales sobre las que indispensablemente deben descansar regímenes de esta naturaleza, lo que origina un desequilibrio desfavorable cada vez mayor entre los recursos y las obligaciones, a más de lo cual, existen deficiencias muy notorias de orden administrativo.

2º—Por la existencia de tantos regímenes distintos de pensiones, que en su mayoría contemplan beneficios diferentes entre ellos, y que constituyen una situación anárquica dentro de la administración pública.

3º—Porque dichos sistemas han sido hechos en forma arbitraria y caprichosa, de conformidad con intereses particulares de aquellos que en su oportunidad los propusieron.

4º—Por las razones mencionadas antes, es que los citados sistemas constituyen en la actualidad un enorme déficit en potencia para el Estado, con el peligro de que dentro de pocos años la desigualdad entre los recursos y los beneficios sea tal, que el presupuesto de la Nación se vea en serias dificultades para cumplir con el pago de las pensiones.

5º—La existencia de tan variados sistemas y en la forma descentralizada en que operan, obligan a la administración pública a contar con organismos pequeños, dentro de la misma, encargados de la administración de dichos regímenes, con el agravante de no ser organismos técnicos.

III.—POSIBLE SOLUCION AL PROBLEMA EXISTENTE

Aprovechando la oportunidad que se presenta con la aprobación de la Ley de Servicio Civil y el interés manifestado en tan diversas formas por parte del Ministerio de Economía y Hacienda, tendiente a ordenar de la mejor manera posible las finanzas y la administración públicas, cabe pensar respecto a las posibilidades siguientes:

1º—Someter a un plan único de pensiones a todos los servidores del Estado, sin distinción de fechas de ingreso al servicio, calidad de servicios, condiciones personales, etc., etc.

2º—Centralizar la administración de ese sistema único en una entidad o agencia estatal técnicamente especializada como la Caja Costarricense de Seguro Social.

3º—Para efectuar todo lo anterior, elaborar un estudio financiero-actuarial que permita conocer la situación real de los sistemas actuales vigentes y estructurar uno nuevo que garantice en toda su amplitud la solvencia del nuevo régimen.

4º—Para la realización de ese estudio debe contarse con los servicios de un actuario de vasta experiencia y de un personal auxiliar bien adecuado, para que en dicho estudio se contemple con criterio realista, tanto la capacidad contributiva del Estado y

sus servidores, así como las necesidades a llenar a estos últimos a través de sistemas de este género.

5º—En el país existe personal adecuado para la realización de estos estudios financiero-actuariales, pero conviene gestionar, a través del Punto IV, por ejemplo, la venida al país de un especialista en materia de pensiones que venga a laborar con ese elemento nacional en dicho problema.

En caso de que pudiera contarse con la venida de un especialista de ese tipo, la CAJA puede poner a disposición su personal del Departamento Actuarial y Estadístico a efecto de evitar la peligrosa actitud tan inconveniente que a veces siguen los especialistas extranjeros, en el sentido de hacer únicamente lo que a ellos les parece olvidándose las condiciones muy particulares del medio para el cual es el estudio.

6º—En la escogencia del técnico extranjero la Caja, y nosotros particularmente, con la experiencia que sobre este aspecto tenemos podríamos oportunamente asesorarlos en forma valiosa. En todo caso, debe tomarse muy en cuenta que se necesitaría de un actuario con experiencia en algún ambiente semejante al nuestro, ojalá que haya, en anteriores ocasiones, realizado algún trabajo de esta naturaleza en estos países, pues como bien se sabe, nuestras estadísticas en latinoamérica son bastante deficientes.

IV.—CONSIDERACIONES FINALES

De suma importancia es recordar que, dentro de estos sistemas de pensiones, algunos gremios gozan, —al menos por lo que se desprende de sus respectivos reglamentos—, de situaciones privilegiadas, con beneficios y condiciones que posiblemente, en una revisión, tengan que moderarse o disminuirse. Sin duda alguna, lo anterior conducirá a que a la hora de reestructurarse estos planes para fucionarlos en uno solo, científicamente delineado, los que adversan la idea y hagan oposición a que este proyecto se realice, sean algunos de esos gremios de empleados públicos, razón por la que es necesario estar prevenidos a fin de que el impacto de esas inconformidades no vengán a echar por el suelo los esfuerzos que sobre este particular se realicen. Será necesario, por consiguiente, que antes de iniciar el trabajo actuarial, —que resulta tan laborioso y costoso—, nos pongamos de acuerdo sobre las posibilidades y las condiciones de este sistema unitario de pensiones y advertir a los afectados lo que va a suceder, para que de esta manera no lleguen en forma tardía reclamaciones ni solicitud de ventajas inconcebibles.

El costo total de un estudio de este tipo puede ser alrededor de unos \$ 150.000.00 si no más. Esta inversión sería poca ante los beneficios tan grandes que representaría el lograr el Estado resolver su problema respecto a pensiones; pero significaría mucho si llegara a fracasar por la interferencia de intereses particulares de grupos que aspiran a lo que no pueda concederse.

De acuerdo con lo expuesto en el presente memorándum, y si el Ministerio de Economía y Hacienda lo considera conveniente, podrían iniciarse discusiones con los dirigentes de la C. C. S. S. a fin de enderezar sus esfuerzos conjuntos en la resolución de

este problema ya que reviste caracteres de especial importancia para el Fisco Nacional y la administración pública.

Como lo supone el memorándum, se han seguido las conversaciones tendientes a conseguir la coordinación de esfuerzos entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Estado, con el fin de buscarle una solución adecuada y técnica al problema de las pensiones para los servidores públicos. Y esta solución deberá ser encontrada pronto, ya que el Estatuto de Servicio Civil establece categóricamente la disposición de que aquellos trabajadores estarán protegidos por un sistema especial de beneficios sociales.

La Caja Costarricense de Seguro Social, que ya tiene experiencia en la administración de esta clase de programas, pondrá todo su empeño y aportará todo el esfuerzo técnico que sea necesario para llegar a buen fin el empeño del Gobierno de establecer, sobre bases científicas, un régimen de protección adecuado para sus funcionarios y empleados.

g).—*Situación planteada con algunos servidores del Estado que trabajan en zonas no protegidas por el Seguro Social:*

Desde el establecimiento del Seguro Social, se presentó una situación irregular que afectaba a muchos trabajadores del Estado. Se trataba de aquellas personas que, por trabajar alternativamente en zonas aseguradas y no aseguradas, presentaban irregularidad en cuanto a la vigencia de sus derechos. Muchos de esos trabajadores solicitaron que se buscara la forma de mantenerlos incluidos dentro de la protección del Seguro Social, y tales gestiones fueron acogidas por varios Ministerios de Gobierno, entre ellos y principalmente, Economía y Hacienda, Salubridad Pública y Agricultura e Industrias, los cuales a su vez las plantearon a la Caja.

Naturalmente, para la Caja el asunto era de sumo cuidado, desde luego que en el fondo implicaba la obligación de dar prestaciones a tales asegurados en zonas donde no existen instalaciones materiales de la Institución, ni personal encargado de proporcionar tales prestaciones. Se entendió desde un comienzo que de acceder a la solicitud reiterada de los trabajadores interesados, era mediante una reglamentación adecuada que dejara completamente establecidas las obligaciones de la Caja respecto de los solicitantes. Desde luego, la primera salvedad que se impuso fué la de que nosotros no daríamos atención médica en el lugar de trabajo del asegurado sino en los centros asistenciales más próximos a ese lugar de trabajo. También se hizo incapié en que el traslado de los asegurados hasta nuestros centros de atención médica, debía correr por cuenta del patrono interesado.

Para regularizar completamente esta situación, la Gerencia cursó una nota circular a los Ministerios mencionados, a fin de proponerles la firma de un contrato en el cual quedarán establecidas claramente las condiciones en que la Caja iba a proteger a aquellos trabajadores del Estado. Esa nota dice lo siguiente:

Nº 396 - 52.
Febrero 27 de 1952.

Sr.
Ministro de Obras Públicas
S. D.

Estimado señor:

Con fecha 22 de setiembre de 1951 y en Oficio Nº 2611-51, esta Secretaría, cumpliendo instrucciones de la Gerencia, se permitió dirigirse a su antecesor, don Gonzalo Jiménez Flores, informándole que la Caja Costarricense de Seguro Social tiene convenios con los Ministerios de Salubridad Pública, de Agricultura y de Economía y Hacienda, en el sentido de que los trabajadores asegurados de esas Dependencias, que coticen para el régimen de Enfermedad y Maternidad y que alternativamente presten servicios en zonas cubiertas y no cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, puedan acogerse a sus beneficios permanentemente, sin distinción de zona de trabajo.

Los convenios en referencia estipulan lo siguiente:

1º—Mantener por parte de la Caja el riesgo de Enfermedad y Maternidad, para todos los miembros de dichos Ministerios que alternativamente presten servicios en zonas cubiertas y no cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad.

2º—El Ministerio se obliga, en caso de que un asegurado trabaje en zona no comprendida por los citados Seguros, y necesitare atención médica, a enviarlo al Hospital o Dispensario de la Caja más cercano a la zona en la cual están destacados, por cuenta exclusiva del mismo.

3º—Desde la llegada del asegurado a un centro de asistencia médica de la Caja, ésta asumirá plenamente todas las obligaciones reglamentarias del mismo.

Tomando en consideración que el Ministerio de Obras Públicas no ha suscrito hasta la fecha, ningún convenio de esa naturaleza, a pesar de que actualmente hace deducciones a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social, a empleados suyos que prestan servicios alternativamente en zonas cubiertas y no cubiertas por el Seguro de Enfermedad, atentamente y cumpliendo instrucciones superiores, le ruego informar a esta Secretaría si el Ministerio a su cargo está dispuesto a legalizar la situación existente, firmando convenio similar.

Con las muestras de mi consideración, me suscribo atento y seguro servidor,

Jaime Barrantes Bermúdez,
Secretario General.

Se trataba de regularizar una situación de hecho que constantemente producía dificultades entre los empleados a quienes se estaba haciendo deducciones del salario y los propios organismos del Seguro Social.

Los Ministerios contestaron de acuerdo la circular y entonces se llegó a la firma del siguiente contrato:

Los suscritos, Carlos Manuel Rojas Quirós, mayor, casado, cédula número ciento cuatro mil sesenta y dos, en calidad de Ministro de Obras Públicas y Cipriano Güell Partegás, mayor, casado, periodista, cédula número trece mil cuarenta y uno y de este vecindario, Gerente de la Caja Costarricense de Seguro Social, con el propósito de legalizar la situación que se ha venido manteniendo con los trabajadores asegurados del Ministerio de Obras Públicas, que cotizan para el régimen de Enfermedad y Maternidad, y que alternativamente presten servicios en zonas cubiertas y no cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, en el sentido de que puedan acogerse a sus beneficios sin distinción de zona de trabajo, hemos convenido de común acuerdo, en celebrar el siguiente convenio:

PRIMERO.—Mantener por parte de la Caja el riesgo de enfermedad y maternidad para todos los miembros de ese Ministerio que alternativamente presten servicios en zonas cubiertas o no cubiertas por el seguro de Enfermedad y Maternidad, en cualquier zona del país en que presten sus servicios.

SEGUNDO.—El Ministerio de Obras Públicas se obliga, en caso de que un asegurado que trabaje en zona no comprendida por los citados seguros y necesitare atención médica, a enviarlo al Hospital o Dispensario de la Caja más cercano a la zona en la cual están destacados por cuenta exclusiva del mismo.

TERCERO.—Desde la llegada del asegurado a un centro de asistencia médica de la Caja, ésta asumirá plenamente las obligaciones reglamentarias del mismo.

En fe de lo cual firmamos en dos tantos, junto con testigos en la ciudad de San José, a los veintiocho días del mes de abril de mil novecientos cincuenta y dos.

(Fdo.) *Carlos Manuel Rojas Quirós.*

(Fdo.) *Cipriano Güell Partegás.*

El Ministerio de Educación Pública manifestó que no concurriría a firmar el contrato hasta tanto no hubiese hecho una encuesta entre los maestros del país. Las notas cruzadas al respecto manifiestan lo que sigue:

Número: 2017.

Señor
Jaime Barrantes Bermúdez
Secretario General de la
Caja Costarricense de Seguro Social
Apartado 1317
Ciudad.

San José, 19 de junio de 1952.

Estimado señor:

En conexión con su nota N^o 578-52 de 26 de marzo anterior me permito transcribirle el informe que sobre el particular rinde en nota N^o 1822 de 5 del corriente, el Jefe Administrativo de Educación y que en lo conducente dice:

“En acatamiento a muy amables instrucciones de su oficio N^o 1226, me es grato ofrecer a Ud. el criterio de esta oficina sobre el contenido del atento oficio N^o 578-52 del Señor Secretario General de la Caja Costarricense de Seguro Social. I.—Puede afirmarse que todo el personal docente de la República está expuesto a servir alternativamente en zonas cubiertas o no cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, ya que hay un considerable movimiento ocasionado las más veces, por solicitud del propio trabajador y en una pequeña proporción, por razones del servicio. De este modo, el convenio a que se llegare sobre estos extremos afectará los intereses de muchos trabajadores. II.—No aparece de las bases del convenio, como obligación de la Caja otra que no sea la que le señalen su Ley Constitutiva y su Reglamento. Y si por acuerdo de la Junta Directiva de 25 de mayo de 1949 declaró la Caja la obligatoriedad del seguro para los servidores del ramo en zonas no cubiertas, y en tal carácter no ha admitido excepción alguna, sería innecesaria la celebración del convenio a menos que haya llegado a reconocer flaco en los sustentos legales al acuerdo aludido y necesite el respaldo del Ministerio para salir del paso. III.—El acuerdo de la Junta Directiva ya mencionado, ha sido en ocasiones fuertemente impugnado por sectores de maestros afectados por él. La Caja ha declarado en tales casos que le ha servido de apoyo una encuesta celebrada entre el personal, con anterioridad al acuerdo. Ahora bien, como en la confección, celebración y cómputo de la encuesta no intervino en ningún momento el Ministerio, no creo prudente ni justo que éste apechugue con una situación en la cual no ha tenido participación. IV.—Finalmente, me permito sugerir muy respetuosamente que antes de llegar a la celebración de cualquier compromiso en este sentido con la Caja, el Ministerio debería hacer por su cuenta y para su propio respaldo una consulta a los millares de trabajadores a quienes la contrata afectaría, toda vez que son los intereses de ellos los que están de por medio. Esto daría seguramente, oportunidad para asentar las bases de un efectivo entendimiento entre el

personal y la Caja y el robustecimiento de los seguros sociales a través de una actitud de simpatía y comprensión del magisterio, que desgraciadamente no parece existir en todos los que con mucha frecuencia hacen presente su inconformidad”.

Este Ministerio ha aceptado la sugerencia que en el párrafo IV de su informe formula el Jefe Administrativo de Educación y hará la consulta, mediante una encuesta, a los millares de trabajadores que quedarían afectados por la contrata a fin de que ellos, directamente interesados, nos den su opinión sobre el particular.

Dejaremos para entonces, nuestra respuesta a la solicitud formulada a fin de que el Ministerio celebre con la Caja el convenio que se nos propone.

Con muestras de mi más distinguida consideración soy de usted muy atento y seguro servidor,

Virgilio Chaverri,
Ministro de Educación Pública.

Nº 1610-52

11 de julio de 1952.

Sr. don Virgilio Chaverri
Ministro de Educación Pública
S. D.

Estimado Señor Ministro:

Hemos recibido su atenta nota del 19 de junio pasado, en que nos transcribe el informe que el Jefe Administrativo de Educación rindió el 5 de julio, externando un criterio —que el Ministro acogió— sobre la proposición de la Caja Costarricense de Seguro Social, tendiente a firmar un convenio para poner fin al problema de los miembros del personal docente que trabajan alternativamente en zonas aseguradas y no aseguradas según nuestras leyes y reglamentos.

El párrafo IV del informe del señor Jefe Administrativo de Educación propone que el Ministerio a su digno cargo realice una consulta entre los millares de trabajadores a quienes el convenio afectaría, a fin de sentar en firme las bases de un convenio con la Caja. La idea nos ha parecido magnífica y solamente queremos por este medio solicitar muy atentamente que la consulta o encuesta se lleve a cabo coordinadamente con esta Institución, para que los resultados establezcan prácticamente el camino que hemos de seguir conjuntamente. Para realizar la encuesta, estaremos prestos a suministrar todos los medios que permitan nuestras posibilidades.

Aprovecho esta oportunidad, para expresar al señor Ministro las muestras de mi más distinguida consideración,

Armando Araúz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.

La encuesta a que se refiere la última carta del Secretario de la Gerencia no se ha realizado pues el Ministerio de Educación no la promovió conforme se desprende de los términos de la nota anteriormente transcrita.

Los trabajadores de Obras Públicas, sobre todo aquellos que laboran en la Provincia de Guanacaste, comenzaron hace algunos meses a hacer solicitudes de atención médica, pretendiendo que la Caja los atendiera en las propias localidades en que trabajan, o que los trasladara por su cuenta a San José. Nuestra negativa no se hizo esperar y entonces el propio Ministro de Obras Públicas hizo gestiones para que tales trabajadores fuesen excluidos de los beneficios del Seguro Social. Sobre este asunto la Secretaría de la Gerencia elaboró el siguiente informe, que la Junta Directiva conoció en su sesión 1149 del 7 de noviembre de 1952.

6 de noviembre de 1952.

Sr. don Cipriano Güell P.
Gerente de la Caja Costarricense
de Seguro Social
S. D.

Estimado señor:

Conforme a sus deseos, me permito informarle la situación que existe en cuanto a los contratos firmados por nosotros con algunos Ministerios para dar la protección del Seguro de Enfermedad a los empleados del Gobierno que trabajan en zonas donde no está extendido tal Seguro.

Se han firmado contratos con los Ministerios de Hacienda, para atender a los empleados de la Inspección General de Hacienda, con el Ministerio de Salubridad Pública, con el Ministerio de Obras Públicas y con el de Agricultura, el 2 de setiembre de 1949, el 7 de octubre de 1949, el 28 de abril de 1952 y el 28 de noviembre de 1949, respectivamente.

El texto de esos contratos es el siguiente en todos los casos:

PRIMERO.—Mantener por parte de la Caja el riesgo de enfermedad y maternidad para todos los miembros de ese Ministerio que alternativamente presten servicios en zonas cubiertas o no cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad, en cualquier zona del país en que presten sus servicios.

SEGUNDO.—El Ministerio se obliga, en caso de que un asegurado que trabaje en zona no comprendida por los citados seguros y necesitare atención médica, a enviarlo al Hospital o Dispensario de la Caja más cercano a la zona en la cual están destacados por cuenta exclusiva del mismo.

TERCERO.—Desde la llegada del asegurado a un centro de asistencia médica de la Caja, ésta asumirá plenamente las obligaciones reglamentarias del mismo.

Con los empleados del Ministerio de Educación y especialmente con los maestros, la situación es bien clara y de conocimiento amplio de la Junta Directiva. Junto con esta nota van los textos de dos acuerdos tomados en 1949, en los cuales se aclara completamente el caso de los maestros de todo el país aunque no trabajen en zonas aseguradas. Con base en estos acuerdos es que se ha seguido dando atención a tales trabajadores del Ministerio de Educación, sin que hasta el momento se haya llegado a firmar un contrato similar al que se firmó con los otros Ministerios. En marzo de este año, la Caja instó al señor Ministro de Educación para firmar un contrato en los mismos términos que los suscritos con las otras dependencias del Estado. El señor Ministro ordenó levantar un informe sobre el asunto al Jefe Administrativo de Educación, y este funcionario concluyó en que era necesaria una consulta con todos los maestros del país a fin de saber si quieren o no mantenerse acogidos al Seguro Social. Ante esta situación la Caja ofreció oficialmente toda la ayuda del caso para realizar la consulta, pero el Ministerio nunca se interesó por llevar a cabo las recomendaciones del Jefe Administrativo. Eso indica que las gestiones para firmar contrato con Educación Pública han quedado paralizadas en el propio Ministerio.

La experiencia que hemos venido adquiriendo durante el tiempo que tienen de vigencia los contratos y convenios de que se ha hablado, demuestra que la Caja ha perdido más que ganado en su empeño de proteger a los trabajadores interesados. Debe entenderse como una concesión de nuestra parte la que nos ha llevado a asegurar a esos trabajadores aún cuando no trabajen en zonas donde está extendido el Seguro Social obligatorio. Y yo recuerdo que fué como una concesión que se tomó el acuerdo que protege a los maestros del país, sobre todo a instancias del suscrito que en aquella época formaba parte de la Junta Directiva. Se dijo muy claro entonces que la Caja no podría nunca comprometerse a ofrecer servicios médicos en zonas alejadas de sus centros asistenciales, delegando esa función en las unidades sanitarias o en los médicos oficiales. Y también se habló de que en realidad, el Seguro Social lo que iba a hacer en el caso de esos trabajadores era garantizarles atención segura y eficiente cuando se viesen afectados por una enfermedad seria; porque hubiese sido ingenuo pensar que nosotros estábamos adquiriendo la obligación de atender, trasladándoles por nuestra cuenta hasta nuestros propios dispensarios, casos leves como gripes y otras dolencias menores por las cuales consultan constantemente los asegurados. De ahí nació nuestra negativa a reconocer traslados y la obligación que adquirieron los diferentes Ministerios de pagar ellos esos traslados.

El cumplimiento de los contratos mencionados ha sido un mito en manos de los funcionarios del Gobierno, con muy raras excepciones. Por ejemplo, no ha habido modo de que los Ministerios correspondientes asuman la obligación de pagar los traslados a sus trabajadores cuando los mandan de zonas alejadas a los dispensarios de la Caja. Ya sea por ignorancia o por inconsecuencia, siempre aseguran a los interesados que tales gastos corren por cuenta de la Caja. No son raros los incidentes, a veces violentos, de los asegurados con nuestros funcionarios administrativos al recibir una negativa sobre el pago de traslados. Y por más que pedimos a los funcionarios del Gobierno que cumplan los

términos de los contratos firmados, continuamos a cada rato ante la evidencia de que no los cumplen. Por supuesto, la Caja es la que paga, a la larga, todas estas cosas, porque los asegurados son inducidos a pensar que nosotros somos quienes tenemos la culpa de todo cuanto ocurre.

Todo lo anterior está indicando que el ensayo que se viene haciendo —con un sentido altamente social de nuestra parte—, para proteger de los riesgos más graves a algunos funcionarios y empleados del Gobierno, está resultando efectivamente fallido, no por culpa de la Caja, sino de los organismos administrativos y de la incomprensión de los asegurados. Es claro que ante tal situación, lo preferible es declarar inexistentes esos contratos y dejar que el Estado, en su calidad de patrono, asuma las obligaciones que le impone el Código de Trabajo en relación con sus trabajadores enfermos.

Con toda consideración, suscribo atentamente,

Armando Arauz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.

Como consecuencia del mismo, la Junta acordó excluir a los trabajadores de Obras Públicas del régimen de protección encomendado a la Caja. En cuanto a los maestros, la situación queda planteada, y es muy posible que el próximo año se le dé una solución satisfactoria.

h).—Solución de los problemas planteados por algunos trabajadores agrícolas en relación con el Seguro Familiar.

f).—El establecimiento del Seguro Social atendiendo a la división administrativa y no propiamente a la determinación de zonas económicas, ha producido algunos problemas que la Gerencia ha debido encarar definitivamente para solucionarlo de una vez. Uno de esos problemas lo planteó la Gerencia a la Junta Directiva en los siguientes términos:

Setiembre 17 de 1952.

Señores
Miembros de la Junta Directiva
Pre.

Estimados Señores Directores:

En una ocasión anterior, la Gerencia sometió a conocimiento de la Junta Directiva el problema presentado por la existencia del Seguro Familiar en las fincas de los señores Alvarado Jurado y Challe Sucs., a pesar de estar situadas esas fincas en regiones no comprendidas entre las que abarca aquella modalidad del Seguro. En esa oportunidad la Junta pasó el asunto a estudio de la Comisión de Enfermedad e hizo a su vez la reco-

mendación de que se presentara nuevamente este asunto a su conocimiento, una vez que se hubiesen calculado los costos del Seguro Familiar.

Esos costos ya han sido calculados y, con motivo de nuevas gestiones de los trabajadores de fincas adyacentes a las favorecidas, la Gerencia ha creído del caso someter nuevamente a la Junta el estudio de estos casos.

Desde julio de 1949, la Gerencia ordenó a la Sección de Inspección un estudio de las fincas de los señores Challe Sucs., para determinar con base en qué resoluciones de la Junta Directiva o de la Gerencia todos los trabajadores de esa firma cotizaban con el 3% y disfrutaban de los beneficios del Seguro Familiar. Las investigaciones que se hicieron en aquella fecha llegaron a determinar que los patronos estaban procediendo así, por un convenio "verbal" celebrado con el Gerente de la época.

Este asunto se quedó aparentemente quieto hasta que en agosto de 1951, el Jefe de la Sección de Inspección, don Luis F. Morúa, planteó nuevamente el problema, involucrando ya en él el caso de la Sociedad Alvarado Jurado. Se basaba para hacerlo en un informe levantado por uno de sus Inspectores, el cual manifiesta que los patronos (Challe Sucs.) dicen que existe un convenio "verbal" realizado con el señor Padilla, ex-Sub-Gerente de la Caja.

Las fincas de los señores Challe Sucs. están situadas en Santo Domingo de Heredia, San Isidro de Heredia, San Rafael de Coronado, Moravia, Coronado y Goicoechea. Como se ve, parte de ellas están dentro de zonas comprendidas por el Seguro Familiar, y parte no.

La situación de los señores Alvarado Jurado Ltda., fué sometida a estudio con motivo de una carta que dirigió a la Gerencia el señor Fernando Terán Valls el 25 de julio de 1951 y que textualmente dice:

"Señor Gerente de la CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Presente. Estimado señor: Tengo el gusto de ratificar por escrito, de acuerdo con su solicitud, nuestra conversación de esta misma fecha a fin de que Ud. pueda someter el caso de las firmas que represento, en calidad de gerente, a la resolución de la Junta Directiva.

Desde que se fundó el Seguro Social, la Compañía Mercantil e Industrial ALVARADO JURADO LTDA. hizo un convenio verbal con la gerencia de dicha Institución para que sus trabajadores cotizaran un mismo tanto por ciento de sus dotaciones y se les diera a todos igual servicio, sin tomar en cuenta que, la mitad de las fincas de la Empresa estaban ubicadas en jurisdicción de Curridabat, donde no existía el seguro familiar, y la otra mitad, —en el cantón de La Unión que sí lo tenía establecido—. Se acordó que se cotizara el 3% de cuota Personal y 3% de cuota Patronal para que todos los trabajadores recibieran los beneficios del Seguro Familiar.

Esta unificación de trato era indispensable para no hacer diferencias injustificables entre el personal de una misma empresa. Además, resultaba imposible controlar el tiempo o las veces que durante el mes un empleado había es-

tado trabajando en Tres Ríos o cuándo en Curridabat, ya que la línea divisoria cantonal se puede apreciar en un mapa, pero resulta imaginaria en el terreno; con la circunstancia que las mismas cuadrillas trabajan en todas las fincas según sea necesario. Así vino operando la Sociedad que represento, Alvarado Jurado Ltda., bajo el No. patronal 3037 U., sin ninguna dificultad con la Caja.

Al fin del año próximo pasado, los socios de dicha firma resolvieron formar tres compañías con sus propias fincas así: Hacienda La Itaba Ltda., Hacienda Concepción Ltda. y Hacienda Vieja Ltda., y la Cía. Mercantil e Industrial Alvarado Jurado Ltda., siempre conservó la finca conocida por Hacienda La Laguna. La administración de estas sociedades y sus fincas no cambió en nada, siendo la misma Gerencia para todas.

A solicitud de la Caja de Seguro Social, cada compañía que se formó, debía tener un nuevo número patronal y presentar planillas por separado. Así se ha venido haciendo desde entonces y le correspondió el número 8085 a Hacienda La Itaba Ltda., el N° 8089 a Hacienda Concepción Ltda. y el N° 8090 a Hacienda Vieja Ltda. Este ha sido el único cambio a la organización inicial del Seguro en nuestra Empresa.

El personal asegurado oscila entre 220 y 225 personas y todas prefieren cotizar para obtener el seguro familiar. Nuestras Sociedades, como Patronos, se someten de antemano a lo que la Directiva de la Caja y esa Gerencia tengan a bien resolver, pero verían con mucha complacencia que no se quitara al personal los beneficios del "Seguro Familiar" que hasta ahora ha recibido por parejo y para lo cual ha venido cotizando el 3%.

Para terminar, me permito rogar encarecidamente al señor Gerente, se sirva impartir las órdenes pertinentes a fin de que, mientras no tengamos la resolución definitiva de este asunto, no se le hagan dificultades a los asegurados de nuestras fincas en las dependencias de esa Institución.

Con muestras de mi consideración más distinguida, quedo de Ud. muy atento y SS., (f) *Fernando Jerán Valls*.

Con base en esta carta, la Gerencia pidió un pronunciamiento de la Sección Legal; este pronunciamiento dice en lo conducente:

"Sería conveniente, antes de resolver en cuanto a la Hacienda Concepción, situada parte en Tres Ríos y parte en Curridabat, que se efectuara un estudio por medio de la Sección de Inspección, para precisar su exacta ubicación. En cuanto a las otras fincas (La Itaba, Hacienda Vieja y La Laguna) es forzoso que deba aplicárseles la ley en la forma establecida, es decir, que las que estén ubicadas en Curridabat pierden los derechos al Seguro Familiar los peones o trabajadores que presten sus servicios en ellas, y las ubicadas en Tres Ríos, los conservan".

El pronunciamiento de la Sección Legal no deja lugar a dudas pues es muy claro en la interpretación de las normas reglamentarias. Y además de las razones puramente legales hay otras de tipo puramente económico y social expuestas por el señor Jefe de la Sección de Inspección en una carta que en un párrafo dice lo siguiente:

“Me permito exponer otra razón que, aunque no sea de control directo de la Caja, sí debe merecernos importancia: si en una zona cualquiera, y la experiencia se ha dado en agricultura con mayor razón, por medios legales uno o un grupo de patronos puede ofrecer a sus trabajadores mayores ventajas de las que generalmente disfrutaban los trabajadores de la zona, en la competencia del mercado de trabajo siempre los primeros tendrán la seguridad de obtener mejor y mayor cantidad de mano de obra; en el caso concreto, si en Moravia solamente la firma Challe Sucs. puede ofrecer a los trabajadores el Seguro Familiar, aceptado por todos que ese seguro es un gran beneficio, esa firma estará mejor capacitada para escoger su personal, en perjuicio de los demás patronos, quienes no pueden ofrecer o dar la misma ventaja, y si esto es cierto me parece que la Caja no debe propiciar un perjuicio o un trato diferente para algunos patronos quienes le deben merecer la misma consideración que todos”.

La exposición anterior deja clara la situación de los señores Challe Sucs. y Alvarado Jurado Ltda. Pero además del problema concreto planteado por el caso de esos patronos, existe el planteado por los trabajadores de don Federico Jiménez, cuya finca está situada en Curridabat. Estos trabajadores han venido muchas veces a gestionar que se les incluya en el Seguro Familiar, porque no pueden entender que otros trabajadores, que laboran en fincas adyacentes tengan más privilegios y ventajas que ellos.

Y es que resulta impropio que, por razones de división administrativa y de límites que no aparecen por ninguna parte a la hora de estudiar la situación de los trabajadores y las condiciones económicas de ciertas zonas, la Caja niegue u otorgue servicios. Esto a veces hasta parece arbitrario.

La zona cafetalera de Tres Ríos, se extiende por un lado hasta Coronado y Moravia, y por el otro hasta Desamparados; hacia el Oeste, llega a Curridabat, San Pedro y parte de Goicoechea. Las condiciones de trabajo en toda esa zona son las mismas y están determinadas por el trabajo en los cafetales. Las mismas razones que se tuvieron para establecer el Seguro Familiar en Tres Ríos, pueden valer con respecto a las fincas situadas en los otros cantones ya citados.

Los costos del Seguro Familiar ya están establecidos. La Directiva y la Gerencia saben a qué atenerse en esta materia, y resulta oportuno pensar la posibilidad de extender el Seguro Familiar a zonas económicas perfectamente delimitadas como son las que se dejan citadas. Todo, claro está, sujeto a los estudios técnicos que sean de rigor en cada caso.

Como la Comisión de Enfermedad tiene en sus manos este problema, según acuerdo tomado en el artículo 2º de la sesión N° 971 del 12 de setiembre de 1951, es a ella

a la que corresponde dar, en último caso, las recomendaciones que juzgue pertinentes en este caso.

De los señores Directores, suscribo con toda consideración,

Cipriano Güell F.

Gerente.

Se nota claramente que la Gerencia sustenta la tesis de que la extensión del seguro con protección familiar debe obedecer a razones de tipo económico, mediante las cuales se logre hacer la extensión a zonas caracterizadas por similares condiciones sociales y económicas. Porque no hay razón alguna para que el simple lindero de una finca separe a trabajadores que están sin protección de otros que sí la tienen para ellos y sus familias.

La Junta Directiva entendió perfectamente el punto de vista de la Gerencia, pero observando la política prudente de no propiciar más extensiones del Seguro Social mientras no se haya consolidado desde todo punto de vista lo que ya existe, resolvió que, en cuanto a los trabajadores que venían siendo protegidos según la nota de la Gerencia, era conveniente mantener la protección, pero que no era del caso extender esa protección a otras zonas adyacentes y a otros grupos de trabajadores. La solución fué, pues, regularizar, mediante un acuerdo debidamente promulgado, una situación que la Gerencia siempre estimó irregular.

2.—En algunos casos, el seguro ha sido teóricamente extendido a una zona determinada del país sin que efectivamente se lleven a esa zona los beneficios para los trabajadores y las consiguientes obligaciones para ellos y los patronos. Aparentemente, no hay explicación posible para lo que a primera vista aparece como una infracción a los reglamentos correspondientes. Sin embargo, lo que hay en el fondo son verdaderas situaciones de hecho. Reglamentariamente se ha extendido el seguro a determinados lugares, pero en la práctica tales extensiones han resultado inoperantes. La política de la Gerencia ha sido siempre la de recomendar a la Junta Directiva que tome los acuerdos pertinentes para que sean derogadas las disposiciones que extienden el seguro a zonas donde no se pueden prestar servicios en forma eficiente.

Una situación como la descrita ocurrió con el caserío de Moravia de Turrialba. Por el Reglamento, tal caserío estaba dentro del radio de acción del Seguro Social. En la práctica el seguro no había entrado hasta aquel lejano lugar. Por eso se produjo la situación anormal que la Gerencia planteó a la Junta Directiva en los siguientes términos:

Señores Miembros de la
Junta Directiva de la
Caja Costarricense de Seguro Social,
S. D.

Junio 24 de 1952.

Estimados señores:

Para su debida resolución, me permito poner en conocimiento de ustedes la situación planteada con la firma Fernando Alvarado Chacón, relativa a las cuentas por hospitalizaciones en el Hospital de Turrialba.

1^o—En la sesión del 5 de diciembre de 1951 la Junta Directiva conoció una carta del Gerente de la Sociedad Agrícola y Maderera de Moravia Ltda., Sr. Fernando Alvarado Chacón, en la cual manifiesta que es improcedente el cobro hecho por la Caja por atención de varios peones de aquella firma, ya que por no estar asegurados esa atención debe hacerse por cuenta de la Junta de Protección Social de Turrialba, según Convenio entre aquella Junta y la Caja.

En aquella ocasión la Junta Directiva resolvió:

- 1) Considerar que efectivamente no procede el cobro hecho y que la atención dada a esos trabajadores debe cargarse a la cuenta de la Junta de Protección Social; y
- 2) Excluir del Seguro de Enfermedad y Maternidad el Caserío de Moravia del Distrito 2^o, La Suiza del cantón de Turrialba.

En la sesión siguiente o sea la celebrada el 7 de diciembre del mismo año y a petición del Sr. González Quirós, la Junta Directiva acordó dejar sin efecto lo acordado en la sesión anterior para estudiar más a fondo el asunto, y encargó a la Comisión de Enfermedad y Maternidad, compuesta por los señores Quirce y Alfaro, para que le planteara al Director General de Asistencia el problema de la cuenta que la Junta de Protección Social de Turrialba debe a la Caja.

2^o—Como se vé, el acuerdo tomado el 7 de diciembre deja la situación exactamente igual en espera de un estudio más hondo del problema.

Con el fin de ir aclarando pronto situación tan oscura, la Gerencia solicitó informes a la Sucursal de Turrialba preguntando si los enfermos procedentes de Moravia ingresaban por medio de alguna orden y quién firmaba esa orden. La Sucursal de Turrialba contestó que las hospitalizaciones eran hechas por orden del Dr. Franklin de las Cuevas, funcionario de la Caja. Posteriormente el propio Dr. de las Cuevas respondiendo a una consulta del Jefe de aquella Sucursal dijo lo siguiente:

“En contestación a su atenta comunicación del 14 de los corrientes, me permito informarle, que aún cuando no existe convenio escrito entre el Sr. Fernando Alvarado y yo, sí existe un convenio tácito entre la Sociedad Maderera de Moravia, cuyo Gerente

es el Sr. Alvarado Chacón, para que yo atienda a los trabajadores enfermos de esa Sociedad y eventualmente, cuando así lo juzgue necesario, ordenar su internamiento en este Hospital, con carácter de Pensionista. Estas actividades en esta forma se han venido practicando desde hace algunos años”.

Esto nos está demostrando que entre el Sr. Alvarado Chacón y el Dr. de las Cuevas existe un convenio completamente ajeno a la Caja, para tratar aquellos enfermos y para hospitalizarlos por cuenta de la Sociedad. No de otra manera se puede entender la afirmación del Dr. de las Cuevas cuando dice que él está facultado para ordenar el internamiento de aquellos trabajadores al Hospital de Turrialba con “carácter de pensionistas”.

3º—Según el inciso f) del artículo primero del Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad, el Seguro Social es obligatorio para los trabajadores de los cantones de Turrialba y Jiménez, en todos sus Distritos aunque su salario sea mayor de ₡ 300.00 mensuales.

El caserío de Moravia pertenece al Distrito 2º, La Suiza, del cantón de Turrialba y es indudable que está dentro del campo de aplicación del Seguro Social y que nosotros desde hace mucho tiempo, debimos haber procedido a realizar los trabajos administrativos necesarios, para cumplir esa disposición reglamentaria.

4º—Según informes del Departamento de Auditoría las cuentas por servicios prestados a los trabajadores del señor Alvarado Chacón se siguen presentando y el Jefe de la Sucursal de Turrialba ha consultado en diferentes ocasiones, si puede seguir admitiendo a esos enfermos al Hospital o debe negar los ingresos que sean solicitados. Actualmente esa situación es sumamente embarazosa, requiere una solución adecuada de nuestra parte.

5º—La Gerencia considera que a la Caja solamente le quedan dos caminos a seguir en relación con este asunto:

- a) Modificar el Reglamento en el sentido de excluir del Seguro de Enfermedad y Maternidad el Caserío de Moravia; y
- b) Proceder inmediatamente al empadronamiento del Patrono Alvarado Chacón y a la inscripción de todos sus trabajadores asumiendo, desde luego, el compromiso de darles las prestaciones que marca el Reglamento.

Mientras no se adopten ninguna de estas soluciones, el problema seguirá creciendo lo mismo que las cuentas por los gastos ocasionados por los trabajadores del Caserío ya mencionado. Por otra parte nos gustaría conocer el criterio de la Directiva acerca de las sumas que ya hemos gastado en esos trabajadores.

Esta es una breve exposición del problema que la Gerencia ha querido hacer para que con vista de ella, los señores Directores digan la mejor forma de solucionarlo.

Con toda consideración, me suscribo de ustedes muy atento y seguro servidor,

Cipriano Güell P.,
Gerente.

Desde luego y en vista de las situaciones de hecho, la Junta Directiva resolvió modificar el Reglamento, excluyendo el caserío de Moravia de Turrialba del régimen obligatorio del Seguro Social. Esta era la solución más adecuada porque si la Caja comienza a hacer extensiones teóricas, sin medir la realidad del medio en que va a actuar, corre el riesgo de aparecer como Institución poco seria. En esta materia, es preciso ir despacio, pero a paso firme hacia el futuro.

i).—*Nuestras relaciones con las Juntas de Protección Social.*

Por la índole de las funciones a que se dedica la Caja Costarricense de Seguro Social, se hace necesaria su estrecha colaboración con las Juntas de Protección Social. Estas Juntas tienen a su cargo en Costa Rica todo cuanto se refiere a la administración de los Hospitales. Son a modo de entidades de servicio público, con ciertas características de autonomía funcional, que fueron creadas para unificar las fuerzas de la comunidad hacia el bienestar de las poblaciones.

Cuando el Seguro Social comenzó a extender sus servicios, los problemas de acondicionamiento material fueron sumamente graves —y lo siguen siendo—. Hubo necesidad de entrar en conversaciones con los personeros de las Juntas de Protección Social a fin de organizar mediante el pago de tarifas adecuadas, los servicios hospitalarios en las diversas sucursales. Por ese camino llegamos a acuerdos con las Juntas de Grecia, Orotina, Villa Quesada, Turrialba, Puntarenas, Heredia, Cartago y Alajuela, —a fin de poder utilizar los hospitales que ellas regentan, para el internamiento de los asegurados que lo necesitan—. Salvo raras excepciones, se llegó a esos acuerdos luego de vencer serias resistencias y de agotar todos los medios para convencer a los personeros de aquellas entidades que la Caja es también una Institución de servicio público, organizada y destinada a servir en la mejor forma posible a los trabajadores asegurados. Siempre ha sido muy clara la tendencia a la idea contraria, es decir, a querer considerar a la Caja como una entidad privada con la cual hay que tratar a base de altas tarifas y de precios elevados. Media también en esta tendencia la idea falsa de que la Caja es una Institución muy rica; la idea es falsa por cuanto nuestros presupuestos apenas cubren las enormes obligaciones contraídas con los asegurados.

En general, se puede afirmar que las Juntas de Protección Social con las cuales hemos debido tratar se han mostrado reacias a una colaboración abierta con la Caja. Antes por el contrario, en algunos casos, han llegado a ser hostiles, como sucedió en Puntarenas en que no se pudo nombrar un médico por cuanto no se le permitía entrar al Hospital San Rafael. La misma Junta acordó después que el bacteriólogo pagado por la Caja, no pudiera entrar al Hospital a tomar muestras de los enfermos asegurados a fin de practicar los correspondientes exámenes. Esta situación determinó en un momento dado que la Gerencia enviara la siguiente carta a la Dirección General de Asistencia Médico Social.

25 de agosto de 1952.

Sr. Dr. Fernando Escalante Pradilla,
Director General de Asistencia.
Ciudad.

Estimado señor:

No es sino con mucha pena que nos permitimos transcribir a usted el artículo 2º de la sesión XXXIX, celebrada por la Junta de Protección Social de Puntarenas, el 30 de julio ppdo. y que textualmente dice:

I).—En primer término queremos dejar constancia de la benévola opinión del señor Director General de Asistencia, en quien reconocemos su espíritu de comprensión de los problemas hospitalarios y su deseo de aunar esfuerzos y limar diferencias, para que juntas todas las instituciones con carácter de Protección Social, podamos dar un mejor y más económico servicio a todos los enfermos, puesto que todos somos costarricenses.

II).—El caso de Puntarenas es distinto, pues el Hospital San Rafael presta todos los servicios que la Caja pueda demandar, a un costo bajo y más en su servicio de laboratorio, donde no solamente se le dá abasto a la demanda, sino que en muchas de sus tarifas, no paga ni el costo; pero que solamente fué hecho como medida de no creer que la Caja de Seguro era institución extraña al Estado Costarricense. De esta manera, el Seguro obtuvo y seguirá obteniendo, una gran economía y eficacia en los exámenes de sus asegurados.

III).—En cuanto al gasto que le produjo a la Caja estos exámenes, es probable que tengamos algo que aclarar, pues se debió a la alza en el valor global de ellos, por el motivo de que con médicos anteriores, casi todos los asegurados eran enviados a examen a un laboratorio particular, estando debidamente equipado y siendo los servicios más baratos en el Laboratorio del Hospital. Y si algo hubiera comunicado en tiempo la Caja a esta Junta, aún hubiera ido más allá en nuestro afán de servir más barato a esta importante Institución del Estado; pues hubiéramos llegado a contratar por mes todos los exámenes de sus asegurados, por algo menos de lo que actualmente paga, por ejemplo, a un profesional, ahora. Esto lo externamos, para dejar constancia de nuestro deseo de verdadera colaboración sin fines especulativos.

IV).—La censura que se le haría a nuestro Laboratorio sería enorme, si permitiéramos a un bacteriólogo extraño a la Institución, entrar a vista de todo mundo a sacar muestras a los asegurados máxime si tomamos en cuenta la seriedad de quien está al frente de dicho laboratorio, cuyos exámenes no han sido refutados y el Hospital San Rafael es Institución responsable de la correcta in-

tervención médica en sus enfermos con base en esos exámenes. Sabemos que la Caja escoge esos servidores. En este caso no nos referimos a un servidor, sino al Bacteriólogo, el que accidentalmente sea.

V).—Sentimos que la Caja hace mucho tiempo, ha venido dejando de usar los servicios de nuestro laboratorio y han venido muy a menos esos servicios, desde hace mucho tiempo, pero esto, de lo cual ya estábamos enterados, nunca se debió a que nuestro Laboratorio no daba abasto, sino a las razones expuestas en consideración.

VI).—Esta Junta ha colaborado y seguirá colaborando en todo con la Caja de Seguro. Lamentamos solamente que con la creación del Laboratorio de la Caja en Puntarenas, se quitan ingresos que mucha falta le hacen al Hospital San Rafael.

VII).—Para finalizar queremos dejar constancia que en Puntarenas siempre estuvieron coordinados los servicios del Seguro Social y el Hospital San Rafael, en un plano de magnífica colaboración. Que “considera muy importante coordinar servicios” lo cual indica que el señor Director General ha creído que los servicios no estaban coordinados, siendo realmente hasta ahora, que se nos presenta este asunto.

Por las razones expuestas, esta Junta de Protección Social, en defensa de los intereses del Hospital y amparando los del Laboratorio del mismo y los intereses económicos de la Caja, ACUERDA: No permitir la entrada al Hospital a bacteriólogos extraños a la Institución, haciendo incapié que no nos referimos al actual bacteriólogo nombrado por el Seguro”.

Como se puede ver, el acuerdo tomado por la Junta de Protección Social de Puntarenas echa por tierra los esfuerzos que se han venido haciendo para coordinar los servicios del Seguro Social con los del Ministerio de Salubridad Pública y los de las Juntas de Protección Social de todo el país. Se vé claro que en el fondo la Junta de Protección Social de Puntarenas, con un criterio reducido que no alcanzamos a comprender, trata por todos los medios de forzarnos a pagarle las sumas que antes le pagábamos en concepto de exámenes de Laboratorio.

El acuerdo transcrito se fundamenta más que todo en un aspecto económico. La Caja tiene no solamente el derecho sino el deber de buscar la mayor economía en la prestación de sus servicios, sin menoscabo en la eficiencia de los mismos. Y en ejecución de esa política es que procedió a hacer el nombramiento de un Bacteriólogo en Puntarenas.

Algunas de las consideraciones de la Junta resultan incongruentes, puesto que en algunas de ellas se afirma que se nos estaban prestando servicios con base en tarifas que no pagaban ni el costo, y por otra parte se dice que la Caja, al crear su propio Laboratorio, “quita ingresos que mucha falta le hacen al Hospital San Rafael”. Si las tarifas que nosotros pagábamos no cubrían ni el costo del servicio, es lógico pensar que

con la creación de nuestro Laboratorio la Junta se beneficiaría, porque en esa forma ya no volvería a tener pérdidas por nuestra causa.

Las anteriores son observaciones generales que nos ha sugerido el acuerdo tomado por la Junta de Protección Social de Puntarenas; pero en lo que deseamos hacer énfasis es en la circunstancia de que mientras nosotros buscamos la solución de los problemas sociales enfocándolos desde un plano nacional, algunas Instituciones que por su propia naturaleza debieran hacer lo mismo, se empeñan en adoptar actitudes localistas que más bien obstaculizan la solución de aquellos problemas.

Hemos hecho a usted la transcripción del acuerdo comentado, con el fin de que si es posible interponga sus buenos oficios para buscarle una solución al problema planteado por la actitud de la Junta de Protección Social de Puntarenas.

Con las muestras de nuestra más distinguida consideración, nos suscribimos atentamente,

Armando Arauz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.

Igual o parecida situación hemos confrontado en varios lugares y no es raro que de un momento a otro la Junta de Protección Social de Tres Ríos rescinda el contrato que tiene con nosotros para la atención de los asegurados.

Es justo declarar aquí que la Dirección General de Asistencia Médico Social, a cargo del Doctor Fernando Escalante Pradilla, ha estado siempre dispuesta a colaborar ampliamente con la Caja, tanto como mediadora en los conflictos que se nos han presentado con las Juntas de Protección Social, como aconsejando a los personeros de esas mismas entidades una mayor comprensión para la labor que nuestra Institución representa y lleva a cabo en beneficio del país. Esa actitud altamente comprensiva de la Dirección de Asistencia Médico Social, queda clara en reproducir el texto de la nota que a la letra dice:

MINISTERIO DE SALUBRIDAD

DIRECCION GENERAL

ASISTENCIA MEDICO SOCIAL

Nº 2170 - 52.

Sr. Gerente de la Caja
Costarricense de Seguro Social
don Cipriano Güell.
Ciudad.

Junio 23 de 1952.

Muy estimado señor:

Con base en la conversación que en días pasados tuve el agrado de sostener con usted, el señor Director de los Servicios Médicos y el Secretario General de ese Orga-

nismo, me permití someter a la aprobación del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, en sesión del 4 de los corrientes, el acuerdo que a continuación transcribo. Dice

“ARTICULO SEXTO: El Presidente se refiere a la necesidad de estandarizar los servicios médicos que se prestan a la Caja Costarricense de Seguro Social, de acuerdo con las 3 categorías de hospitales y con base en el costo de tales servicios. El costo se determinará en cada caso tomando en cuenta los factores ya establecidos por el Consejo. Hace hincapié en la necesidad de recalcar a las diversas Juntas de Protección Social que la Caja Costarricense de Seguro Social es una Institución del Estado y que los enfermos que atiende son costarricenses como los otros, todo, con el objeto de aclarar suficientemente, que los servicios a la Caja deben ser vendidos al costo. Propone consiguientemente, el envío de una circular a las Juntas de Protección Social en el sentido antes indicado y por otra parte, que se haga atenta solicitud a la Caja Costarricense de Seguro Social, a fin de que se sirva determinar los servicios que desea le sean suministrados por cada tipo de Hospital (A, B y C) con el objeto de uniformar tales servicios en las diversas categorías de Hospitales, pudiéndose obtener así una base para la apreciación de tarifas de costo en los contratos. Finalmente propone el señor Presidente solicitar de las Juntas de Protección Social, así como de la Caja Costarricense de Seguro Social el que dejen en suspenso los contratos actualmente en vigencia con miras a favorecer la revisión que sobre las bases expuestas se proyecta”.

Para dar cumplimiento a lo que el mismo establece y en el supuesto de que merezca la aprobación de ese Organismo, mucho le he de agradecer se sirva suministrarme los respectivos datos.

Con mis gracias anticipadas por la atención que se sirva prestar a la presente, me suscribo, muy atentamente,

(f) Dr. F. Escalante Pradilla,
Director General de Asistencia.

En los últimos tiempos y por circunstancias que no alcanzamos todavía a determinar, el Dr. Pablo Luros, quien visita por parte de Asistencia Pública a las Juntas de Protección Social, ha venido aconsejando a éstas que rescindan los contratos que tienen con la Caja Costarricense de Seguro Social. No estamos en capacidad de juzgar todavía si la actitud del Dr. Luros responde a una nueva política de la Dirección General de Asistencia en relación con la Caja; serán los hechos los que, en cada caso nos digan cuál es la verdad y nos aconsejen la mejor forma de proceder ante lo que, a primera vista, parece una campaña hostil contra la Institución.

Actualmente el Dr. Escalante Pradilla se encuentra empeñado en una labor de unificación y organización de los servicios médicos que prestan las Juntas de Protección Social. Para eso y mediante una reglamentación muy completa, se han clasificado los

hospitales del país en forma tal, que la Caja puede saber con facilidad y en cada caso la clase de servicios que se le pueden ofrecer y tiene al mismo tiempo puntos de referencia adecuados para contratar las estancias necesarias para la curación de los asegurados. En estos momentos, la Dirección de Servicios Médicos estudia la reglamentación que se ha mencionado, para dictar normas generales que permitan ajustar todos los contratos vigentes o que lleguen a firmarse, a esas normas generales.

La política de la Gerencia ha sido amplia en la consideración de las relaciones con las Juntas de Protección Social. En todo momento se ha buscado la forma de coordinar estrechamente los esfuerzos en pro del mejoramiento de los servicios tan similares que se prestan. Pero como ya se dijo antes, en no pocas oportunidades tal actitud no ha surtido efecto alguno. La propia Junta Directiva sabe, porque los dirigió, los esfuerzos que se desplegaron para intentar la coordinación de los servicios nuestros con los del Hospital de Heredia, y sabe también cuál fué la actitud de aquella Junta en este caso: una rotunda negativa.

Todo cuanto queda reseñado es suficiente para que surja la convicción cada día más firme de que la Caja debe necesariamente irse equipando de una red de instalaciones materiales adecuadas en las zonas donde tiene extendidos sus servicios, con el fin de dar sus prestaciones en condiciones óptimas e independientes. De todas maneras, esa ha de ser nuestra máxima aspiración: equiparnos para servir con la máxima eficiencia a los asegurados.

j).—*El caso concreto de la Junta de Protección Social de Turrialba:*

La Ley N^o 41 del 6 de abril de 1943 dice lo siguiente:

AUTORIZACION A LA JUNTA DE PROTECCION SOCIAL DE TURRIALBA
PARA QUE TRASPASE UNA PROPIEDAD A LA CAJA COSTARRICENSE
DE SEGURO SOCIAL

N^o 41

El Congreso, etc., etc.

DECRETA:

Artículo 1^o—A fin de que la Caja Costarricense de Seguro Social se haga cargo, mediante los arreglos del caso, del Hospital "William Allen" de Turrialba y de su pasivo, autorízase a la Junta de Protección Social de aquel cantón a que traspase, en propiedad, a la Caja Costarricense de Seguro Social tal hospital junto con el terreno en que está ubicado, o sea la finca inscrita en el Registro de la Propiedad, Partido de Cartago, Tomo 1142, folio 222, número 40134, asiento 1. Autorízase, asimismo, a que traspase, en propiedad, a la Caja dicha el equipo, mobiliario y menaje del Hospital, con los accesorios que lo completan, instrumentos de cirugía, batería de cocina, laboratorio, botica, (existencias), todo según inventario practicado.

Artículo 2º—La Junta de Protección Social de Turrialba seguirá atendiendo, por su cuenta, a los enfermos pobres de dicho cantón que no sean miembros del Seguro Social.

A tal efecto, la Junta y la Caja, de mutuo acuerdo, fijarán la tarifa por estancia diaria de cada enfermo, y el costo mensual será pagado preferentemente de las rentas que tiene derecho a percibir la Junta de Protección Social. Para evitar demoras en dicho pago y expeditar el procedimiento, la Caja de Seguro Social, por medio de su Tesorería, recibirá directa e íntegramente el importe total de las rentas, hará la liquidación mensual de lo que se le adeude por los servicios expresados y devolverá el saldo, si lo hubiere, a la mayor brevedad, haciéndolo ingresar en la Tesorería de la Junta.

Artículo 3º—Desde la fecha en que la Caja establezca el Seguro de Enfermedad en el cantón de Turrialba, quedará derogado el acuerdo de 23 de abril de 1920 y el de 14 de mayo de 1929 que lo reglamentó; y los finqueros y trabajadores sólo cubrirán las cuotas que fije la Caja.

Artículo 4º—Si las circunstancias lo aconsejaren, la Directiva del Seguro Social y la Junta de Protección Social de Turrialba podrán convenir por el voto unánime de sus miembros, que el Hospital pase a ser de nuevo propiedad de dicha Junta.

Artículo 5º—Esta ley entrará en vigencia el día de su publicación (11 de abril de 1943).

San José, seis de abril de mil novecientos cuarenta y tres.

Como se desprende del texto legal transcrito, el Hospital William Allen de Turrialba pasó a ser propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual sí estaba en capacidad de administrarlo y de dotarlo de todos los recursos técnicos que su funcionamiento requería.

Las rentas de la Junta de Protección Social de Turrialba comenzaron a ser percibidas por la Caja, pero pronto quedó clara la circunstancia de que ellas eran insuficientes para cubrir los gastos que ocasionaba la atención de los enfermos no asegurados o de "caridad" como impropiamente se les llamaba entonces. Los costos de las estancias se encarecieron porque la atención médica proporcionada por la Caja, lo mismo que las condiciones de alimentación y ajuar del Hospital, mejoraron notablemente. También hubo que hacer inversiones para la instalación del equipo indispensable para el funcionamiento del Hospital.

En el mes de enero de 1948, la Caja ordenó a la Sección de Contabilidad que rindiera un informe detallado del estado en que se encontraba la situación económica entre la Institución y la Junta de Protección Social de Turrialba. El informe fué de suma gravedad, ya que a aquella fecha la Junta nos debía la suma de ₡ 228.013.98 (doscientos veintiocho mil trece colones con noventa y ocho céntimos).

Pronto vino la desintegración total de la Junta de Protección Social referida y se planteó de consiguiente el problema de que no quedaba nadie al frente de las funciones de asistencia pública en Turrialba. Por eso la Junta Fundadora de la Segunda República, dictó el siguiente decreto:

LA JUNTA FUNDADORA DE LA SEGUNDA REPUBLICA

Considerando:

1º—Que habiendo sido traspasado a la Caja Costarricense de Seguro Social, por ley Nº 41 del 6 de abril de 1943 el Hospital "William Allen" de Turrialba con los terrenos en que se halla ubicado y todos sus enseres, lo que constituía en realidad la principal fuente de interés de la Junta de Protección Social de la localidad.

2º—Que por tal razón la mencionada Junta se encuentra desintegrada desde hace bastante tiempo, sin que haya sido posible lograr su reíntegración por hacerse difícil la cooperación de los vecinos en las circunstancias especiales mencionadas.

3º—Que por tratarse de la resolución de un caso de emergencia especial y de acuerdo con la Ley Nº 48 de 14 de junio de 1940, y el artículo 409 del Código Sanitario.

DECRETA:

Artículo 1º—Mientras no pueda reorganizarse la Junta de Protección Social del Cantón de Turrialba, el Concejo Administrativo Municipal se hará cargo de la atención y cuidado del Cementerio.

Artículo 2º—La Caja Costarricense de Seguro Social efectuará la recaudación de los impuestos y mandas de beneficencia del lugar, como dispone el artículo 3º de la Ley Nº 41 de 6 de abril de 1943.

Artículo 3º—Esta Ley rige desde su publicación.

Dado en el Salón de Sesiones de la Junta, San José, a los diez días del mes de agosto de mil novecientos cuarenta y nueve. Este Decreto fué aprobado el 10 de agosto de 1949.

El 9 de julio de 1949, un mes antes de que se diera el decreto que se deja inserto, el Ministro de Salubridad Pública, Dr. Blanco Cervantes, había sometido a la Caja la proposición de que ésta se hiciera cargo de la asistencia de los enfermos pobres de Turrialba no asegurados, obligándose el Gobierno a girar a favor de la Caja las sumas destinadas para esa atención en el Presupuesto Nacional y además las que estaban presupuestas para la Junta de Protección Social de Turrialba. La Junta Directiva conoció de la proposición del señor Ministro, y acordó realizar un estudio minucioso sobre los costos de los servicios de beneficencia que presumiblemente habría que asumir y además el monto de las sumas que el Gobierno estaba dispuesto a suplir para el pago de tales servicios. De los estudios realizados vale la pena reproducir el que rindió el Departamento Actuarial y que a la letra dice:

ASUNTO: Proposición del Ministro de Salubridad Pública para que la Caja, en su "Seguro de Enfermedad y Maternidad", asuma en Turrialba el servicio de la Asistencia Pública.

Señor
Gerente de la
Caja Costarricense de
Seguro Social
Don Miguel Angel Dávila U.
S. D.

Señor Gerente:

Fecha 24 de julio del presente, —y con instrucciones de esa Gerencia— el Sr. Secretario General de la CAJA, Don J. A. Fernández R., ha enviado una nota a este Departamento y al Sr. Don Jaime Barrantes B., en la que se nos solicita hacer una revisión del estudio hecho por el Sr. Don Mario Montero S., relativo al posible costo del servicio de asistencia pública en la Sucursal de Turrialba, a fin de que la Junta Directiva entre a considerar una proposición del Ministerio de Salubridad Pública, en la cual propone a la CAJA que ésta asuma la administración del servicio de asistencia pública que se suministra en aquella región por cuenta del citado Ministerio.

Atendiendo a lo anterior, hemos leído y estudiado cuidadosamente la nota del Sr. Ministro y el estudio del Sr. Montero. Para mejor respaldo en nuestra opinión, hemos procedido nuevamente a la estimación del costo posible, aplicando un sistema diferente al usado por el Sr. Montero y fuentes de información también diferentes. El Sr. Montero terminó su estudio estimando un costo total de ₡ 10,626.80 mensuales y el Sr. Ministro parece estar de acuerdo en reconocer a la CAJA, por el citado servicio, ₡ 10,000.00 mensuales. La conclusión nuestra es la de que, equiparando los servicios los que hemos denominado "indigentes", a los servicios que actualmente están otorgándose a los familiares de los asegurados de los cantones de Turrialba y Jiménez, ese costo semestral alcanzaría a ₡ 78,000.00, o sea: ₡ 13,000.00 mensuales.

Algunos detalles y consideraciones apuntaremos, dada la importancia que para nosotros reviste este asunto.

Un ensayo de suma trascendencia dentro de nuestros programas de Seguros Sociales.

En uno de los documentos presentados por el Dr. Arturo Quevedo, delegado de Guatemala ante el "First Inter-American Leadership Institute on Social Security", celebrado en Washington D. C., en junio de 1947, se apunta lo siguiente:

“La finalidad fundamental de la seguridad social se ha ignorado con mucha frecuencia en los llamados “Seguros Sociales” contra las enfermedades. En los sistemas modernos de seguridad social, el “seguro” contra las enfermedades debe ser sustituido en su totalidad por un amplio y bien planeado programa de asistencia social y salubridad pública, orientado hacia el logro de un objetivo básico: proveer de un mínimo de protección para la salud a todos los miembros de la comunidad. . .”

“Cuanto más continuemos pensando en términos de un “seguro” contra las enfermedades, más tiempo nos tomará el encontrar la correcta solución de los problemas muchos que implica el cuidado de la salud de un conglomerado social. . .”

Hasta el momento, en Costa Rica, tan sólo hemos venido actuando en términos de un “seguro” contra las enfermedades incumpliendo esa finalidad fundamental que el Dr. Quevedo menciona y cayendo en la duplicidad de esfuerzos que el Sr. Ministro anota en su comunicación a esta Caja. Claro está que un cambio radical en nuestros sistemas y en lo que podríamos llamar, su filosofía, no sólo viene siendo un problema difícil, sino una tarea peligrosa. Pero, en bien de la colectividad, para lo cual se han establecido los “Seguros Sociales”, no es conveniente dejarnos atar por lo que así parezca, hasta tanto no intentemos ensayos que nos demuestren una cosa u otra: lo posible y lo práctico o lo imposible e impráctico. El señor Ministro de Salubridad Pública, Dr. C. Sáenz H., nos proporciona y facilita la oportunidad de hacer un ensayo de este género en una región donde ya es poco lo que falta por cubrir con el “Seguro de Enfermedad y Maternidad con Asistencia Familiar”. Si la suerte nos llevara a obtener buenos resultados en un ensayo como éste, —el cual irá respaldado en su aspecto económico, por el mismo Ministerio— entonces podríamos entrar a considerar una total modificación en nuestros sistemas protectores de la salud pública y olvidaríamos un poco los términos de “seguro” para entrar con más propiedad al campo de la verdadera seguridad social. Mediante un proceso gradual, con base en estadísticas y cálculos cuidadosos, nuestra obra sería consistente y de positivos resultados.

Cobertura actual y extensión del Seguro de Enfermedad y Maternidad en Turrialba:

La Sucursal de Turrialba atiende en la actualidad, los casos de los asegurados de los Cantones de Turrialba y Jiménez, cuya población total conjunta, se estima en 35,600 habitantes. De éstos se estima que 6,100 son trabajadores asegurados con unos 24,400 familiares dependientes protegidos por el “Seguro Familiar”. Así, el Seguro estará cubriendo alrededor de unos 30,500 habitantes en la actualidad, quedando sin protección, unos 5,100 habitantes. De éstos últimos puede considerarse que unos 2,500 componen el grupo de aquellos que, por sus condiciones económicas, no necesitan de la asistencia pública y el resto de 2,600 el grupo que sí la necesita. Estos 2,600 vendrían a constituir lo que para nuestro estudio llamaremos “indigentes”: personas que dependen de los ser-

vicios que suministra Salubridad Pública y las Juntas de Protección Social, porque no están aseguradas ni pueden financiarse con fondos propios sus necesidades médico-hospitalarias.

Estimación de la frecuencia de casos de "Medicina General y Especial" y Hospitalizaciones" respecto a los "indigentes"

Nuestros "récorde" indican que durante el primer semestre de 1950 se presentaron 6,197 casos que dieron lugar a 8,801 consultas en medicina general y especial, y 16,576 casos de familiares que dieron lugar a 14,986 consultas, también de medicina general y especial. En total: 16,773 casos y 23,787 consultas. Relacionando estas cifras (cuyos detalles pueden consultarse en el ANEXO A) con la población cubierta y aplicando estas relaciones a los 2,600 "indigentes" estimados, llegamos a la conclusión de que la frecuencia de consultas por medicina general y especial durante el semestre, puede estimarse, más o menos, en 2,000. Según el informe del Sr. Montero, quien para sus efectos trabajó con las cifras suministradas por la Unidad Sanitaria de Turrialba, la frecuencia observada durante el año pasado fué de 1,913 por semestre, lo que indica que nuestra estimación puede tomarse como más o menos exacta.

En cuanto a hospitalizaciones, (ver ANEXO B) pueden estimarse las estancias en unas 4,450 por semestre, en números redondos, según datos tomados de los registros que lleva la Secretaría de la Caja, relativos al primer semestre de 1950.

Beneficios y servicios que se otorgará al grupo de los "indigentes"

Los beneficios que la Caja tendría que garantizar a los "indigentes", debe igualarse a los que actualmente se otorga a los familiares: servicios de medicina general, especial y quirúrgica, servicios hospitalarios, servicios de laboratorio y farmacia, servicios de leche modificada (para fines curativos y no alimenticios) y traslados cuando a juicio de los médicos de la Caja, los pacientes requieran trasladarse de un centro médico a otro. Es claro que éstos no gozarán del beneficio de subsidio en dinero, ni tampoco de accesorios médicos, —al menos por ahora—. Por razones de orden humano y porque el Ministerio pagará por ellos, de ninguna manera debe permitirse que exista diferencia, —en cuanto a calidad y atención se refiere— entre los servicios que se presten a los "indigentes" y a los que se preste a los asegurados. Para fines administrativos, estadísticos y de control, conviene que se lleven registros especiales relativos a los casos y costos de los indigentes atendidos, pero, como dijimos antes, en cuanto a calidad y trato, debe procederse tal y como si se tratara de asegurados.

Estimación de Costos:

Tomando como base las cifras que arrojan los libros de la Sección de Contabilidad y los "récorde" estadísticos con que contamos en este Departamento, puede decirse

que el costo promedio por consulta, tomando en cuenta la atención del médico, en medicina general como en medicina especial, más los tratamientos y servicios, p.e., de fisioterapia, electroterapia, Rayos X, servicios oncológicos, tratamientos venereológicos, servicios de dentistería, servicios de farmacia, exámenes de laboratorio y, en fin, el servicio completo, puede estimarse en más o menos ₡ 8.70. Y el costo por estancia, también promediado y en todo el país, incluyendo alojamiento, alimentación y servicios especiales, entre ellos todos los antes citados, como farmacia, laboratorio, etc., etc., puede estimarse, en más o menos, ₡ 13.75. En ambas estimaciones se incluye el costo de administración general, que vendría a constituir el costo indirecto del servicio.

De acuerdo con todo lo anterior, se llega a la conclusión de que, el costo total por semestre, y hasta tanto las actuales condiciones no varíen, tomando como base los datos a la mano y sujetos a posibles revisiones posteriores, puede estimarse de la siguiente manera: por razones de consulta médica y servicios especiales: ₡ 17.400.00; y, por concepto de servicios hospitalarios: ₡ 61.187.50. Así pues, el costo total por semestre sería ₡ 78.587.50. En números redondos y si el Ministerio nos permitiera ocupar el edificio de la Unidad Sanitaria sin cobro alguno, podríamos dejar la anterior suma en ₡ 78.000.00 semestrales, o sean ₡ 13.000.00 mensuales.

Debe quedar muy claro que los servicios de orden sanitario y prevención quedarán siempre a cargo del Ministerio, al menos hasta tanto no coordinemos mejor nuestras actividades con las de ellos y podamos acceder a una mayor amplitud en nuestros servicios.

Posibilidad de que la frecuencia de casos en el futuro exceda a la frecuencia estimada en la actualidad:

Las estimaciones que hemos hecho, con respecto al posible número de casos de consulta y estancias por semestre, como puede comprobarse consultando el estudio del Sr. Montero, coinciden más o menos con las apuntadas en dicho informe, habiéndose servido el Sr. Montero de otros métodos para su estimación y otras fuentes informativas. Eso nos hace creer en la posibilidad de que la frecuencia de casos sea, hasta cierto punto, correcta. Nuestra estimación de costos sí difiere, principalmente en lo relativo a estancias, que el Sr. Montero estimó en ₡ 6.00, —precio actual vigente— y que nosotros estimamos en ₡ 13.75. No obstante, cabe la posibilidad de que, al darse cuenta la gente de que esta clase de servicios han sido asumidos por la CAJA, se manifieste cierta tendencia a abusar de ellos, y ésta, más otras razones dan lugar a creer que la frecuencia de casos, principalmente en consultas, llegue a aumentar. Por esta razón, y porque siempre es muy conveniente hacerlo, —mas en tratándose de un ensayo, como primeramente se dijo— aconsejamos, que, de llegarse a algún acuerdo con el Ministerio de Salubridad Pública, se tomen las providencias del caso para que nuestros compromisos se limiten a períodos que no excedan de un año, con la posibilidad de renovar el contrato cada vez que se pueda y al costo que se estime necesario, bien sea el mismo estimado en esta ocasión, bien sea otro que resulte de futuras revisiones.

Recomendación especial de orden administrativo:

Si bien es cierto que la parte económica de un convenio como éste, es parte importantísima, bien es cierto también que no es todo. Debemos meditar cuidadosamente respecto a nuestras capacidades administrativas, posibilidades materiales y de personal técnico. Respecto a lo primero, sería conveniente que la Gerencia encargara, p.e. a su Asesor Económico Administrativo hacer un estudio sobre ese particular, a fin de que una ampliación como ésta en los servicios, no vaya a acarrear trastornos de graves consecuencias. Es posible que, estudiando bien el caso y tomando las medidas administrativas a su debido tiempo, el sistema, complementado de esta manera, opere fácilmente. Respecto a lo segundo, también podría encargársele al mismo Asesor, un estudio respecto a la capacidad del Hospital William Allen de Turrialba, que es el de la CAJA, y también todo lo concerniente al espacio de las demás oficinas y consultorios de la citada Sucursal, procediendo, al mismo tiempo, al estudio de las posibilidades en lo que a personal médico y administrativo se refiere.

Para los propósitos antes citados, ofrecemos nuestra mayor colaboración y la información estadística con que contamos, que es ya bastante para cuestiones de este género. Podemos informar anticipadamente, que el promedio de consultas alcanza actualmente a 15 por cada hora-médica y que el número de médicos al servicio de la CAJA en Turrialba y Jiménez, es de cuatro. Para atender al aumento de casos, se requeriría, en esta ocasión, al menos 22½ horas médicas más al mes. Como la Unidad Sanitaria quedaría desocupada, sería conveniente pedirle al Sr. Ministro que se la facilite al Seguro Social sin cargo alguno por concepto de alquiler, compensando así la diferencia que dispensamos al dejar el costo en la cifra redonda de ₡ 13.000.00 mensuales.

Una observación más: cuando el Sr. Secretario General pasó la nota a que nos referimos, nos pidió que tuviéramos listo este estudio para dos días después. De momento creímos posible hacerlo con la rapidez que se nos pedía, ya que contamos con los "récores" estadísticos indispensables para establecer las relaciones y obtener los índices necesarios en una estimación de este tipo. Pero luego tuvimos que pedir que se nos concediera un plazo más largo por cuanto datos especiales que la Sección de Contabilidad es la única en llevarlos, no los tenía con la suficiente claridad ni todos completos. Los registros contables han venido mejorando mucho y ya es bastante lo que se ha hecho, pero sería bueno revisar una vez más los procedimientos que en la Contabilidad Patrimonial vienen aplicándose, a fin de lograr un avance más que nos permita obtener la información que se pida en cualquier momento y a la mayor brevedad posible. Queremos dejar bien claro que no se trata de crítica alguna enderezada hacia nadie, ni menos todavía contra el Jefe de la mencionada Sección ni sus subalternos. Nada de eso; simplemente que algo nos falta todavía por hacer para completar el re-ordenamiento ya iniciado para tener nuestros sistemas completos. Especialmente llama la atención los libros auxiliares con los que se quiere controlar los costos por lugar y destino. Así por ejemplo, los auxiliares de la Sucursal de Turrialba, —con los cuales nos tocaba trabajar en esta oportunidad— no fueron lo suficientemente claros en cuanto a lo que se refiere a lo

consumido en la labor de medicina, que es cuestión aparte. Tenemos la impresión de que la culpa no es tanto de la Sección cuanto de la forma en que a la misma se le pasan los respectivos comprobantes de cargo y descargo. Repetimos: es una simple observación que hacemos con el deseo de que se le preste atención al asunto y avancemos un poco más en este aspecto.

Finalmente repetimos que debemos tomar esta ampliación como un ensayo y que sería bueno hacerla, aprovechando la oportunidad que nos brinda el Sr. Ministro Sáenz H., porque éste nos diría si es posible o no cambiar radicalmente de sistema, romper estos límites en que nos encierra el término "seguro" y entrar a practicar verdaderos principios de seguridad social que permitan una más conveniente flexibilidad y resultados más positivos que no debemos darle carácter de permanente a una ampliación tal, sino que debe hacerse la advertencia a su debido tiempo y comprometernos por un plazo de seis meses o un año, pero no más; que si los resultados nos indicaran la posibilidad de seguir en esto, podríamos hacerlo, y cuando hayamos probado y comprobado que el sistema es práctico y provechoso, intentar entonces darle carácter de permanente y definitivo. Sería conveniente que una Comisión nombrada por la Gerencia, se trasladara a Turrialba, al menos por un día, con algún delegado del Ministerio de Salubridad Pública a fin de prever ahí mismo cualquier inconveniente que pueda llegarse a presentar.

Con las muestras de nuestra más alta consideración, nos suscribimos del Señor Gerente, una vez más, sus muy Attos. y Ss. Ss.,

DEPARTAMENTO ACTUARIAL Y ESTADÍSTICO

(f) *Alvaro Vindas*
Jefe.

28 de julio de 1950

ANEXO A.

CASOS ATENDIDOS EN SUCURSAL TURRIALBA

Primer Semestre de 1950

MES	DIRECTOS			FAMILIARES			TOTALES			HORAS MÉDICAS	PROMEDIO DE CASOS POR HORA
	Nuevos	Tratam.	Total	Nuevos	Tratam.	Total	Nuevos	Tratam.	Total		
Enero	1.029	450	1.479	1.612	653	2.265	2.641	1.103	3.744	284	13
Febrero	825	401	1.226	1.391	620	2.011	2.216	1.021	3.237	226	14
Marzo	949	364	1.313	1.694	761	2.455	2.643	1.125	3.768	303	12
Abril	954	360	1.314	1.657	674	2.331	2.611	1.034	3.645	226	16
Mayo	1.421	541	1.962	2.407	878	3.285	3.828	1.419	5.247	301.5	17
Junio	1.019	488	1.507	1.815	824	2.639	2.834	1.312	4.146	276.5	15
Sumas	6.197	2.604	8.801	10.575	4.410	14.986	16.773	7.014	23.787	1.617	15
Promedio Mensual.....	1.033	434	1.467	1.763	735	2.498	2.796	1.169	3.965	270	15

SUCURSAL DE TURRIALBA

NUMERO DE PACIENTES Y ESTANCIAS DE BENEFICENCIA EN EL HOSPITAL

Primer Semestre de 1950

M E S	ENFERMEDAD		MATERNIDAD	
	Pacientes	Estancias	Pacientes	Estancias
Enero	46	529	28	314
Febrero	41	531	30	276
Marzo	52	457	41	318
Abril	38	452	35	296
Mayo	53	418	26	243
Junio	39	365	28	257
<i>Sumas</i>	269	2.752	188	1.704
Promedio Mensual	45	459	31	284

Estos estudios se estaban realizando en julio de 1950, cuando ya había transcurrido más de un año de que la Caja había asumido el control del Hospital de Turrialba. La insuficiencia de las rentas que se percibían para la atención de aquel centro hospitalario iba creando cada vez una deuda a favor de la Caja y entonces la Gerencia, contestando las sugerencias del Ministerio de Salubridad Pública para que se hiciese cargo de la atención de los enfermos no asegurados, envió la siguiente nota:

Nº 2653 - 50.

4 de agosto de 1950.

Sr. Dr.

Don Carlos Sáenz Herrera,
Ministro de Salubridad Pública,

S. D.

Señor Ministro:

Por varios años la Caja ha venido prestando a la Junta de Protección Social de Turrialba, servicios de asistencia pública que oscilan mensualmente entre cuatro y seis mil colones, sin otra compensación que varios giros entregados por esta entidad a la Caja, de un monto global de ₡ 1.050.00 al mes. Ese crédito en contra de la Junta de Protección

Social de Turrialba asciende, al 30 de junio pasado, a la sumamente crecida cantidad de ₡ 205.353.93, y la cual iría en aumento de no llegarse a un arreglo con la entidad correspondiente.

Lo anteriormente expuesto me mueve a pedirle, muy atentamente, que traslade el conocimiento de esta cuestión al Consejo Nacional de Hospitales y que pueda llegarse a un acuerdo mediante el cual la Caja pueda ir reduciendo su acreencia con el producto de abonos convencionales que íntegramente se invertirían en ampliaciones y mejoras del Hospital de Turrialba. De esa manera, habría posibilidad de ampliar y mejorar los servicios hospitalarios para asegurados, pacientes de asistencia pública y pensionados de la mencionada localidad.

Me parece oportuno recordarle que el arreglo propuesto por usted y tendiente a que la Caja atienda los Servicios de Asistencia Pública en los cantones de Turrialba y Jiménez, sólo podría ser factible a base de una ampliación de nuestras facilidades hospitalarias en Turrialba, cosa que sólo hemos logrado en parte por tener que distribuir nuestros recursos en diversas localidades del país.

No dudo, señor Ministro, que usted no solamente ve las razones que nos asisten para pedir el arreglo a que se ha hecho referencia, sino también el mutuo beneficio que tanto el Ministerio de su digno cargo como la Caja derivarían de un acuerdo como el propuesto en líneas generales.

Anticipo a usted las gracias por su atención a este asunto, y me suscribo muy atento y seguro servidor,

Miguel A. Dávila,
Gerente.

Como se ve, la Caja insiste en que se le pague la suma que se ha ido acumulando por la prestación de servicios de asistencia pública. El Ministerio sometió el asunto al Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, el cual tomó el acuerdo que seguidamente se transcribe:

Nº B. 3538

San José, 16 de setiembre de 1950.

Señor
Profesor don Miguel A. Dávila,
Gerente de la Caja Costarricense de
Seguro Social, Apartado 1317,
Ciudad.

Muy estimado señor Gerente:

Al referirme a su atento oficio Nº 2653-50 de fecha 4 de agosto próximo pasado, me permito transcribirle la nota que al respecto me dirigió el señor Director General de Asistencia Médico-Social. Dice así:

"...Nº 2980 —setiembre 14 de 1950—. Sr. Ministro de Salubridad Pública, Dr. C. Sáenz Herrera, S. D. Estimado señor Ministro: Cúmpleme transcribir a Ud. el acuerdo tomado por el Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, en sesión celebrada el 30 de agosto ppdo., en relación con la situación planteada a su Despacho por el señor Gerente de la Caja C. de Seguro Social, con respecto a los servicios prestados a la Junta de Protección Social de Turrialba. Dice así:

"...Finalmente y considerando que la situación creada en relación con el Hospital "William Allen" de Turrialba es consecuencia de una disposición de la Asamblea Legislativa (Ley Nº 41 de 6 de abril, 1943), en la cual se estableció la obligación para la Junta de Protección Social de Turrialba a atender los enfermos pobres no asegurados, sin asignársele paralelamente rentas suficientes para hacerle frente a esta obligación, lo que ha determinado la deuda de la referida Junta para la Caja C. de Seguro Social a que se refiere la comunicación del Gerente de esa Institución al señor Ministro de Salubridad, de 4 de agosto ppdo., es opinión de los presentes que el pago de la deuda en referencia corresponde exclusivamente al Estado. Sin embargo, el Consejo ofrece a la Caja C. de Seguro Social conocer en definitiva de este asunto, para lo cual se encarga a la Dirección General de Asistencia el proceder a la recopilación más completa posible de los mismos e informar oportunamente".

Dejo así contestado su atento oficio Nº B 3103 de 16 de agosto ppdo. devolviéndole adjunto el que dirigiera a Ud. el señor Gerente de la Caja C. de Seguro Social.

Con toda consideración, me suscribo del señor Ministro, muy atentamente, (firma) Dr. Fernando Escalante P., Director General de Asistencia...".

Del señor Gerente, con la mayor consideración, atento servidor,

C. Sáenz Herrera,
Ministro de Salubridad Pública.

La Caja puso en todo momento a disposición de la Dirección General de Asistencia los estudios, correspondencia y datos que ella pudiera necesitar para solucionar el grave problema planteado en Turrialba. Y mientras aquella Dirección estudiaba el problema, la deuda se iba acrecentando día a día.

En enero de 1952, la Gerencia recibió una propuesta concreta firmada por el Director General de Asistencia, por medio de la cual se buscaba solucionar de una vez la situación que venimos reseñando. Se trataba de una proposición para que se firmara un contrato entre la Caja y la Dirección General de Asistencia, en el cual se regulara pormenorizadamente la forma en que la Caja iba a prestar los servicios de asistencia pública en Turrialba, y las sumas de dinero que iba a recibir por tal concepto.

El proyecto de contrato fué estudiado detenidamente y finalmente se firmó quedando redactado en la siguiente forma:

Entre nosotros, FERNANDO ESCALANTE PRADILLA, Presidente y en representación del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, designado más adelante "el Consejo", y CIPRIANO GUELL PARTEGAS, Gerente y en representación de la Caja Costarricense de Seguro Social, designado más adelante "La Caja", debidamente autorizados para este acto, convenimos en celebrar el siguiente contrato, el cual entrará en vigencia a partir del primero de enero de mil novecientos cincuenta y dos.

1º—EL PROBLEMA: La insuficiencia en las entradas que percibe la Caja en el cantón de Turrialba, por cuenta de la Junta de Protección Social de ese lugar, para atender a los enfermos de beneficencia de la localidad.

2º—EL OBJETIVO: La ayuda económica a la Caja, por parte del Consejo, para la debida atención hospitalaria de dichos enfermos.

3º—PLAN A SEGUIR: La Caja seguirá recibiendo las entradas pertenecientes a la Junta, tal y como lo disponen las leyes N° 41 de 6 de abril de 1943 y N° 642 de 10 de agosto de 1949. Al final de cada año la Caja hará un finiquito de las entradas y salidas que haya tenido por este concepto, obligándose a devolver al Consejo, dentro de los sesenta días siguientes, la suma de más que resulte del mismo finiquito; en caso contrario el Consejo se obliga a reconocer, bajo las mismas condiciones, la diferencia que resultare a favor de la Caja; para este efecto ambas partes convienen en que la suma que tuviere que devolverse se liquide, en el caso eventual, por los trámites de ejecución de sentencia. El presente contrato estará en vigencia por el término de un año a partir de esta fecha, prorrogable de común acuerdo de las partes.

4º—FINANCIACION: De acuerdo con lo resuelto en sesión celebrada el treinta de enero próximo pasado, el Consejo conviene en entregar a la Caja la suma de cuatro mil colones mensuales, de los fondos del 7% del producto neto de la Lotería Nacional, destinados exclusivamente a los fines y bajo las condiciones del presente contrato.

5º—RESPONSABILIDADES: La falta de cumplimiento de este contrato dará derecho a las partes a pedir su resolución y a exigir el pago de los daños y perjuicios respectivos.

En fe de lo cual, y debidamente entendidos del valor y trascendencia legales de este contrato, lo aprobamos, y todos firmamos en la ciudad de San José, a los veinticinco días del mes de febrero de mil novecientos cincuenta y dos.

Fernando Escalante Pradilla.

Cipriano Güell P.

Como se ve, se arregló la situación futura, pero el déficit acumulado hasta la fecha de la firma del contrato, quedó pendiente. Por eso la Gerencia creyó del caso enviar al Ministerio de Hacienda, una nota haciendo una gestión cobratoria ante el Estado y detallando la deuda que se cobraba en forma completa. Esa nota dice lo siguiente:

Nº 742 - 52.

21 de abril de 1952.

Sr. don Alfredo E. Hernández,
Ministro de Hacienda,
S. D.

Estimado señor Ministro:

Me permito adjuntar a la presente una cuenta a cargo del Ministerio de Salubridad, por atenciones a indigentes de Turrialba en nuestro Hospital de aquella ciudad, la cual arroja un saldo a favor de la Caja de ₡ 260.185.43, cerrado al 31 de diciembre de 1951.

La historia de dicha cuenta, es la siguiente: desde 1943, al ser adquirido por la Caja el dicho Hospital, a instancias de la entonces Junta de Protección Social de Turrialba por cuanto tenía déficit en el movimiento, se convino en que el Seguro Social se hiciera cargo de la asistencia a los enfermos de Beneficiencia, cobrando por ello el costo de la asistencia que se fijó, en aquel entonces —y aún no se ha variado su valor—, en ₡ 6.00 por estancia. La Junta cedió a la Caja las rentas que le correspondían, y ella pasaba periódicamente un estado de la cuenta para que se le pagara la diferencia a su favor que siempre arrojaba. La Junta de Protección Social dejó de existir y la carga siguió para la Caja. Desde entonces se enviaron las cuentas al Ministerio de Salubridad, y constantemente se ofreció arreglar la situación sin llegarse a ello. Hay que advertir que cuando se distribuyó el rendimiento de la Lotería, no se tomó en consideración al Hospital de Turrialba.

En vista, pues, de que no se conseguía una solución definitiva, a fines del año pasado se conversó con el señor Jefe de la Dirección General de Asistencia Médico-Social y se convino en lo siguiente: desde el 1º de enero del año en curso, la Dirección dicha entregará a la Caja la cantidad de ₡ 4.000.00 mensuales que los tomará de la renta de la Lotería y así se está haciendo; periódicamente se hará una liquidación y las partes están comprometidas a devolverse cualesquiera diferencia que se presente a favor de una u otra. Eso en cuanto a la actualidad. Respecto a la situación anterior al 31 de diciembre de 1951, la Dirección General de Asistencia Médico-Social nos manifestó que correspondía arreglarla al Ministerio a su digno cargo. Ese es el motivo de enviar a Ud. la cuenta en referencia, y se hace con la súplica muy cortés de rogarle, que de acuerdo con el Ministerio de Salubridad, se busque la forma de que nos sea cubierta la suma en descubierto de ₡ 260.185.43 a nuestro favor, que viene produciéndose desde 1943.

De usted atento y seguro servidor,

Cipriano Güell P.
Gerente.

El Ministerio sometió el asunto a la Procuraduría General de la República a fin de obtener un pronunciamiento de aquella Dependencia y así orientar la conducta que

se seguiría en relación con el cobro de la Caja. Desgraciadamente, la opinión del señor Procurador de Trabajo de la Procuraduría fué adversa a nuestra tesis, pues este funcionario se pronunció en los siguientes términos:

"No cree este Despacho que proceda legalmente el reclamo que formula la Caja Costarricense de Seguro Social. En efecto, conforme a la Ley N^o 41 de 6 de abril de 1943 que se adjunta en los antecedentes, ella convino con la Junta de Protección Social de Turrialba en la atención de tales enfermos pagándoselos de su propia mano de las rentas de la Junta de Protección. No se expresa, por otra parte, que el valor del Hospital William Allen que fué traspasado a la Caja del Seguro y que era propiedad de la Junta, representa una suma mucho mayor que la reclamada aquí por la Caja.

De todas maneras, la Junta de Protección Social de Turrialba, como todas las Juntas, tiene asignadas sus rentas especiales por medio de leyes, y esas rentas eran conocidas a la hora del acuerdo entre la Caja y la Junta. Si se hizo un cálculo malo y no alcanzaron las rentas no nos parece que la culpa sea del Estado o que éste deba pagar la cantidad reclamada a la Caja de Seguro Social.

Conforme a la ley citada la Caja vino a hacerse cargo del pasivo de la Junta en su totalidad, conforme se expresa en el artículo 1^o de la Ley N^o 41 citada y convino en cobrar una determinada suma por estancia de las rentas de la Junta, las cuales, para mayor seguridad administró la Caja.

Por otra parte, las Juntas de Protección, como organismos, solamente tienen la vigilancia del Estado en cuanto a presupuestos se refiere por medio de la Dirección General de Asistencia y Protección Social, siendo, en lo demás independientes, y organizadas para el servicio público, por un afán de caridad muy loable. Los bienes de la Junta, entre los que están incluidos sus rentas, deben ser lo que respondan en primer término a la deuda que reclama la Caja del Seguro, y como éstos, posiblemente, incluyendo el valor del Hospital, alcancen y aún sobren para hacerse pago, es a ellos a los que a nuestro entender debe recurrir la Caja.

De todas maneras, consideramos que sin la intervención de la Cámara Legislativa en este pago, el Ejecutivo no podría pagar bien, ya que se trata de dos Instituciones del Estado, que por su propia voluntad convinieron en un estado de cosas, convenio que se vino a plasmar en una ley y solamente por medio de otra ley podría zanjarse la dificultad.

No encontramos, pues, viable el reclamo administrativo de la deuda, ni su pago, puesto que si el Estado debe pagar en última instancia la deficiencia que dejaron las rentas de la Junta, tiene que hacerlo autorizado mediante una ley especial".

Desde el momento en que se recibió la transcripción que del anterior documento

hizo a la Caja el señor Ministro de Economía y Hacienda, ha sido especial empeño el nuestro el de buscar toda la documentación que ha mediado alrededor de este caso, a fin de recopilarla y presentarla oportunamente ante quien corresponda. La vista de todos los documentos nos afirma cada día en la creencia de que la reclamación es completamente justa, y que una acción judicial cobratoria prosperaría sin mayores dificultades. Una vez que tengamos la documentación completa, la enviaremos a estudio de nuestra Sección Legal para que ella sea la que indique el mejor camino a seguir.

En relación con las gestiones que se han venido haciendo para cobrar la suma que nos adeuda el Estado, en ausencia de la Junta de Protección Social de Turrialba, cuyas funciones asumió oportunamente aquél, debemos manifestar que nosotros siempre hemos procedido con la convicción de que debemos, por todos los medios a nuestro alcance, recuperar los dineros que se han invertido, por una u otra razón, en personas no aseguradas. Y ese empeño encuentra mayor justificación en el caso de Turrialba, en que tenemos a nuestro cargo un hospital en el que ha habido que invertir fuertes sumas de dinero para acondicionarlo para el servicio, y en el cual habrá que gastar todavía mucho para ponerlo a la altura que requiera la atención de nuestros asegurados. Si lográramos recuperar el dinero que se nos adeuda, es posible hasta que se pensara en emprender la construcción de un hospital nuevo en aquella zona, en que nuestros servicios tienen una intensidad cada día más grande y donde la población asegurada es muy considerable.

Es posible que en el año de 1953, se llegue a una solución del problema que se deja reseñado, para lo cual contamos con la favorable actitud que día a día viene mostrando hacia la Caja el Poder Ejecutivo.

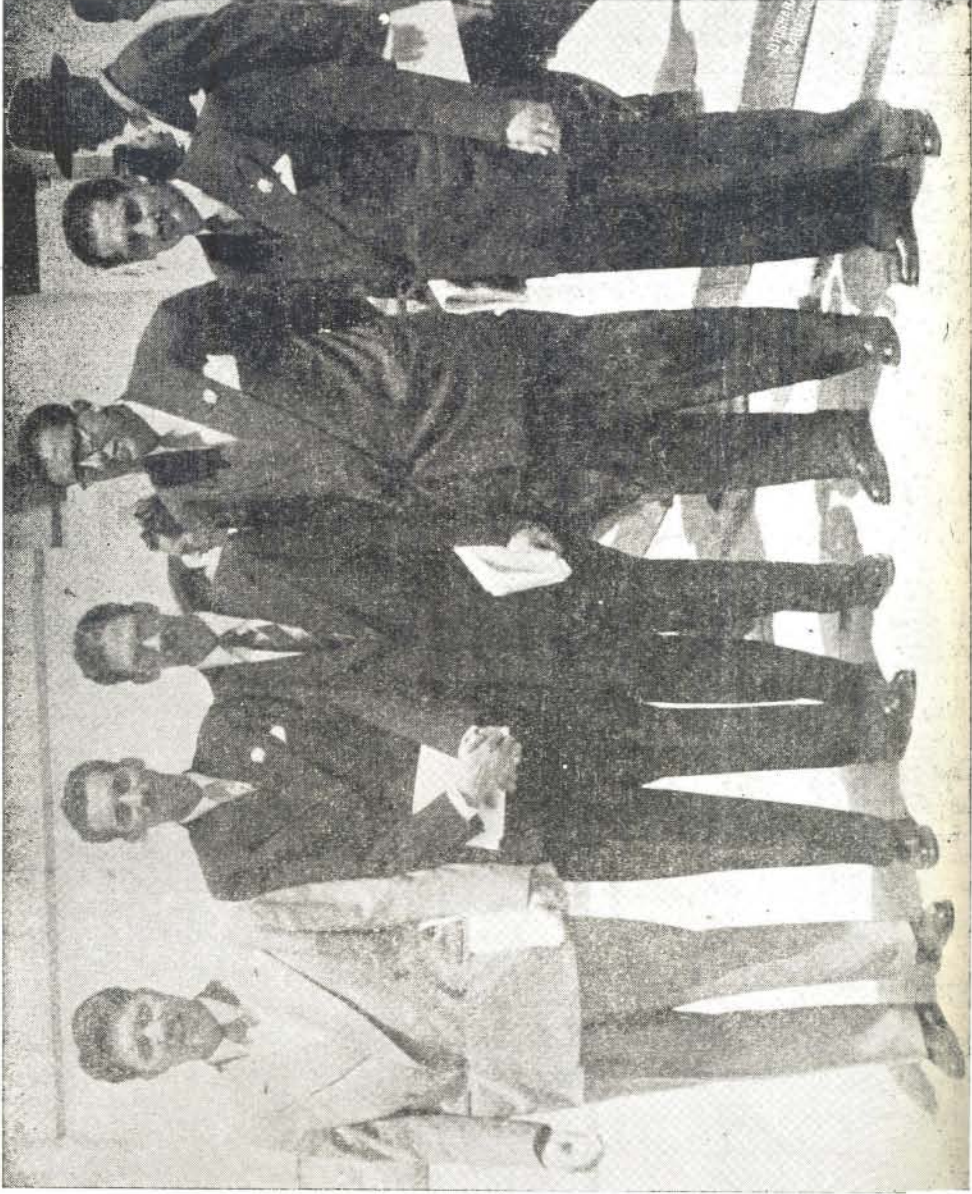
k).—*Participación de la Caja en Eventos Internacionales:*

La Caja ha dado especial atención a las relaciones con los organismos internacionales de Seguridad Social, pues se considera de gran importancia el intercambio de ideas sobre una materia que en todo el mundo se está consolidando y adquiriendo todos los días aspectos de suyo interesantes.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

En marzo de 1952 se verificó en México la Cuarta Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, organismo al cual está afiliado el Gobierno de Costa Rica y también la Caja Costarricense de Seguro Social.

La delegación de Costa Rica a este importante evento internacional estuvo compuesta por el Embajador de nuestro país en México, Lic. Emilio Valverde Vega, quien la presidió, y por las siguientes personas: don Claudio González Quirós, representante obrero en la Junta Directiva de la Caja, Lic. Jorge Brenes Cedeño, Sub-Gerente de la Institución, Lic. Gastón Guardia Uribe, Jefe de la Sección Legal, Lic. Armando Arauz Aguilar, a la sazón haciendo un curso de especialización en México, becado por la Ofi-



Delegación de Costa Rica a la IV Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en la ciudad de México en marzo de 1952. De izquierda a derecha: Lic. Fernando Zumbado B., Actuario del Instituto Nacional de Seguros; Lic. Armando Strauz Aguilar, a la sazón en México haciendo estudios sobre Seguridad Social; don Claudio González Quiros, representante obrero en la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social; Lic. Jorge Brenes Cedeno, Sub-Gerente de la Caja, y Lic. Gastón Guardia Uribe, Jefe de la Sección Legal de la Institución. Faltó en la fotografía el Lic. Emilio Palverde Tejada, Embajador de Costa Rica en México, quien presidia la Delegación

cina Internacional del Trabajo y Lic. Fernando Zumbado Berry, Actuario del Instituto Nacional de Seguros.

La delegación participó activamente en todas las sesiones plenarias y en las comisiones que se formaron para ahondar en el estudio de todos y cada uno de los puntos del temario.

Es bueno advertir que en esa conferencia, nuestros delegados se pudieron dar cuenta de que el sistema de Seguridad Social de Costa Rica marcha junto al de los países más avanzados en la materia. Esto, indudablemente, debe ser motivo de especial satisfacción para todos. A su regreso la delegación rindió el siguiente informe:

Señor Lic.

Don Fernando Lara Bustamante,
Ministro de Relaciones Exteriores.
Pte.

Señor Ministro:

Mis compañeros de delegación a la IV REUNION DE LA CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, celebrada en la Ciudad de México en el período comprendido dentro del 24 de marzo y el 8 de abril de 1952, Licenciados Gastón Guardia Uribe, Armando Arauz Aguilar, Don Claudio González Quirós y don Fernando Zumbado R., me encargan hacer a usted una breve relación de los hechos de mayor importancia ocurridos en el curso de la citada reunión. Gustosamente cumplo con lo encargado y a la vez con la circular N° 2547 del Ministerio a su digno cargo.

El temario fijado para la IV Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, comprendió los siguientes puntos:

- I.—Informe del Secretario General.
- II.—Extensión del Seguro Social a los trabajadores del campo.
- III.—Prestaciones Familiares Generales.
- IV.—Problemas Médicos y Farmacéuticos del Seguro Social.
- V.—Discusión Preliminar de una terminología de la Seguridad Social.

En nombre de la Delegación de Costa Rica el Licenciado Armando Arauz Aguilar, en la segunda Asamblea Plenaria realizada el 26 de marzo comentó el informe del Secretario General.

En la Comisión Técnica relativa a la extensión del Seguro Social a los trabajadores del campo, participaron los delegados de Costa Rica Claudio González Q., Fernando Zumbado B. y el suscrito. La Delegación de Costa Rica en esta Comisión Técnica tuvo una activa participación y la valiosa experiencia de nuestro país en esta materia fué reconocida por los delegados de diferentes países americanos.

En la Comisión Técnica encargada del problema de las Prestaciones Familiares Generales participaron los Delegados de Costa Rica Licenciados Gastón Guardia U. y Armando Arauz Aguilar, en forma también muy amplia, por existir en nuestro país en algunas de las regiones protegidas por el Seguro Social, prestaciones a los familiares de los asegurados.

La participación de la Delegación de Costa Rica en la Comisión Técnica que estudió los problemas Médicos y Farmacéuticos de la Seguridad Social fué bastante pequeña, por cuanto el trabajo en las otras comisiones prácticamente consumía todo nuestro tiempo. Además de eso, en muchos aspectos era indispensable la participación de un profesional médico, con lo cual no contaba la delegación acreditada a esta Conferencia.

En el V punto del Orden del Día, Discusión Preliminar de una Terminología de la Seguridad Social, participó nuestro delegado Lic. Armando Arauz Aguilar.

Las resoluciones finales son las siguientes:

RESOLUCIONES Y DECISIONES DE TRABAJO SOBRE LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DIA.

I

EXTENSION DEL SEGURO A LOS TRABAJADORES DEL CAMPO

Recomendaciones a los Gobiernos de los Países Americanos:

- 1ª—“Que con el objeto de mejorar las condiciones de vida y trabajo del campesino y de la población rural, adopten medidas de seguridad social de orden educativo, sanitario y económico, encauzando las actividades del Estado y las de los particulares hacia tales fines”.
- 2ª—“Que entre las medidas de Seguridad Social cuya adopción se reputa aconsejable, se proceda a implantar el seguro social en beneficio de los trabajadores del campo, procurando que su extensión se ajuste a las condiciones demográficas, sociales y económicas de cada país”.
- 3ª—“Que la aplicación del seguro social en favor de los trabajadores del campo, responda a estudios previos, se desarrolle en forma escalafonada y coadyuve a su protección integral”.
- 4ª—“Que el primer paso en la aplicación del seguro social al campo, lo constituya preferentemente la protección de los riesgos de enfermedad y maternidad”.
- 5ª—“Que la financiación del seguro social aplicado al campo, se establezca a base contributiva de los diversos elementos interesados en la producción agrícola, incluyéndose en el grado que sea necesario la participación estatal”.

5º—“Que de acuerdo con los principios de solidaridad, el seguro social aplicado al campo, forme una unidad financiera técnica y administrativa con el seguro social de los trabajadores urbanos”.

7º—“Que dentro de las funciones posibles del seguro social aplicado al campo, se considere de capital importancia la función preventiva y que se centralice el control de las actividades del seguro y se descentralice la aplicación de sus funciones”.

8º—“Sin perjuicio de las recomendaciones anteriores acerca de la extensión del seguro social a los trabajadores del campo, los países americanos podrán usar otros sistemas para la protección de los trabajadores agrícolas, procurando ajustarlos a los principios que inspiran las recomendaciones precedentes”.

II

PRESTACIONES FAMILIARES GENERALES

Conclusiones:

- I.—Los Estados americanos deberían instituir sistemas de prestaciones familiares o ampliar los ya existentes, coordinándolos con todas las formas de actividad tendientes a la protección integral de la familia.
- I.—Cada Estado, de acuerdo con sus propias condiciones económicas, sociales y demográficas, debe determinar el grado, la forma y el orden en que habrá de implantarse esa protección.
- III.—Se recomienda que los Estados americanos estudien la conveniencia de concertar tratados de reciprocidad, en lo que se refiere a las prestaciones familiares y esta recomendación se dirige fundamentalmente a los países que tengan fronteras comunes.

III

PROBLEMAS MEDICOS Y FARMACEUTICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Decisiones de trabajos

- 1º—La experiencia adquirida por las instituciones de seguridad social de los países americanos, sobre las prestaciones médicas impartidas con servicios propios, demuestra de una manera acabada y terminante que es la más eficaz, eco-

nómica y responsable; permite por otra parte, la formación de bioestadísticas, la uniformidad en las prestaciones y el control técnico de las mismas.

Los servicios contratados se aceptarán únicamente cuando por motivos especiales no se puedan impartir los propios.

Los servicios médicos de las Instituciones se coordinarán con los servicios oficiales de salud pública para la prestación de los servicios de medicina preventiva y con los mismos o con instituciones particulares de tipo nacional, para campañas específicas de esa naturaleza (lucha contra la tuberculosis, venéreas, etc).

2ª—Considerando que las instituciones de seguridad social por sus altas finalidades inician y sustentan una nueva modalidad en el ejercicio de la medicina; considerando que esta modalidad imprime características peculiares al mismo servicio tanto en los aspectos técnicos como en las exigencias deontológicas; considerando que para cubrir fielmente los compromisos con los derechohabientes, las instituciones de seguridad social necesitan satisfacer la exigencia irrenunciable de servirse de un personal idóneo y específicamente preparado: se recomienda que las instituciones de seguridad social emprendan una campaña para incrementar su influencia desde la iniciación profesional del médico y del personal técnico auxiliar dirigida a dar orientación social a los estudios médicos y afines.

3ª—Considerando que las buenas relaciones entre los médicos y las instituciones de seguridad social son necesarias para el incremento y conservación de la salud de los derechohabientes; considerando que por la amplitud de su radio de acción, la seguridad social debe hacerse responsable de la evolución ascendente de los progresos de la medicina; se propone que la política médica de las instituciones de seguridad social se oriente a la búsqueda de todos los estímulos que hagan del profesional el mejor intérprete de sus finalidades y el mejor aliado para la realización de las mismas.

Para tal propósito deberán garantizarse a los médicos los siguientes aspectos:

I.—Selección rigurosa.

II.—Contratación especial de acuerdo con la organización técnica de las instituciones.

III.—Remuneración justa y protección social del profesional.

IV.—Supervigilancia técnica de las actividades profesionales.

V.—Mejoramiento técnico, a base de la práctica de la medicina, de alto nivel científico, con estímulos para el perfeccionamiento del profesional, tales como: equipos, biblioteca, investigación científica, becas, etc.

VI.—Garantía de estabilidad, de acuerdo con la contratación y sobre la base de eficiencia y cumplimiento.

VII.—Incremento de la confianza de los derechohabientes en las atenciones médicas del seguro y en los facultativos que las prodigan.

- 4ª—Considerando que las instituciones de seguridad social realizan sus prestaciones sin fines de lucro y sobre la parte efectiva de una población, se comprende la necesidad de velar no solamente por la salud sino por la capacidad productiva del sujeto. En tal virtud, se recomienda a todas las Instituciones que intensifiquen sus actividades de recuperación, en los aspectos de reeducación, reorientación y rehabilitación profesionales. Se propone que la Secretaría General coordine las actividades de los distintos países, para formular un plan mínimo de normas, orientador y encauzador de estos servicios.
- 5ª—Se encarece la importancia que tiene para las Instituciones la organización y mantenimiento de los archivos clínicos. Para que se obtenga de ellos el máximo de beneficios, se recomienda la unificación de la terminología médica y la unificación en los métodos de bioestadísticas. La Secretaria General de la Conferencia se encargará igualmente de coordinar las actividades de las diversas Instituciones para lograr a la mayor brevedad posible, los fines antes mencionados.
- 6ª—La experiencia recogida en los diferentes países de América, en el campo de la seguridad social, pone de relieve la necesidad imperiosa de buscar la coordinación adecuada entre las instituciones de seguridad social del Continente. Se recomienda estudiar un programa mínimo de intercambio, que de momento puede iniciarse con éxito por medio de la concesión de becas, que otorguen los organismos internacionales, los gobiernos y las instituciones de seguridad social.
- 7ª—Teniendo en cuenta las actividades tan importantes que en el campo de la Medicina del Trabajo desarrollan las instituciones de seguridad social, se recomienda la creación de servicios especializados en esa materia, con personal técnico preparado que se encargue en forma específica de estudiar todos los problemas que con aquélla se relacionen.
- 8ª—La experiencia recogida en los países de América, permite afirmar la necesidad de que todas las instituciones de seguridad social dispongan de un "cuadro básico de medicamentos", "arsenal farmacológico" "formulario standar" completo, sencillo, suficientemente elástico y de observancia obligatoria. Acorde con este cuadro se darán en cada país las normas principales que deban adoptarse para dar preferencia al uso de las fórmulas magistrales.
- 9ª—Con el fin de lograr el mejor éxito de los tratamientos en las instituciones de seguridad social, se recomienda el planeamiento de una campaña orientada a sistematizar en lo posible los métodos diagnósticos y terapéuticos.

- 10ª—La experiencia de las instituciones de seguridad social pone de manifiesto las ventajas que las mismas obtienen con la elaboración de sus medicinas, por lo que permite recomendar la creación de sus propios laboratorios de producción cuando las necesidades de consumo lo ameriten.
- 11ª—Teniendo en cuenta los elevados costos de las medicinas y la necesidad de su mejor aprovechamiento, se recomienda que las Instituciones pongan el mayor cuidado en la vigilancia de la utilización de los medicamentos prescritos.
- 12ª—En la política de prestación de servicios se recomienda que las instituciones de seguridad social utilicen farmacias propias en las mismas unidades encargadas de impartir servicios médicos.
- 13ª—Considerando las ventajas que existen en la denominación de los medicamentos por su nombre genérico científico, en vez de nombres comerciales de éstos, se recomienda en lo posible la primera denominación en las prescripciones y la codificación adecuada de esos productos en los almacenes y farmacias propias del Seguro Social.
- 14ª—Esta Comisión considera de sumo interés que la Secretaría General continúe el estudio de los problemas médicos y farmacéuticos de la seguridad social en los distintos países americanos, en colaboración con éstos, ya que son problemas de la más alta importancia para la consolidación del prestigio de las instituciones de seguridad social en tierras americanas.

IV

DISCUSION PRELIMINAR DE UNA TERMINOLOGIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Recomendaciones y orientaciones que debe tomar en cuenta el plan de trabajo que formule la Secretaría General para elaborar una nomenclatura sobre Seguridad Social:

- I.—La Comisión parte de la afirmación de que es precisa una terminología de seguridad social.
- II.—La Comisión considera como propósito final la elaboración de una nomenclatura completa de seguridad social.
- III.—La Comisión considera que la reducción de la nomenclatura de seguridad social ha de hacerse simultáneamente en los idiomas oficiales aprobados por la Conferencia, esto es, español, portugués, inglés y francés; pero si por consideraciones de carácter técnico no pudiera ser realizado este trabajo a la vez, se considera necesaria su inmediata elaboración en español y en portugués.

IV.—La Comisión encarece la necesidad de proceder con la urgencia que el asunto merece, a los estudios para la fijación de una terminología básica de seguridad social, dándole especial énfasis a la inmediata ejecución de la primera fase de los trabajos.

V.—La Comisión recomienda que la nomenclatura de seguridad social ha de presentar las características de convencionalidad, variabilidad y sistematización. Entiende por convencionalidad la común aceptación en el uso de los términos con el sentido que le atribuye en la nomenclatura. Considera que la variabilidad de la nomenclatura consiste en el deber y la posibilidad de que sea revisada periódicamente, a fin de adaptarla a las necesidades de la realidad que la misma expresa y a la constante evolución de los conceptos.

En cuanto a la sistematización, estima que sin perjuicio de utilizar por su comodidad instrumental el sistema alfabético, debe procurarse llegar a una nomenclatura ordenada, lógicamente de manera que favorezca el desarrollo y conocimiento institucional de seguridad social.

VI.—La Comisión estima que los términos de la nomenclatura de seguridad social deben provenir de tres diferentes fuentes: La primera, constituida por las leyes de seguridad social, seguros sociales, previsión social, asistencia social, etc., de los diferentes países que hablan el idioma en el cual se trata de hacer la nomenclatura, sino también los textos constitucionales, reglamentos de aplicación, resoluciones de organismos técnicos, jurisprudencia, etc. La segunda fuente, formada por las obras doctrinarias y lingüísticas, y la tercera, por las publicaciones de los organismos internacionales y por sus instituciones especializadas que tienen relación con las materias de seguridad social.

VII.—La Comisión estima que el procedimiento de trabajo para lograr una nomenclatura de seguridad social comprende:

- a) La búsqueda y recopilación de los términos obtenidos en las fuentes antes apuntadas;
- b) La agrupación y selección de los términos recopilados; y
- c) La definición de dichos términos.

VIII.—La Comisión considera conveniente que la primera de las etapas corra a cargo de personas o comisiones de cada país americano, designadas por la Secretaría General, de acuerdo con las instituciones respectivas y en su caso, con el Delegado de la misma en el Comité. A este efecto, cada país representado, señalará los nombres de aquellas personas que se caracterizaron por su dedicación a los estudios de la seguridad social, a fin de que conozcan las diversas aportaciones en otros países de esta labor de nomenclatura y se les estimule a ofrecer su participación en este trabajo.

En lo que se refiere a los idiomas español y portugués, procurará la Se-

cretaría General la coordinación de sus trabajos con los realizados por la Comisión y la Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.

La segunda y tercera etapas correrán a cargo de comisiones o conferencias de expertos comunes a los países del mismo idioma, convocadas por acuerdo del Comité.

RESOLUCIONES Y DECISIONES DE TRABAJO SOBRE PUNTOS NO INCLUIDOS EN EL ORDEN DEL DIA

(A)

Sobre incorporación de trabajadores organizados en forma comunitaria a los sistemas de Seguridad Social.

RECOMIENDA:

“Que en coordinación con los organismos de la Oficina Internacional del Trabajo se estudien y se adopten por aquellos países en que existen núcleos de trabajadores organizados en forma comunitaria o cooperativa; las medidas conducentes a su mejoramiento económico y social, incorporándolos a los sistemas de Seguridad Social, y aprovechando para ello las características peculiares de su organización”.

(B)

Sobre reforma de los estatutos y reglamentos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

“La Asamblea Plenaria resolvió encomendar a la Comisión Ejecutiva el estudio de la Nueva Constitución de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y sus órganos.

(C)

Sobre representación tripartita en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social concediendo derecho de voto a los representantes obreros y patronales.

“Que los países miembros, deben constituir sus representaciones a las reuniones de la Conferencia en forma tripartita, concediéndole el derecho de voto a los representantes Obreros y Patronales”.

Con muestras de mi más distinguida consideración, me suscribo del Señor Ministro como su muy atento y seguro servidor,

Jorge Brenes Cedeño,
Sub-Gerente.

Seminario de Seguridad Social de Río de Janeiro

Del 15 de setiembre al 4 de octubre de 1952, se realizó en Río de Janeiro un Seminario Regional de Seguridad Social para los países de la América Latina. La Caja fué invitada en su oportunidad por la Oficina Internacional del Trabajo, organización patrocinadora del Seminario.

El temario del Seminario fué el siguiente:

- 1.—Registro de los asegurados.
- 2.—Registro de los empleadores.
- 3.—Recaudación de las cotizaciones.
- 4.—Registro Central de los asegurados.
- 5.—Verificación de la condición general para la apertura del derecho a prestaciones.

La Caja aceptó la invitación y nombró como su delegado al Lic. Alvaro Vindas González, Actuario de la Institución. Pero además del trabajo dentro del Seminario, al Licenciado Vindas se le encomendó la tarea de revisar sistemas actuariales en Chile, Argentina, Perú y Colombia. En esta forma, la Caja estaba buscando la forma de controlar sus propios sistemas y cálculos internos con los de otras Instituciones de Seguridad Social del continente. El Lic. Vindas cumplió el encargo que se le hiciera en forma ampliamente satisfactoria, según lo demuestra la carta que textualmente dice:

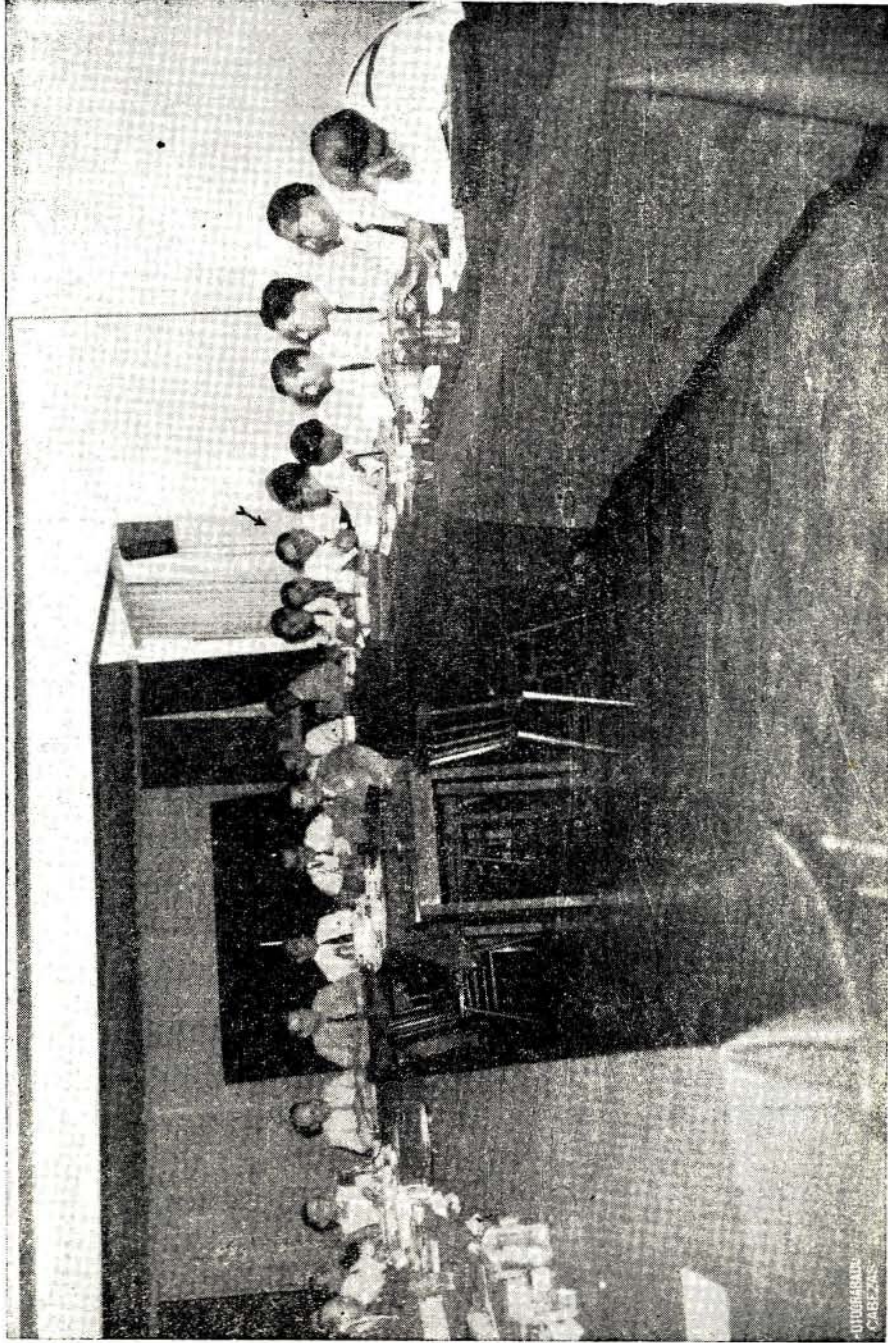
Río de Janeiro, 4 de octubre de 1952.

Sr. don Alvaro Vindas G.,
Delegado de Costa Rica

Distinguido señor:

En el momento en que el Seminario llega a su fin, quisiera agradecerle muy sinceramente vuestro trabajo que ha sido altamente apreciado, no sólo por mí mismo y por los expertos de la O.I.T., sino también por todos los participantes.

El Seminario de Seguridad Social, organizado por la O.I.T. dentro del Programa Ampliado de Asistencia Técnica y respondiendo a la invitación del Gobierno brasileño y con su preciosa colaboración, se ha consagrado al examen de la técnica administrativa de la seguridad social. Su intervención sobre la administración interna de nuestra institución, ha permitido a los participantes darse cuenta cabal no sólo de los métodos en



Sesión de Trabajo del Seminario Interamericano de Seguridad Social, verificado en Río de Janeiro en setiembre de 1972. Los delegados de Costa Rica y México discuten sobre el control práctico de las "cuentas individuales". Señalado con una flecha aparece el delegado de Costa Rica, Lic. Thómas, y en el uso de la palabra el delegado de México, Lic. Delfín Sánchez Juárez. Al fondo los actuarios de la O. I. T., Jullien, Zelenka y Ehol.

• AUTOGRAFADO
CABEZAS

vigencia, sino también de las razones que han llevado las autoridades competentes a adoptarlos.

Vuestras intervenciones durante el examen de los diferentes métodos y medios administrativos en los distintos servicios de la seguridad social han contribuido en forma señalada al éxito del conjunto de nuestras labores comunes.

Le saluda muy atentamente,

(f) *Antoine Zelenka*
Actuario Jefe de la Oficina
Internacional del Trabajo.

El Actuario señor Vindas, en extenso informe que ha rendido a la Gerencia sobre todos los aspectos de su misión, consigna la noticia, honrosa para la Caja, de que las consultas realizadas con los principales actuarios de Sur América, demuestran que aquellas autoridades consideran que los cauces que sigue la Institución en materias técnicas y administrativas son correctos.

TRABAJOS PRELIMINARES PARA EL II SEMINARIO CENTROAMERICANO PANAMEÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Poco después de la Cuarta Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en México, el Lic. Gastón Guardia Uribe, recibió una carta del señor Beryl Frank, Jefe de la División de Trabajo y Asuntos Sociales de la Organización de Estados Americanos. Esa carta contenía el ofrecimiento de la División mencionada, de ayudar en forma efectiva para la realización de seminarios regionales de seguridad social. La carta del señor Frank fué transcrita a todos los Institutos de Seguridad Social de Centroamérica o a los Ministerios de Trabajo y Previsión Social donde tales institutos todavía no existen. La nota en referencia dice lo siguiente:

Nº 1386 - 52.
20 de junio de 1952.

Señor
Gerente del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social,
Guatemala.

Estimado señor Gerente:

El Jefe de la División de Trabajo y Asuntos Sociales de la Organización de Estados Americanos, señor Beryl Frank, le ha dirigido al Licenciado Gastón Guardia Uribe, delegado de Costa Rica y de la Caja Costarricense de Seguro Social a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, la siguiente carta:

“De acuerdo con nuestra conversación en México, tengo el agrado de enviarle adjunto una copia del Reglamento de los Seminarios Regionales de Asuntos Sociales de la Unión Panamericana.

Espero que dicho Reglamento le sea útil en los preparativos para los seminarios de seguridad social que están considerando. Como expliqué a usted, nuestros seminarios tenían como propósito permitir la discusión informal y técnica de varios problemas sociales de América. Los tres seminarios tuvieron la misma organización, habiendo una mesa redonda para cada uno de los cuatro temas: cooperativas, educación obrera, servicio social y vivienda y urbanismo. En vista de que otro propósito de los seminarios era estimular la celebración de seminarios locales en los países participantes, tendremos mucho gusto en ayudar en lo que podamos en la organización y celebración de sus reuniones o en cualquier otro asunto de interés común.

Con mis mejores recursos para los demás miembros de la delegación costarricense en la Conferencia de Seguridad Social y particularmente para el amigo Sr. Güell, me suscribo como su atento amigo y seguro servidor, Fdo. Beryl Frank, Jefe División de Trabajo y Asuntos Sociales”.

El señor Guardia ha puesto el contenido de esa comunicación en conocimiento de la Gerencia de esta Institución, a fin de que se le dé a la misma el destino oficial que convenga.

La Caja ha visto con especial simpatía el gentil ofrecimiento que por medio del Jefe de la División de Trabajo y Asuntos Sociales, ha hecho la Organización de Estados Americanos para ayudar a la organización y celebración de seminarios regionales centroamericanos de Seguridad Social, y tiene especial gusto en transmitir a usted los conceptos de la nota del señor Frank, para lo que tenga a bien resolver.

Nosotros estamos dispuestos, con vista de lo anterior, a iniciar un cambio preliminar de impresiones con las Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá, tendientes a determinar la conveniencia y oportunidad de celebrar un seminario de Seguridad Social como el que se efectuó en San José a principio del año 1951. En esa forma podrían irse materializando las conversaciones informales que los delegados a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, tuvieron al respecto durante la celebración de esa Conferencia.

Con nuestros mejores votos por el éxito de la Institución que usted tan dignamente representa, nos suscribimos con toda consideración, muy atentos y seguros servidores,

Armando Arauz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.

Todos los países interesados contestaron apoyando la idea de celebrar cuanto antes un seminario regional de seguridad social en Centroamérica y concretamente la Caja de Seguro Social de Panamá ofreció su país como sede. Para continuar las negociaciones iniciadas, se envió otra nota circular redactada en los siguientes términos:

Señor
Ministro de
Agricultura y Trabajo.
Managua. Nicaragua.

25 de setiembre de 1952.

Estimado señor:

Todos los países de Centroamérica, incluyendo a Panamá, han contestado favorablemente los conceptos de nuestra nota N° 1386 de fecha 20 de junio del año en curso, en la cual tuvimos la honra de transcribir el generoso ofrecimiento que el señor Jefe del Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales de la Organización de Estados Americanos, señor Beryl Frank, ha hecho a nuestros países para colaborar en la celebración de Seminarios regionales de Seguridad Social.

En vista de todas esas contestaciones, nos parece oportuno iniciar con todas las Instituciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá, un cambio de impresiones sobre algunas cuestiones concretas que es preciso resolver previamente:

- 1.—El asunto de la sede del próximo Seminario.
- 2.—La forma de financiar el evento.
- 3.—El papel de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y de la Oficina Internacional del Trabajo (O.I.T.) en la organización y dirección del Seminario.

El primer punto concreto ha sido planteado por el señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá, el cual en un párrafo de su carta dirigida a nosotros dice lo siguiente: "Si el cambio de impresiones que sobre este proyecto se lleve a cabo es favorable, nosotros estaríamos dispuestos a servir de sede del próximo seminario, y tendríamos así el gusto y el placer de poder atender a los Delegados de las Repúblicas Hermanas de Centroamérica".

Para los costarricenses es particularmente grato el ofrecimiento del señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá, y lo hacemos llegar a usted para su debida consideración.

En cuanto a la forma de financiar el evento, nosotros creemos que es hora ya de ir pensando en consignar en los respectivos presupuestos de las Instituciones de Seguridad Social de cada uno de nuestros países, sumas destinadas a cubrir los gastos de asistencia de los delegados a esos seminarios, por lo menos cada dos años. En cuanto al próximo seminario, sería muy conveniente determinar cuanto antes la sede, para que el país interesado haga los preparativos correspondientes.

El tercer punto que se dejó formulado ha sido también planteado por el señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá en los siguientes términos: "Aplaudo asimismo la iniciativa del Jefe de la División de Trabajo y Asuntos Sociales de la Orga-

nización de Estados Americanos, a quien tuve el gusto de conocer en la última reunión de la Conferencia de Seguridad Social efectuada en México. Creo francamente que ofrecimientos como éste no deben desestimarse y hay que aprovecharlos pues ello denota el sincero deseo de ayudar al desarrollo de nuestra Seguridad Social. No obstante, quisiera llamar la atención sobre otro aspecto que a veces parece que olvidamos, y es el que se refiere al papel y a la labor que le toca desarrollar a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que todos nosotros integramos, y que no hace mucho, precisamente en la Conferencia celebrada en México en marzo de este año, se habló de vigorizar en toda forma y de cooperar con ella para que pueda cumplir las finalidades que sus estatutos le señalan. Es decir, sin perjuicio de la cooperación y de la ayuda que pueda prestarnos la O.E.A., y que insisto debemos no esperar que se nos ofrezca, sino solicitarla por lo valiosa que ella es, es necesario que busquemos los medios para que la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y específicamente su organismo ejecutivo que es la Secretaría General, sirvan a los fines que ya se han enunciado en diversas reuniones, siendo uno de ellos la celebración de seminarios regionales que como el que comentamos ahora, servirían para la preparación de aquellos trabajos, y la discusión de problemas que nos son afines, con miras a un conocimiento más estrecho de nuestras legislaciones y de nuestras instituciones”.

Naturalmente, nosotros estamos en un todo de acuerdo con las ideas del señor Gerente del Seguro Social de Panamá, pues siendo nuestra Institución afiliada a la Conferencia Interamericana de Seguridad Social lo mismo que nuestro Gobierno, el cual a su vez es miembro de la O. E. A. y de la O. I. T. resulta lógico que veamos con mucho agrado la coordinación de todos esos organismos en beneficio de nuestros países.

Quedaría por resolver únicamente el “modus operandi” para conseguir la coordinación planteada tan acertadamente por Panamá. Y no se vé un camino mejor que el de autorizar al señor Gerente del Seguro Social de este país, para que inicie las gestiones tendientes a conseguir tal fin, informando a todos los países hermanos del proceso y resultado de las mismas.

Fuera de las cuestiones previas que quedan esbozadas, consideramos indispensable que cada país indique aunque sea en forma provisional, las cuestiones generales o específicas que desearía ver incluidas en el temario que servirá de base para los trabajos del próximo Seminario. Esto permitirá ir formando conceptos sobre lo que será el temario definitivo.

Los planteamientos hechos en la presente comunicación tienen una forma bastante concreta y requieren, por lo tanto, opiniones de igual índole, remitidas en la forma más rápida que permita la consideración ponderada de esos planteamientos. Sólo en esta forma podremos marchar a paso firme y expedito hacia el fin que nos hemos propuesto en bien de nuestros respectivos pueblos.

Es oportuna esta ocasión para expresar a ustedes las muestras de nuestra consideración más distinguida,

Armando Arauz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.

Las contestaciones recibidas en relación con este segundo memorándum son muy satisfactorias. Todos los países aceptan a Panamá como sede del nuevo seminario y están de acuerdo en que el señor Gerente de la Caja de Seguro Social de aquel país, sea quien, en su calidad de miembro de la Comisión Ejecutiva de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, coordine la acción de la Conferencia con la División de Trabajo de la Organización de Estados Americanos, a fin de que ambos organismos nos den la asistencia técnica y económica adecuada.

El Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá adelantó mucho las gestiones en la reunión que la Comisión Ejecutiva de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en México en los primeros días de noviembre. El señor Varela informó de su misión en la siguiente forma:

Señor Armando Arauz Aguilar,
Caja Costarricense de Seguro Social,
San José, Costa Rica.

Distinguido señor:

En mi poder su atenta carta del 31 del mes próximo pasado.

De regreso de la reunión de la Comisión Ejecutiva celebrada en México, D. F., debo informarle de la aceptación favorable que hubo por parte tanto del Comité Ejecutivo, como de los Personeros de la O. I. T. en cuanto al proyecto que acariciamos para la celebración de un Seminario Centroamericano sobre Seguridad Social en el curso del próximo año. Fué así como todos estuvimos de acuerdo en que esta labor correspondía encargarla y dirigirla a la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, con la cooperación de la Organización de Estados Americanos, habiéndose resuelto que oficialmente habría de dirigirme a la Secretaría General de la Conferencia ubicada ya definitivamente en la ciudad de México, D. F., lo mismo que a la O. I. T., en Ginebra, Suiza.

En este sentido, me estoy dirigiendo a estos organismos exponiéndoles el proyecto que de antemano sabemos ya, ha de contar con todo el apoyo material que sea necesario. Apenas tenga respuesta oficial, escribiré al resto de los países centroamericanos con el fin de pedirles su cooperación sobre este particular. Oportunamente seguiré informando a usted sobre el curso de las gestiones.

Me es grato suscribirme, atento y seguro servidor,

(f) J. M. Varela,
Gerente.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social planteó la necesidad de que se verificará cuanto antes una reunión previa de delegados de todos los países interesados a fin de confeccionar el temario correspondiente. La propuesta de Guatemala fué transmitida inmediatamente a todo Centroamérica, con la recomendación favorable de Costa Rica. La carta circular que con tal motivo se envió dice lo siguiente:

Señor
Gerente del Instituto
Salvadoreño de Seguridad Social,
San Salvador. EL SALVADOR.

Estimado señor:

Tenemos el honor y al mismo tiempo el placer de transcribir a usted la carta que hemos recibido del Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con las gestiones que venimos realizando con el fin de llevar a la práctica el Seminario Centroamericano-Panameño de Seguridad Social.

“En relación con la nota N° 3623, de fecha 25 de setiembre próximo pasado, tenemos el agrado de manifestarle que hemos considerado con gran satisfacción la idea de celebrar próximamente el Segundo Seminario Regional de Seguridad Social, lo cual no hace más que poner en vigor la recomendación aprobada en el Seminario Centroamericano-Panameño de Seguridad Social, celebrado en San José de Costa Rica en enero de 1951.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social vé con especial agrado el ofrecimiento del señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá de que sea la sede del próximo Seminario y agradece tan gentil invitación.

El Instituto también vé con agrado especial la oferta del Jefe de la División de Trabajo y Asuntos Sociales de la Organización de Estados Americanos de colaborar en el mejor éxito del Seminario y considera que es conveniente desde todo punto de vista recoger la iniciativa del señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá sobre tomar muy en cuenta la cooperación del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. La coordinación con los organismos internacionales interesados en el desarrollo de la Seguridad Social es asunto que debe merecer primordial interés, a fin de lograr su cooperación y su experiencia.

En cuanto al “modus operandi” para conseguir la coordinación planteada, consideramos que efectivamente el mejor camino es el de que el señor Gerente del Seguro Social de Panamá continúe las gestiones tendientes a conducir a la realidad el próximo Seminario Regional de Seguridad Social.

En relación con el temario, nos permitimos sugerir que de no ser posible establecerlo a través de notas cruzadas entre los países interesados, quizás pueda utilizarse un método más rápido, que consistiría en provocar una reunión de Delegados para lograr su formulación definitiva, sin los largos expedientes a que podría dar lugar otro procedimiento. El Instituto considera que debe buscarse ante todo que llegue a ser efectivo el intercambio entre nuestros países para el desarrollo de la Seguridad Social, utilizando los conocimientos adquiridos por la experiencia que cada uno de ellos pueda aportar, tratando, si esto

fuera posible, de unificar principios, métodos, procedimientos y alcances de sus programas.

Finalmente deseamos manifestar a usted que aprovechando el viaje a ese país del Lic. Jorge Barascout, funcionario de nuestra Institución, le hemos rogado ser portador de la presente y cambiar impresiones relacionadas con el próximo Seminario Centroamericano-Panameño de Seguridad Social².

Con excepción del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, todos los demás países del Istmo se han mostrado conformes con los términos de nuestra nota N^o 3623 del 25 de setiembre del año pasado, que fué cursada en forma circular. Esto indica que prácticamente la sede del Seminario está fijada en Panamá, por el consenso de la mayoría de los países que participarán en él.

El señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá nos ha comunicado que él, en su calidad de representante de nuestros países en la Comisión Ejecutiva de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, está haciendo todas las gestiones encaminadas a la pronta realización del Seminario. Tenemos entendido que el señor Gerente informará oportunamente del proceso y resultado de sus gestiones.

En cuanto a la propuesta contenida en la nota del señor Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, relativa a una reunión previa de delegados para confeccionar el temario correspondiente, nos parece lo más recomendable, ya que en esa forma podrá lograrse un acuerdo preliminar inmediato, evitando el largo trámite que supondría formular el temario por correspondencia. Nos parece que puede ser designado inmediatamente un delegado por cada país y efectuar una reunión en cualquiera de nuestras Capitales, de la cual salga cuanto antes un temario definitivo.

La idea de confeccionar el temario a la mayor brevedad es buena por cuanto en esa forma los países tendrían más tiempo de preparar sus aportes a cada uno de los puntos señalados como base de estudio en el Seminario. Y mientras se preparan tales contribuciones, es muy posible que el señor Gerente de la Caja de Seguro Social de Panamá, logre coordinar la asistencia que darán al Seminario la Conferencia Interamericana de Seguridad Social y la Organización de Estados Americanos, por medio de su División de Trabajo y Asuntos Sociales.

Consideramos indispensable que en la forma más rápida, cada país informe si está dispuesto a enviar un delegado a la reunión previa para elaborar el temario, indicando al mismo tiempo su opinión en cuanto a la Capital donde tal reunión podría celebrarse. Nosotros manifestamos de una vez que estamos dispuestos a enviar nuestro delegado en cualquier momento y que veríamos con agrado que la reunión previa sea celebrada en la ciudad de Guatemala.

Con las muestras de nuestra consideración más distinguida, suscribimos atentamente,

Armando Arauz Aguilar,
Secretario de la Gerencia.

Al momento de cerrar este informe anual, los Gobiernos e Instituciones interesados no han contestado la instancia que aparece en la última comunicación transcrita. No es raro que de un momento a otro se produzca el acuerdo necesario sobre los puntos básicos en ella contenidos, y que la reunión se realice cuanto antes para darle forma al temario que ha de servir de base para los trabajos y discusiones del Seminario. En todo caso, la Caja Costarricense de Seguro Social espera tener una participación activa en esa futura actividad, profundizando el estudio de varios problemas vitales para la Seguridad Social en general.

1).—Especialización del Personal:

Fuera de las actividades que en este campo ha realizado con todo éxito la Sección de Personal y que posiblemente quedarán reseñadas en el informe de la misma, la Gerencia desea informar a la Junta Directiva sobre los estudios que han realizado algunos funcionarios administrativos y médicos, en busca de especializaciones que han sido altamente provechosas para la Caja. En general, estos estudios se han realizado aprovechando becas que conceden los organismos internacionales. La Caja contribuye dando la licencia correspondiente al empleado y otorgándole auxilios que generalmente son iguales a la mitad del salario pero que pueden ser en casos especiales hasta del salario completo. En cambio, se firman contratos mediante los cuales el becario se compromete a trabajar con la Caja por períodos de tiempo que van desde uno a tres años.

Las siguientes, son las personas que han realizado o realizan cursos de especialización en el extranjero bajo el patrocinio de la Caja y en su condición de empleados o funcionarios de la misma.



Lic. ARMANDO ARAUZ AGUILAR:

Realizó un curso de especialización en problemas administrativos de la Seguridad Social en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, con una beca de la Oficina Internacional del Trabajo. La especialización fué por seis meses y durante ese tiempo la Caja otorgó al becario medio salario. El Lic. Arauz firmó un contrato para trabajar por tres años con la Caja. Actualmente ocupa la Secretaria de la Gerencia.

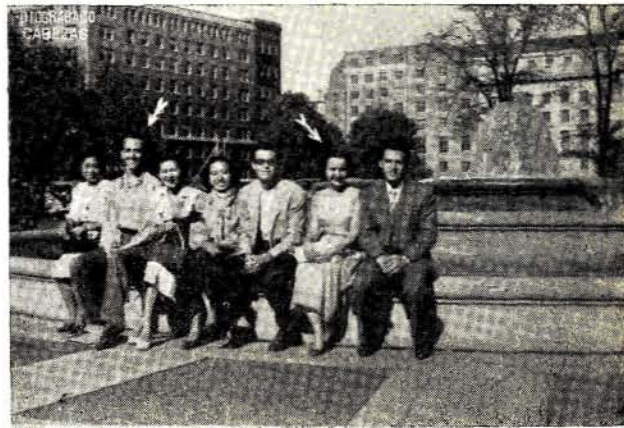
LIDIO DONATO SAUTERINO:

Realiza estudios de Estadística en goce de una beca concedida por el Gobierno Norteamericano a través del Punto Cuarto. El curso, de doce meses, comprende aspectos teóricos y prácticos del muestreo en varios campos de trabajo estadístico; como muestreo de familias para examen de gastos e ingresos de los consumidores; muestreo de unidades de habitación y precio estimado en niveles de renta, etc. El becario goza de un auxilio de la Caja correspondiente a medio salario.

MARIA CRISTINA CAMACHO FERNANDEZ:

Lo mismo que el anterior, cursó estudios en Washington, Departamento de Trabajo del Gobierno de los Estados Unidos, aprovechando una beca concedida por éste a través del Punto Cuarto. El curso fué de seis meses y cubrió la recopilación de estadísticas de empleo, salarios y horas de trabajo según reportes de diferentes establecimientos. Gozó de un auxilio de la Caja correspondiente a medio salario.

Señalados por las flechas aparecen Lidio Donato S. y Maria Cristina Camacho F. acompañados de estudiantes de México, Tailandia, Filipinas y Puerto Rico. Todos estudiaban con becas otorgadas bajo el Punto Cuarto.



MARIA DE LOS ANGELES CAVALLINI QUIROS:

Siguió un curso de seis meses en Colombia, mediante una beca concedida por la Organización de los Estados Americanos O. E. A. para el estudio del Servicio Social relativo a la vivienda. El curso duró seis meses y comprendió principalmente los siguientes puntos: El problema de la vivienda; historia y antecedentes; la vivienda y la salud; vivienda y urbanismo. Problema de la financiación. Estos estudios fueron realizados en el Centro Interamericano de la Vivienda, que tiene su sede en Bogotá, Colombia. La Caja

concedió a la becaria el permiso correspondiente para la realización de sus estudios. Actualmente trabaja con gran acierto en el Departamento de la Habitación.

En el Centro Interamericano de la Vivienda, de Toronto, la señorita María de los Angeles Cavallini, realizó estudios sobre "Servicio Social de la Vivienda". En la fotografía aparece con estudiantes de la República Dominicana, Bolivia, El Salvador, Nicaragua. También aparece el profesor peruano David Vega Christie, especialista en aspectos sociales de la vivienda.



ARQUITECTO RAFAEL SOTELA PACHECO:

El Arquitecto Rafael Sotela hizo sus estudios universitarios en la Universidad de México, mediante un préstamo concedido por la Caja. Una vez graduado, se encuentra prestando sus valiosos servicios en el Departamento de la Habitación, en cumplimiento del contrato firmado con la Institución.

INGENIERO OSCAR CADET UGALDE:

El Gobierno de los Estados Unidos, con base en el Punto Cuarto, le concedió una beca para realizar estudios de "Vivienda y Planeamiento Rural" en Puerto Rico y los Estados Unidos. La Caja le concedió pasajes y el disfrute de medio salario durante el tiempo que duraron sus estudios. El Presidente de la Junta de Planificación del Gobierno de Puerto Rico, informó a la Caja que el Ingeniero Cadet, había puesto muy alto el nombre de Costa Rica. Actualmente el Ingeniero Cadet trabaja eficientemente en el Departamento de la Habitación de la Caja.

SRA. ELISA MARIA BARQUERO DE ALPIZAR:

Disfrutando de una beca otorgada por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública, doña Elisa María, que ocupa actualmente el cargo de Enfermera Jefe del Hospital Central, se encuentra actualmente en los Estados Unidos de Norteamérica, realizando estudios sobre Enfermería y Salud Pública. Siendo de positivos beneficios para la Institución los estudios que realizará la becaria, la Caja le concedió un auxilio equivalente al 50% del salario durante el tiempo que dure la beca.

*Doña Elisa María Barquera de Alpizar,
en la Universidad donde realiza sus
estudios.*



MARIA FELICIA BLANCO KNUDSEN:

Realizó estudios de especialización de enfermería en Cirugía, Pediatría, Arte de la Enfermería y Psicología Educacional, mediante una beca que le concedió la Oficina Sanitaria Panamericana; la especialización fue hecha en la ciudad de Nueva York. Antes de irse con su beca la señorita Blanco era Sub-Jefe General de Enfermeras en el Hospital Central. La Caja le otorgó un auxilio correspondiente al 50% del salario durante el tiempo que duraron los estudios y ella firmó compromiso de trabajar con la Caja durante tres años. Actualmente imparte un curso de Arte de la Enfermería en el Hospital Central.

DOCTOR RODOLFO SALAZAR ESQUIVEL:

Realizó toda su carrera de medicina en la Universidad Nacional de México, mediante un préstamo concedido por la Caja. A su regreso, el Dr. Salazar comenzó a trabajar con la Institución y en representación de la misma participó a mediados de año en un curso de especialización de un mes que se dió en Guatemala sobre enfermedades venéreas. Actualmente, el Dr. Salazar atiende la consulta externa sobre esta delicada especialidad.

DOCTOR ANTONIO JIMENEZ RODRIGUEZ:

Disfrutando de una beca concedida por la Caja, realizó estudios de especialización en Oftalmología en la ciudad de Buenos Aires, República Argentina. Cumpliendo su compromiso de trabajar para la Institución, el Dr. Jiménez Rodríguez desempeña con gran eficiencia un puesto en la consulta externa de Oftalmología de la Policlínica Central.

DOCTOR RODOLFO CESPEDES FONSECA:

Realizó estudios en Chile sobre Anatomía Patológica, mediante una beca otorgada por la Caja. El doctor Céspedes se encuentra al frente del Laboratorio Patológico del Hospital Central, donde realiza una labor meritoria. Científicamente, no hay nada que pedirle a nuestro Laboratorio Patológico.

DOCTOR ROLANDO CHAVES ARGUEDAS:

Se especializó en Odontología bajo los auspicios de la División de Odontología de la W. K. Kellogg Foundation, en el Hospital Dord en Detroit, Estados Unidos. La Caja le concedió el permiso correspondiente durante el tiempo de sus estudios y ahora se encuentra de nuevo formando parte de nuestro competente cuerpo de cirujanos dentistas.

DOCTOR GUIDO MIRANDA GUTIERREZ:

La Caja le ha concedido un préstamo para que realice su especialización en Medicina Interna, en alguno de los grandes centros de Medicina Interna de los Estados Unidos (Nueva York, Boston, Baltimore o Chicago). El Dr. Miranda cursa en estos momentos sus importantes estudios y la Caja tiene fundadas esperanzas de que contará con los servicios de este brillante profesional.

DOCTOR RODOLFO VINOCOUR GRANADOS:

El doctor Vinocour se encuentra actualmente realizando especialización en Cardiología en el Hospital del mismo nombre, en la ciudad de México. Realiza sus estudios

mediante un préstamo concedido por la Caja. En esta forma, la Institución espera contar dentro de poco con los servicios especializados de este nuevo profesional.



DOCTOR ARNOLDO FERNANDEZ SOTO:

Estudió gastroenterología en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición de la Ciudad de México. La Caja le concedió con goce total del salario, por considerar que la especialización era fundamental para los servicios médicos del Seguro Social. El Dr. Fernández Soto, siguió luego para los Estados Unidos, donde asistió por tres meses y medio a los hospitales de Ann Arbor, New York y Filadelfia. Los documentos que acreditan sus estudios, demuestran que este profesional desarrolló sus cursos con gran dedicación y aprovechamiento. Ya de regreso, el Dr. Fernández, presta sus servicios en el Hospital Central del Seguro Social.

DOCTOR FERNANDO SABORIO ESQUIVEL:

Realizó un curso en la Unidad de Neumología en el Hospital General de México, sobre cirugía torácica, del 20 de setiembre de 1951 al 31 de enero de 1952. Durante ese tiempo la Caja le pagó su salario completo. El Dr. Saborio está actualmente trabajando en el Departamento de Broncopulmonares del Hospital Central, donde aplica con gran éxito su especialización.

DOCTOR FERNANDO COTO CHACON:

Estudió un año en el New York Polyclinic, en el servicio de Urología del Dr. Mc. Carty a cargo del Dr. J. Sidney Ritter. Siguió un curso intensivo de medicina y cirugía urológica. Disfrutó de los beneficios económicos que dispone el Reglamento de becas para empleados de la Caja, de junio de 1951 a junio de 1952. Actualmente está a cargo de los servicios de urología en la consulta externa y en el Hospital Central.

DOCTOR MIGUEL YGLESIAS RODRIGUEZ:

Realiza actualmente estudios en América del Sur, sobre Administración de Hospitales. En Chile recibió un curso en la Escuela de Salubridad Pública, de noviembre a enero de 1952. Después pasó a Perú, continuando sus estudios en el Hospital de Olivos.

de Lima. Disfruta de una beca concedida por el Instituto Interamericano de Salud Pública y la Caja le paga su salario completo. El Dr. Yglesias es el titular de la Sub-Dirección de Prestaciones Médicas y la Institución espera grandes beneficios de sus estudios.



SR. FRANCISCO HUETE QUIROS:

Ha seguido en Chile y Perú cursos intensivos sobre Administración de Hospitales. El señor Huete es el titular de la Superintendencia del Hospital Central y la Caja puso especial empeño en que estudiara los aspectos administrativos de la cuestión hospitalaria. La especialización se hace mediante una beca del Instituto Interamericano de Salud Pública y la Caja da al becario su salario completo.

Para completar el informe de la Gerencia, se insertan seguidamente los que han rendido algunas secciones; esto permitirá que se aprecie en forma más completa la labor que se ha realizado en los diferentes aspectos de la intensa actividad administrativa de la Caja.

También se insertarán los informes relativos a los Servicios Médicos y al Departamento de la Habitación, a través de los cuales se podrá apreciar lo que se ha hecho en esos vitales campos de la actividad social de esta Institución.

Con las muestras de nuestra consideración más distinguida, suscribimos atentamente,

Cipriano Güell P.
Gerente.

Jorge Brenes Cedeño
Sub-Gerente.

Informe de la Sección de Personal:

El jefe de la Sección de Personal, don Alfonso Izquier Gómez.



ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION DEL PERSONAL

Esta es una labor de gran importancia en un sistema técnico de administración de personal. Apenas iniciada en 1951, recibió un gran impulso en 1952.

Merecen destacarse los siguientes cursos efectuados ese año:

CURSO DE CAPACITACION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA

Impartido durante los meses de mayo, junio y julio, tuvo por objeto capacitar a este personal en los diversos aspectos de la labor de la enfermera.

Si se toma en cuenta que las Auxiliares de Enfermería (Enfermeras Prácticas), son personas que no han hecho estudios profesionales, y por lo general han adquirido sus conocimientos mediante la práctica obtenida en hospitales y clínicas, se comprenderá fácilmente la importancia de darle determinada preparación técnica. Esta importancia se acentúa por el hecho de que, en la actualidad, ningún centro hospitalario del país está en condiciones de cubrir todos los puestos con Enfermeras Graduadas, por inopia de tales elementos. Se tiene, por lo tanto, que recurrir a las Auxiliares de Enfermería, sin título ni preparación académica.

El referido curso, se planeó con el consejo técnico de la Srta. Fernanda Dinís, de la Organización Mundial de la Salud, en ese entonces al servicio de la Escuela de Enfermería de Costa Rica.

Comprendió las siguientes materias:

Arte de la Enfermería, a cargo de la Sra. Lucrecia de Briceno, Técnica graduada en Chile en esa especialidad, y profesora de la Escuela de Enfermería de Costa Rica.

Elementos de Nutrición, bajo el cuidado de la Srta. Claudia Fernández, especializada en ese ramo en Guatemala y los Estados Unidos; actualmente Encargada del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salubridad Pública y también profesora de la Escuela de Enfermería.

Elementos de Administración, tema dictado por don Rafael A. Hernández, con estudios en la materia en los Estados Unidos, y Secretario del Policlínico Central del Seguro Social.

Orientación Profesional, a cargo de la Sra. Elisa Ma. de Alpizar, en ese entonces Enfermera Jefe del Hospital Central del Seguro.

Relaciones Humanas, al cuidado del Sr. Alfonso Figuer, Jefe de la Sección de Personal.

Estas lecciones, teórico-prácticas, mejoraron en gran porcentaje la idoneidad de las Auxiliares de Enfermería.

Al final del curso, y después de rendir exámenes en cada materia; se entregó a las que resultaron aprobadas, certificados de aptitud, que son constancia del entrenamiento recibido y estímulo para cada una de las que, mediante su esfuerzo y su estudio, completaron satisfactoriamente el aprendizaje.



El Jefe de la Sección de Personal, don Alfonso Figuer G., dirige la palabra a las Auxiliares de Enfermería que completaron con éxito el curso de capacitación, en el acto de entrega de certificados de aptitud.

CURSO DE SERVICIO DOMESTICO

El personal que tiene a su cuidado el aseo, la cocina, la lavandería, la ropería, etc., etc., es decir, los empleados que podríamos llamar de "servicio doméstico", cumplen dentro de un hospital, con una tarea que, no por modesta, deja de ser importante para una mejor atención a los enfermos. Tómese en consideración que el aseo de los salones, la correcta preparación de los alimentos y su forma de servirlos, la ropa bien lavada y aplanchada, etc., etc., contribuyen, en buena parte, a que el paciente se encuentre satisfecho durante su permanencia en el Hospital.

Con este convencimiento, se comprendió la necesidad de tratar de capacitar debidamente a este personal, mediante un curso teórico-práctico, al cuidado de persona entendida en la materia.

Para tal fin, se contrataron los servicios de la Srta. Profesora Fidelina Sibaja, con especialización en "Housekeeping" (Servicio Doméstico) en Puerto Rico, quien dictó un curso durante los meses de octubre, noviembre y diciembre.

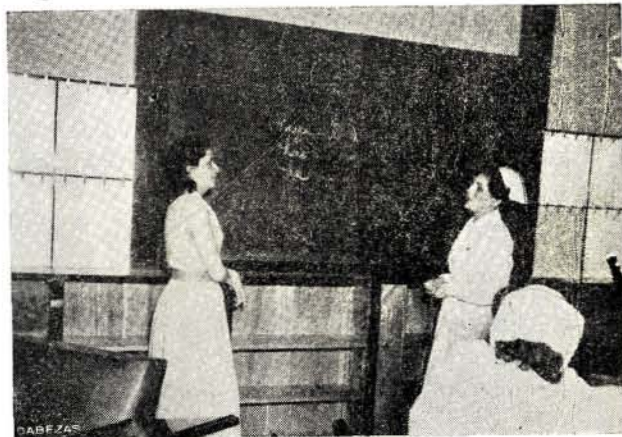
Dados los halagadores resultados obtenidos, se tiene en mente repetirlo una vez cada año, a efecto de que no se olviden los conocimientos adquiridos y para capacitar también al personal nuevo que entrare después de finalizado el primer curso.

CURSO DE REDACCION Y ORTOGRAFIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

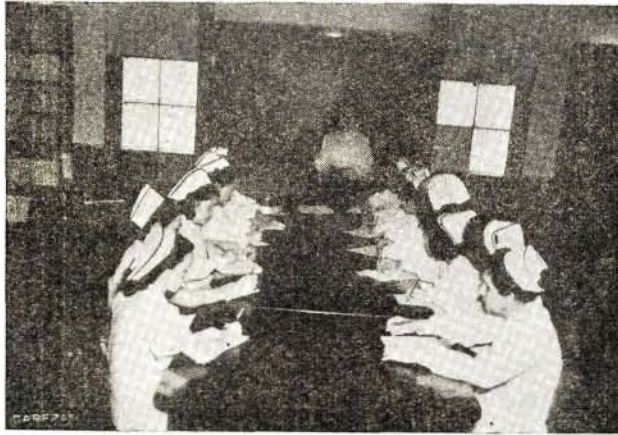
A fin de agregar, a una preparación profesional adecuada, una cultura básica satisfactoria, se pensó en capacitar al personal de enfermería (tanto Enfermeras Graduadas como Prácticas) en un mejor uso del idioma.

Con este objeto, en el mes de diciembre se inició un curso de Redacción y Ortografía para esas empleadas, a cargo de la Srta. Profesora Carmen Naranjo C. Sus lecciones fueron excelentes y el personal que a ellas concurrió se encuentra ampliamente complacido, tanto de la forma en que las dictó, como del positivo beneficio que obtuvieron en su instrucción personal.

La profesora señorita Carmen Naranjo C. durante una de sus lecciones a enfermeras del Hospital Central.



Puede citarse aquí también, como parte del programa en desarrollo para la capacitación y entrenamiento del personal, el nombramiento, con carácter permanente, de una Enfermera Instructora, especializada en el Arte de la Enfermería en los Estados Unidos para que, con lecciones semanales a los distintos grupos de Enfermeras y Auxiliares, mantenga al día a este tipo de personal en tan importante rama de su profesión.



Una lección sobre "Arte de la Enfermería" a cargo de la enfermera instructora señorita María Felicia Blanco K.

Se habrá observado que el programa de entrenamiento al personal durante 1952, fué aplicado en su totalidad a empleados del Hospital Central del Seguro. Ello ha sido así con un propósito preconcebido; es difícil, por razones económicas y de trabajo, entrenar a todo el personal de la Institución al mismo tiempo. Se pensó entonces, y con justa razón, que debía comenzarse con los empleados del Hospital, por constituir éste la parte medular del Seguro Social y donde es más urgente conseguir que los servicios sean los mejores que sea dable ofrecer. Por eso, se pensó que era lo más conveniente comenzar por capacitar debidamente a esta parte del personal.

Para 1953, se tienen ya planes elaborados sobre programas de capacitación a los empleados de la consulta externa (Policlínica), donde se habrá de dar atención especial al entrenamiento correspondiente a las relaciones con el público.

De permitirlo el tiempo y los medios, también se iniciarán ese mismo año, cursos de entrenamiento para el personal propiamente administrativo, y empleados médicos y administrativos de Sucursales.

Como se comprenderá, el entrenamiento del personal en servicio es una de las fases de mayor importancia en administración de personal, ya que el factor humano es el principal a tomar en cuenta en toda organización. De modo, que cuanto mejor preparado esté cada empleado para el desempeño de su cometido, tanto mejor será el servicio que se preste. Es indudable que de poco sirve tener los mejores locales, equipos e instrumentos, si los empleados no están debidamente capacitados. Tanto la Junta Directiva, como la Gerencia de la Caja, al entenderlo así, están dando todo el apoyo posible

a la Sección de Personal en el desarrollo de planes de capacitación de los empleados, con resultados positivos que ya se observan, y con magníficas proyecciones para lo futuro. Puede decirse, sin pecar de exagerado optimismo, que en éste como en otros aspectos, la Caja marcha a paso seguro hacia la total eficiencia en la prestación de sus servicios.

SALARIOS

La actual Junta Directiva y Gerencia del Seguro Social están empeñadas en llevar los salarios de los empleados a un nivel de justicia. Es política actual, claramente definida, el conseguir que los servidores de la Institución perciban sueldos decentes que les permitan vivir con decoro y, como consecuencia, trabajar con mayor satisfacción y eficiencia. Es bien sabido que quien devenga un salario que no llena por lo menos sus más urgentes necesidades, no trabaja bien; es un empleado anulado en buena parte por sus preocupaciones y, en fin, que no puede dar el rendimiento necesario, por cuanto sus múltiples problemas no lo dejan dedicarse a su trabajo, ni concentrarse en la labor que ejecuta. Por todo ello, en la actualidad se está tratando de establecer escalas de salarios que correspondan a una mayor justicia social, de acuerdo con las posibilidades económicas de la Institución y, además, dentro de la técnica que debe guiar esta parte de la administración de personal.

Precisamente, para acoplar la política de mejores salarios a lo que ordena la técnica al respecto, es que la Sección de Personal trabaja empeñosamente por ir estableciendo escalas de salarios, previo estudio de las distintas posiciones, a fin de que los sueldos sean determinados por la clase de puesto que se desempeña, sus deberes y responsabilidades, procurando que a puestos iguales correspondan salarios iguales, única forma verdaderamente justa de establecer un régimen científico de sueldos.

De esta manera se van determinando las diferentes "clases" de puestos, agrupadas en "grados", determinados por las diferencias en importancia, dificultad, responsabilidad y valor del trabajo, y fijándose salarios diferentes para las distintas clases y los distintos grados.

Tomemos el caso de las enfermeras como ejemplo de lo que se está haciendo. Anteriormente, tanto las Auxiliares de Enfermería como las Enfermeras Graduadas, tenían como salario el mínimo de ley por esos cargos, sin diferencia por el tiempo y la calidad de sus servicios. Además de que dada la importancia y responsabilidad del trabajo de la enfermera, el mínimo de ley resultaba bajo, tenía de injusto el que lo mismo ganaba la que ingresaba en un momento dado que otra con varios años de servicio, y no se tomaba en cuenta tampoco la mayor o menor eficiencia en su labor.

En la actualidad existen escalas de salarios para esos puestos, que los dividen en cuatro categorías, con diferentes salarios, de acuerdo con la calificación periódica y el tiempo de servicio, en la siguiente forma:

IV Categoría	.....	Ingreso a la Institución.
III Categoría	.....	Con un año de servicio y un mínimo de 75% de calificación.
II Categoría	.....	Con dos años de servicio y un mínimo de 80% de calificación.
I Categoría	.....	Con tres años de servicio y un mínimo de 85% de calificación.

El mismo sistema se está aplicando a Auxiliares de Laboratorio, de Farmacia, Secretaría Médicas, etc. Con ello el empleado se siente más satisfecho, porque sabe que existe el estímulo a su eficiencia y el reconocimiento a sus años de labor.

Se sigue trabajando en estos planes, estudiando y valorando las distintas clases de puestos, hasta llegar a establecer todo un sistema de salarios escalafonado, acorde con la técnica administrativa.

Es empeño de la Sección de Personal tener terminado tal trabajo cuanto antes lo permitan las circunstancias, ya que es tarea larga y muy complicada.



Parte de los empleados de la Sección de Personal.

SERVICIO PSICOTECNICO PARA EL PERSONAL.

En el mes de mayo de 1952, se inició el "Servicio Psicotécnico para el Personal", que si bien todavía está en etapa de prueba, ha de ser, posiblemente, de la mayor importancia en lo futuro, si se logra que se encamine hacia el verdadero fin perseguido.

Mediante este servicio, a cargo del Profesor Fernando Centeno Güell, de amplios conocimientos en la materia, se tratará fundamentalmente, de que cada empleado ocupe el cargo que más convenga a su aptitud y vocación.

Por medio de entrevistas y otras pruebas, se trata de determinar, en cada nuevo empleado que ha de ingresar a la Institución, si sus condiciones psicológicas, su aptitud, su vocación, etc., lo hacen apto para el cargo que se le va a asignar o que solicita.

Además de lo anterior, también se envía a entrevista con el Profesor Centeno, usando de toda la discreción del caso, a aquellos empleados que ya trabajan con la Institución y que en un momento dado se constituyen en "problema" para la Sección donde prestan sus servicios, por cuestiones emocionales, de carácter, etc., etc., a fin de determinar las causas de su problema y recomendar lo que mejor corresponda, ya sea un traslado a puesto de trabajo diferente, un descanso, y aún un tratamiento especial, si el caso lo amerita.

Por este sistema, se habrá de evitar, incluso, la posibilidad de sanciones o despidos injustificados, si se determina que las causas de la deficiencia o indisciplina de un funcionario, obedecen a razones que están fuera de su voluntad y control, y que tal deficiencia o indisciplina puede desaparecer brindándole la atención adecuada.

Como se dijo, este Servicio está en su fase inicial, por lo cual todavía no pueden juzgarse sus resultados. Es una experiencia nueva en nuestro país, y es de esperar que redunde en beneficio del personal de la Caja y de una mayor eficiencia en las labores que la misma tiene a su cuidado.

Otros empleados de la Sección de Personal, dedicados a sus labores.



SELECCIÓN DE PERSONAL

Intenso fué el trabajo de la Sección de Personal en este importantísimo aspecto de sus funciones.

La labor de selección, tanto en lo referente a personal nuevo, como al otorgamiento de promociones, fué durante 1952, tarea que absorbió buena parte del tiempo y energías de los empleados de dicha Sección.

Esta tarea se realiza en distintas formas.

En cuanto al otorgamiento de los ascensos o promociones, se procede así:

- a) Mediante propuesta del Jefe de la Sección respectiva ante la de Personal quien señala a un empleado de grado inmediato inferior para el ascenso;
- b) Por medio del estudio de expedientes personales de diferentes empleados otorgando el cargo a aquel de cuyo expediente se derivan mejores condiciones de tiempo preparación, comportamiento, etc.;
- c) Por medio de concurso interno, en el cual participan únicamente empleados de la Institución y se otorga el cargo al que obtiene las mejores calificaciones;
- d) Por un concurso que podríamos llamar "mixto", con participación tanto de empleados de la Caja, como de personas de fuera de ella. En este último caso, se concede un diez por ciento de preferencia a los empleados de la Institución, siempre que aprueben los exámenes correspondientes.

En lo relativo a la selección para cubrir plazas con nuevos empleados, la labor se efectúa de tres formas distintas:

- a) Para empleados que podríamos llamar "manuales", tales como Auxiliares de Aseo, Porteros, Auxiliares de Lavandería, Cocina y Costura, etc. En este caso, la selección se realiza mediante la investigación de antecedentes, experiencia y otros, del solicitante, formando con todo ello un expediente personal de cada uno y seleccionando a los que reúnen mejores condiciones, tanto personales como de conocimientos y experiencia;
- b) Para los empleados de indole intelectual, (de oficina y otros servicios), selección que se hace mediante pruebas en relación con el trabajo a desempeñar, entre aquellos candidatos cuyas solicitudes e información preliminar indican que son los mejores;
- c) En los casos de plazas de mayor importancia o por carencia en los archivos de candidatos adecuados, se llama a "concurso de oposición"; (sobre el procedimiento de este último sistema ya informamos en la memoria anterior).

En resumen, la selección de empleados alcanzó gran volumen en 1952, por cuanto fué un año de reorganización de muchos servicios, así como por el empeño en dotar a la Caja de empleados realmente idóneos. (El cuadro que aparece al final de este informe dará una idea del movimiento).

Seguramente en el año 53 el volumen se habrá de reducir notablemente, en especial en cuanto a nuevos nombramientos se refiere, ya que el personal de la Caja se va estabilizando. Esto se debe en parte a la mayor idoneidad de los nuevos empleados que se escogen, lo cual disminuye en forma notoria el número de despidos; a mejores condiciones de trabajo en la Institución (incluso a una mejor atención a los problemas de los trabajadores), así como a la elevación prudencial y progresiva de los salarios, que garantizan la permanencia de los empleados de la Institución, reduciendo cada vez más el éxodo por bajos sueldos.

OTRAS LABORES

Bajo este título vamos a referirnos, en forma concisa, a otra serie de actividades de la Sección de Personal.

Lo hacemos de esta manera, porque resultaría por demás extenso, el tratarlas cada una por separado y detalladamente, y porque ello iría en perjuicio de la obligada brevedad que ha de tener este informe.

En este último capítulo se puede mencionar:

a) La revisión y modificación de fórmulas tales como la "Solicitud de Empleo" el "Informe de Adaptación" y la "Acción de Personal", para adecuarlas mejor a la realidad del trabajo y al fin perseguido con su uso;

b) La atención a querrelas de los empleados, a sus problemas, ya sean de trabajo o de carácter personal o particular, todo ello, con miras a conseguir el mayor beneficio a los trabajadores y la mejor armonía dentro de las labores de la Institución;

c) La colaboración prestada a los diferentes Jefes en problemas diversos de personal, tales como necesidad de nuevas plazas, aplicación de sistemas diferentes de trabajo, estudios encaminados a la supresión de puestos innecesarios, etc., etc.;

d) La intervención por medio de sugerencias a quienes corresponde, a fin de conseguir mejores condiciones de trabajo para los empleados;

e) La preparación de un "Plan General de Vacaciones para las Oficinas Centrales", para ser puesto en vigencia el primero de enero de 1953. Posteriormente, se aplicarán planes similares en las demás dependencias de la Caja, a fin de regularizar y ordenar lo referente al descanso anual de los trabajadores;

f) La elaboración del Tarjetero de "Puestos y Salarios" que constituye instrumento valioso, de fácil manejo, para el perfecto control de los diferentes cargos existentes en la Caja, los salarios correspondientes y quiénes los ocupan.

Así podría enumerarse multitud de otras labores, que son lógica consecuencia dentro de un personal tan numeroso y eterogéneo como el de la Caja, y donde existe una sección específicamente encargada de la atención de todo lo relativo a ese personal.

Para cerrar este informe, puede asegurarse que la Sección de Personal está cumpliendo una importante misión dentro de la Institución. Su influencia ya se nota en muy diversos aspectos y, gracias al apoyo que la Junta Directiva, la Gerencia y la Dirección de Prestaciones Médicas le han brindado hasta hoy, es posible pensar que en un no lejano día, el Seguro Social podrá tener un sistema de administración de personal, modelo en Costa Rica, con el consiguiente beneficio en los servicios que presta a los asegurados.

El cuadro que sigue a continuación ilustra claramente el movimiento en asuntos de personal que atendió esta Sección durante el año de 1952.

RESUMEN MOVIMIENTO AÑO 1952

LUGAR Y CLASE DEL PERSONAL	Vacaciones	Vacaciones Pagadas	Ascensos	Incapacidades	Suspensiones	Llegadas Tardías	Ausencias	Reajustes	Traslados	Varios
SAN JOSÉ										
Administrativo	190	28	17	72	7	709	296	23	36	37
Médico	597	31	21	510	96	2.281	638	19	63	307
SUCURSALES										
Administrativo	34	3	3	44	15	237	122½	6	10	25
Médico	116	34	4	130	26	739	505	23	12	105
TOTAL AÑO 1952	737	94	45	756	144	3.966	1.561½	71	128	474

ALGUNAS CIFRAS COMPARATIVAS QUE MUESTRAN LOS RESULTADOS
OBTENIDOS POR LA SECCION DE PERSONAL CON SUS METODOS TECNICOS
DE ADMINISTRACION

Vacaciones Otorgadas

En 1951	635	} Aumento: 16.06%
En 1952	737	

Hubo 102 vacaciones más, disfrutadas en 1952 que en 1951, o sea un aumento del 16.06%.

Esto evidencia un mejor control y regularización de lo referente al descanso anual de los trabajadores.

LLEGADAS TARDIAS

En 1951	4973	} Disminución: 20.24%
En 1952	3966	

1007 menos en este año que en el anterior, lo cual representa una disminución del 20.24%, con la consiguiente mejora de las labores y la disciplina.

AUSENCIAS INMOTIVADAS

En 1951	348	} Disminución: 34.05%
En 1952	229.5	

Un descenso de 118.5 (34.05%), acusa un mejor cumplimiento y mayor sentido de responsabilidad en los trabajadores.

DESPIDOS, RENUNCIAS, SEPARACIONES Y CONCLUSION
DE SUSTITUCIONES TEMPORALES

En 1951	599	} Disminución: 20.20%
En 1952	478	

Una diferencia entre un año y otro del 20.20%; 121 casos menos en el 52. Índice revelador de cómo mejora rápidamente la estabilidad de los empleados de la Caja.

INGRESOS (NOMBRAMIENTOS)

En 1951	691	} Disminución: 25.62%
En 1952	514	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

885 EMPLEADOS

PERSONAL ADMINISTRATIVO 251

5 ABOGADOS

1 ACTUARIO

1 AUDITOR

3 INGENIEROS

241 OTROS TECNICOS, OFICINISTAS
Y AUXILIARES

PERSONAL MEDICO 634

34 MEDICOS ESPECIALISTAS

48 MEDICOS MEDICINA GENERAL

19 ODONTOLOGOS

15 FARMACEUTICOS

16 LABORATORISTAS

67 ENFERMERAS GRADUADAS

73 ENFERMERAS PRACTICAS

17 CHOFERES

345 OFICINISTAS, AUXILIARES
Y OTROS

FUENTE DE INFORMACION: SECCION DE PERSONAL.

En íntima relación con las cifras del punto anterior, la disminución en 177 ingresos, o sea en un 25.62%, es también indicación de mayor estabilidad del personal, con el beneficio lógico para las labores de la Institución.

Informe de la Sección Legal

Lic. GASTON GUARDIA URIBE
*Jefe de la Sección Legal y consultor
 jurídico de la Junta Directiva.*



JUICIOS DE TRABAJO POR INFRACCIONES A LA LEY DE SEGURO SOCIAL

Año 1952

A) Acusaciones por atraso en el envío y pago de planillas	}	San José	1,458
		Provincias	1,123
<i>Total</i>			2,581
B) Acusaciones por falta de empadronamiento	}	San José	43
		Provincias	82
<i>Total</i>			125
C) Acusaciones a patronos reincidentes	}	San José	917
		Provincias	475
<i>Total</i>			1,392

D) Acusaciones en cobro de prestaciones ilegales	}	San José	65
		Provincias	46
			111
Total			111

TOTAL ACUSACIONES PRESENTADAS 4.201

Tratándose de los cobros por prestaciones ilegales cabe formular como observación, el que este tipo de infracciones es el que da lugar al mayor número de declaradas prescritas. El motivo se debe a que, en muchos casos, los documentos son enviados a la Sección Legal faltando muy poco tiempo para su prescripción. Desde luego, cuando el cobro llega a Fiscalía transcurrido el plazo de prescripción, la Sección Legal lo devuelve a la de Ingresos y no se presenta la acusación, siendo ésta la razón por la cual el número de acusaciones de esta índole no es numerosa.

En el informe correspondiente al año 1951, se reportó como total de acusaciones presentadas, —incluyendo las de los patronos reincidentes,— la cantidad de 2.608 acusaciones. En ese mismo informe se dijo: “que el coeficiente de morosidad patronal ha ido disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar el porcentaje actual, que puede considerarse como normal (a esa fecha) y que posiblemente se mantenga con ligeras variaciones en los meses venideros *siempre que se mantenga el sistema de control con la misma intensidad*”.

Ese era, pues, el proceso normal en ese entonces. Actualmente, y según puede verse del cuadro anterior, el número de acusaciones se elevó de 2.608 a 4.209, o sea prácticamente en el doble. El motivo de tal desequilibrio lo atribuimos, de modo primordial, a la variación que se introdujo en el sistema de control al suprimir los avisos mensuales de atraso que la Sección de Ingresos enviaba personalmente a cada patrón, sistema que fué sustituido por el de avisos en los periódicos todos los meses. Es claro que también puede haber otras causas, pero no de tanta trascendencia.

El caso tiene proyecciones grandes, pues significa un aumento enorme de trabajo para la Sección Legal, para Inspección y para los Tribunales de Trabajo, que no pueden dar abasto con tanto trabajo. Sugerimos, como recomendación de especial importancia, y visto el desfavorable resultado obtenido hasta aquí, que se vuelva al antiguo sistema de avisos mensuales que enviaba la Sección de Ingresos.

SENTENCIAS DICTADAS POR LOS TRIBUNALES DE TRABAJO

A) Condenatorias	}	San José	470
		Provincias	118
B) Absolutorias	}	San José	12
		Provincias	40

C) Prescritas	}	San José	57
		Provincias	27
TOTAL DE SENTENCIAS			<u>724</u>

El número de sentencias es un tanto menor que el indicado en el informe anterior, debido, como causa especial, a que ha aumentado el número de desistimientos.

Acusaciones desistidas	}	San José	382
		Provincias	87
TOTAL DE ACUSACIONES DESISTIDAS			<u>469</u>

Los desistimientos se hacen con sujeción estricta a lo acordado por la Junta Directiva en el artículo 2º del acta 1017 del 12 de diciembre de 1951. Además, se le exige al patrono no sólo que se ponga al día con respecto a los meses acusados, sino que pague todas las planillas que deba, así como las multas que le hayan sido impuestas.

Este procedimiento, aparte de descongestionar los Tribunales de Trabajo, tiene la virtud de obtener la recuperación inmediata de respetables sumas de dinero y de evitar trabajo futuro a la Caja.

EJECUCIONES DE SENTENCIAS

San José	63
Provincias	2
TOTAL DE EJECUCIONES	<u>65</u>

El número de juicios que llegan hasta el trámite de la ejecución es siempre bajo porque en la inmensa mayoría de los casos los patronos pagan inmediatamente después de que se les notifica la acusación. Es raro el caso, —a menos que se trate de una situación de absoluta carencia de bienes sobre qué trabar el embargo o de domicilio desconocido—, en que pedida la ejecución no se obtiene el pago.

RECLAMOS DE EXCLUSION Y DE DEVOLUCION DE CUOTAS

	No. resoluciones	Sumas devueltas
A) Devolución cuotas obreras del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (arts. 45 y 46 del Reglamento)	232	₡ 54.540.95
B) Exclusiones por límite de edad en el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	38	7.247.75

	No. resoluciones	Sumas devueltas
C) Exclusiones de trabajadores de Invalidez, Vejez y Muerte en función de la índole de la labor desempeñada	31	8.106,45
D) Devolución de excedentes, tanto en Enfermedad como en Invalidez, Vejez y Muerte	32	6.954,25
E) Exclusiones del Régimen de Enfermedad	19	1.286,55
F) Devolución cuotas patronales por inclusión errónea	16	7.406,80
G) Devolución cuotas familiares	4	109,00
H) Resoluciones de reclamos declarados sin lugar por improcedentes	139	
TOTALES	511	Q. 85.651,75



Lic. HERNAN ECHANDI L.
otro distinguido abogado de la Sección Legal de la Caja.

La Junta Directiva, según el artículo 3 del acta N° 973 de la sesión del 17 de setiembre de 1951, acordó derogar los artículos 45 y 49 del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte, de tal suerte que, en lo sucesivo, los trabajadores que cesaren en el seguro obligatorio después del 30 de setiembre de ese mismo año no tienen derecho a solicitar la devolución de cuotas conforme a lo establecido en dichos artículos.

No obstante, y conforme a lo previsto en ese mismo acuerdo, se siguieron tramitando las solicitudes pendientes y algunas otras más que se presentaron y que no caían dentro de la prohibición, siendo esa la razón por la cual todavía se hace necesario resolver algunos de esos casos.

A propósito de esa reforma nos permitimos llamar de nuevo la atención de la Gerencia acerca de la necesidad de reformar también, para los efectos de la respectiva armonía jurídica, los artículos 40, 41 e inciso c) del 43. Se hace necesario, de modo

muy especial, aclarar los alcances de la derogatoria con respecto a los casos de muerte, puesto que, derogados esos artículos, no hay ninguna disposición que venga a reglamentar las devoluciones cuando el asegurado muere. Puede haber casos en que la Caja haya asumido el riesgo de indemnización y que por alguna razón, —caso de accidente de trabajo, por ejemplo—, no se pague la indemnización y surja la duda de si debe o no procederse a la devolución de cuotas, etc.

A partir del primero de abril de este año, fecha de vigencia del Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad, se comenzaron a aplicar las disposiciones del capítulo de ese Reglamento que se refiere a los reclamos de exclusión y devolución de cuotas, tales como las del artículo segundo que fijan plazos prescriptivos para solicitar la exclusión, las de los artículos seis y siete que determinan los requisitos que deben contener las solicitudes, plazos para resolver, no devolución cuando la Caja asume el riesgo, etc.

JUICIOS EJECUTIVOS

La Sección entabló diez juicios ejecutivos para cobrar sumas que alcanzaron la cantidad de ₡ 122.162.75, todos con resultados favorables para la Institución. Desde luego, hubo necesidad de llevar a cabo varias gestiones judiciales en relación con los otros juicios hipotecarios —iniciados en 1952— que todavía se encuentran pendientes de trámite.

DEMANDAS CONTRA LA CAJA

- 1º—Juicio ordinario de Fernando Cruz Ramón por incumplimiento contrato prótesis dental, estimado en ₡ 45.000.00. Resultado: citadas las partes para sentencia.
- 2º—Carlos Fonseca Alvarado c/Alvaro Núñez Baroni reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos. Resultado: declarada con lugar la excepción de falta de personería pasiva opuesta por la Sección Legal.
- 3º—Carlos Fonseca Alvarado c/la Caja reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos, juicio que estima en ₡ 1.200.00. Resultado: trámite.
- 4º—Alvaro Montero Padilla reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos, estimado en ₡ 2.533.35. Resultado: el Juzgado 1º de Trabajo declaró con lugar la demanda. El Tribunal Superior, en vista de la excepción de falta de personería ad-causam opuesta por la Caja, resolvió, previamente a pronunciarse sobre el fondo de la apelación, enviarlo al Tribunal de Casación para que éste se pronunciara sobre la incompetencia de jurisdicción por razón de la materia que envuelve la excepción planteada.
- 5º—Albertina Hernández Quirós contra la Caja y otra reclamando diferencia en la

- asistencia láctea. Resultado: La Sección Legal se vió precisada a contestar favorablemente la demanda en vista de que administrativamente la Caja había reconocido las prestaciones reclamadas.
- 6º—Roberto Campos Bonilla reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos con motivo de una suspensión decretada por la Caja por haberse dictado auto de prisión y enjuiciamiento contra el actor por el delito de rapto. Resultado: declarada sin lugar la demanda en primera instancia.
- 7º—Odilie Orozco Sánchez reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos. Resultado: trámite.
- 8º—Paula Bolaños Arroyo reclamando pre-aviso y cesantía. Resultado: declarada con lugar.
- 9º—Rafael Garita Chavarría y otros c/Vicko Starke denunciando represalias de trabajo. Resultado: declarada sin lugar.
- 10.—Olga París Stefens de Luján reclamando reinstalación y subsidiariamente indemnización. Resultado: declarada sin lugar.
- 11.—Máximo Garita Hernández. Resultado: transado en la vía conciliatoria en la suma de ₡ 146.55.
- 12.—Diligencias de Información Posesoria de Abel Monge Bustamante.
- 13.—Tomás Casas Casajús reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos, estimada en ₡ 25.000.00 en la vía conciliatoria en la suma de ₡ 11.500.00.
- 14.—Rafael Garita Chavarría reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos. Resultado: declarada sin lugar en el Juzgado 2º. El Tribunal Superior anuló la sentencia por razón de la cuantía.
- 15.—Manuel Garita Hernández reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos. Resultado: declarada con lugar.
- 16.—Arturo Arias Alvarez reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos. Resultado: declarada con lugar.
- 17.—Francisco Madrigal Salas reclamando pre-aviso, cesantía y otros extremos. Resultado: declarada con lugar.

La defensa de la Caja, en lo que a estos tres últimos juicios se refiere, se hizo consistir, —según le fué informado en su oportunidad a la Sección Legal—, en que los

actores se habrían negado a acatar las ordenes recibidas violando el horario de entrada.



*Personal de la Sección Legal: Los
Licenciados Echandi y Guardia y las
Señoras Sara Carazo, Aracelly Colo
y Leticia Benach.*

En la comparecencia respectiva, los propios testigos de la Caja estuvieron de acuerdo en que el capataz del patio de beneficio de la finca "La Caja" los admitió provisionalmente al trabajo, siendo esa la razón por la cual no se tuvo por demostrado el desacato y se procedió a declarar con lugar las demandas.

Además de los juicios a que se ha hecho mención e iniciados en el año 1952, se hicieron varias gestiones en los otros juicios iniciados en años anteriores y que todavía estaban pendientes de trámite.

Los personeros de la Sección Legal han asistido no sólo a las comparecencias que se han llevado a cabo en San José, sino también a todas aquellas que, por razones de jurisdicción, se han celebrado fuera de la capital.

CONTRATOS

- 1^o—Contrato entre la Caja y la Comunidad de Hermanas de Santa Ana, de 24 de enero de 1952.
- 2^o—Contrato para la pintura del Hospital de Turrialba con Oscar Calderón Guevara y Enrique Morales Fernández, del 19 de agosto de 1952.
- 3^o—Contrato para el suministro de pan al Hospital con Digna Bermúdez Jiménez, de 6 de marzo de 1952.
- 4^o—Contrato para el levantamiento de planos del Hospital de Heredia con Edgar Vargas Vargas, de 6 de octubre de 1952.
- 5^o—Contrato de donación de un terreno a la Caja por la Hacienda Juan Viñas S. A., de 26 de noviembre de 1952.
- 6^o—Contrato de transacción con Carolina Barboza Zúñiga, de 30 de julio de 1952.

- 7º—Contrato en que se estipula ayuda a la señora Elisa María Barquero Cabezas para estudios de enfermería, de 6 de agosto de 1952.
- 8º—Contrato de prestación servicios profesionales con el señor don Mario Jiménez Royo, de 12 de setiembre de 1952.
- 9º—Carta venta de un camión, de 12 de febrero de 1952.
- 10.—Carta venta de un camión, de 8 de enero de 1952.
- 11.—Carta venta de una ambulancia, de 8 de enero de 1952.
- 12.—Contrato de arrendamiento de casa con la señora Clara Bertozzi Sánchez, de 12 de julio de 1952.
- 13.—Contrato de venta de desperdicios con Fermín Bolaños Elizondo, de 26 de junio de 1952.

En lo que se refiere a contratos, y por la utilidad práctica que pueda tener, nos permitimos sugerir, en lo que a compromisos de suministros al Hospital se refiere, que no se admitan los suministros hasta tanto no firme el interesado el respectivo contrato. A veces ocurre que los licitantes, no obstante que se les comunica que deben pasar a la Sección Legal a firmar el contrato respectivo, no lo hacen por cuanto la Caja les paga el precio de lo que entregan, y así transcurre el término de la licitación sin que se haya formalizado legalmente el acuerdo.

Omitimos, con el objeto de evitar hacer más largo el presente informe, referirnos pormenorizadamente a las consultas de orden legal evacuadas por la Sección, algunas de ellas de especial trascendencia y conocidas por la Gerencia y la Junta Directiva.

Gastón Guardia U.
Jefe Sección Legal.

Labores de Inspección y Servicio Social

Por imperativo de la Ley, la Sección de Inspección es la responsable de las buenas relaciones, desde el punto de vista legal y reglamentario, que deben existir entre la Institución y los patronos obligados a mantener asegurados a sus trabajadores en los regimenes administrados por esta última. El trabajo de hacer cumplir a los patronos que no lo hacen con la ley y los Reglamentos de la Caja se realiza, primordialmente, por la vigilancia constante que los Inspectores ejercen en todos los centros de trabajo que ocupan trabajadores y que están establecidos en las zonas cubiertas por el seguro obligatorio. El método preferido por la Sección para señalar a un patrono que no cumple con alguna de sus obligaciones, es el de la persuasión, instruyéndole sobre los alcances de la Ley y sus Reglamentos y dándole información sobre los sistemas administrativos, empleados por las diferentes dependencias de la Caja. Se emplea la compulsión, haciendo uso de una facultad legal solamente cuando no es posible encontrar buena disposición en los pa-

trones para acatar los consejos y observaciones dados por los Inspectores. Internamente, a la Sección llegan todas las solicitudes de investigación en que están interesados otros funcionarios o Secciones de la Caja y que tengan relación con el cumplimiento estricto de la Ley y sus Reglamentos. Existe una estrecha colaboración con algunas Dependencias de la Caja, especialmente con Ingresos, Subsidios, Sección Legal, Sucursales, Secretaría del Policlínico, etc. En síntesis, la Inspección es el punto de enlace y de coordinación entre la Caja de Seguro Social y las personas que tienen relaciones con ésta con motivo de la prestación de servicios médicos y económicos.



Sr. LUIS FELIPE MORUA C.
*Jefe de la Sección de Inspección.
Bajo su dirección las labores inspec-
tivas han alcanzado un nivel muy al-
to de eficiencia.*

La Sección de Servicio Social, por intermedio de las Visitadoras, ha sido la encargada de resolver los problemas que con motivo de los beneficios otorgados por la Ley y sus Reglamentos se presentan a los asegurados. En esta labor, las Visitadoras han actuado como representantes de los asegurados, y han reclamado para ellos el beneficio máximo a que tienen derecho. Cuando los asuntos tratados por la Sección han sido de carácter interno, por razón de queja de algún asegurado, sea por malos servicios, sea por error en la calificación de un derecho o por negativa de algún funcionario a actuar tal como la Ley y Reglamentos ordenen, se ha recurrido siempre al funcionario responsable en demanda de la buena aplicación de los principios de seguro social, siempre sin menoscabo de las obligaciones máximas de la Institución. Cuando el problema planteado por algún asegurado ha sido de carácter general, en la resolución del cual no puede intervenir ningún Departamento o Sección de la Caja, se ha recurrido a otras instituciones que mantienen servicios de asistencia pública, de previsión social y aún de beneficencia.

Sobre todas las cosas, la Sección ha velado porque a los asegurados se les atienda en los servicios de la Caja en la mejor forma posible, haciendo asequibles los beneficios a todas las personas que cotizan en los diferentes regímenes que administra la Institución.

Se implantaron nuevos sistemas de trabajo y se variaron algunos de los ya existentes. A partir del día quince de octubre se puso en vigencia un nuevo "Manual para la Confección de Informes", el que fué redactado por la Sección de acuerdo con la experiencia y las necesidades de la Institución. Se realizó una labor intensiva de investigación y divulgación con casi todos los patronos de Heredia, San Ramón, San Carlos, Alajuela, Orotina, Turrialba, Grecia, Palmares, Valverde Vega y de los cantones de Aserri

y Desamparados. Se hicieron censos totales en Heredia, en los distritos de San José y Carrizal de la Provincia de Alajuela, en los cantones de Aserri y Desamparados, y parciales en San Ramón, San Carlos, Turrialba, Grecia, Valverde Vega y algunos distritos de San José. Los censos dieron como resultado la inclusión de una gran cantidad de nuevos patronos dentro del régimen del seguro, pues aunque esos patronos estuvieron obligados a cumplir disposiciones legales y reglamentarias, no fué sino con la gestión de los Inspectores que se logró hacer cumplir esa obligatoriedad.

Las investigaciones solicitadas por las Secciones de Ingresos, Subsidios y Escalía y que consideramos como trabajo de rutina, fueron considerables en su número. Precisamente con la divulgación intensiva que se está ejercitando con los patronos, creemos posible disminuir en mucho ese trabajo de rutina, pues la mayoría de las veces las investigaciones son originadas en errores cometidos por los patronos, especialmente en los casos relacionados con las Secciones de Ingresos y de Subsidios.

Por razón de la forma cómo antes del año 1950 se otorgaban los números patronales, existen una gran cantidad de personas que aparecen como patronos sin que efectivamente pueda considerarse que emplean trabajadores, de acuerdo con la acepción que a esta última condición da nuestra legislación social. El control de todos estos casos no puede hacerse en otra forma que no sea la revisión absoluta y total de los números patronales inscritos en la Caja; pero como este trabajo es enorme, y aunque lo hemos iniciado en algunas ocasiones, no lo hemos terminado por falta de personal y por algunas otras razones que se presentan en la práctica, existen todavía casos en los que un número patronal ha sido solicitado con la exclusiva finalidad de incluir en planillas a personas que no trabajan efectivamente, o que si lo hacen no lo es con motivo de un contrato de trabajo por el hecho de existir parentesco cercano entre la persona que aparece como patrono y la que es incluida en planillas como trabajador. En esto, hay error o fraude patronal, y lo que procede es la exclusión de quienes no son asegurados obligatorios. La experiencia ha indicado que entre las diferentes actividades empadronables dentro de los regimenes que administra la Caja, en algunas, específicamente se da con mayor frecuencia el fraude o el error. Por esta razón se inició en la provincia de San José una investigación de los números patronales correspondientes a las actividades de Zapatería, Panadería, Pastelería y Talleres de Costura. El resultado ha sido el esperado, pues se han excluido gran cantidad de personas que no tienen la categoría de trabajadores, porque no trabajan del todo y porque son esposas, hijos, madres, etc., de las personas que aparecen como patronos. En algunos casos, a más de las exclusiones se ha notificado el cobro de las prestaciones otorgadas, pues se considera que hubo fraude en perjuicio de los intereses de la Caja. Es interesante hacer notar que en su totalidad, las personas excluidas del seguro por razón de no ser trabajadoras o ser parientes del patrono en el momento de la exclusión, estaban percibiendo servicios médicos, lo que indica que en este aspecto se ha evitado una considerable salida de dinero por concepto de prestaciones. Esta labor continúa, como principal dentro de los sistemas de Inspección, y será ampliada a otras actividades y a todo el país para el año 1953.

El no pago oportuno de las planillas origina acusación contra el patrono ante la

correspondiente Alcaldía. La condenatoria recaída por una infracción de esa naturaleza implica la obligación para el patrono de pagar una multa y de reconocer a la Caja los daños y perjuicios irrogados con la falta, que se traduce en el pago de las planillas no cubiertas.

Cuando sucede la condenatoria, el Inspector es comisionado para realizar la reconstrucción de planillas correspondientes a seis o siete meses anteriores a la fecha en que se va a hacer esa reconstrucción. Para lograr mayor efectividad en el trabajo, en este año se dispuso, y así se trabajó, que se hiciera la reconstrucción total de las planillas adecuadas, incluyendo aquéllas que por razones administrativas todavía no habían dado origen a una acusación, aunque la infracción hubiere sido cometida. Las planillas reconstruidas, de acuerdo con la condenatoria, fueron pasadas a la Sección Legal cuando inmediatamente no fueron pagadas por el patrono; y las demás permanecieron en manos del Inspector que hizo la reconstrucción a efecto de esperar el vencimiento del término que para el pago de las mismas se diera al patrono. De modo que si la compulsión no fué cumplida dentro del término concedido, se hizo un informe para efecto de que la Sección Legal acusara, no ya con base en certificaciones de la Sección de Máquinas ni por solamente dos meses de atraso, sino con base en un informe de Inspección y por todo el tiempo adeudado. Este sistema dió magníficos resultados, pues en muchas ocasiones los patronos atrasados pagaron lo adeudado dentro de las previsiones ordenadas por los Inspectores. Gracias a la experiencia, también este sistema se seguirá y perfeccionaremos en el futuro, si ello es posible.

Se trató de intensificar las investigaciones conocidas con el nombre de "Estudios de Libros de Salarios o Contabilidad" por considerar que es de lo más importante. Desgraciadamente, las disposiciones reglamentarias en vigencia a partir del mes de abril, especialmente en lo referente a los trabajadores conocidos como irregulares o no permanentes, impidieron la efectividad de esta labor, pues es bastante difícil hacer comparaciones de salarios que aparecen en libros de contabilidad y los que se reportan en planillas a la Caja, existiendo de por medio la situación de trabajadores a quienes no se les deduce cuota alguna para el seguro por razón que ganan salarios inferiores a ₡ 80.00 por mes.

En materia de sistemas de trabajo y de investigación se está renovando constantemente, pues siendo la inspección una tarea dinámica por la naturaleza, lo que hoy nos parece magnífico, seis meses después es anticuado, además de que las modificaciones a los Reglamentos traen como consecuencia un cambio también en las relaciones de la Caja con los patronos. En los métodos administrativos de Secretaría y de Archivo, ha habido pocos cambios, apenas los necesarios para actualizar los progresos hechos en la inspección práctica, y con el objeto de mantener en la Sección, como se ha hecho siempre, una información amplia y una historia completa de cada patrono, en beneficio de las Secciones y funcionarios que tienen relaciones directas con la Inspección. En el curso del año se modificaron las fórmulas impresas de "Instrucciones" a los patronos, que siempre se envían al otorgarse un nuevo número patronal. Se emplea ahora una tarjeta, fácil de manejar y de colocar en lugar asequible a la persona que deba entenderse con

los asuntos del seguro social. Para hacer más rápido el trámite en el otorgamiento de nuevos números patronales se puso en práctica el sobre de ventanilla, de tal manera que no hay posibilidad de error en el envío de esta clase de correspondencia por la razón de que el Inspector que interviene en la investigación de un nuevo número patronal entrega la tarjeta de "Instrucciones", a que se hizo referencia anteriormente, con la dirección completa del nuevo patrono, no habiendo necesidad de rotular el sobre, pues para ello se emplea el de ventanilla; en esto existe menor posibilidad de error y se gana mucho tiempo, si tomamos en cuenta la gran cantidad de nuevos números patronales que ha habido en el año. Se modificaron además las fórmulas de "Inscripción Patronal" y de "Informe", tratando siempre de actualizarlas con los procedimientos y de emplear menos tiempo en su confección, pues el propósito de la Sección es el de que los Inspectores permanezcan la mayor parte de su tiempo en labor constante de inspección y el menor tiempo en la elaboración de informes.

La Jefatura de la Sección, en el interés de mantener al día a todos los funcionarios de la misma, y en especial a los Inspectores, en cuanto a resoluciones, interpretaciones o disposiciones que afecten la Ley Constitutiva y sus Reglamentos, emitió en el curso del año una serie de Circulares, las que en su mayoría fueron también de conocimiento de algunos Jefes de Sección y de las Sucursales; entre las más importantes de ellas se pueden citar: N° 41, de 21 de enero, sobre la interpretación dada por la Junta Directiva y originada en consulta de la Sección, en relación con trabajadores de instituciones de beneficencia pública a quienes, por reforma del artículo 101 del Código de Trabajo, se les considera como servidores domésticos; N° 282, de 17 de junio, referente a la solución dada por la Junta Directiva y en cuyo estudio participó la Sección, al problema del recibo de las planillas adicionales; N° 311-52, de 2 de julio, transcribiendo interpretación de la Gerencia del concepto "trabajador irregular" contenido en el Reglamento de Enfermedad y Maternidad; N° 403-52, de 7 de agosto, referente a la interpretación dada por la Junta Directiva, originada en consulta de la Sección, al inciso 1° del artículo 1° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte; N° 629-52, de 2 de diciembre, transcribiendo pronunciamiento de la Gerencia, originado en intervención y consulta de la Sección, sobre el seguro obligatorio de los trabajadores domésticos que presten servicios en casas de empleados de la Northern Railway Co.; y N° 5667-52, de 2 de diciembre, en la que se instruye a los Inspectores sobre la forma de actuar en caso de que los estudios de planillas que sirven de base para la tramitación de un cobro de prestaciones, contengan algún error.

También La Sección de Inspección tuvo una intervención muy activa en la aclaración y modificación de algunos de los artículos del Reglamento de Enfermedad y Maternidad, vigente a partir del día 1° de abril. Con fechas 29 de febrero y 8 de mayo, los señores Sub-Gerente y Gerente recibieron las notas N° 114-52 y 216-52 respectivamente, en las que la Sección de Inspección hacía una serie de observaciones tendientes a aclarar algunos puntos del mencionado Reglamento. En total, se hicieron dieciséis consultas, con sus correspondientes ejemplos y explicaciones, habiéndose logrado gran provecho, pues en general nuestras observaciones dieron base para modificar algunos artículos, entre ellos

los números 15, 21, 23, 26, 29, 32, 34, 35, 40 y 58, y se aclararon algunos otros como el 1º, inciso b), 2º, inciso a), 9º, inciso d), 17, 29, 34 y 42. Puede considerarse que con una sola excepción, el Reglamento de Enfermedad y Maternidad reformado y aclarado tal como está en la actualidad permite encontrar soluciones a todos los casos que se presenten en la práctica. La excepción de que se habla en el párrafo anterior la constituye el artículo 34.

Con fecha 18 de noviembre, en nota N° 603-52, la Sección dirigió al señor Gerente un amplio estudio relacionado con el artículo 34 del Reglamento de Enfermedad y Maternidad. En él se trata de demostrar que tal como está redactado y en vigencia el mencionado artículo, se están perjudicando indistintamente intereses de trabajadores, de patronos y de la misma Institución, pues no responden las soluciones que en él se contienen a nada práctico, social ni financiero. Sin lugar a dudas, ha sido el artículo 34 del actual Reglamento, el más difícil de administrar, además de que cada Sección que tiene que ver con él ha pretendido darle una interpretación diferente. Por la forma práctica como la Sección de Inspección conoce de los problemas originados en interpretaciones del Reglamento, es que ella ha pretendido tener la razón cuando en diferentes oportunidades ha pedido su modificación o reforma, y esta pretensión ha tenido eco en la Junta Directiva, pues en principio, en sesión N° 1165, de fecha 22 de diciembre de este mismo año, se acordó la modificación del mencionado artículo, faltando para ello algunos estudios de orden financiero, principalmente para proceder definitivamente a fijar una cotización mínima para aquellos trabajadores que no prestando servicios durante todos los días de la semana, no alcancen a devengar un salario X, suma que precisamente será fijada con base en esos estudios financieros.

Durante el año se hicieron doce reuniones mensuales, con la participación de todos los Inspectores, incluyendo a los de las diferentes Sucursales. Cada cuarto sábado de cada mes, invariablemente, se discutieron, en mesa redonda o seminario, los problemas de orden administrativo, legal y reglamentario que en el curso del mes se habían presentado. Se encontraron soluciones a problemas difíciles que solamente con la discusión y participación de todos, exponiendo cada uno su experiencia y conocimientos fué posible resolver. Se dictaron normas administrativas para lograr mayor colaboración con funcionarios de otras Secciones, y se encontraron fórmulas y nuevos sistemas de trabajo y de investigación que han dado muy buenos resultados en la práctica, pues ellos han sido producto de la experiencia adquirida por toda la Sección. A cargo de la Jefatura estuvo, siempre en discusión de mesa redonda o seminario, la divulgación de principios generales de derecho de trabajo, muy necesarios en la aplicación de la Ley y Reglamentos de la Caja. En general, puede decirse que las reuniones mensuales de Inspectores han venido a darle contenido doctrinario o teórico a la intensa labor práctica que en la Institución se realiza, especialmente por esta clase de funcionarios.

En el curso del año se hicieron estudios minuciosos y detallados de algunas zonas en donde el seguro está o estaba extendido por reglamento y en la práctica, y se hicieron algunas recomendaciones a la Junta Directiva por intermedio de la Gerencia. Con el mismo fin también se incluyeron dentro de esos estudios algunas zonas que no estaban

incluidas dentro de las obligadas al seguro social. Concretamente, se pidió se extendiera en la práctica la cobertura del Caserío de Moravia, del distrito 2º, La Suiza, del cantón de Turrialba. La Junta Directiva optó no por extenderlo sino por excluir la zona de la



Los Inspectores de toda la República se reúnen con su Jefe para estudiar y fijar normas y programas de trabajo. Las reuniones son mensuales y han dado magníficos resultados prácticos.

obligatoriedad reglamentaria. Se pidió la inclusión, como zona obligada, del Caserío de El Barro, del distrito 3º, San Juan de Mata, del cantón de Turrubares, por considerarse fácil y necesaria la atención de los trabajadores en la Sucursal de Orotina; la Gerencia no consideró necesario llevar a conocimiento de la Junta Directiva la petición, por estimar que esta última había ya externado parecer en cuanto a nuevas inclusiones. Se pidió la exclusión del cantón de San Mateo, por considerarse que no se justifica el mantenimiento del seguro en todo un cantón, ni desde el punto de vista social, financiero ni práctico, en donde a la fecha en que se hizo el estudio había solamente veintidós patronos activos, con cincuenta y nueve trabajadores asegurados; la Gerencia dispuso comisionar a la Sección de Sucursales para que ésta haga un estudio de la zona y recomiende o no la posibilidad de establecer un dispensario en San Mateo. También se pidió exclusión de algunos lugares alejados, del cantón de Turrialba; sobre esto no se ha resuelto nada, pues está pendiente una encuesta que se debe realizar con los trabajadores para saber el criterio que éstos tienen de los beneficios de la Institución.

A continuación se incluye un cuadro numérico del trabajo realizado por los Inspectores. Invariablemente a cada caso corresponde un informe, y en general, cada informe es la solución de un asunto debida y ampliamente investigado:

TRABAJO REALIZADO POR LOS INSPECTORES DURANTE EL AÑO 1952

Suspensiones	895
Revisión suspensiones	883
Suspensiones temporales	479

Reanudaciones	387
Traspasos de número patronal	469
Cancelaciones	523
Inscripciones patronales	1.387
Inscripciones patronales improcedentes	486
Compulsiones pago planillas	365
Cobro de prestaciones	865
Prestaciones improcedentes	515
Presunciones accidentes de trabajo	86
Reconstrucción de planillas	141
Reconstrucción de planillas improcedentes	48
Estudios libros de salarios o contabilidad	59
Cambios de Razón Social	36
Cambios de domicilio	82
Inclusiones Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.....	81
Exclusiones Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.....	55
Inclusiones Seguro de Enfermedad	181
Exclusiones Seguro de Enfermedad	197
Récuento de trabajadores	1.345
Interrupción de actividades	155
Investigaciones varias	1.966
Compulsiones inscripciones patronales	29
Estudios para otorgar beneficios por Seguro Familiar	21
<i>Total de Visitas Efectuadas durante el año 1952</i>	<u>11.736</u>
Total números patronales activos	6.949
Total números patronales suspendidos	2.044
Total números patronales cancelados	2.605
<i>Total números Patronales adjudicados</i>	<u>11.598</u>

Puede considerarse que cada informe es el producto de más de una visita hecha por el Inspector a un centro de trabajo, pues se han extremado los medios de investigación en beneficio de la eficiencia de las soluciones dadas. Como complemento y explicación del cuadro numérico, se hacen observaciones a algunos renglones en él contenidos:

Revisión Suspensiones: Ha sido necesario mantener una vigilancia constante sobre los números patronales que en nuestros archivos aparecen como suspendidos, pues es muy frecuente el caso de patronos suspendidos que reanudan labores sin comunicar inmediatamente a la Caja de la nueva situación del negocio o empresa, ni pagar tampoco las planillas correspondientes. En muchos casos, a más de la reanudación se cobran planillas atrasadas.

Inscripciones patronales: La enorme cantidad de nuevos patronos que pagaron pla-

nillas, indica la vigilancia constante que ejercieron los Inspectores, pues la mayoría de esas inscripciones se originaron en labor constante y directa de esos funcionarios, sobre las solicitudes de inscripción que también llegan a la Oficina. El beneficio económico obtenido por la Institución, en este renglón, es de los más importantes.

Inscripciones patronales improcedentes: Los servicios médicos que la Institución proporciona, forman hoy parte de las necesidades de un gran conglomerado, y su eficiencia hace que aún personas de posición económica bastante desahogada pretendan obtenerlos. Muy significativo de esta afirmación es el hecho de que durante el año se declararon improcedentes 486 solicitudes de inscripción patronal. Ese número, traducido por nuestra experiencia, quiere decir que 486 personas solamente en un año quisieron tener oportunidad de incluir como asegurados quizá una cantidad de personas cuatro o cinco veces mayor, y sin que efectivamente se diera la relación de trabajo entre quienes quisieron aparecer como patronos y los presuntos trabajadores. En general, puede decirse que cada investigación y cada solución hecha y dada por un Inspector evitó la comisión de más de un fraude, lo que en términos económicos hubiera ocasionado mucho perjuicio a la Institución, máxime si se toma en cuenta que quien sin ser patrono quiere aparecer como tal, es por la razón de que alguien está necesitando en ese momento de servicios médicos.

Cobro de Prestaciones: Las investigaciones de esta naturaleza son originadas en "Solicitudes de Asistencia Médica" extendidas por los patronos en forma equivocada o fraudulenta. Procede el cobro cuando la persona a favor de quien se ha extendido la "Solicitud de Asistencia Médica" no completa el plazo de espera o el monto mínimo de cotización señalados en los artículos 32 y 34 respectivamente del Reglamento de Enfermedad y Maternidad. La mayoría de estas investigaciones han correspondido a errores de interpretación de los patronos, pues para ellos es bastante difícil trabajar con algunas disposiciones del mencionado Reglamento, especialmente con el artículo 34; es esta última razón la que ha hecho de mucho cuidado, y en algunas ocasiones bastante difícil, esta clase de investigaciones. De toda suerte, son miles de colones los que han ingresado a la Institución por este concepto.

Estudios Libros de Salarios o Contabilidad: Con motivo del nuevo Reglamento de Enfermedad y Maternidad, en vigencia a partir del primero de abril, se ha hecho bastante difícil esta clase de investigaciones, pues tiene que haber diferencia, en algunas empresas, entre los salarios reportados a la Caja y los anotados en Libros de Contabilidad; la razón es la de que los salarios pagados a algunos trabajadores no fueron reportados a la Caja por cuanto individualmente no alcanzaron una suma de ₡ 80.00 mensuales, y no todos los patronos llevan los libros en forma correcta.

Ha sido práctica constante de la Sección de Inspección mantener armoniosas relaciones con los patronos obligados a cumplir con las disposiciones de la Ley Constitutiva y sus Reglamentos. Gran parte del tiempo de trabajo lo han dedicado los Inspectores en proporcionar información a todos los patronos, con el propósito tanto de ayudarles en el manejo de la documentación y papelería proporcionada por la Caja, como de hacerles

ver la eficiencia de los servicios prestados por ésta. En esta labor se han hecho muchos progresos, y aunque por razón de sus funciones y en beneficio de la Institución pareciera que a estos funcionarios les interesa únicamente el beneficio de la Caja, lo cierto es que sus intervenciones han hecho que ellos sean considerados como verdaderos amigos de los patronos. En este mismo plan, y aún con mayor eficiencia si es posible, se trabajará en el año 1953, esperando siempre el progreso del seguro social en Costa Rica, en beneficio de quienes con su esfuerzo e inteligencia ponen al servicio de la Patria sus medios de producción, y de quienes con su fuerza humana de trabajo están construyendo un país más próspero.

SERVICIO SOCIAL:

Con la experiencia adquirida en el año pasado, se intensificó la labor específica de Servicio Social, eliminando en gran parte el trabajo realizado anteriormente por las Visitadoras y que no correspondía a la Sección. En el mes de julio se dispuso no atender más casos de riesgos profesionales, quedando en lo sucesivo este servicio a cargo de la Secretaría del Policlínico. No se hizo más el control que se ejercía sobre las hospitalizaciones o estancias de asegurados en algunos centros asistenciales con los que la Caja mantiene relaciones, como el Asilo Chapú, el Asilo Carlos María Ulloa, etc. Aunque siempre se siguió trabajando con estas Instituciones en Servicio Social, ya en la resolución o atención de asuntos relacionados propiamente con los asegurados, el tiempo o las horas de trabajo empleadas por las Visitadoras disminuyó mucho en este campo, empleándose en otros menesteres más propios del servicio social. En tesis general, tanto las Secciones y funcionarios de la Caja que hicieron uso de los servicios de la Sección, como los asegurados que pusieron en manos de las Visitadoras sus asuntos o problemas, guardan un reconocimiento por la eficiente labor, considerándose como fundamental para la Caja la intensificación de actividades, poniendo a trabajar la experiencia adquirida y más personal.

El Departamento de Bronco-Pulmonares del Hospital Central contó siempre con la permanencia de dos Visitadoras, quienes trabajando en forma rotativa acercaron a los servicios médicos tanto a las personas con exámenes de T. B. C. positivo, como a las que convivían o tenían algún contacto con éstas. En la mayoría de los casos la Caja fué a los domicilios y a los centros de trabajo antes de que éstos fueran a la Caja, pues se considera que en enfermedades infecto-contagiosas es necesario una labor intensiva de control. Se hicieron 344 visitas familiares, y en todas ellas se dieron instrucciones y consejos a todos los habitantes de las casas para que en unos casos, no hicieran abandono de sus tratamientos, y en otros, acudieran a control para efectos de prevenir a tiempo cualquier brote inicial de la enfermedad. Todas las personas aseguradas y sus familiares con derecho, se atendieron en las propias instalaciones de la Caja, y quienes no lo fueron se remitieron a la Lucha Antituberculosa, tratando siempre de colaborar con instituciones que a la par de la nuestra luchan por la salud y el bienestar de los ciudadanos. Además de las visitas familiares fueron llamados a control, por diferentes medios como cartas y telegramas, 352 personas, de las cuales acudieron 296; quienes no acudieron al llamado

de las Visitadoras fueron visitados personalmente por éstas. Se mantuvo una constante relación con las personas hospitalizadas en el Departamento de Bronco-Pulmonares, haciéndose diariamente más de una visita con el objeto de ayudar a los pacientes a resolver pequeñas necesidades, tales como despacho de correspondencia, compra de algunos artículos necesarios, etc. Se atendieron reclamos por no pago de subsidios y por errores en la atención médica y alimentaria.

En el Servicio de Enfermedades Venéreas del Hospital Central hubo permanentemente dos Visitadoras. Así como en Bronco-Pulmonares y en todos los demás servicios, el trabajo fué realizado por todas en forma rotativa. Para hacer realidad en parte el artículo 25 del Reglamento de Enfermedad y Maternidad en cuanto al tratamiento obligatorio para los enfermos afectados de enfermedades venéreas, se hizo lo posible para que todos los asegurados con exámenes positivos hicieran su tratamiento, pues es el principal problema que se confronta con esta clase de pacientes. Se hicieron 512 visitas con el objeto de dar consejos e instrucciones tanto a los propiamente enfermos cuyo control existe en los archivos médicos, como a algunos familiares de éstos y a quienes se creyó oportuno instruir sobre los perjuicios de las enfermedades venéreas. El número de familiares visitados fué de 28, siempre y por tratarse de la clase de dolencia con el consentimiento de los asegurados enfermos. Aquellas personas con derecho a ser atendidas en los servicios médicos de la Caja fueron remitidas a los médicos de la Institución, y quienes por cualquier circunstancia no tenían ese derecho, o ya lo habían perdido, fueron enviadas a la Lucha Antivenérea. Una labor muy importante desarrollada por las Visitadoras en este servicio fué el descubrimiento de casos dentro de los propios hospitalizados y quienes por su propio interés no se habían tratado nunca por enfermedades venéreas; con los datos contenidos en las historias clínicas, en algunos casos y por otros medios en otros, se logró que personas que habían ingresado al Hospital con algún diagnóstico diferente al venéreo y a quienes se habían hecho exámenes de sangre, se pusieran en contacto con los médicos de esta especialidad, gracias a la labor exclusiva de las Visitadoras. El siguiente cuadro da una idea de la labor intensa que se hizo en este servicio:

<i>Total visitas a enfermos</i>	512
Visitas personales	350
Visitas familiares	28
Visitas que no localizaron	134
 <i>Total visitas a patronos</i>	 14
Por estar atrasados en planillas	8
Para conseguir orden patronal	6
 <i>Total citas</i>	 496
Para control	354
Otras	142

Se mantuvo un servicio constante dentro del Hospital Central, atendido permanentemente por dos Visitadoras. Se tramitaron quejas de diferente índole. En general, las quejas presentadas no tuvieron fundamento y se debieron más que todo a la psicología propia del enfermo hospitalizado, pero en todos los casos se demostró interés y se logró cambiar el estado de ánimo de los pacientes. En los casos en que se comprobó que los asegurados hospitalizados tenían razón, muy pocos por cierto, se trató directamente con los funcionarios responsables de los respectivos servicios y en todos ellos se encontró deseo de mejorar y de resolver toda queja justificada. Se atendieron reclamos de muchos asegurados por el hecho de no haber recibido oportunamente, según ellos, el pago del correspondiente subsidio; todos se tramitaron y se resolvieron favorablemente en beneficio de los reclamantes, dándose las explicaciones del caso. La mayoría de los subsidios no pagados tuvieron su origen en que los patronos de los hospitalizados estuvieron atrasados en el pago de sus planillas. A muchos de estos patronos se hizo visita para lograr que por medio del pago de sus planillas se pudiera hacer efectivo el pago del subsidio. El Servicio Social dentro del Hospital es una de las labores que más han contribuido a que los asegurados se sientan satisfechos de los servicios que la Institución les presta.

El Departamento de Rehabilitación contó siempre con una Visitadora a su servicio. Se realizaron los trabajos ordenados por ese Departamento, estando bajo la responsabilidad del mismo la técnica empleada en la investigación del caso social.

Por acuerdo habido entre la Sección y el Departamento de la Habitación, todas las investigaciones y visitas a las personas solicitantes de casas fueron hechas por las Visitadoras. En el curso del año hubo un total de 404 visitas. Muchas de estas visitas o investigaciones fueron realizadas en lugares bastante alejados de la ciudad de San José, y cada una de ellas implica un trabajo cuidadoso y serio.

Dentro de las labores desarrolladas por la Sección, aunque no específicamente de Servicio Social, una de las más importantes es la calificación del derecho a gozar del seguro familiar para el grupo de asegurados que de acuerdo con el Reglamento de Enfermedad y Maternidad quisieron acogerse a ese beneficio. En cada caso hubo que realizar una visita al domicilio del asegurado para comprobar si se cumplía con todos los requisitos exigidos por el mencionado Reglamento. En el curso del año se hicieron 349 visitas, muy necesarias, pues en muchos casos se denegó el derecho por varias razones, entre ellas, la de que los familiares no vivían en la misma casa del asegurado, o la de que no dependían económicamente del mismo.

En el servicio médico pre-natal y de maternidad, así como en el de pediatría, la Visitadora fué una gran colaboradora de los profesionales médicos, pues se dieron consejos, se ayudó a que las aseguradas y sus niños fueran pronta y eficientemente atendidos y se resolvieron problemas administrativos que habían obstaculizado en principio el suministro de la atención.

Por razones diversas, tales como la ignorancia o la emergencia, muchos asegurados, al necesitar los servicios de hospitalización en San José, en lugar de recurrir directamente al Hospital Central, acuden de primero al Hospital San Juan de Dios; luego que se encuentran internados hacen valer su condición de asegurados y solicitan ser traslada-

dos a los servicios médicos para los cuales ellos están contribuyendo. Los traslados en estas condiciones han sido hechos siempre con intervención de las Visitadoras, pues ellas se encargan de investigar primero si la persona tiene derecho a gozar de los beneficios del seguro, y establecido esto dan todos los pasos necesarios para que ese traslado sea hecho en el término menor posible, como ha sucedido en todos los casos. En el año se hicieron 60 traslados.

Algunas otras labores tuvieron a su cargo las Visitadoras, tales como investigaciones en solicitud de libre elección "post-partum"; estudios familiares relacionados con el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte; suministro de datos y tarjetas de hospitalización a petición de la Dirección de Servicios Médicos; estudios de incapacidad para trabajar desde el punto de vista profesional; estudios sobre problemas personales de algunos asegurados, etc. En algunos casos en los que los médicos consideraran que un asegurado no podía seguir trabajando en el mismo oficio, las Visitadoras lograron obtener un nuevo trabajo para ese asegurado.

La Sección de Servicio Social, tal como ha trabajado en este año, ha logrado para los asegurados que recurrieron a su consejo y a su ayuda, el disfrute de los beneficios que otorgan la Ley y los Reglamentos de la Caja, y por gran suerte para todos, quienes tienen su problema o su dificultad invariablemente encuentran en la Visitadora al funcionario deseoso de servir.

Informe de la Sección de Sucursales

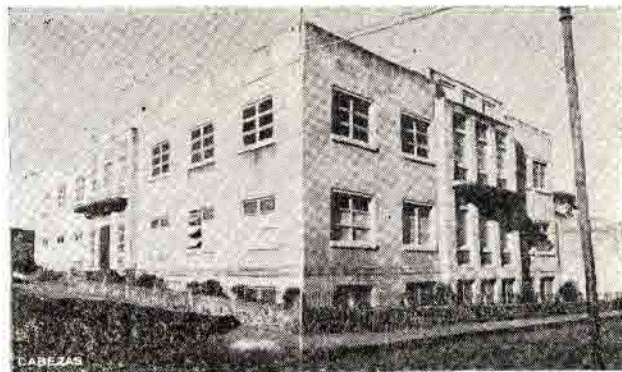
Don Jaime Barrantes Bermúdez, Jefe de la Sección de Sucursales, "...Yo estoy empeñado en que los servicios que se dan a los asegurados de provincias, nada tengan que desear a los que damos en la capital".



El año de 1952 representó para la Caja Costarricense de Seguro Social, en cuanto a las Sucursales se refiere, avance y progreso en todo sentido. Avance desde el punto de vista administrativo, por cuanto contamos con personal mejor entrenado, mayores medios de trabajo y logramos además conseguir la necesaria coordinación de procesos y unifor-

mación de sistemas con las Oficinas Centrales, y progreso desde el punto de vista de la eficiencia de las prestaciones médicas, por cuanto la política social de los beneficios otorgados, impuso una mejora notable, tanto en el aspecto técnico como propiamente asistencial. Las actividades desarrolladas se traducen, para efectos de calificación, en progreso social para todas las zonas protegidas por los beneficios del Seguro Social, ya que fueron enfocados con toda austeridad y resueltos con espíritu de superación, todos y cada uno de los problemas que venían afectando la marcha de los programas de la Institución. Tanto fiel de las situaciones comentadas, es la solución de los aspectos médico administrativos que se presentaron durante el ejercicio de 1952, los cuales sometemos a la consideración del público en forma de capítulos.

El edificio de la Sucursal de Alajuela, hasta ahora el mejor que ha construido la Caja fuera de San José.



Antes de entrar en el estudio de los aspectos médicos, es importante señalar que las Sucursales y Agencias que tiene la Caja establecidas en las diferentes zonas del país, abarcan un total de 3018 patronos activos por Enfermedad y Maternidad con 25.733 asegurados directos —el 49.40% y 46.45% del total general de patronos y asegurados en toda la República respectivamente.—

De acuerdo con la organización funcional de los servicios médicos y en armonía con disposiciones legales y reglamentarias, tanto los asegurados directos como los protegidos por el Seguro Familiar, tienen derecho a disfrutar en sus respectivas zonas, de todas las prestaciones médico-asistenciales.

Como se comprenderá de la lectura de este informe, a través de 1952, la Caja fué enfocando y solucionando los diferentes aspectos de índole médica, con el objeto de suministrar cada día y en forma más eficiente, las prestaciones médicas que le imponen sus estatutos internos. La aplicación de las medidas a las diferentes situaciones, no son más que un reflejo de los propósitos que guían a la Institución, para que la marcha de la seguridad social del país, se lleve a cabo como el producto de una obra con perfiles y lineamientos destacados. Esta característica sobresaliente del progreso realizado, debe darse a conocer, para que las gentes que en diversas formas se interesan de su evolución, aprecien a cabalidad la magnitud y trascendencia del esfuerzo realizado. Es importante destacar

también, que este empeño de la Caja por garantizar la satisfacción de la necesidad asistencial del trabajador asegurado, nos ha llevado a superarnos en los sistemas y en la bondad de los beneficios, para que el país entienda nuestra colaboración como un baluarte para defender, a través de nuestros programas, el patrimonio de la salud del trabajador. Prácticamente este es el fundamento de nuestra memoria anual.

CAPITULO PRIMERO

El capítulo primero se refiere concretamente a medidas propias de la esfera de acción de los servicios médicos. Sin embargo y para poder comprender la importancia que tales disposiciones crearon en las diferentes zonas del país, nos hemos permitido subdividirlo de acuerdo con los diversos grupos de asuntos tratados. Es así como iremos comentando en forma detallada, los siguientes aspectos:

- a) Avance en el campo propiamente médico-asistencial.
- b) Revisiones de contratos hospitalarios.
- c) Creación de Dispensarios rurales.
- d) Necesidad de locales adecuados para nuestras Oficinas Médico-Administrativas.
- e) Mejoras introducidas en los servicios polivalentes.
- f) Instalación de farmacias y laboratorios.
- g) Programas de educación y divulgación.

a) *Avance en el campo propiamente médico-asistencial.*

Comenzaremos comentando las medidas de que habla el sub-título arriba expuesto, en todas las Sucursales afectadas con disposiciones de esta naturaleza.

Con el propósito de resolver el problema de la asistencia médico-infantil, tan necesaria en una Provincia como la de Heredia, en donde contamos con el Seguro Familiar, la Caja estableció a partir del mes de junio el servicio de pediatría, a cargo del especialista en niños Doctor Rodrigo Loria Cortés, quien desde esa fecha atiende diariamente 30 niños menores de siete años, más los casos de emergencias. Prácticamente con esta medida hemos evitado el envío de pacientes de Heredia a nuestros servicios centrales en la Policlínica de San José, y con ella hemos contribuido a dar más confianza a las madres, por la facilidad que tienen de recurrir al consejo o tratamiento adecuado de sus niños. Cabe hacer notar que este profesional dentro de la labor curativa, ha hecho también una labor educacional entre las madres, enfocando esos importantísimos problemas de la hi-

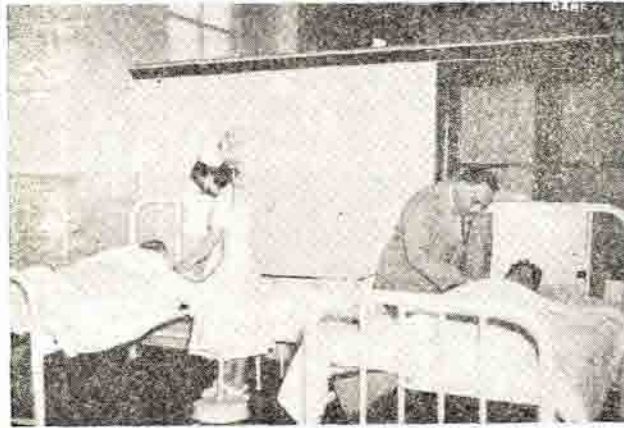
giene, régimen dietético, etc., dando así un señalado interés a la medicina preventiva dentro del seguro familiar.

A partir del mes de setiembre se creó en la misma Sucursal de Heredia, una hora más de consulta externa para medicina general, de las 15 a las 16 horas, para poder atender con mayor solicitud los casos de emergencias que se presentan en las tardes. En la actualidad, ningún caso queda sin atender, dando oportunidad tanto al trabajador agrícola como al obrero, de recurrir a nuestros servicios médicos, sin perder mayor tiempo, después de sus labores por la tarde.

Este progreso en el campo médico, iba paulatinamente resolviendo todos los escollos en las Sucursales, y así observamos que en el mes de abril, se logró establecer una mejora sustancial en el servicio médico de la Sucursal de Palmares, con motivo del nombramiento del Doctor Arnoldo Estrada Fernández, como médico exclusivo de los asegurados de esa zona. Con esta disposición se evitó distraer la atención del médico de San Ramón, quien antes de esa fecha y por no haber médico en Palmares, tenía que estar viajando tres veces por semana a este último lugar, con el objeto de pasar consulta. Esto a su vez ha permitido al médico de San Ramón, dedicar más tiempo a sus asegurados y aumentar la consulta externa en 10 fichas diarias, especialmente para atender casos de zonas alejadas, que recurren a los servicios médicos en horas de la tarde.

Como decimos anteriormente, casi a un mismo tiempo y gracias a la coordinación de funciones desarrolladas entre la Secretaría de Prestaciones Médicas y la Jefatura de Sucursales, los problemas de índole médica se fueron presentando sobre el tapete, con el propósito de darles soluciones adecuadas. Es así, como nos encontramos a mediados de mayo con el caso de la Sucursal de Puntarenas, en donde era un problema la limitación de la consulta médica, que estaba tan solo a cargo de un médico. Debido a esta situación, teníamos que limitar a un número determinado de pacientes la respectiva consulta, siendo común el rechazo diario de quienes no alcanzaban cita y sintiéndose justamente lesionados en sus derechos, reclamaban contra esta deficiencia. A fin de resolver la situación expuesta, nombróse un médico más, con lo cual la consulta se extendió a dos horas, significando esto que hay atención médica, durante toda la tarde, cualquiera que sea el número de pacientes y, por otra parte, se estableció el sistema de citas lo cual vino a distribuir en mejor forma la atención médica. Los resultados obtenidos con esta medida, han sido un mayor rendimiento de tiempo que indudablemente ha mejorado la atención individual del asegurado como paciente. También se logró que el médico director, disponiendo de más tiempo, dedicara más atención a la visita y contravista de nuestros enfermos hospitalizados en ese lugar.

A principios del año que estamos comentando, la Sucursal de Cartago contó con la autorización para que en aquellos casos de pediatría, que pudieran calificarse como emergencias, las madres pudieran recurrir a los servicios de especialistas ajenos a la Institución, mediante el reconocimiento de tarifas justas por concepto de honorarios profesionales. Esta medida llegó a completarse cuando en abril del mismo año, nuestro Reglamento de los Riesgos de Enfermedad y Maternidad, sufrió una reforma al adicionarse el inciso e) al artículo 15, disponiendo, aparte de la asistencia médica a los hijos de las



El Jefe de los Servicios Médicos de la Provincia de Cartago, pasando visita en el Hospital "Max Peralta" de aquella localidad.

aseguradas durante los dos primeros años de su vida, la prestación farmacéutica que antes no existía.

Empleados administrativos de la Sucursal de Cartago, dedicados a sus diarias e intensas labores.



b) Revisión de contratos hospitalarios.

De conformidad con lo que dispone el inciso b) del artículo 15 del Reglamento citado, la Caja está en la obligación de suministrar la prestación hospitalaria, siempre y cuando el tratamiento médico así lo indique. De tal manera, que la Institución ha venido celebrando contratos con las diferentes Juntas de Protección Social, para la atención hospitalaria de sus pacientes. Pero como hoy día las Juntas han ido estableciendo nuevos servicios como Rayos X, Cirugía Mediana, ciertos análisis de laboratorio, etc., etc., que antes tenían los asegurados que recibir en San José, hemos revisado todas nuestras obligaciones con tales entidades, a fin de que los asegurados se beneficien de estos adelantos asistenciales.

Aparte de las revisiones llevadas a cabo para lograr los fines indicados, hemos también entrado en conversaciones formales con otras Juntas de Protección Social, para establecer mediante contrato escrito, el derecho en cada lugar a la prestación hospitalaria. Así podemos citar nuestro interés por firmar el contrato con los hospitales de Heredia y Alajuela, ya que tal mejora fué introducida en Palmares, Villa Quesada y San Ramón.

c) *Creación de Dispensarios Rurales.*

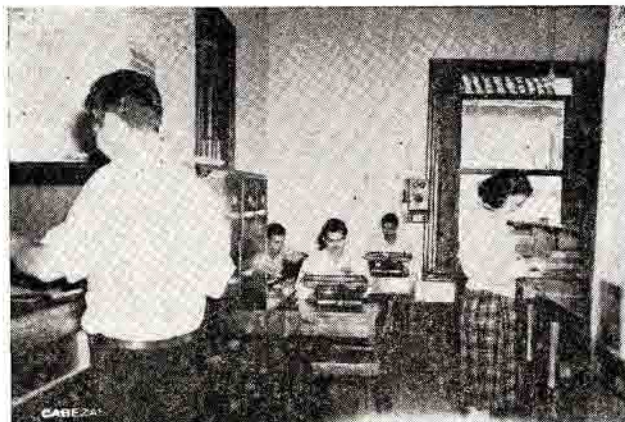
El estudio del progreso que hemos logrado en el campo médico y asistencial, tiene que ser también visto a través de la comodidad que hemos ofrecido para que nuestros asegurados reciban sus prestaciones. Es así como en el campo material, hemos logrado la creación de varios Dispensarios Rurales, para evitar el problema que antes significaba para el paciente, el trasladarse desde su residencia, a zonas un poco alejadas. En este aspecto debemos citar el Dispensario de Barreal de Heredia, establecido al servicio del público el 16 de julio y en donde se atendieron durante el resto del año, más de 900 casos por servicios polivalentes. Es preciso destacar la valiosa cooperación y ayuda prestada por la firma Rohrmoser Hnos. en la construcción de este centro rural. Indudablemente este empeño de la firma Rohrmoser Hnos. de establecer, primero el Dispensario de Pavas y luego el de Barreal, pone de manifiesto las cordiales relaciones que mantenemos con la clase patronal. Situación parecida puede decirse del ofrecimiento de don Florentino Castro Monge, para instalar el Dispensario en Oriente de Pejibaye, jurisdicción de Turrialba. Dentro del plan, de mejorar los servicios asistenciales de las Sucursales, también se estableció el 16 de setiembre, un pequeño centro rural en el Distrito de Santo Domingo de Santa Bárbara, comúnmente conocido como "El Roble". Más o menos 450 asegurados de Zetillal, El Roble y Birrí de Santa Bárbara, entre trabajadores y sus familiares, se han beneficiado con esta medida, pues las distancias a recorrer de sus hogares a este dispensario, son relativamente cortas, en comparación con las distancias hasta el Dispensario de Santa Bárbara, antes el más cercano para ellos.

En la zona de Bella Vista de San Carlos, hemos creado un pequeño dispensario, con iguales funciones para toda esta clase de servicios, adonde los asegurados pueden acudir para continuar sus tratamientos polivalentes.

d) *Necesidad de locales adecuados para nuestras Oficinas Médico-Administrativas.*

Uno de los problemas más agudos que veníamos confrontando, era la falta de espacio en ciertos locales, tanto para la ejecución de las labores en sí, como para el público que espera que se le atienda.

Un ejemplo de lo anterior, lo tenemos en la Sucursal de Heredia, en donde a ciertas horas del día, aquello parece un verdadero hacinamiento, pudiendo decirse otro tanto de los corredores y salas de espera. Como solución a este problema, tenemos para



Visita parcial de la Oficina administrativa de la Sucursal de Heredia.

el próximo año, después de estudios ya planeados, la construcción de un moderno edificio, que viene a llenar esta sentida necesidad.

Un aspecto de la Sección Administrativa de la Sucursal de Alajuela.



De igual manera vamos a solucionar el caso de nuestro Dispensario en Juan Viñas, en donde tenemos ya proyectado un edificio más modesto, con el fin de acabar también en esa zona, con el problema que hemos comentado en relación con Heredia.

Nuestra Sucursal de Puntarenas había venido ocupando desde su inauguración, una serie de locales poco adecuados y además mal situados que no eran compatibles con su importancia y ofrecían, cuando no estrechez, dificultades para la accesibilidad del público que nos visita. Sin embargo y por encontrarse la Institución planeando las construcciones de los locales de Heredia y Juan Viñas, era indispensable buscar otro local más adecuado a las funciones que tenemos en esa Sucursal. Efectivamente el 1º de junio

se logró arrendar un nuevo local, que ha reportado muchas ventajas, una mejor coordinación entre los departamentos internos, así como la centralización de servicios, lo cual es de suma importancia para la eficiencia de las prestaciones.

Siguiendo esta línea, también enfocamos el caso de nuestra Sucursal de Orotina, y fué así como celebramos convenio con la Junta de Protección Social de ese lugar, para reconocer determinada suma por concepto de arrendamiento para ocupar ciertos locales en la Unidad Sanitaria e instalar en buena forma nuestras oficinas Médico-Administrativas.

Merecen también citarse, las reparaciones que se llevaron a cabo en muchos dispensarios cantonales y de distrito, Peralta, La Suiza, etc., jurisdicción de Turrialba, lo cual significa preocupación constante de la Caja por desarrollar una labor cada día más acorde con la importancia de sus servicios, atención que también se concentró por dotar estos centros rurales de implementos adecuados para su trabajo normal.

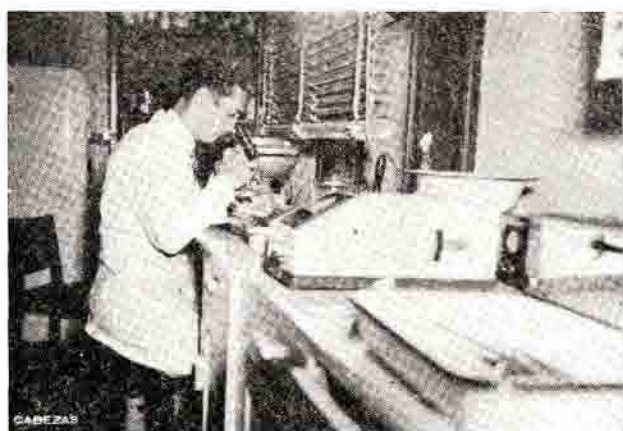
e) *Mejoras introducidas en los servicios polivalentes.*

Decíamos en páginas anteriores, que en el Capítulo Médico hemos logrado un avance de suma importancia, puesto que enfocamos todos y cada uno de los problemas que se fueron presentando durante el ejercicio de 1952. Pues bien, junto con las necesidades médicas, junto con el arrendamiento de locales más cómodos para desarrollar nuestras actividades, junto con la creación de Dispensarios y otras medidas por el estilo, junto con esas necesidades sentidas, la Caja ha ido resolviendo otros problemas de carácter propiamente asistencial, con el propósito de otorgar cada día en mejor forma, las prestaciones y beneficios médicos que reglamentariamente deben recibir nuestros asegurados.

Siguiendo pues esta política de estudio, de compenetración social del problema, podemos exponer a la consideración del público, otros problemas resueltos, tales como los servicios polivalentes de varias Sucursales. En octubre de 1952, se separó de la Farmacia de la Sucursal de Heredia, la entrega de inyectables directamente a los asegurados de esa localidad, concretándose esa dependencia al despacho de las recetas restantes. Actualmente las inyecciones se prescriben por separado y el asegurado presenta directamente a la Enfermería de la Sucursal su receta. Como encargada del "stock" de inyectables se nombró una enfermera, quien además tiene a su cargo el control de la estadística de los asegurados que demandan servicios polivalentes. Parecida situación se nos estaba presentando en la Sucursal de Orotina, en lo que respecta a los inyectables de los asegurados de San Mateo. Por medio de un convenio especial, celebrado con la enfermera oficial en esa zona, y mediante el reconocimiento de tarifas justas para la aplicación de esos servicios, se logró que dicha funcionaria inyectara por cuenta de la Caja, a todos los pacientes que estuvieran en tratamientos polivalentes. Con esta medida se evitaron los reclamos que formulaban los asegurados de San Mateo, por el tiempo que perdían cuando viajaban hasta Orotina a continuar sus tratamientos.

Una necesidad muy sentida que venían confrontando los asegurados del Cantón

de Tres Ríos, la constituía la falta de una enfermera que trabajara durante todo el día, ya que esa labor se hacía únicamente en las horas de la tarde, con la consiguiente molestia y crítica de los asegurados por el limitado servicio que se estaba prestando. Con el nombramiento de una enfermera práctica se logró normalizar este asunto pues desde hace varios meses, se trabaja todo el día y también se hace el servicio de inyecciones y curaciones a domicilio, cuando las necesidades así lo ameritan. A su vez y en esta misma Agencia Administrativa se dió impulso suficiente a la instalación de un servicio de cirugía menor, con el objeto de atender el mayor número de pacientes en nuestra Sucursal y evitar el envío de casos a la Policlínica Central, lo cual es economía de tiempo para los asegurados y mejor servicio de la Caja en ese lugar.

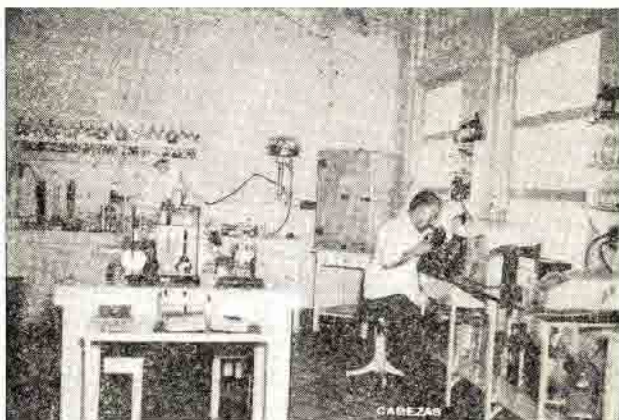


En el Laboratorio de la Sucursal de Heredia.

f) Instalación de Farmacias y Laboratorios.

El éxito de un tratamiento depende de los medios con que cuenta un médico, para formar juicio exacto sobre los males que afectan al individuo. Uno de esos medios es indudablemente el examen de laboratorio, que permite al profesional conocer y determinar el respectivo diagnóstico. Esta labor de dotar al médico de toda clase de adelantos modernos, para que lleve a cabo una tarea eficiente en el desempeño de sus funciones, ha sido abordada por la Caja, al instalar con equipo completo, laboratorios en las Sucursales de Grecia y Puntarenas, con lo que se ha conseguido otorgar un mejor servicio asistencial. Como la prestación farmacéutica corre paralela con esta clase de adelantos, la Caja también se ha preocupado porque las existencias de medicinas, como los elementos terapéuticos, estén en calidad y cantidad a la orden de sus asegurados. Parte de esta situación se puede enfocar con la instalación de farmacias en Juan Viñas y Tres Ríos, en donde no teníamos debidamente organizado ese servicio.

Nos vamos a permitir un pequeño comentario sobre los adelantos logrados en los servicios odontológicos de la Caja en Sucursales. Iniciamos este trabajo con el avance lo-



En el Laboratorio de la Sucursal de Alajuela.

grado en San Ramón, cuando a mediados del año de 1952, se nombró un dentista exclusivo para los asegurados de esa zona. Las mejoras materiales también llegaron a varias Sucursales, como sucedió con el Dispensario de Juan Viñas, en donde pusimos equipo nuevo, amén de otras innovaciones introducidas en la mayoría de estos centros regionales.

La autorización a todos los cirujanos dentistas, debidamente incorporados en la Universidad Nacional, para que pudieran realizar los trabajos protésicos (mecánica dental), mediante el reconocimiento de las tarifas que tiene la Caja establecidas, vino a constituir también un servicio eficiente para el asegurado a la par que estímulo y aliciente para el profesional. Esta mejora que puede considerarse como libre elección por odontología, tuvo significativa importancia en las zonas alejadas de la Meseta Central.

La adquisición en los primeros meses de 1952, de ambulancias nuevas para los servicios médicos de las Sucursales de Turrialba y Alajuela, así como también de otros



Reunión mensual de Jefes de Sucursales. En estas reuniones se discuten los problemas regionales y se imparten las disposiciones necesarias para resolverlos.

vehículos para visitas a domicilio en los tratamientos polivalentes en Heredia, demostró una vez más el empeño de la Caja por ofrecer a sus asegurados un servicio cada día más organizado y eficiente.

g) *Programas de educación y divulgación.*

Al llegar al final de este capítulo médico y como complemento de la labor educativa realizada a través de todo el ejercicio de 1952, es importante destacar también los programas de medicina preventiva establecidos por la Institución, al implantar en forma científica para uso de todos los asegurados, los servicios del Departamento de Rehabilitación. Si hacemos énfasis en este aspecto, es precisamente porque dentro de nuestro conglomerado social —a pesar de la intensa campaña radial— no se han comprendido en todo su alcance los objetivos que persigue la Caja, en la aplicación de estos sistemas preventivos.

En lo que se refiere a las Sucursales, bien por medio del servicio médico y por otros conductos, hemos realizado un esfuerzo por demostrar las ventajas de que “es más fácil prevenir que curar”. Esta tarea de información, tendrá que crear, en los próximos años, una verdadera conciencia sanitaria orientada a conseguir cada día un más alto nivel de salud.



El Jefe de la Sección de Sucursales instruye a sus subalternos acerca de los sistemas estadísticos que emplea la Institución.

HOSPITAL DE TURRIALBA

Deliberadamente hemos dejado por aparte toda clase de comentarios sobre la reorganización llevada a cabo en nuestro Hospital de Turrialba, tanto en su aspecto material como en el campo propiamente médico.

Al igual que en el capítulo médico, este informe lo vamos a dividir en tres partes, a saber:

- a) Modalidades en la situación económica.
- b) Mejoras logradas en el campo médico-hospitalario.
- c) Mejoras materiales establecidas.

a) *Modalidades en la situación económica.*

En los primeros días de 1952, se vino a comprobar que la Caja no podía seguir soportando los gastos que demanda la asistencia hospitalaria de los enfermos de beneficencia, con las exiguas entradas que percibía para tales fines. La gravedad de la situación llevó a la Gerencia de la Caja a someter en forma clara a la consideración del Ministerio de Economía y Hacienda el problema expuesto, presentando para tales efectos un estudio sobre los orígenes de un saldo en su contra por valor de ₡ 260.185.43, suma acumulada al 31 de diciembre de 1951, por concepto de atenciones asistenciales a los indigentes de las zonas de Juan Viñas y Turrialba.

Para quienes no conozcan los antecedentes de esta situación, vale la pena un pequeño comentario, respecto a nuestras obligaciones en los Cantones de Turrialba y Jiménez de la Provincia de Cartago.

Indudablemente esta medida ha venido a constituir un desahogo económico en cuanto se refiere a nuestras obligaciones en los cantones citados y a su vez un paso más en la experiencia que hemos logrado en la protección social de la población flotante.

b) *Mejoras logradas en el campo médico-hospitalario.*

En el campo técnico-asistencial, hemos logrado muchas ventajas entre las cuales podemos destacar la disposición para nuestros asegurados del funcionamiento de servicios como Rayos X y Fisioterapia. En honor a la verdad, este departamento estuvo en actividad durante todo el año de 1951, pero desde hacía mucho tiempo no se aprovechaban sus servicios como debía ser, por la falta de equipo adecuado, lo cual se logró en el transcurso del presente ejercicio, al rehabilitar las funciones radiológicas del centro, previo suministro tanto de accesorios como de materiales necesarios. El equipo destinado a las funciones fisioterápicas fué trasladado a otro local, que a más de las ventajas obtenidas, tuvo otras que cumplieron el objeto deseado para la buena marcha. La aceptación que estos servicios han tenido en el cuerpo médico, fué motivo desde un principio para que el trabajo que se realiza haya alcanzado a través de los días un éxito sorprendente, que redundo en mejor asistencia médica a los pacientes de las zonas de Turrialba y Juan Viñas.

Al principio del capítulo médico, expusimos a la consideración del público, que el avance y progreso obtenido en este esfuerzo, tenía que estudiarse también en función de la uniformidad de sistemas con las Oficinas Centrales. Pues bien, siguiendo esa norma, establecimos en el mes de marzo el "Servicio Central" o centro de equipos, como comúnmente se le denomina, cuyas funciones consisten en preparar material y a su vez esterilizarlo. Las tareas desarrolladas por esta oficina, en lo referente a equipo para inter-

venciones quirúrgicas, puede interpretarse como mejoramiento eficaz de los sistemas implantados.

Este plan de estudiar deficiencias y proceder a soluciones adecuadas, nos llevó también a crear el servicio farmacéutico nocturno, medida que vino a beneficiar las prestaciones asistenciales, por cuanto las recetas de emergencia, son ahora despatchadas con toda prontitud.

Dentro de una organización hospitalaria eficiente, es lógico que todos los servicios estén comunicados en tal forma, que haya control y vigilancia de los pacientes. El Hospital de Turrialba, contaba con un salón denominado San Roque, el cual se encontraba bastante alejado de los demás servicios asistenciales. Siguiendo el propósito indicado, dicho salón fué trasladado a otro departamento más cercano, con lo cual la unidad hospitalaria quedó establecida en tal forma que hoy día la enfermera inspectora supervigila los pacientes sin necesidad de estar recorriendo distancias inconvenientes.

El anteriormente llamado Salón San Roque, fué ocupado parcialmente por las Oficinas de Admisión y Estadística Médica, funciones que se venían realizando en lugares retirados. Este cambio de locales en la forma expuesta, vino a llenar una necesidad muy sentida, evitando las demoras injustificadas que sufrían los pacientes en los pasillos, cuando tenían que ser identificados para su internamiento.

Aprovechando este movimiento, procedimos a centralizar en la Oficina de Estadística Médica, los archivos generales del Hospital, dando la respectiva inscripción a todas las historias y cartulinas clínicas, en tal forma, que hoy día es posible conseguir cualquier dato en pocos minutos. Este avance lo consideramos básico para nuestro Hospital, máxime si se toma en cuenta la frecuencia con que se consultan los archivos médicos.

c) *Mejoras materiales establecidas.*

El problema más serio que el Hospital de Turrialba venía confrontando desde hace mucho tiempo, lo originaba la deficiencia de energía eléctrica porque atraviesa ese Cantón.

Para superar esta dificultad, instalamos un elevador de 8 kilowats que vino a solucionar, en parte, la deficiencia que se hacía sentir en las máquinas de la Sección de Lavandería, así como también en el alumbrado de las Oficinas Administrativas. Mediante la instalación de otro elevador de 10 kilowats, a la vez que fué preciso cambiar gran parte de la instalación eléctrica que se encontraba en un estado de mucho deterioro, fué posible rehabilitar en forma satisfactoria el servicio de alumbrado y calefacción en todas las secciones del hospital.

El funcionamiento de una nueva planta de gasolina de 8 kilowats que abastece el Hospital de su alumbrado en ausencia de la corriente eléctrica, normalizó definitivamente este servicio, lo cual puede traducirse en continua eficiencia del aspecto hospitalario.

Sería prolijo enumerar todos y cada uno de los mejoramientos materiales establecidos en el transcurso de 1952. Quienes hayan visitado el Hospital de Turrialba en

1951 y lo visiten de nuevo, tendrán que convenir con nosotros, en que las mejoras prácticas han cambiado totalmente el edificio. Nuevos comedores para los empleados, unificación de salones para dar más espacio y ventilación, pintura adecuada en todo el edificio, son parte de estas mejoras introducidas en ese centro hospitalario, segundo en importancia después del Central.

Esta es a grandes rasgos la labor llevada a cabo en ese lugar, actualmente desconocida por mucha gente, precisamente porque todavía no hemos explotado con sentido de propaganda, el avance material que logramos a través de los años.

Movimiento en la Sección de Proveduría - Año 1952.

La suma global del valor de las mercaderías importadas de enero a diciembre de 1952, fué de un millón quinientos diez mil novecientos diecisiete colones, cincuenta y cinco céntimos (₡ 1,510.917.55), correspondiendo, un millón trescientos noventa y dos



*Don Gerardo Vargas,
Jefe de la Sección de
Proveduría... "Con las
importaciones hemos
economizado muchos
miles de colones a la
Institución..."*

mil setecientos trece colones cinco céntimos (₡ 1,392.713.05) a drogas, implementos hospitalarios, etc. y ciento dieciocho mil doscientos cuatro colones, cincuenta céntimos (₡ 118.204.50) por materiales, maquinaria y otros para el Departamento de la Habitación.

El número de licitaciones de exterior fué de veintidós (22) a las cuales concurren setecientos cuarenta y cuatro firmas (744), según se leerá en el siguiente detalle:

LICITACION N°	CLASE DE MERCADERIA	N° OFERTAS	VALOR ₡.
51-20	Ambulancias	7	54.432.00
51-21	Instrumentos quirúrgicos	8	9.288.55
52- 1	Penicilina	18	27.726.30
52- 2	Ampollas y varios	96	114.091.00
52- 3	Vehículos	2	13.236.00
52- 4	Ampollas y varios	42	27.999.20
52- 5	Ampollas y varios	38	49.461.80
52- 6	Películas radiográficas	6	19.879.60
52- 7	Ampollas y varios	55	46.931.75
52- 8	Ampollas y varios	40	31.096.95
52-10	Materiales p/Depto. Habitación	58	74.293.85
52-11	Materiales p/Depto. Habitación	35	25.722.05
52-12	Ampollas y varios	68	113.019.85
52-14	Ampollas y varios	78	84.043.40
52-15	Montacargas, etc. Depto. Habitación	14	17.596.85
52-16	Artículos para Oficinas	18	17.919.95
52-17	Mesa para Autopsias	14	6.684.95
52-18	Instrumental para cirugía	10	18.748.10
52-19	Vagoneta de Volteo - Depto. Hab.	8	25.496.20
52-20	Películas Radiográficas	6	19.741.80
52-21	Ampollas y varios	108	152.457.95
52-22	Instrumental para cirugía	15	3.137.00
<i>Total 22 Lic. Varios</i>		744-Of.	₡ 954.004.10

El monto de las divisas solicitadas y concedidas por el Banco Central de Costa Rica alcanzó a un millón ciento cuarenta mil dieciséis colones, cuarenta y cinco céntimos (₡ 1,140.016.45), divididos así:

U. S. \$ 191.810.69	Tipo 567%	₡ 1.087.566.60
£ 2.903 - 8 - 0	Tipo 15.97	46.367.30
Fs. Ss. 4.608.00	Tipo 1.32	6.082.55
<i>Total</i>		<u>₡ 1,140.016.45</u>

Las divisas adquiridas en el mercado libre sumaron \$ 14.123.84, que calculados a un tipo promedio de 6.845% alcanzaron a ₡ 96.677.70 los cuales, sumados a los ₡ 1,140.016.45 autorizados por el Banco Central, dan un total de un millón doscientos treinta y seis mil seiscientos noventa y cuatro colones, con quince céntimos (₡ 1,236.694.15).

En los renglones de medicinas, implementos hospitalarios, drogas, materiales y maquinarias para el Departamento de la Habitación, las importaciones durante el año 1952, pueden clasificarse de la manera siguiente:

MONTO DE LAS IMPORTACIONES HECHAS POR LA SECCION
DE PROVEEDURIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DE DIFERENTES PAISES, CLASIFICADOS POR LA NATURALEZA DE LOS
ARTICULOS, Y PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A CADA GRUPO

(Mercadería entrada a Bodegas)

ARTICULOS	Monto de la Im- portación en colones	%
Drogas, Productos químicos, etc.	369,749.10	24.47
Antibióticos	334,617.80	22.15
Ampollas	225,933.25	14.95
Materiales y 1 vehículo - Depto. Habit.	118,204.50	7.82
Implementos Hospitalarios	112,487.15	7.45
Leches en polvo	88,372.00	5.85
Vehículos	88,183.05	5.84
Varios	84,427.55	5.59
Materiales para Laboratorio	50,085.00	3.31
Ropa de cama	19,537.40	1.29
Material quirúrgico	17,543.90	1.16
Libros p/Biblioteca Médica	1,776.85	0.12
<i>Totales</i>	<i>1,510,917.55</i>	<i>100.00</i>

MONTO DE LAS IMPORTACIONES HECHAS POR LA SECCION
DE PROVEDURIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
CLASIFICADAS POR PAISES DE PROCEDENCIA Y PORCENTAJE
QUE CORRESPONDIO A CADA UNO DE ELLOS DURANTE EL AÑO 1952

(Mercadería entrada a Bodegas)

P R O C E D E N C I A	Monto de la Im- portación en colones	%
Estados Unidos de N. A.	895.439.60	59.26
Inglaterra	218.396.15	14.45
Alemania	162.232.00	10.74
Holanda	52.119.00	3.45
Bélgica	45.887.65	3.04
Suiza	42.002.20	2.78
Italia	34.003.70	2.25
Canadá	19.245.80	1.27
México	16.762.10	1.11
Francia	12.872.40	0.85
Panamá	9.765.30	0.65
Japón	2.191.65	0.15
<i>Totales</i>	1.510.917.55	100.00

NOTA: Debe advertirse que las cifras consignadas en estos cuadros corresponden a las mercaderías ingresadas a nuestras bodegas, y por lo tanto, no pueden coincidir exactamente con los datos de la contabilidad, que incluyen toda la mercadería pagada, aún cuando no se haya recibido, lo mismo que otras recibidas y no pagadas a la fecha de los inventarios.

Al hacer la comparación entre las importaciones de los años 1951-1952, encontramos un aumento de ₡ 104.379.35 en la línea de Antibióticos, y ₡ 106.238.51 en la de drogas, productos químicos, etc.

El Lic. Gonzalo González, Decano de la Escuela de Farmacia de la Universidad Nacional, es el asesor farmacéutico de la Caja. Su consejo técnico es siempre oído en relación con las compras de medicamentos.



Las compras en plaza alcanzaron a la suma de dos millones ciento cincuenta y un mil ciento diez colones, catorce céntimos (¢ 2,151.110,14) de los cuales ¢ 1,851.357,25 correspondieron a la Caja, y ¢ 299.752,89 al Departamento de la Habitación.

Informe de la Sección de Subsidios



Don Roberto Corredora Jiménez,
Jefe de la Sección de Subsidios.

La Sección de Subsidios se limita a presentar diez cuadros en los cuales aparece condensada toda su labor en cuanto al pago de prestaciones en dinero. Después de cada cuadro, se encuentra la explicación correspondiente.

CUADRO N^o 1.—SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

*Monto de las prestaciones otorgadas a nuestros asegurados
en toda la República en 1952*

PRESTACIONES OTORGADAS	TOTAL DEL AÑO	Monto 1er. Semestre	Monto 2º Semestre
<i>Totales</i>	₡ 1,044,425.85	₡ 493,762.70	₡ 550,663.15
Subsidios de Enfermedad	656,777.95	314,698.35	342,079.60
Subsidios de Maternidad	176,394.25	68,139.10	108,255.15
Accesorios Médicos	60,213.80	29,133.30	31,080.50
Traslados y Hospedajes	86,265.70	52,343.85	33,921.85
Libre Elección Médica	47,515.00	21,947.95	25,567.05
Cuota de Sepelio	15,762.15	6,603.15	9,159.00
Ajuar	1,497.00	897.00	600.00

Fueron tomados los datos de este cuadro de los registros de la Sección de Contabilidad, y reflejan el movimiento total de Prestaciones en Dinero del Seguro de Enfermedad y Maternidad en toda la República. Los renglones en que el mismo se subdivide, son explicados a continuación:

Subsidios de Enfermedad:

Al ser incapacitado un asegurado por nuestros servicios Médicos, se le da una ayuda, denominada subsidio, que sustituye a su salario o sueldo por el tiempo que dure su incapacidad y hasta por un máximo de veinticinco semanas. Dicho subsidio es igual al 50% del salario devengado por el asegurado en el mes anterior a la enfermedad, cuando trabaja en forma continua, o al 50% del promedio de los sueldos devengados por él en los tres meses anteriores, cuando no trabaja en forma continua. El primer renglón del cuadro indica, que en el año en estudio se pagaron ₡ 656.777.95 por este concepto.

Subsidios de Maternidad:

Dos meses, uno antes del parto y otro después del mismo, es el tiempo que las aseguradas deben permanecer sin trabajar. Durante este tiempo, la Caja les paga el 50% del salario promedio devengado por ellas en los últimos tres meses.

Accesorios Médicos:

Este renglón se origina por el pago que ha hecho la Institución por: Anteojos, ojos artificiales, fajas elásticas, tobilleras, rodilleras, soportes para pies planos, etc., todos ellos recomendados por nuestros Médicos a los asegurados que los necesitan.

Traslados y Hospedajes:

Cuando de las diferentes Sucursales envían pacientes a San José, y se llenan ciertos requisitos reglamentarios, suele dárseles a esos pacientes una ayuda por concepto de traslados y hospedajes. En el cuadro, la suma pagada por tal concepto en el primer semestre, es mayor que la pagada en el segundo; ello se debe a que en el segundo ya estaba en vigencia un reglamento que restringía la concesión de esta ayuda.

Libre Elección Médica:

En ciertas ocasiones algunos asegurados no quieren o no pueden hacer uso de nuestros servicios Médicos, sea para una intervención quirúrgica, sea para un parto. En estos casos, y siempre que se llenen ciertos requisitos, se otorga Libre Elección Médica, que faculta al asegurado a hacer uso de médicos o servicios ajenos a la Institución, pagando ésta una suma limitada y no el costo total.

Cuota de Sepelio:

Los familiares o amistades de un asegurado fallecido, cuando éste ha cotizado para el Seguro de Enfermedad y Maternidad, tres meses en los seis anteriores a la enfermedad o la muerte, tienen derecho a una suma denominada "Cuota de Sepelio" para que puedan realizar el entierro del Asegurado fallecido. En el caso de que el fallecido no tenga familiares o amistades, la Institución procede a su entierro invirtiendo en el mismo una suma igual a la cuota de sepelio (₡ 137.50).

Ajuar:

A las empleadas de la Institución que tienen hijos, se les concede una suma por este concepto.

CUADRO N^o 2
ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
*Movimiento de casos en la Sección de Subsidios de San José
en el año de 1952*

C O N C E P T O	TOTAL	Enfermedad	Maternidad
Casos activos al 1 ^o de Enero	3.021	2.896	125
Casos nuevos del Año	12.059	11.402	657
SUB-TOTAL	15.080	14.298	782
Casos terminados en el Año	11.622	10.960	662
Casos activos al 31 de Diciembre	3.458	3.338	120

Refleja este cuadro el movimiento habido en la Sección de Control de Subsidios de San José, y no el de toda la República.

Definiendo términos, entiéndese por "CASO" la incapacidad que una o varias enfermedades simultáneas producen a un asegurado. Despréndese de ello, que un sólo asegurado puede dar lugar a varios casos.

Por "CASOS ACTIVOS AL 1º DE ENERO" se entiende las incapacidades dadas en el año anterior y que estaban en curso de pago o todavía no habían sido pagadas en esa fecha.

"CASOS NUEVOS DEL AÑO" son las incapacidades otorgadas dentro del año.

"CASOS TERMINADOS EN EL AÑO" y "ACTIVOS AL 31 DE DICIEMBRE", son los terminados dentro del año y los que pasaron al año siguiente respectivamente.

CUADRO N° 3

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Sumas pagadas por concepto de Pensiones — Año 1952

PRESTACIONES OTORGADAS	TOTAL ANUAL	Primer Semestre	Segundo Semestre
<i>Totales</i>	₡ 102.310.25	₡ 49.642.55	₡ 52.667.70
Rentas de Vejez	48.924.00	25.158.05	23.765.95
Rentas de Invalidez	11.266.20	3.754.45	7.511.75
Rentas por Muerte { Viudedad ...	16.793.45	8.014.10	8.779.35
{ Orfandad ...	15.631.90	7.053.25	8.578.65
{ A Padres ...	370.20	225.60	144.60
Indemnizaciones	2.829.95	2.829.95	.....
Compensación a viudas por nuevas nupcias	1.198.80	1.198.80	.....
Conmutaciones	5.295.75	1.408.35	3.887.40

Este cuadro y hasta el número diez, se refieren al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y muestran el movimiento en toda la República. La explicación de los términos es la siguiente:

Rentas de Vejez:

Un asegurado tiene derecho a ser pensionado por Vejez, cuando tuviere acreditadas por lo menos 180 cuotas mensuales en el Régimen obligatorio y hubiere cumplido 65 años de edad. Lo pagado por este concepto en el año de 1952 es de ₡ 48.924.00.

Rentas de Invalidez:

El asegurado que se invalidare tendrá derecho a la renta de Invalidez, siempre que hubiere cumplido el plazo de espera, o sea, si tuviere acreditadas por lo menos treinta y seis cuotas mensuales en el régimen obligatorio. Los artículos 5 al 9 del reglamento respectivo, se refieren al modo de otorgar estas rentas, y el renglón del cuadro, muestra lo pagado por este concepto.

Rentas de Muerte:

Cuando un asegurado que ha cotizado por más de tres años para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, muere, su viuda e hijos menores de 16 años, tienen derecho a una pensión o renta de acuerdo con los artículos del 15 al 23 del reglamento respectivo. La Renta de Viudez es igual al 30% y la de cada huérfano al 15% de la renta de Invalidez o Vejez, de que gozaba el fallecido, o de la que le habría correspondido en el supuesto de que a la fecha de su fallecimiento se hubiere acogido a cualesquiera de ellas.

Si el asegurado fallecido no dejare viuda o huérfanos, pero sí Madre que dependía en forma total de él, ésta tendrá derecho a una renta, de acuerdo con el artículo 24 del reglamento de esos riesgos.

Indemnizaciones:

Si el asegurado falleciere con más de seis meses de imposiciones pero con menos de treinta y seis, sus deudos, (esposa, hijos, madre, etc.), no tendrán derecho a renta, pero sí a una suma alzada de una sola vez llamada "Indemnización". Esta es igual al 150% de la renta anual de Invalidez que le habría correspondido al asegurado si hubiere completado los meses que le faltaban del indicado plazo de espera. La suma pagada en 1952 es de ₡ 2.829.95.

Compensación a viudas por nuevas nupcias:

Cuando una viuda que está recibiendo pensión, se casa de nuevo, se le suspende el pago de dicha pensión, dándole de una sola vez dos anualidades de su renta (artículo 27, inciso 2º).

Conmutaciones:

Cuando las pensiones acordadas a favor de los deudos de un asegurado fallecido, son menores de ₡ 30.00 por mes, a juicio de la Gerencia y previa solicitud de éstos, se les puede dar una suma de una sola vez en lugar de su pensión mensual. Estas sumas se denominan "Conmutaciones". (Véase el inciso 4º del artículo 28 del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte).

CUADRO N° 4
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Movimiento de pensionados en el año de 1952

PENSIONES	NÚMERO DE PENSIONADOS				
	Al 1° de Enero 1952	Casos Nuevos del Año	Sub Total	Casos terminados en el Año	Casos Activos al 31-Dic.-52
<i>Total</i>	140	37	177	12	165
Vejez	28	7	35	—	35
Invalidez	7	4	11	1	10
Viudedad	29	9	38	3	35
Orfandad	74	17	91	7	84
Padres	2	—	2	1	1

Tal como su nombre lo indica, muestra este cuadro el movimiento de pensionados en el año de 1952. Por el mismo puede notarse que 37 nuevas pensiones se otorgaron en este año y 12 se dieron por terminadas en el transcurso del mismo. El aumento relativo fué de 25 sobre el año anterior, estando al presente en curso de pago, 165 pensiones.

CUADRO N° 5
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Número de pensiones en curso de pago, distribuidas por riesgos y sexos al día 31 de diciembre de 1952

CLASE DE PENSIONES	T O T A L		MASCULINO		FEMENINO	
	N° Casos	Monto Mensual	N° Casos	Monto Mensual	N° Casos	Monto Mensual
<i>Total</i>	165	₡ 8.487.50	82	₡ 5.693.65	83	₡ 2.793.85
Vejez	35	4.175.65	35	4.175.65	—	—
Invalidez	10	1.272.75	5	737.80	5	534.95
Viudedad	35	1.527.25	—	—	35	1.527.25
Orfandad	84	1.487.75	42	780.20	42	707.55
Padres	1	24.10	—	—	1	24.10

Este cuadro ha sido elaborado con datos suministrados por la Sección Control de Subsídios, que es la que tiene al presente el control de pagos de Invalidez, Vejez y Muerte.

Contiene el número de pensiones en curso de pago al 31 de Diciembre de 1952, distribuidas por riesgos y sexos con sus correspondientes montos mensuales. Por el mismo se aprecia que a esa fecha se estaban pagando 165 pensiones con un total mensual de ₡ 8.487.50.

Los cuadros números 6, 7, 8, 9 y 10, son el detalle o desglose del N° 5, y muestran separadamente los pensionados por los diferentes riesgos, agrupados según sus edades a esa fecha y por sexos y riesgos. Ellos son claros en sí mismos, y no requieren mayor explicación.

CUADRO N° 6
SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
Casos activos al 31 de diciembre de 1952
RENTAS DE VEJEZ

Edad en años al 31 - 12 - 52	N° de Casos	Monto Mensual en Colones
<i>Total.....</i>	35	4.175.65
67	6	662.80
68	3	291.10
69	10	1.070.40
70	2	409.55
71	6	639.55
72	4	662.40
73	4	439.85

NOTA: Los casos anteriores son del sexo masculino, no estando en curso de pago ninguno femenino.

CUADRO N° 7

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Casos activos al 31 de diciembre de 1952

RENTAS DE INVALIDEZ

EDAD EN AÑOS AL 31 - 12 - 52	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones
<i>Total</i>	10	1.272.75	5	737.80	5	534.95
29	1	127.80	.....	.....	1	127.80
39	1	55.25	.....	.....	1	55.25
40	1	135.10	.....	.....	1	135.10
55	1	132.25	.....	.....	1	132.25
56	1	70.45	1	70.45	.....	.....
59	1	84.55	.....	.....	1	84.55
62	1	212.05	1	212.05	.....	.....
64	2	257.95	2	257.95	.....	.....
67	1	197.35	1	197.35	.....	.....

CUADRO N° 8

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Casos activos al 31 de diciembre de 1952

RENTAS DE VIUDEDAD

Edad en años al 31 - 12 - 52	N° de Casos	Monto Mensual en Colones
<i>Total</i>	35	1,527.25
24	1	22.15
31	1	12.25
33	1	49.15
34	1	33.75
35	1	30.95
39	1	20.55
42	2	70.00
43	3	99.80
45	1	46.25
47	2	188.30
48	2	66.70
49	2	98.00
50	1	33.05
51	2	64.50
52	3	153.30
53	2	101.55
56	1	52.50
57	2	112.30
60	1	77.05
62	2	91.40
66	1	47.00
69	1	37.30
71	1	19.45

CUADRO N° 9

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Casos activos al 31 de diciembre de 1952

RENTAS DE ORFANDAD

EDAD EN AÑOS AL 31 - 12 - 52	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones
Total.....	84	1.487.75	42	780.20	42	707.55
1	2	35.65	2	35.65	.....	.....
2	1	25.00	.....	.....	1	25.00
3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4	8	95.10	3	31.80	5	63.30
5	8	109.15	6	86.90	2	22.25
6	2	32.20	2	32.20	.....	.....
7	8	114.65	7	107.00	1	7.65
8	4	60.50	1	8.75	3	51.75
9	3	49.90	2	43.75	1	6.15
10	3	80.55	.....	.....	3	80.55
11	12	213.35	5	91.75	7	121.60
12	5	99.60	2	44.55	3	55.05
13	10	149.70	1	15.05	9	134.65
14	10	243.00	7	170.55	3	72.45
15	5	78.40	3	60.15	2	18.25
16	3	101.00	1	52.10	2	48.90

CUADRO N° 10

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

Casos activos al 31 de diciembre de 1952

RENTAS DE MADRE

Edad en años al 31 - 12 - 52	Nº de Casos	Monto Mensual en Colones
61	1	24.10

LIQUIDACION DE PRESUPUESTOS

LIQUIDACION DEL PRESUPUESTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD, CORRESPONDIENTE AL AÑO 1952

<i>Ingresos realizados</i>		₡ 11,276.496.32
Gastos Administrativos	₡ 1,310.351.86	
Servicios de Dispensarios	1,433.619.48	
Hospital Central	4,702.697.64	
Hospital Turrialba	755.739.62	
Hospitales, Maternidades y Sanatorios	371.663.19	
Prestaciones en Dinero	1,041.842.30	
Preparación de Prestac. Futuras	22.816.75	
Adquisición de Activos Fijos	156.159.23	
<i>Total Egresos</i>	₡ 9,794.890.07	
SUPERAVIT DE PRESUPUESTO	1,481.606.25	
<i>Totales</i>	₡ 11,276.496.32	₡ 11,276.496.32

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
LIQUIDACION DEL PRESUPUESTO EXTRAORDINARIO
CORRESPONDIENTE AL AÑO 1952

Primera Parte

TITULO UNICO — CAPITULO UNICO

I N G R E S O S

	Sumas Realizadas	Suma Presupuesta	Diferencia
Art. 1-E Préstamo del Seguro de Invalidez, Vejez y M.....	₡ 198.000.00	₡ 198.000.00	.....

Segunda Parte

TITULO UNICO — CAPITULO UNICO

E G R E S O S

	Sumas Apropiadas	Total Gastado	Disponible Saldo
Art. 2-E Adquisición de Vehiculos	₡ 146.000.00	₡ 144.276.04	₡ 1.723.96
Art. 3-E Construcción Casa Hermanas de la Caridad	40.578.80	42.806.04	— 2.227.24
Art. 4-E Adquisición Mobil. Casa Hnas. de la Caridad.....	4.400.00	3.987.00	413.00
Art. 5-E Reparación Antigua Casa de Enfermeras	7.021.20	5.996.27	1.024.93
<i>Total Egresos.....</i>	₡ 198.000.00	₡ 197.065.35	₡ 934.65

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
DISTRIBUCION DEL SUPERAVIT CORRESPONDIENTE AL AÑO 1951

	Presupuesto Original	Modificaciones	Presupuesto Aprobado	Total Gastado	Diferencia
Recursos en el Exterior.....	₡ 19.728.52	.....	19.728.52	18.412.07	1.316.45
Cursos de Capacitación	2.586.65	.....	2.586.65	2.255.00	331.65
Superávit no Distribuido ..	37.478.71	.....	37.478.71	.....	37.478.71
<i>Total</i>	₡ 59.793.88	.....	59.793.88	20.667.07	39.126.81

LIQUIDACION DEL PRESUPUESTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ
Y MUERTE, CORRESPONDIENTE AL AÑO 1952

<i>Ingresos realizados</i>	₡ 4,640.274.19
Gastos Administrativos	₡ 538.435.48
Prestaciones en Especie	57.128.90
Prestaciones en Dinero	102.310.25
Devoluciones de Cuotas	123.688.65
Adquisición de Activos Fijos	4.040.00
Inversiones realizadas	3.590.557.29
<i>Total Egresos e Inversiones</i>	₡ 4.416.160.57
SUPERAVIT DE PRESUPUESTO	224.113.62
<i>Totales</i>	₡ 4,640.274.19 ₡ 4,640.274.19

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
INVERSION DEL SUPERAVIT CORRESPONDIENTE AL AÑO 1951

	Presupuesto Original	Modificaciones	Presupuesto Aprobado	Total Invertido	Diferencia
Préstamos Hipotecarios	₡ 75.000.00	27.155.36	102.155.36	102.155.36	.....
Adquisición Valores Estado	27.155.36	—27.155.36	.....	.....	.....
<i>Total</i>	₡ 102.155.36	.....	102.155.36	102.155.36	.....

LIQUIDACION DEL PRESUPUESTO DEL DEPARTAMENTO DE LA HABITACION,
CORRESPONDIENTE AL AÑO 1952

Sumas realizadas		₡ 3,152.836.55
Gastos Administrativos	₡ 533.670.59	
Servicio de Obligaciones	850.407.41	
Otros Servicios y Gastos	66.508.03	
Programa de Construcciones	556.576.49	
Adquisición Activos Fijos	40.655.05	
Total Egresos	₡ 2,047.817.57	
SUPERAVIT DE PRESUPUESTO	1,105.018.98	
Totales	₡ 3,152.836.55	₡ 3,152.836.55

DEPARTAMENTO DE LA HABITACION

INVERSION DEL SUPERAVIT CORRESPONDIENTE AL AÑO 1951

	Presupuesto Original	Modifica- ciones	Presupuesto Aprobado	Total Gastado	Diferencia
Becas	₡ 783.30	.....	783.30	783.30	.....
Conservación y Reparación					
Urbaniz. y Terrenos.....	20.000.00	.....	20.000.00	9.444.99	10.555.01
Otros Gastos	18.000.00	.....	18.000.00	14.159.05	3.840.95
Préstamo para Construc. a					
Enrique Ulloa Moya	8.000.00	.....	8.000.00	8.000.00	.....
Cancelación Deuda Banco					
Nl. de Costa Rica	483.789.51	.....	483.789.51	483.789.51	.....
Totales	₡ 530.572.81	.....	530.572.81	516.176.85	14.395.96

PRESUPUESTO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD
CORRESPONDIENTE AL AÑO 1953

<i>Total de Ingresos</i>			₡ 13,565.300.00
Gastos Administrativos	11.02%	₡ 1,495.472.99	
Prestaciones en Especie	61.21%	8,303.677.90	
Prestaciones en Dinero	8.24%	1,117.000.00	
Becas y Capacitación	0.66%	90.000.00	
Servicio de Obligaciones	0.79%	107.234.11	
Adquisición de Activos Fijos	3.89%	527.000.00	
Prov. para Fondos y Reservas	14.19%	1.924.915.00	
<i>Total Egresos</i>	100.00%		₡ 13,565.300.00

PRESUPUESTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
CORRESPONDIENTE AL AÑO 1953

<i>Total de Ingresos</i>			₡ 5,593.603.02
Gastos Administrativos	10.99%	₡ 614.503.45	
Prestaciones en Especie	1.36%	75.840.00	
Prestaciones en Dinero	2.81%	157.000.00	
Devoluciones	1.23%	69.000.00	
Adquisición de Activos Fijos	0.50%	28.000.00	
Prov. para Fondos y Reservas	83.11%	4.649.259.57	
<i>Total Egresos</i>	100.00%		₡ 5,593.603.02

PRESUPUESTO DEL DEPARTAMENTO DE LA HABITACION
CORRESPONDIENTE AL AÑO 1953

<i>Total de Recursos</i>			₡ 3,480.000.00
Gastos Administrativos	17.50%	₡ 609.065.36	
Servicio de Obligaciones	15.12%	526.000.00	
Otros Servicios y Gastos	2.30%	80.000.00	
Programa de Construcciones	61.95%	2,155.934.64	
Adquisición de Activos Fijos	3.13%	109.000.00	
<i>Total Egresos</i>	100.00%		₡ 3,480.000.00

DEPARTAMENTO DE

BALANCE DE SITUACION AL

A C T I V O

ACTIVO CIRCULANTE

Caja y Bancos	₡ 761.930.59	
Invalidez, Vejez y Muerte	373.866.87	
Vales a Cobrar	16.069.40	
Cuentas a Cobrar Varias	106.256.13	
Inventario en Bodegas	756.627.48	
Mercaderías en Tránsito	111.333.22	
Gastos Diferidos	8.970.99	₡ 2,135.054.68

INVERSIONES A LARGO PLAZO

Préstamos	8.738,117.62	
Hipotecas	11.460.56	
Casas por Adjudicar	444.070.50	
Urbanizaciones y Construcciones	969.961.36	
Terrenos para Construcción	936.487.14	11,100.097.18

ACTIVO FIJO

Mobiliario, Equipo y Maquinaria..	₡ 219.314.36		
Reserva p. Depreciación	89.708.68	129.605.68	
Propiedades	₡ 130.000.00		
Reserva p. Depreciación	12.562.18	117.437.82	
Edificios de Bodegas	₡ 58.343.37		
Reserva p. Depreciación	23.337.32	35.006.05	282.049.55
<i>Total Activo</i>			₡ 13,517.201.41
Cuentas de Orden			₡ 2,426.795.35

LA HABITACION

31 DE DICIEMBRE DE 1952

P A S I V O

PASIVO CIRCULANTE

Seguro de Enfermedad y Maternidad	₡ 54.286.45	
Varios Acreedores	33.418.11	
Donaciones Comité Aux. Pro-Viv. Damnif.	6.361.00	
Gastos Acumulados	1.761.00	
Cuotas de Aspirantes	30.418.00	
Cuotas para Conservación de Casas	<u>62.448.67</u>	₡ 188.693.23

PASIVO FIJO

Préstamos por pagar a Inv., Vejez y Muerte	6.387.033.56	
Deptos. Judiciales en Fideicomiso	<u>24.866.93</u>	6,411.900.49

PATRIMONIO

PATRIMONIO

Superávit Acumulado	₡ 6,377.554.53	
Superávit año 1952	538.053.16	
Reserva por Revaluación Casas Readjudicadas	<u>1.000.00</u>	6,916.607.69

Total Pasivo y Patrimonio..... ₡ 13,517.201.41

Cuentas de Orden

₡ 2,426.795.35

SEGURO DE INVALIDEZ,
BALANCE DE SITUACION AL

ACTIVO

ACTIVO CIRCULANTE

Caja y Bancos	C	1,562.740.22	
Bonos Sorteados		56.000.00	
Vales a Cobrar		95.816.25	
Cuentas a Cobrar Diversas		5.583.08	
Intereses acumulados		161.158.39	
Gastos Diferidos		2.812.50	C 1,884.110.44

INVERSIONES A LARGO PLAZO

Bonos	C	6,827.100.00	
Propiedades	C	2,906.932.53	
Reserva p. Depreciación	69.050.00	2,837.882.53	
Mob. y Equipo Finca la Caja	18.682.85		
Reserva p. Depreciación	5.229.90	13.452.95	
Varios		19.684.05	
Préstamos		11,807.415.65	21,505.535.18

ACTIVO FIJO

Mob. y Equipo Depto. Rehab.	16.210.33		
Reserva p. Depreciación	3.527.48	C	12.682.85
			12.682.85

OTRAS PARTIDAS DE ACTIVO

Cuotas del Estado por Recibir		4,056.494.50	
Total del Activo		C	27,458.822.97
Cuentas de Orden			C 2,415.729.57